

CHAPITRE 11

SOINS POSTOPÉRATOIRES ET COMPLICATIONS DE LA RÉPARATION DE LA FISTULE

Section 11.1: Soins postopératoires courants

Section 11.2: Complications et mortalité en chirurgie de la fistule

(11.1) SOINS POSTOPÉRATOIRES COURANTS

Les soins postopératoires peuvent être résumés par les trois D :

- (1) Boire (**Drinking**) : Vérifiez que la patiente boit beaucoup de liquides.
- (2) Drainage (**Draining**) : Vérifiez que les cathéters se drainent bien.
- (3) Sec (**Dry**): Vérifiez que le lit est sec.

(1) BOIRE (DRINKING) CONSOMMATION DE LIQUIDES

- Donnez jusqu'à 3 à 4 litres de liquides intraveineux dans les 24 premières heures suivant l'opération, car il est peu probable que la patiente boive bien à ce stade. Un bon apport en liquide assurera un bon écoulement d'urine claire en tout temps et aidera à prévenir la formation de caillots et l'obstruction du cathéter.
- Commencez les liquides par voie orale le premier jour postopératoire, ou plus tôt si elle le tolère. Dans certaines unités, les liquides oraux sont essayés après 4 heures bien que les vomissements soient fréquents.

(2) DRAINAGE (DRAINING) EVALUER LA DIURESE PAR LE CATHETER DE FOLEY

Assurez-vous que la sonde de Foley est au-dessus et pas en dessous de sa jambe (et non pliée) pour éviter que le poids de sa jambe ne la bloque. La sonde de Foley peut se connecter soit à :

- *Système fermé* : Drainage dans une poche collectrice. Il y a un risque que le tube se plie ou se torde, alors assurez-vous que la poche est placée sur une chaise sous le niveau du lit. Si elle est laissée sur le sol, elle risque d'être pliée et bloquée. La poche doit être à un niveau inférieur à celui de la vessie pour bien drainer. Il est préférable de ne pas l'attacher à quoi que ce soit (y compris le lit) car cela pourrait tirer sur le cathéter lorsque la patiente se retourne sur le lit. Cependant, une autre option est de fabriquer un porte-poche à urine en fil métallique et de l'accrocher au chevet de la patiente.
- *Système ouvert* : Le cathéter peut être raccordé à un ensemble de tubulures d'administration intraveineuse ou à tout autre tubulure en plastique et drainer directement dans un seau ou un bassin. Alternativement, certaines unités utilisent les poches d'urinaires habituelles, mais il suffit de la couper et d'utiliser la tubulure. Les avantages de cette méthode sont :
 - L'écoulement (goutte à goutte) de l'urine peut être observé par la patiente, ses proches et le personnel, de sorte que le blocage est facilement reconnaissable.
 - Il n'y a aucun risque que les poches ne soient pas vidées et qu'elles soient trop pleines.
- *Système mixte* : Dans ce cas, le système fermé est utilisé, mais la valve de drainage au fond de la poche est ouverte la nuit pour que l'urine s'écoule dans un seau. De cette façon, il ne devrait pas y avoir de risque qu'elle soit trop pleine pendant la nuit lorsque tout le monde dort. La patiente peut alors fermer la valve de drainage le matin.

Causes du blocage d'un cathéter de Foley

Le blocage de la sonde de Foley peut survenir à la suite de : (a) Sang : l'hématurie est plus persistante après une chirurgie abdominale qu'après une intervention vaginale. (b) Cristaux/ débris même si l'urine semble claire. Ceci est beaucoup plus probable si l'urine est concentrée. (c) Urine purulente (infectée). (d) Tordre ou plier le cathéter. Pour éviter l'obstruction, demandez à la patiente de boire 4 litres par jour afin de maintenir le débit urinaire à 2-3 litres/jour.

- Si la majeure partie de l'urine s'écoule par les cathéters urétériques et très peu par le cathéter de Foley, tirez les cathéters urétériques vers l'arrière de 1 cm pour permettre plus de drainage par la sonde Foley afin que le Foley reste perméable.
- Si le cathéter de Foley sort dans la salle avec le ballonnet dégonflé, il est préférable de réinsérer un nouveau cathéter. S'il n'est pas facilement disponible, tester au moins le ballonnet du (vieux) cathéter avant de le remettre en place, car il peut avoir été piqué par une aiguille pendant la réparation.

 <p> Lors du rinçage du cathéter, le liquide doit entrer et sortir. C'est parce que parfois le cathéter est bloqué par un caillot de sang proche de l'extrémité du cathéter. Cela peut avoir un effet de valve, c'est-à-dire qu'il laisse entrer le liquide mais ne le laisse pas ressortir.</p>	<p>Si l'urine ne coule pas, pensez d'abord à une obstruction de la sonde</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le cathéter doit être irrigué avec 10-20 ml de solution saline ou d'eau distillée. ➤ Si l'irrigation ne parvient pas à débloquer un cathéter, changez-le, de préférence dans le bloc opératoire en position de lithotomie. <p></p> <p>La patiente et ses proches doivent être avertis de signaler l'un ou l'autre de ces cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le cathéter cesse de drainer. Il est plus facile de voir si un drainage ouvert est utilisé. <p style="text-align: center;">ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si la patiente ressent une douleur sus-pubienne
--	--

Prise en charge des cathéters urétériques

Les cathéters urétériques (s'il y en a) sont laissés en place à divers moments pour permettre à tout œdème urétérique/métal de disparaître. Cependant, les tubes sont aussi des corps étrangers et augmentent le risque de pyélonéphrite, il faut donc les enlever le plus tôt possible. Si les uretères sont :

- Bien loin de la réparation de la fistule : retirer les cathéters à la fin de l'opération, s'ils sont utilisés.
- 1 à 2 cm du bord de la fistule : laisser le cathéter en place pendant 5 jours.
- < 1 cm, c'est-à-dire près du bord de la fistule : laisser le cathéter en place pendant 7 jours.
- Réimplanter ou envelopper ou si c'est le seul rein qui fonctionne : laisser le cathéter en place pendant 10 à 14 jours.

	<p>Il est important de ne pas retirer les cathéters urétéraux trop tôt. Je connais plusieurs cas où le chirurgien a retiré les cathéters à la fin de l'opération et a dû reprendre la patiente pour une nouvelle opération à cause d'une anurie.</p>
---	--

- S'il n'y a pas de drainage urinaire des cathéters urétériques, il faut les rincer avec 1-2 ml d'eau (injectée à l'aide d'une aiguille). Si le liquide ne pénètre pas, retirer légèrement le cathéter au cas où il serait en contact avec le tissu rénal. Si aucune urine ne continue à s'écouler à travers le cathéter, rappelez-vous que l'urine s'écoule souvent autour du cathéter plutôt que vers le bas, de sorte que vous n'avez pas besoin d'être trop préoccupé.
- En raison du risque de pyélonéphrite, certains chirurgiens maintiennent la patiente sous antibiotique prophylactique pendant que les cathéters urétéraux sont en place, par exemple la ciprofloxacine orale.

CAUSES DE L'ANURIE

L'absence d'urine par le cathéter de Foley ou les cathéters urétériques peut être :

- *Pré-rénale* : Apport hydrique insuffisant.
- *Rénale* : Une insuffisance rénale est possible et peut être secondaire à une infection du site opératoire.
- *Post-rénale* :
 - (a) *Uretère* : En l'absence d'urine, suspectez une obstruction urétérale bilatérale
 - (b) *Vessie* : Il peut y avoir un trou vésical non fermé et l'urine peut couler dans le péritoine (c'est très rare) ou dans le vagin (échec de la réparation de fistule).
 - (c) *Urètre* : Le cathéter peut être bloqué.
 - (d) *Le tube de drainage peut être obstrué*, surtout s'il est fixé à une poche collectrice et qu'il est coudé à l'endroit où il pénètre dans la poche.

Cas clinique : Une patiente n'avait pas d'urine après l'opération. Le chirurgien a défait la réparation par voie vaginale et l'a réparée six mois plus tard. Une meilleure alternative, si vous pouvez cathétériser les deux uretères, serait de refaire la réparation immédiatement. Le problème de laisser la fistule ouverte après avoir fait toute la dissection est qu'elle peut créer plus de sclérose et de distorsion tissulaire.

Cas clinique : On a remarqué qu'une patiente n'urinait pas le deuxième jour après l'opération. Les dossiers n'indiquaient pas clairement si elle urinait le premier jour. Elle était fébrile. Une fois de retour sur au bloc opératoire, la réparation a été ouverte et du matériel purulent a été déversé. Elle s'est bien rétablie car l'anurie était secondaire à la septicémie. La FVV a été réparée environ 6 mois plus tard.

Diagnostic et prise en charge des causes de l'anurie

Etape 1 (Post-rénale):

- Rincez la sonde de Foley avec 10 ml ; ceci peut aider à déloger le caillot de sang. Si le liquide ne parvient pas à entrer ou si le liquide entre mais ne sort pas, changer le cathéter.
- S'assurer que le tuyau n'est pas plié.
- Réduisez toute pression dans la vessie en retirant le tampon vaginal et en dégonflant le ballonnet de la sonde de Foley (partiellement ou complètement).
- Faites une échographie des reins : une hydronéphrose se développe en quelques heures s'il y a obstruction complète.

Etape 2 (Pre-renale) = Apport hydrique de 500 –1000 ml pour exclure un état de choc.

Etape 3 (Rénale) = Administrez 10-20 mg de Furosémide IV ou 200 ml of 20% de mannitol.

Etape 4 = En cas d'anurie persistante plus de 24 heures, les options sont:

- Retournez au bloc opératoire et ouvrez la réparation. Habituellement, l'urine commence à couler immédiatement. Si ce n'est pas le cas, donnez du furosémide ou du mannitol avant de décider que vous avez fait la mauvaise intervention !
- Réimplantez les deux uretères par voie abdominale si la vessie est assez grande.
- Effectuez des néphrostomies bilatérales. Dans les cas où il n'y a pas d'obstruction permanente, au fur et à mesure que l'œdème se résorbe, l'urine recommencera à s'écouler des uretères vers la vessie. Après 10-14 jours, pour tester les néphrostomies, injectez le colorant dans les tubes et voyez s'il sort dans le cathéter de Foley. Vous devriez attendre que l'urine s'écoule entre le test du côté droit et celui du côté gauche. Ceci devrait confirmer que les uretères sont ouverts. Si l'uretère ne s'ouvre pas après plusieurs semaines, il devra être réimplanté par voie abdominale.

Les 4 F's: Flush (Rincer), Fluides (Liquides), Furosémide et Free (Libérer) les sutures des uretères.

Cas clinique 1 : Une patiente a subi une importante réparation de FVV par voie vaginale. Pendant l'opération, les deux uretères étaient dans les angles de la réparation et ont été cathétérisés. Le deuxième jour, les deux cathéters urétéraux ont été retirés accidentellement car ils n'étaient pas bien fixés à la fin de l'opération. La patiente n'a pas uriné et après 24 heures, des néphrostomies bilatérales ont été pratiquées (voir annexe 5). L'un des uretères a rouvert mais l'autre avait besoin d'être réimplanté ; cela a été fait 6 semaines après que la réparation initiale ait été bien guérie.

Cas clinique 2 : Une patiente a subi une réparation de FVV. L'uretère droit n'a pas été trouvé malgré l'administration peropératoire de furosémide. L'uretère gauche a été cathétérisé. Le 10e jour, lorsque le cathéter urétérique gauche a été retiré, la patiente est devenue anurique. L'échographie a montré une hydronéphrose bilatérale. L'anurie a persisté plus de 24 heures malgré la furosémide et les fluides. L'uretère gauche a été réimplanté par voie abdominale. A la laparotomie, la vessie était très petite, avec des parois épaissies. L'uretère gauche avait environ 2 cm de diamètre et était très œdémateux.

Commentaire : Il est inhabituel que les uretères s'obstruent si tard, mais cela semble se produire par occasion. La seule erreur que vous pouvez faire est de retirer les cathéters urétériques trop tôt. L'autre option de prise en charge aurait été d'effectuer une néphrostomie temporaire, comme dans l'étude de cas 1.



Il est utile de résumer les indications d'une intervention urgente lorsqu'il ya obstruction ureterale uni ou bilaterale. La douleur seule n'est pas une indication.

- (1) Obstruction en présence d'insuffisance rénale.
- (2) Obstruction en présence d'un rein unilatéral.
- (3) Obstruction en présence d'une septicémie.

(3) (SEC) L'URINE FUT-ELLE ? A-T-ELLE ENVIE D'ANNULER ?

Vérifier quotidiennement que le lit de la patiente est sec. La plupart des échecs de réparation surviennent vers les jours 8 et 9 après l'opération. S'il y a une fuite d'urine, vérifiez d'abord que le cathéter n'est pas obstrué en le

rinçant doucement avec une solution saline normale. Si l'urine continue de fuir, il est préférable de faire un test au bleu pour localiser le problème.

S'il ya fuites de bleu autour du cathéter (par l'urètre) : ceci peut être dû à :

- Faiblesse du col de la vessie : Cela se produit plus souvent lorsque les cathéters urétéraux sont en place, car tous les tubes maintiennent l'urètre ouvert.
- Une vessie très contractée.

Il n'y a aucune mesure particulière à prendre. Il ne sert à rien d'insérer un cathéter plus grand. Si vous n'êtes pas certain que la fuite se trouve autour du cathéter, appuyez fermement avec votre doigt contre l'urètre afin d'arrêter toute fuite autour du cathéter.

S'il y a fuites de bleu par le vagin:

- (a) S'il s'agit d'une fuite importante avec un trou ou si le cathéter est antérieur à l'examen vaginal : la réparation a échoué et aucune mesure spécifique n'est prise.
- (b) Si la fuite est petite et qu'il n'y a pas de trou, laissez le cathéter en place pendant 2 à 3 semaines de plus et répétez le test au bleu. Il vaut la peine de surélever le pied du lit et d'amener la patiente à s'allonger le plus possible pour réduire les fuites (voir Fig.11.1). Elle ne devrait être autorisée que pour les toilettes. Une petite fuite se referme souvent avec un drainage prolongé tant que la majeure partie de l'urine s'écoule par le cathéter.
- (c) Si le test au bleu est négatif mais il y a l'urine claire dans le vagin, il y a probablement une fistule urétérique.

Si une patiente a envie d'uriner : Spasmes vésicaux : plus fréquents après le 7^e jour. La patiente peut ressentir de la douleur, une envie impérieuse d'uriner ou une fuite soudaine d'urine autour du cathéter. Demandez-lui de boire beaucoup, excluez l'infection et un cathéter bouché. De l'oxybutynine ou du Buscopan 10 mg tds peuvent être administrés pour réduire les spasmes de la vessie. Dans tous les cas, ne mettre que 5 à 8 ml dans le ballon de la sonde de Foley pour réduire le risque de spasmes.

⚠ Règle de base : les échecs précoces des réparations de FVV (5 premiers jours) ne guérissent pas avec un drainage prolongé du cathéter mais les échecs tardifs (7-14 jours) peuvent guérir.

⚠ Conseil! Considérez toujours une fistule urétérale non reconnue, surtout si elle commence les fuites dans les premiers jours post-opératoires. Faites une échographie des reins à la recherche d'hydronéphrose et faites un test au bleu qui devrait être négatif.



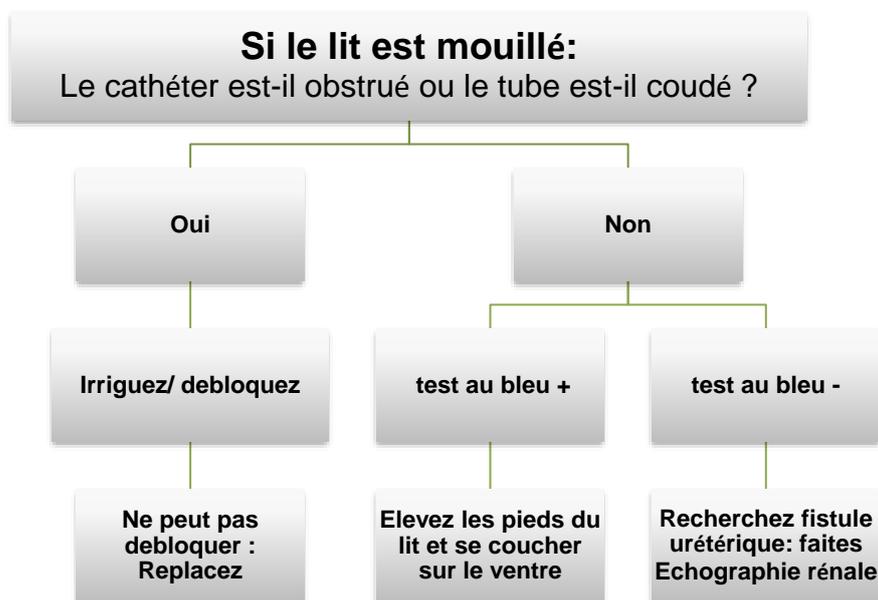
Résumé : Si le lit est mouillé, vérifiez si :

- Regorgement: Le cathéter est-il bouché ou la tubulure est-elle pliée ? Rincer le cathéter.
- Incontinence d'effort /Urgence : Fuit-elle autour du cathéter ? La patiente ne doit être mouillée qu'en position debout.
- Fistule : La suture a-t-elle lâché ? Y a-t-il une fistule urétérale ? Dans le cas où une fistule ne guérit pas, il est généralement préférable d'attendre au moins 6 semaines avant de tenter à nouveau une réparation. Si la fistule est petite, milieu-vaginale et pas très latérale, certains tenteraient de la réparer après 3 semaines.

⚠ Conseil! Si le lit est mouillé, à condition d'être sûr que le cathéter n'est pas obstrué ou plié, une action immédiate n'est pas nécessaire.

Fig. 11.1: Dans les cas où il y a une fuite d'urine avec un test au bleu positif mais qu'aucune lésion n'est ressentie, il vaut la peine d'élever le pied du lit comme indiqué et d'amener la patiente à se coucher le plus possible afin de réduire la fuite. Si elle se conforme, c'est souvent une réussite.

⚠ Conseil! S'il y a des fuites avec le cathéter in situ, la fistule n'est pas susceptible de guérir. Si elles commencent après avoir retiré le cathéter (ou si la patiente est sèche mais a un test positif au colorant avant que vous ne prévoyez retirer le cathéter), un drainage supplémentaire de 2 à 3 semaines peut permettre la guérison de la fistule.



Organigramme pour la prise en charge d'une patiente avec fuite urinaire post-opératoire

	Ne soyez pas tenté de réopérer une patiente pour une fuite dans les 48 premières heures. Cela a été préconisé dans le passé, mais les résultats ne sont pas bons. Vous ne ferez qu'aggraver le problème.
---	--

(4) SOINS GÉNÉRAUX ET VAGINAUX

- *Tampon* : Le tampon vaginal peut être enlevé après 24-48 heures.
- *Soins* : La zone périnéale externe doit être nettoyée deux fois par jour pendant que le cathéter de Foley est in situ.
- *Pertes vaginales* : Si la patiente a des pertes vaginales post-opératoires sans fièvre : cela peut être dû soit à la dissolution des sutures, soit à une petite zone de nécrose sur la ligne de suture. Dans la plupart des cas, le seul traitement nécessaire est le bain de siège. Les antibiotiques ne sont généralement pas indiqués. Avec des pertes abondantes, envisagez la possibilité de :
 - Une compresse retenue dans le vagin ou laissée entre la vessie et le vagin.
 - Si un lambeau a été placé, il peut s'agir d'une nécrose du lambeau. En plus d'exciser la zone nécrotique, irriguez le vagin deux fois par jour avec du sérum physiologique.
- *Odeur seule* : S'il y a une légère odeur dans le vagin, en l'absence de pyrexie ou de rupture évidente de la plaie, cela indique généralement un problème d'hygiène. Nettoyez la vulve et demandez à la patiente de prendre un bain de siège.
- *Repos au lit/mobilisation* : Il n'y a pas de règles fixes à ce sujet. Quelle que soit l'activité de la patiente, il est important de ne pas tirer sur le cathéter. Une mobilisation précoce réduit les infections pulmonaires, les thromboses veineuses et l'iléus. Même si la méthode de drainage ouvert est utilisée, la patiente peut se promener avec le tube qui se vide dans un seau.

(5) RETRAIT DES CATHÉTERS URÉTÉRIQUES

Lorsque vous retirez les cathéters urétéraux, il faudra les retirer un à un. Si, après avoir retiré un, il n'y a pas d'urine qui passe par la sonde de Foley dans les 24 heures qui suivent, ne retirez pas le deuxième car cela indiquerait qu'il y a une obstruction sur le côté où le cathéter a été retiré. Si vous enlevez les deux en même temps, il y a une possibilité que les deux puissent faire obstruction.

Cas clinique : Une petite FVV juxta- cervical de 1,5 cm sur 2 cm avec une légère sclérose a été réparé avec deux cathéters urétéraux insérés pendant l'opération et maintenus en postopératoire. Le test au bleu après l'intervention s'est révélé négatif. La patiente était sèche et les deux cathéters urétéraux produisaient de l'urine.

Au bout d'une semaine, les cathéters urétéraux devaient être retirés. L'un est sorti facilement, mais l'autre était coincé. En quelques jours, plusieurs tentatives d'extraction ont échoué. Puis une fois, elle a été tirée si fort qu'elle s'est cassée. La radiographie a confirmé que le cathéter urétérique était encore partiellement in situ. La patiente a commencé à fuir et à l'inspection, il y avait une lésion de 1 cm dans la réparation maintenant. Par cet espace, le cathéter urétérique brisé restant a été enlevé. La patiente a subi une autre réparation de FVV après 3 mois.

Leçons 1 : Soyez très prudent en mettant vos points de suture lors de la fermeture de la vessie pour ne pas prendre les cathéters urétériques. 2. Tirer fort sur le cathéter urétérique déchire la réparation. Attendez que le cathéter urétérique finisse par sortir facilement ou tombe tout seul.

Cas clinique: Une patiente a eu une réparation de FVV. Le cathéter urétérique gauche n'a jamais drainé après l'opération. Elle présentait le 10^e jour de la douleur et une masse sur le côté gauche. Lors de la laparotomie, on a constaté que l'uretère gauche avait été perforé par le cathéter urétérique. Après le drainage du liquide, l'uretère gauche a été réimplanté dans la vessie. *Leçon* : Ne jamais utiliser la force lors de l'insertion d'un cathéter urétérique.

(6) RETRAIT DE LA SONDE DE FOLEY

Le but du cathéter après une réparation est de permettre à la vessie de guérir étant vide et décompressée de sorte qu'il n'y ait aucune tension sur le site de réparation. Le cathéter est maintenu en place jusqu'à ce que la cicatrisation de la plaie soit suffisante sur le site de réparation, ce qui dépend d'un certain nombre de facteurs :

(a) La taille et la complexité de la réparation (b) S'il s'agit d'une première réparation ou d'une réparation répétée (c) La technique de réparation et les compétences du chirurgien (d) Les facteurs de la patiente qui peuvent affecter la guérison comme le diabète ou le VIH.

Browning (données non publiées) a constaté que la plupart de ses échecs de réparation se produisaient entre le 7^e et le 9^e jour, de sorte qu'il semblerait raisonnable de garder un cathéter en place pendant au moins cette durée.

La durée idéale du cathétérisme vésical chez les patientes ayant subi une réparation de la fistule est inconnue. Bien que largement utilisée dans la pratique, la durée traditionnelle de 14 à 21 jours du cathétérisme après la réparation de la fistule a été contestée plus récemment.

Nardos a montré que le résultat du cathétérisme postopératoire pendant 10 jours n'était pas inférieur à celui de 14 jours. Toutefois, cet essai randomisé a exclu les réparations répétées et les lésions circonférentielles. Tous les cas ont été opérés ou supervisés par un chirurgien expérimenté en fistule.

Reference: Nardos R, Menber B, Browning A. Outcome of obstetric fistula repair after 10-day versus 14-day Foley catheterization. Int J Gynaecol Obstet. 2012;118:21-3.

Barone dans un autre essai randomisé a montré que sept jours de cathétérisme vésical n'étaient pas inférieurs à 14 jours. Le problème avec cet essai est qu'il n'incluait que des fistules simples et même alors aucune définition claire d'une fistule simple n'était donnée, mais signifiait généralement une fistule du milieu-vaginal, peu sclérosée, n'impliquant pas l'urètre et < 3 cm de taille.

Reference: Barone, MA, Widmer, M, Arrowsmith, S et al. Breakdown of simple female genital fistula repair after 7 day versus 14 day postoperative bladder catheterisation: a randomised, controlled, open-label, non-inferiority trial. Lancet Vol 386 No 9988 pages 56-62 July 2015.

Les chirurgiens de fistule ont besoin de plus de preuves pour pouvoir réduire la durée du drainage postopératoire de vessie sans l'inquiétude au sujet des échecs de réparation accrus. Ceci est en partie basé sur l'expérience de voir des fistules qui ont initialement un test au bleu positif au moment de l'enlèvement prévu du cathéter qui guérissent avec 2-4 semaines supplémentaires de cathétérisme.

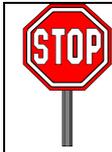
Dans les pays développés, il existe une forte pression pour réduire au minimum la durée du séjour à l'hôpital et il existe généralement un excellent système de santé de réserve pour que la réadmission puisse être entreprise rapidement et sans difficulté. Dans les pays en développement, les pressions sont différentes. Il est extrêmement difficile pour les patientes d'être réadmis ou de revenir pour une autre opération dans le futur. Le voyage de retour est un danger, car il peut durer de nombreuses heures sans qu'il soit possible d'annuler. Par conséquent, une approche plus conservatrice est préférable pour s'assurer qu'une plaie cicatrisée restera cicatrisée. Mon conseil serait que s'il y a un problème, il est généralement préférable de maintenir le drainage du cathéter un peu plus longtemps plutôt que de l'enlever trop tôt. Ainsi 14 jours devraient rester la norme mais peuvent être réduits dans les fistules très simples ou où le chirurgien est expérimenté. Voici quelques-unes des pratiques les moins conservatrices en usage :

- Si fistule vésicale et première réparation = 10- 12 jours.
- Si fistule de la vessie et réparation antérieure = 12- 14 jours.
- Après la réparation des fistules chirurgicales / iatrogènes = 12 jours.

Avant de retirer : Effectuez un test au bleu immédiatement avant de retirer le cathéter. Si le résultat est positif, gardez le cathéter en place pendant 6 semaines au maximum. Répétez le test toutes les deux semaines jusqu'à ce que le résultat soit négatif.



Bon conseil! Une règle importante est que si la patiente est sèche avec le cathéter en place, la fistule guérira.



Vous devez avertir la patiente que si elle ne parvient pas à uriner dans les deux heures suivant le retrait du cathéter, elle doit se présenter au personnel médical. Sinon, une vessie pleine peut mettre la réparation sous tension, ce qui peut entraîner la rupture de la fistule réparée. Au début, il faut encourager la miction toutes les 1 à 2 heures. Il peut également être nécessaire de réveiller les patientes une ou deux fois pendant la nuit pour la même raison. Vérifiez le volume d'urine résiduel à la fin de la journée où le cathéter est retiré (voir ci-dessous).

Si le ballonnet du cathéter de Foley ne se dégonfle pas : Cette situation n'est pas rare selon la qualité des cathéters utilisés. Il y a plusieurs options :

- (i) Vous pouvez faire éclater le ballonnet en insérant une aiguille dans le vagin ou la vessie, ce qui est facile à faire si vous appliquez une petite traction sur le cathéter pour le stabiliser. Cependant, il y a un risque qu'il n'éclate pas seulement, mais se brise, laissant des fragments dans la vessie et un risque de formation de calculs. Vous devez donc vérifier qu'il est complet lors de son retrait.
- (ii) Coupez le cathéter à proximité de l'endroit où les canaux de l'urine et du ballonnet se rejoignent. Parfois, cela permet à lui seul au liquide contenu dans le ballonnet de s'écouler. Sinon, injectez 1-2 ml d'halothane ou d'éther dans le canal du ballonnet près de l'urètre. Vous devez aspirer l'halothane dans une seringue et l'injecter rapidement car il peut commencer à dissoudre la seringue. Attendez quelques minutes pour qu'il dissolve le ballonnet avant de commencer à tirer sur le cathéter.

Si la sonde de Foley a été prise par une suture, il est préférable de la laisser en place et d'attendre que la suture se dissolve. Le ballonnet est dégonflé et le cathéter tombe souvent. Si ce n'est pas le cas, tirez doucement chaque semaine pour voir si le cathéter va sortir. Cependant, si vous tirez fort, vous risquez de déchirer la réparation.

Soins postopératoires après des interventions pour l'incontinence à l'effort :

Il est plus simple de garder la sonde de Foley pendant sept jours car il y a un risque élevé de rétention lorsqu'on l'enlève plus tôt. La rétention d'urine est le principal problème dont il faut être conscient. Souvent, la patiente développe un regorgement qui peut se présenter sous la forme d'une fuite. Il est donc important de vérifier régulièrement les volumes d'urine résiduelle.

(7) RÉTENTION URINAIRE APRÈS L'ENLÈVEMENT DU CATHÉTER

Certaines patientes (environ 10 % selon les estimations) développent une rétention urinaire lorsque le cathéter est retiré après la réparation de la fistule. Avec la rétention d'urine, certains ne laisseront pas passer l'urine, d'autres passeront de petites quantités fréquemment (regorgement) et d'autres sont complètement mouillés. Ce n'est pas toujours évident, il faut donc un indice élevé de suspicion.

Diagnostic : Après toute réparation ou opération d'incontinence à l'effort, la patiente doit avoir au moins une mesure du volume urinaire résiduel. Il est préférable de le faire à la fin de la journée où l'on retire le cathéter et de le répéter le lendemain. Un résiduel < 50% du volume vidé, (par exemple si la patiente vide 100 ml et que le résidu est < 50 ml), est acceptable. Si le résiduel est élevé :

- Remettez le cathéter en place pour une semaine. Si après une semaine il est encore élevé, enseigner à la patiente l'autocathétérisme intermittent après chaque miction (Fig. 11.2).
- Une autre option est de faire ce qu'on appelle le ré-entraînement de la vessie. La sonde de Foley est laissée en drainage libre pendant deux jours. Il est ensuite clampé et relâché toutes les deux heures et laissé à l'écoulement libre pendant la nuit. Faites-le pendant deux jours, enlevez la sonde et revérifiez le volume résiduel. Dans une unité, 70 % des patientes urinent normalement après cette période. Cependant, il y a un danger en clampant des cathéters urétraux à moins que vous soyez 100% confiant dans le personnel infirmier - autrement 2 heures devient 4, 6, 8 heures, et vous finissez par avoir une vessie hyperdistendue et hypotonique (avec des problèmes mictionnels à long terme)
- Une autre option est d'essayer des mesures conservatrices sans cathétérisme comme la double miction et la pression sus-pubienne. La double miction consiste à vider la vessie deux fois, habituellement 15 secondes après la première miction. Les volumes résiduels avec ces étapes doivent également être vérifiés.

- Effectuer un autocathétérisme intermittent (voir Fig. 11.2). Une fois que le rapport volume urinaire/résiduel atteint 2:1 ou que le résiduel est inférieur à 150 ml, la patiente peut arrêter le cathétérisme intermittent. Si elle rentre chez elle et qu'elle ne peut pas revenir pour le suivi, dites-lui de continuer à le faire jusqu'à ce qu'il y ait peu ou pas d'urine qui sort quand elle introduit le cathéter.
- Avec des vessies non atones, c'est-à-dire une sensation de plénitude et une miction obstruée, elle aura probablement besoin d'un auto-sondage 3 à 5 fois par jour. Certaines patientes se mouillent avec quelques centaines de ml d'urine, probablement parce que l'obstruction rend la vessie instable.
- Avec des vessies atones, c'est-à-dire sans sensation de plénitude et de débordement lorsque la vessie atteint environ un litre, elle n'aura besoin que d'autocathétérisme 1-2 / jour. Cela videra un litre d'urine et la vessie mettra plusieurs heures à se remplir à ce volume. L'autocathétérisme une fois par jour est suffisant pour protéger les reins de la pression vésicale. Beaucoup de vessies atones ne se rétablissent jamais. S'il y a un rétablissement, elle aura un retour de sensation et commencera à uriner, mais avant d'arrêter l'autocathétérisme, vous devez vous assurer que les résiduels ne dépassent pas 500 ml, ce qui risque toujours d'endommager les reins.



Fig. 11.2: Indique la position pour l'autocathétérisme. Un miroir (cadre orange) est utilisé comme indiqué afin que la patiente puisse voir son ouverture urétrale.

Auto cathétérisme intermittent

- Il est préférable d'enseigner à la patiente assise sur un lit ou sur le sol. Aucun frottis vulvaire n'est nécessaire. La combinaison de l'utilisation d'un miroir et de l'autopalpation est utilisée. La main droite écarte les lèvres tandis que la main gauche insère le cathéter.
- Elle devrait se laver les mains avant l'intervention.
- Après utilisation, le cathéter est nettoyé en le lavant à l'eau.
- L'intervention doit être effectuée aussi souvent que nécessaire pour maintenir le volume de la vessie en dessous de 500 mL.

(8) RETOUR À LA MAISON

- Il faut garder la patiente à l'hôpital pendant au moins deux jours après le retrait du cathéter pour deux raisons :
 - Infection : Le risque d'infection des voies urinaires est élevé, surtout après le retrait du cathéter.
 - Si la patiente a des fuites ou en cas de rétention, la meilleure chance de guérison est si le cathéter est réinséré au cours du premier mois.
- La patiente est avertie
 - De ne pas avoir de coït pendant trois mois. Il est également conseillé d'éviter de soulever des charges lourdes pendant trois mois.
 - Elle devrait être conseillée sur la planification familiale.



Assurez-vous que la patiente vide régulièrement sa vessie pendant le voyage de retour. Les patientes essaient souvent de s'accrocher pendant huit heures ou plus dans un autobus, puis sentent un bruit sec et ils commencent à avoir des fuites ! Il est plus rassurant de donner une provision de couches pour le voyage de retour afin d'éviter ce problème.

(11.2) COMPLICATIONS ET MORTALITÉ EN CHIRURGIE DE LA FISTULE

Avant toute opération, vérifier : (a) Indication (b) Quelle opération (c) Aptitude de la patiente : Évitez de programmer une patiente qui n'est pas en pleine forme simplement parce qu'il y a une place sur la liste le lendemain.

(1) HÉMORRAGIE

Exclure les troubles de la coagulation si l'un de ces facteurs survient. Vérifiez la numération plaquettaire et recherchez une splénomégalie (hypersplénisme).

- **Primaires** (dans les 24 premières heures post-opératoires) vaginale : Ne jamais gérer ce problème dans la salle ; toujours ramener la patiente à la salle d'opération. Soit suturer le point de saignement, soit replacez

un tampon imbibé d'adrénaline (1 ampoule de 1 sur 1000 diluée dans 200 ml de solution saline). Suturez le tampon en place avec 2-3 points de suture sur les grandes lèvres est une astuce utile. De plus, surélevez le pied du lit lorsque vous êtes de retour dans l'unité de soins.

- **Secondaire** (après 24 heures et avant 6 semaines) vaginale : Ceci est moins fréquent et peut être dû à une infection ou à une hémorragie primaire lente non reconnue. Après la réanimation, ramener la patiente au bloc opératoire. Recherchez les saignements artériels, qui sont rares. Dans la plupart des cas, il suffit donc d'insérer un tampon d'adrénaline dans le vagin pendant 24 heures. Surélevez le pied du lit lorsque vous êtes de retour dans l'unité de soins. Des agents hémostatiques rares tels que Floseal, Surgicel ou même la tamponnade par ballonnet peuvent être nécessaires.
- **Primaire Vessie** : C'est peu commun. Le traitement initial consiste à rincer la vessie jusqu'à ce que l'urine soit claire, ce qui peut éviter d'avoir à rouvrir la vessie. Si une rétention de caillots se développe, il se peut que vous deviez retirer la réparation pour trouver le point de saignement.
Cas clinique : Une patiente a développé une douleur intense quelques heures après la réparation. Le cathéter s'est avéré obstrué et lorsqu'on l'a changé, 300 ml de sang sont sortis. La patiente a été ramenée à la salle d'opération et la réparation a été rouverte. Une hémorragie a été découverte et la vessie a été refermée.
- **Secondaire Vessie** : C'est également rare. La première étape consiste à introduire une sonde Foley de gros calibre (de préférence de 20 à 24 F, sauf contre-indication par une reconstruction urétrale). Cela diminue le risque de rétention du caillot. Puis, à l'aide d'une seringue à vessie, introduire 60 ml de solution saline et la retirer de force. Utilisez une seringue pleine à la fois. Cela ne fonctionne que lorsqu'une grande sonde Foley est en place. L'irrigation continue de la vessie doit être utilisée avec la plus grande prudence dans les soins postopératoires des patientes souffrant d'une fistule, car s'il y a plus de liquide à l'entrée qu'à la sortie, la réparation sera détruite.
Cas clinique : Une patiente a subi une réparation de FVV par voie vaginale. Le deuxième jour postopératoire, elle a développé une hématurie avec caillots. La vessie était irriguée avec une seringue/sérum physiologique 1 à 2 fois par jour. Ceci a été continué 1 à 2 fois par jour. Comme l'hématurie persistait, le 6e jour, la patiente a subi une cystostomie sus-pubienne (approche extra-péritonéale). Il y avait un petit saignement à droite de l'orifice urétral qui a été ligaturé. L'incision vésicale a été fermée et un cathéter sus-pubien a été inséré. L'irrigation continue de la vessie a été effectuée pendant deux jours avec une solution saline de 1 litre toutes les 8 heures. La patiente n'avait plus de problèmes post-opératoires et la fistule s'est bien cicatrisée.

(2) TRAUMATISME AUX STRUCTURES ENVIRONNANTES PENDANT LA RÉPARATION

- Les traumatismes touchent le plus souvent les uretères. Les uretères sont particulièrement à risque en cas de réparations répétées car il peut être difficile de les visualiser à travers une petite fistule sclérosée. La plupart des lésions urétérales passent inaperçues et des symptômes comme la douleur et les vomissements ne sont pas des indicateurs fiables, bien que lorsqu'ils se produisent, vous devriez au moins faire une échographie rénale.
- Des lésions rectales surviennent occasionnellement lorsqu'on coupe la sclérose dans le vagin.
- L'hématomètre et l'infertilité secondaire peuvent se produire si le col de l'utérus est fermé.

(3) ECHEC DE LA REPARATION

L'échec de la réparation peut survenir, de sorte que la patiente peut maintenant être inopérable. Si une FRV échoue, une fuite de selles peut entraîner une septicémie.

(4) HYPONATREMIE

Elle a été rapportée avec une grande prise d'eau. La patiente peut se présenter avec confusion. Une solution saline hypertonique et du furosémide sont utilisés dans le traitement. Pour éviter cette complication, il ne faut pas encourager les patientes à prendre plus de 4 litres par jour.

(5) SEPSIS

Malgré l'utilisation d'antibiotiques prophylactiques, dans la seule grande étude de mortalité postopératoire associée à la réparation des fistules génitales, près de la moitié des décès étaient liés à la septicémie. La septicémie est également la cause la plus fréquente de morbidité dans la période post-opératoire. Le siège de la septicémie se situe le plus souvent dans les voies génitales ou urinaires.

Reference: Mortality risk associated with surgical treatment of female genital fistula. Ruminjo J et al: IJGO 126 (2014) 140-145.

- Dans l'infection des voies génitales, la pyrexie et une mauvaise odeur vaginale sont les signes les plus évidents. Le diagnostic est confirmé lorsque le pus est libéré à l'ouverture de l'incision vaginale. Exclure toujours une compresse retenue dans la vessie ou dans le vagin comme cause de septicémie.

- Les infections des voies urinaires sont beaucoup plus fréquentes que les infections des voies génitales et sont la cause la plus fréquente de septicémie grave. Un apport élevé en liquides réduit le risque de pyélonéphrite.
- Les infections passent souvent inaperçues jusqu'à ce qu'il soit trop tard. En plus de la fièvre, recherchez la tachycardie, la tachypnée, l'hypotension et un état mental altéré.
- La température doit être enregistrée au moins une fois par jour chez toutes les patientes en postopératoires. Chez les patientes fébriles, après avoir exclu le paludisme, commencer les antibiotiques et déterminer si des liquides intraveineux sont nécessaires.

CHOQUE SEPTIQUE/INSUFFISANCE RENALE

Le choc est traité avec une combinaison de fluides cristalloïdes ± vasopresseurs.

Liquides : Si la tension artérielle systolique est < 90 mmHg, donner :

- Un bolus initial de liquides (30 ml/kg) à moins qu'il n'y ait des preuves convaincantes d'œdème pulmonaire important, p. ex. administrer 3 litres dans les trois premières heures.
- Le traitement ultérieur doit être administré en bolus bien définis (p. ex., 500 ml) et perfusés rapidement. La réponse clinique et hémodynamique et la présence ou l'absence d'œdème pulmonaire doivent être évaluées avant et après chaque bolus.
- Les patientes ayant subi un choc septique ont souvent besoin d'un total de 4 à 6 litres ou plus de solution cristalloïde.

Vasopresseurs : Pour les patientes qui demeurent hypotendues malgré une réanimation liquidienne adéquate (p. ex., 3L dans les trois premières heures), des vasopresseurs doivent être administrés. Un régime simple consiste à ajouter une ampoule d'adrénaline (1 mg ou 1 ml de 1:1000) à 500 ml de cristalloïde. La tension artérielle systolique est ensuite maintenue à une valeur supérieure à 90 mm Hg. Si l'hypertension se développe, le taux est réduit. Chez les patientes hypotendues, le pouls diminue habituellement avec l'adrénaline au fur et à mesure que la tension artérielle augmente, alors ne vous inquiétez pas de lui donner simplement parce qu'il y a déjà une tachycardie.

- Si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7 g/dl, il est recommandé de transfuser les globules rouges (globules rouges) jusqu'à un taux d'hémoglobine cible de 7-9 g/dl.
- Un supplément d'oxygène doit être administré à toutes les patientes soupçonnées de septicémie.

Oligurie/ Insuffisance rénale : (a) Pré-rénal : Apport hydrique comme ci-dessus. (b) Post-rénal : Faites une échographie de la vessie et des reins pour l'exclure. (c) Rénale : Si elle est encore oligurique après une provocation liquidienne, administrer 200 ml de mannitol à 20 %. De plus, le furosémide à raison de 40 mg par heure, pourvu que la tension artérielle systolique soit > 90 mmHg.

CONCLUSIONS

- Plusieurs des problèmes post-opératoires peuvent être évités en prenant le temps pendant la chirurgie pour éviter des blessures aux uretères, en assurant une bonne hémostase et en donnant une prophylaxie antibiotique adéquate.
- Encourager un apport élevé en liquide après l'opération permet également d'éviter de nombreux problèmes, en particulier l'obstruction des cathéters et les infections urinaires.
- Comme des problèmes peuvent encore survenir après l'intervention, il est important d'effectuer des observations de routine afin de les déceler rapidement. La septicémie demeure la principale cause de décès dans la période post-opératoire.

	<p>La mortalité à la suite d'une intervention chirurgicale de la fistule est généralement faible. Toutefois, il est plus élevé en :</p> <p>(a) Les patientes qui ont été malades du post-partum et qui ont perdu beaucoup de poids. Retardez toute intervention chirurgicale jusqu'à ce qu'elle ait repris son poids corporel normal.</p> <p>(b) Les patientes qui ont besoin d'une deuxième opération peu de temps après la première. C'est habituellement la deuxième erreur en réponse à la première erreur qui tue la patiente. Considérez donc ce qui suit : Bien que les hémorragies ou les septicémies nécessitent une intervention chirurgicale urgente, dans d'autres conditions, les solutions de rechange à la chirurgie (p. ex. néphrostomie pour uretères obstrués) peuvent être meilleures. Envisagez également d'avoir recours à une meilleure expertise en anesthésie ou chirurgicale pour vous aider plus.</p> <p>(c) Les patientes âgées qui ont souvent des problèmes médicaux non reconnus. Bien qu'il n'y ait pas de limite d'âge supérieure fixe pour la chirurgie de la fistule, rappelez-vous que les petites vieilles dames peuvent être un gros problème !</p> <p>Avant toute opération, demandez-vous : a) Quelle est l'indication ? (b) Quelle est l'opération correcte (c) La patiente est-elle apte à subir une chirurgie ?</p>
<p>ÉTAPES CLÉS POUR ÉVITER LES COMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE DE LA FISTULE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie : avoir du sang à disposition, en particulier pour les cas compliqués. Optimiser l'hémoglobine en préopératoire. Utiliser de l'adrénaline diluée. Effectuer des réparations F VV+ FRV par étapes. • Infection : s'assurer qu'une antibioprofylaxie prophylactique est administrée. S'assurer d'une bonne prise de liquide après l'opération. • Traumatisme : les uretères sont toujours plus proches que vous ne le pensez. Sachez où ils sont à tout moment. 	