



FIGO

International Federation of
Gynecology and Obstetrics

the Global Voice for Women's Health

Manuel FIGO de formation en chirurgie de la fistule

Programme de formation standardisée et guide des meilleures pratiques

**Manuel FIGO de formation
en chirurgie de la fistule**

Manuel FIGO de formation en chirurgie de la fistule

***Un programme de formation standardisée
et guide de meilleures pratiques***

**Élaboré et conçu par le Groupe consultatif d'experts pour
l'Initiative FIGO de formation en chirurgie de la fistule**

Publié par



En collaboration avec la
Global Library of Women's Medicine

La publication du Manuel FIGO de formation en chirurgie de la fistule a été possible grâce au soutien financier du Texas Children's Hospital et d'une fondation anonyme.

Publié par la FIGO

FIGO
Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

FIGO House, 10 Theed Street, Londres, SE1 8ST, Royaume-Uni

www.figo.org / figo@figo.org

Numéro d'organisation caritative : 1113263

Numéro d'immatriculation de la société : 05498067

en collaboration avec

The Global Library of Women's Medicine

Albyfield House

Wetheral

Carlisle, CA4 8ET, Royaume-Uni

www.glowm.com

ISBN : 978-0-9929457-0-1

Droits d'auteur © 2023 FIGO *La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique*

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, stockée ou introduite dans un système de recherche documentaire, ni transmise, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit (électronique, mécanique, photocopie, enregistrement ou autre) sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

Traduit par Surrey Translation Bureau, Farnham, Royaume-Uni

Version française révisée par le Dr Itengré Ouédraogo

Imprimé et relié par CPI Anthony Rowe, Chippenham, SN14 6LH, Royaume-Uni

| | |
|--|------|
| Sommaire | |
| Remerciements | viii |
| Introduction | ix |
| Structure et utilisation du manuel de formation | xi |
| 1. Vision d'ensemble de la fistule génitale féminine | 1 |
| 1.1. Définition et épidémiologie | 1 |
| 1.2. Étiopathogénie..... | 2 |
| 1.3. Facteurs étiologiques..... | 3 |
| 1.3.1. Causes obstétricales | 3 |
| 1.3.2. Causes non obstétricales..... | 4 |
| 1.4. Facteurs de risque | 5 |
| 1.5. Prévention des fistules | 5 |
| 1.5.1. Prévention clinique | 5 |
| 1.5.2. Prévention éducative..... | 6 |
| 1.6. Systèmes de classification des fistules obstétricales | 7 |
| 1.6.1. Système de classification Waaldijk | 8 |
| 1.6.2. Système de classification Goh | 10 |
| 1.6.3. Pronostic | 12 |
| 2. Prise en charge clinique préopératoire | 13 |
| 2.1. Évaluation des patientes | 13 |
| 2.1.1. Syndrome complexe d'un accouchement difficile | 13 |
| 2.1.2. Diagnostic..... | 15 |
| 2.2. Prise en charge conservatrice, soins complets et planification préopératoire..... | 18 |
| 2.2.1. Prise en charge conservatrice pour les cas de fistule vésico-vaginale récente et à risque.... | 18 |
| 2.2.2. Soins complets pour traiter les comorbidités/affections liées | 21 |
| 2.2.3. Planification préopératoire..... | 25 |
| 3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule | 28 |
| Niveau 1 | 28 |
| Sommaire..... | 28 |
| Module 1 – Déchirures périnéales..... | 29 |
| Module 2 – Fistule vésico-vaginale simple | 39 |
| Module 3 – Fistule recto-vaginale simple..... | 50 |
| Module 4 – Fistule vésico-vaginale du dôme..... | 62 |

| | |
|---|------------|
| Niveau 2..... | 74 |
| Sommaire..... | 74 |
| Module 5 – Fistule vésico-vaginale circonférentielle..... | 75 |
| Module 6 – Fistule recto-vaginale cicatricielle et haute..... | 87 |
| Module 7 – Fistule vésico-utérine/vésico-cervicale..... | 100 |
| Module 8 – Fistules angulaires et résiduelles..... | 114 |
| Module 9 – Fistule urétérale..... | 128 |
| Module 10 – Calculs vésicaux..... | 140 |
| Module 11 – Reconstruction vaginale..... | 152 |
| Module 12 – Fistule urétrale et reconstruction urétrale..... | 168 |
| Module 13 – Incontinence persistante..... | 179 |
| Niveau 3..... | 192 |
| Sommaire..... | 192 |
| Module 14 – Dérivation urinaire..... | 193 |
| Module 15 – Néovagin colique..... | 208 |
| Module 16 – Fistule recto-vaginale sténosée/circonférentielle..... | 221 |
| Module 17 – Gestion d'un centre de traitement des fistules..... | 236 |
| 4. Complications de la chirurgie de la fistule..... | 245 |
| 4.1. Complications peropératoires..... | 245 |
| 4.2. Complications postopératoires immédiates..... | 246 |
| 4.3. Complications postopératoires tardives..... | 248 |
| 5. Soins postopératoires..... | 251 |
| 5.1. Prise en charge postopératoire..... | 251 |
| 5.1.1. Prise en charge postopératoire immédiate..... | 251 |
| 5.1.2. Prise en charge postopératoire ultérieure..... | 251 |
| 5.1.3. Prise en charge postopératoire spécifique à la fistule vésico-vaginale..... | 252 |
| 5.1.4. Prise en charge postopératoire spécifique à la fistule recto-vaginale..... | 252 |
| 5.1.5. Prise en charge postopératoire spécifique à la réparation de fistules par voie abdominale..... | 252 |
| 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux..... | 253 |
| 5.2.1. Évaluation des résultats après réparation d'une fistule vésico-vaginale..... | 254 |
| 5.2.2. Évaluation des résultats après réparation d'une fistule recto-vaginale..... | 257 |
| 5.3. Physiothérapie pour l'incontinence persistante..... | 257 |
| 5.4. Conseils antérieurs à la sortie..... | 259 |

| | |
|---|-----|
| 6. Audit et recherche | 261 |
| 6.1. Audit..... | 261 |
| 6.2. Recherche | 262 |
| 6.3. Méthodes de recherche | 263 |
| Ressources d'apprentissage | 266 |
| Bibliographie | 269 |
| Index | 277 |

Remerciements

Ce manuel est le fruit d'une collaboration mondiale entre des chirurgiens experts et stagiaires spécialistes de la fistule, des organisations de professionnel de la santé, et des personnes déterminées à soulager les souffrances des femmes atteintes de fistules obstétricales.

Nous tenons à remercier chaleureusement les auteurs du document original d'avoir posé les bases, trois d'entre eux ayant également contribué en grande mesure à l'élaboration de ce nouveau manuel (le Dr Andrew Browning, la professeure Sayeba Akhter et le Dr Thomas Raassen).

En outre, nous souhaitons exprimer notre gratitude envers les auteurs de ce nouveau manuel, dont nous reconnaissons l'engagement et le travail assidu. Nos remerciements les plus sincères s'adressent en particulier au Dr Andrew Browning pour le temps consacré et la contribution apportée tout au long de la rédaction et l'édition du manuel, et au Dr Thomas Raassen pour la révision des versions finales. Nous les remercions tout particulièrement pour l'aide substantielle qu'ils ont apportée à l'élaboration des illustrations médicales.

Équipe de compilation

Groupe consultatif d'experts, initiative FIGO de formation en chirurgie de la fistule

| | |
|-------------------------------|--|
| Dr Andrew Browning, président | Maternity Africa, Tanzanie/Barbara May Foundation, Australie |
| Professeure Sayeba Akhter | MAMM's Institute/Présidente élue de l'ISOFS, Bangladesh |
| Dr Fekade Ayenachew | International Fistula Alliance, Éthiopie |
| Dr James Chapa | CCBRT, Tanzanie |
| Dr Yeshineh Demrew | Addis Ababa Fistula Hospital, Éthiopie |
| Dre Hillary Mabeya | Gynocare Women's and Fistula Hospital, Kenya |
| Dr Peter Majinge | CCBRT, Tanzanie |
| Dre Vindhya Pathirana | Cradle Speciality Health Centre, Tanzanie |
| Dr Thomas Raassen | Chirurgien international de la fistule, Kenya/Pays-Bas |
| Professeur Ajay Rane | Université James Cook, Australie |

Initiative FIGO de formation en chirurgie de la fistule, Royaume-Uni

| | |
|-------------------|--|
| Gillian Slinger | Cheffe de l'initiative FIGO de formation en chirurgie de la fistule Spécialiste technique, fistule obstétricale |
| Lilli Trautvetter | Cheffe de projet |
| Naomi Robertson | Coordinatrice de projet |

Contributeur externe

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| Dre Sandhya Gupta | Université James Cook, Australie |
|-------------------|----------------------------------|

Éditeure

| | |
|-----------------|-------------|
| Clare Addington | Royaume-Uni |
|-----------------|-------------|

Illustratrice médicale

| | |
|----------------|-------------|
| Catherine Bone | Royaume-Uni |
|----------------|-------------|

Introduction

Le nombre de femmes atteintes d'une fistule obstétricale dépasse le nombre de chirurgiens de la fistule dotés des connaissances et des compétences nécessaires pour fournir des soins appropriés de qualité à ce groupe très vulnérable. Actuellement, des milliers de femmes atteintes de fistule souffrent toujours inutilement, en raison des disparités de traitement qui persistent à l'échelle mondiale.

Depuis 2012, l'initiative FIGO de formation en chirurgie de la fistule¹ renforce, à l'échelle locale, les compétences des chirurgiens en formation spécialistes de la fistule (les stagiaires FIGO) et des équipes pluridisciplinaires afin d'offrir des soins complets et des réparations chirurgicales qui changent l'existence d'un nombre plus important de femmes souffrant de fistule obstétricale dans certaines des communautés les plus négligées du monde.

Les bases de l'initiative de formation reposent sur le document intitulé *FIGO et partenaires, Manuel de formation en chirurgie de la fistule basée sur les compétences mondiales (2011)*. Cet outil important, premier programme de formation standardisée pour la chirurgie de la fistule, a constitué une étape fondamentale dans l'abandon de méthodes de formation plus informelles utilisées par le passé.

Ce projet pionnier de la FIGO se déroule de la manière suivante : des stagiaires effectuent des stages de formation formelle dans des centres de formation reconnus, suivis de visites intermittentes de tutorat par les formateurs au sein des établissements d'accueil des stagiaires, afin de consolider progressivement et méthodiquement leurs compétences en matière de soins et chirurgie de la fistule.

Le *Manuel de formation en chirurgie de la fistule basée sur les compétences mondiales* et l'initiative de formation² ont évolué vers des interventions multipartenaires réussies et efficaces ayant une grande portée mondiale, et continuent à contribuer de manière croissante et vitale à combler les disparités de traitement.

À propos du nouveau manuel de la FIGO sur la chirurgie de la fistule

Après des années d'utilisation régulière et d'un vaste retour d'informations de la part des utilisateurs, y compris des stagiaires, des formateurs et des partenaires, il est apparu évident que le *Manuel de formation en chirurgie de la fistule basée sur les compétences mondiales* devait être mis à jour et adapté aux nouvelles demandes ainsi qu'à l'évolution de la formation à la chirurgie de la fistule.

Le manuel a été compilé, mis au point et édité par le groupe consultatif d'experts de l'initiative de formation composé de chirurgiens de la fistule, qui ont tous contribué à la rédaction et au développement de sections spécifiques, en étroite collaboration avec l'équipe du projet. Conscients

¹ <https://www.figo.org/fr/quoi-faire/fistule-obstetricale/initiative-de-formation-chirurgie-fistule>

² G. Slinger, L. Trauvelter, A. Browning, A. Rane. Out of the Shadows and 6000 Reasons to Celebrate: An Update from FIGO's Fistula Surgery Training Initiative. *Int J Gynecol Obstet* (2018).

que les pratiques et les techniques chirurgicales varient, lorsqu'il y a eu de légères différences d'opinions entre experts, le consensus de l'équipe de compilation a été recherché. Le manuel contient également un éventail de nouvelles techniques chirurgicales, illustrations, références à de nouvelles publications et ressources d'apprentissage clés.

Le manuel FIGO de formation en chirurgie de la fistule constitue toujours la base de l'initiative de formation en chirurgie de la fistule, mais il est également disponible gratuitement pour que l'ensemble de la communauté de la fistule puisse l'utiliser. Indépendamment de la manière dont la formation a lieu, le manuel ne doit être utilisé que sous la surveillance étroite d'un expert en chirurgie de la fistule.

Il est absolument essentiel que tous les chirurgiens veillent à ce que les patientes soient au cœur de leur travail. Ceci implique de n'effectuer que les réparations qui relèvent des capacités chirurgicales de chaque chirurgien spécifique ou, à défaut, d'orienter les patientes vers un spécialiste approprié.

Structure et utilisation du manuel de formation

Afin d'aider les chirurgiens de la fistule à développer les connaissances et les compétences nécessaires pour diagnostiquer et traiter les patientes de manière compétente, le manuel couvre l'ensemble des soins liés à la fistule obstétricale, et s'organise en plusieurs sections : 1. *Vision d'ensemble de la fistule génitale féminine*, 2. *Prise en charge clinique préopératoire*, 3. *Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule*, 4. *Complications de la chirurgie de la fistule*, 5. *Soins postopératoires* et 6. *Audit et recherche*.

Avant de commencer une formation chirurgicale, les chirurgiens stagiaires doivent étudier avec soin toutes les sections de ce manuel, ainsi que d'autres ressources d'apprentissage recommandées (voir Ressources d'apprentissage, page 266). Outre cet apprentissage autonome, un enseignement approfondi dispensé par un formateur/chirurgien spécialiste de la fistule s'avère fondamental pour s'assurer de la bonne compréhension du contenu. Une vaste expérience pratique sous la direction d'un formateur/chirurgien spécialiste de la fistule devra suivre ces enseignements, ce qui permettra au stagiaire d'acquérir une expertise chirurgicale.

Développement et évaluation des compétences chirurgicales

Le développement de compétences chirurgicales est couvert par 16 modules, divisés en trois niveaux croissants d'aptitude : du niveau 1 au niveau 3. Chaque module chirurgical comprend un élément pratique et théorique, couvrant des objectifs d'apprentissage, des informations générales, l'évaluation préopératoire, la chirurgie, les complications, la prise en charge postopératoire et des conseils spécifiques pour la sortie des patientes. Le module 17 du niveau 3 ne porte pas sur des aspects chirurgicaux, mais sur la gestion d'un centre de traitement des fistules.

À la fin de chaque module chirurgical se trouve un tableau destiné à l'**évaluation basée sur la performance**, utilisé après chaque intervention chirurgicale pour évaluer les capacités et l'évolution d'un stagiaire. Les évaluations basées sur la performance doivent être effectuées par le formateur/chirurgien spécialiste traitant, qui évalue les capacités du stagiaire en fonction des critères respectifs, soit insuffisantes, satisfaisantes ou excellentes. Un module est réussi si les compétences du stagiaire sont satisfaisantes ou excellentes pour tous les critères énumérés, et approuvées par un formateur/chirurgien spécialiste de la fistule.

Chaque module chirurgical contient un **carnet de bord du module**³ dans lequel les stagiaires doivent enregistrer les interventions qu'ils ont observées, lors desquelles ils ont été supervisés directement, ou qu'ils ont effectuées de façon indépendante. Chaque entrée doit être signée par le formateur/chirurgien spécialiste traitant, et contenir des informations concernant toute formation ultérieure nécessaire.

³ Veuillez consulter le Centre de ressources FIGO sur la fistule (<https://www.figo.org/fr/node/2450>) pour accéder à un modèle du carnet de bord des modules, si vous avez besoin de pages supplémentaires.

Niveaux d'aptitude

Les stagiaires progressent tout au long des trois niveaux d'aptitude en complétant avec succès l'évaluation basée sur la performance de chaque module et en fournissant des preuves de la réalisation du nombre minimum requis d'interventions chirurgicales pour chaque niveau, comme indiqué ci-dessous. Les preuves concernant les réparations doivent être fournies sous la forme d'un **carnet de bord général**⁴ méticuleusement tenu par le stagiaire, vérifié par un superviseur désigné et disponible sur demande le cas échéant.

Niveau 1

Afin d'être considéré comme compétent pour le niveau 1, un stagiaire doit réussir l'évaluation basée sur la performance correspondant aux quatre modules du niveau 1, et avoir effectué au moins 50 à 100 réparations tout au long des modules du niveau 1.

Niveau 2

Afin d'être considéré comme compétent pour le niveau 2, un stagiaire doit réussir l'évaluation basée sur la performance correspondant aux neuf modules du niveau 2, et avoir effectué au moins 200 à 300 réparations tout au long des modules du niveau 2.

Niveau 3

Ce niveau étant très spécialisé, il est plus adapté aux stagiaires qui consacrent une partie importante de leur temps au traitement de la fistule dans une zone à fort besoin, avec une charge de travail variée et complexe. Afin d'être considéré comme compétent pour le niveau 3, un stagiaire doit réussir l'évaluation basée sur la performance correspondant aux trois premiers modules du niveau 3. En outre, étant donné qu'il n'y a pas de nombre minimum de réparations à effectuer, un formateur/chirurgien spécialiste de la fistule décideront si le stagiaire a réussi ou non ce niveau. Contrairement aux modules chirurgicaux, afin d'être considérés comme compétents pour le module 17 du niveau 3, les stagiaires doivent démontrer dans le cadre d'une discussion avec leur formateur/ le chirurgien spécialiste de la fistule, qu'ils ont une compréhension approfondie du fonctionnement et de la gestion d'un centre de traitement des fistules.

Certificat de la FIGO

Bien que les compétences chirurgicales puissent être acquises indépendamment de l'Initiative FIGO de formation en chirurgie de la fistule, **seuls les stagiaires participant à l'initiative peuvent obtenir un certificat de la FIGO.**

⁴ Veuillez consulter le centre de ressources FIGO sur la fistule (<https://www.figo.org/fr/node/2450>) pour obtenir des modèles.

1. Vision d'ensemble de la fistule génitale féminine

1.1. Définition et épidémiologie

Une fistule est une communication anormale entre deux surfaces épithéliales, pouvant survenir entre deux organes internes tubulaires ou creux, ou bien entre un organe interne creux et une couche épithéliale externe de l'organisme. Plus précisément, une fistule génitale est une communication entre l'urètre, la vessie, l'uretère et/ou le rectum et l'utérus, le col de l'utérus et/ou le vagin. Ce type de communications est donc de nature génito-urinaire et/ou recto-vaginale.

Un travail d'accouchement prolongé et obstructif non traité est la principale cause des fistules recto-vaginales et des fistules vésico-vaginales obstétricales.⁵ Les fistules recto-vaginales sont rarement isolées, et tendent à être concomitantes avec des fistules vésico-vaginales dans les cas plus graves de travail obstructif. Les fistules combinées surviennent dans 5 à 10 % des cas.⁶

Un travail prolongé et obstructif aboutirait à l'accouchement d'un bébé mort-né chez environ 90 à 95 % des femmes atteintes d'une fistule obstétricale.⁷ Les femmes subissant un travail obstructif non traité courent également le risque de décéder, des suites de complications telles qu'une rupture utérine, un état septique ou une hémorragie post-partum. Lorsqu'une femme survit, les répercussions d'un travail obstructif non traité entraînent souvent l'apparition d'une fistule obstétricale, ce qui aboutit à une situation d'incontinence urinaire et/ou fécale. Si elle n'est pas traitée, cette lésion subsistera à vie, provoquant une grande souffrance et l'isolement de la patiente.

La fistule obstétricale se produit le plus souvent en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est.⁸ Étant donné que la population de patientes souffrant de fistule obstétricale est difficile à atteindre⁹ et que cette affection survient surtout dans des pays où il y a une pénurie d'établissements de santé, de nombreux cas ne sont ni diagnostiqués ni signalés. Par conséquent, il est très difficile d'obtenir des statistiques solides, récentes et fiables concernant l'incidence et la prévalence de la fistule obstétricale.¹⁰ Il existe nombre d'estimations sur la prévalence de la fistule.¹¹ Toutefois, le

⁵ L.L. Wall. Obstetric Vesicovaginal Fistula as an International Public-Health Problem. *Lancet* (2006).

⁶ B. Hancock, A. Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*. London: Royal Society of Medicine Press Ltd (2009).

⁷ Wall. Obstetric Vesicovaginal Fistula as an International Public-Health Problem; M. Muleta, S. Rasmussen, T. Kiserud. Obstetric Fistula in 14,928 Ethiopian Women. *Acta Obstet Gynecol Scand* (2010).

⁸ G. Slinger, L. Trautvetter. Addressing the Fistula Treatment Gap and Rising to the 2030 Challenge. *Int J Gynecol Obstet* (2020); Wall. Obstetric Vesicovaginal Fistula as an International Public-Health Problem.

⁹ M.A. Lyimo, I.H. Mosha. Reasons for Delay in Seeking Treatment among Women with Obstetric Fistula in Tanzania: A Qualitative Study. *BMC Womens Health* (2019).

¹⁰ A.S. El-Azab, H.A. Abolella, M. Farouk. Update on Vesicovaginal Fistula: A Systematic Review. *Arab J Urol* (2019); Ö. Tunçalp, V. Tripathi, E. Landry, C.K. Stanton, S. Ahmed. Measuring the Incidence and Prevalence of Obstetric Fistula: Approaches, Needs and Recommendations. *Bull World Health Organ.* (2015); C. Stanton, S.A. Holtz, S. Ahmed. Challenges in Measuring Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

¹¹ A.J. Adler, C. Ronsmans, C. Calvert, V. Filippi. Estimating the Prevalence of Obstetric Fistula: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* (2013).

chiffre le plus fréquemment cité est celui d'environ deux millions de femmes atteintes de fistule obstétricale dans le monde, avec 50 000 à 100 000 nouveaux cas chaque année.¹²

Les lésions iatrogènes sont la principale cause des fistules de l'appareil génital féminin dans les pays à revenu élevé, et sont moins souvent des séquelles de lésions obstétricales.¹³ Cependant, le nombre de cas de fistule iatrogène en Afrique subsaharienne et Asie du Sud-Est est également à la hausse. Cette augmentation est probablement due à un ensemble de facteurs, y compris une supervision et une formation obstétricales et médicales insuffisantes, une prise de décision et une prise en charge de l'accouchement inappropriées, une augmentation du nombre de césariennes, ainsi qu'un signalement plus précis des lésions iatrogènes. Afin d'aider sur ce dernier point, T.J. Raassen *et al.* ont élaboré un système de classification clair et utile pour les fistules iatrogènes utilisant les catégories suivantes : *certainement iatrogène*, *probablement iatrogène* et *vraisemblablement iatrogène*.¹⁴ Il est également important de noter que les femmes qui se rendent tardivement à un établissement de santé sont aussi plus susceptibles de subir une lésion iatrogène, car les tissus de l'appareil reproducteur maternel sont beaucoup plus fragilisés par le travail prolongé et obstructif.

1.2. Étiopathogénie

Le travail prolongé et obstructif est le principal facteur étiologique de l'apparition d'une fistule génitale, ce qui provoque une « fistule obstétricale ».

Dans ces cas, sous l'effet des contractions utérines, la tête du fœtus ou la partie présentant compriment progressivement les tissus mous maternels de l'appareil génital contre l'os du bassin, principalement contre la partie postérieure des os pubiens. Ceci entraîne une nécrose ischémique des tissus mous intermédiaires entre la vessie/l'urètre et la partie affectée de l'appareil génital. Après l'accouchement, qui aboutit généralement à une mortinaissance, le tissu nécrotique se détache en formant une communication directe entre deux structures anatomiques ou plus.

Ce processus se déroule au cours de plusieurs jours et semaines, et aboutit à une fistule obstétricale. L'emplacement le plus fréquent de la lésion est la jonction uréthro-vésicale, car la tête fœtale a été enclavée et bloquée dans le bassin de la mère lors d'une disproportion céphalo-pelvienne ou une mauvaise position de la tête fœtale. L'ampleur des lésions dépendra de la durée du travail obstructif et de la position de la tête fœtale ou de la partie présentant correspondante.

Plus l'obstruction de l'accouchement se prolonge, plus importantes sont les lésions des tissus mous de l'appareil génital maternel et des nerfs connexes. Les fistules peuvent impliquer la base de la

¹² K. Waaldijk, Y.D. Armiya'u. The Obstetric Fistula: A Major Public Health Problem Still Unsolved. *Int Urogynecol J* (1993); G. Lewis, L. De Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*. WHO (2006); UNFPA. *Second Meeting of the Working Group for the Prevention and Treatment of Obstetric Fistula* (2002).

¹³ C.J. Hillary, N.I Osman, P. Hilton, C.R. Chapple. The Aetiology, Treatment, and Outcome of Urogenital Fistulae Managed in Well- and Low-Resourced Countries: A Systematic Review. *Eur Urol* (2016).

¹⁴ N. Tasnim, K. Bangash, O. Amin, S. Luqman, H. Hina. Rising Trends in Iatrogenic Urogenital Fistula: A New Challenge. *Int J Gynecol Obstet* (2020); T.J. Raassen, C.J. Ngongo, M.M. Mahendeka. Iatrogenic Genitourinary Fistula: An 18-Year Retrospective Review of 805 Injuries. *Int Urogynecol J* (2014); J. Wright, F. Ayenachew, K.D. Ballard. The Changing Face of Obstetric Fistula Surgery in Ethiopia. *Int J Womens Health* (2016).

vessie, l'ensemble de la paroi vaginale antérieure et/ou la plupart de l'urètre, avec une implication rectale entraînant une fistule recto-vaginale concomitante dans les cas les plus graves.

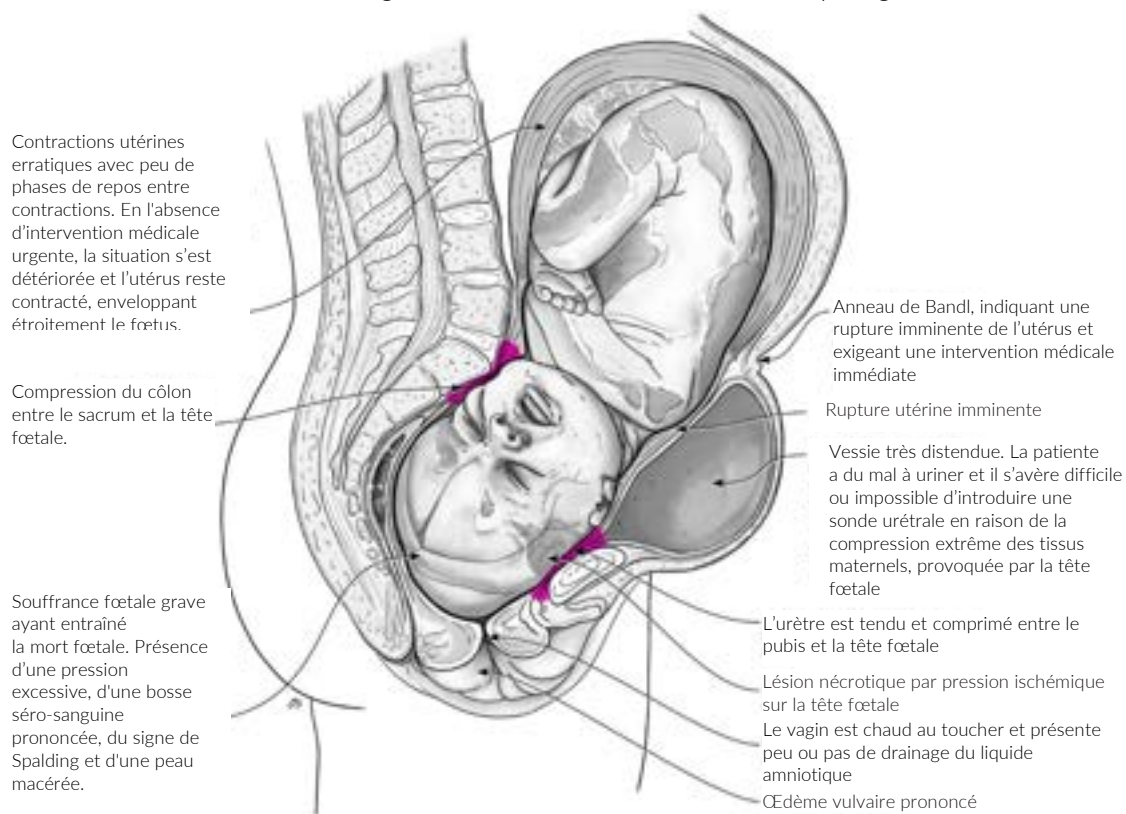


Figure 1. Séquelles maternelles et fœtales d'un travail prolongé et obstructif. Signes et symptômes généraux chez la mère, dont fièvre, état septique, détresse, douleur, agitation et épuisement. En raison d'une compression prolongée des nerfs L4-5 et des racines S1, un steppage a également des chances de survenir chez la mère après l'accouchement. L'apparition d'une coloration pourpre signifie une nécrose ischémique des tissus maternels en raison de la pression de la tête fœtale lors d'un travail obstructif non traité. Ces zones pourpres ont un risque élevé de devenir des fistules obstétricales.

1.3. Facteurs étiologiques

Les facteurs étiologiques des fistules génitales et des traumatismes connexes sont exposés ci-dessous dans les sections « Causes obstétricales » et « Causes non obstétricales ».

1.3.1. Causes obstétricales

Selon les estimations, 90,4 % à 92,2 %¹⁵ des fistules génitales féminines sont liées à l'accouchement.

¹⁵ M. Maheu-Giroux, V. Filippi, S. Samadoulougou, *et al.* Prevalence of Symptoms of Vaginal Fistula in 19 Sub-Saharan Africa Countries: A Meta-Analysis of National Household Survey Data. *Lancet Global Health* (2015); T.J. Raassen, E.G. Verdaasdonk, M.E. Vierhout. Prospective Results after First-Time Surgery for Obstetric Fistulas in East African Women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* (2008); P. Hilton, A. Ward. Epidemiological and Surgical Aspects of Urogenital Fistulae: A Review of 25 Years' Experience in Southeast Nigeria. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* (1998).

1. Vision d'ensemble de la fistule génitale féminine

1.3. Facteurs étiologiques

1. **Fistule obstétricale**

- Travail prolongé et obstructif (plus fréquent¹⁶)

2. **Déchirures périnéales** (incluses, car elles sont normalement causées par des traumatismes survenus à la naissance et, en fonction du degré, peuvent provoquer une incontinence anale et sont donc également traitées par des chirurgiens spécialistes de la fistule). Les facteurs associés à un risque accru d'apparition de déchirures périnéales sont les suivants :

- Un accouchement par voie basse rapide et non contrôlé
- Un accouchement par voie basse assisté ou instrumental
- Une macrosomie fœtale (possible dystocie de l'épaule pendant l'accouchement par voie basse)

3. **Fistule iatrogène**

- Césarienne, avec ou sans hystérectomie¹⁷ (plus fréquente chez les patientes qui subissent des retards, par exemple dans leur accès à un établissement de santé approprié et/ou dans la réalisation d'une césarienne d'urgence après leur arrivée)
- Accouchement assisté ou instrumental, par exemple, avec forceps ou ventouse
- Procédures destructives d'accouchement par voie basse
- Extraction manuelle du placenta
- Désinfibulation en préparation pour l'accouchement
- Épisiotomie
- Symphyséotomie
- Curetage (rarement)

1.3.2. Causes non obstétricales

1. **Fistule iatrogène**, par exemple, provoquée chirurgicalement lors d'opérations gynécologiques facultatives, comme l'hystérectomie ou en raison d'une lésion traumatique, par exemple pendant la dilatation et le curetage

2. **Fistule traumatique**

- Violences sexuelles/coïtales¹⁸
- En raison d'un accident
- Mutilation génitale féminine/excision (MGF/E)
- Insertion de corps étrangers

3. **Cancer**, comme un cancer avancé du col de l'utérus

4. **Radiothérapie**

¹⁶ J. Kelly, H.R. Winter. Reflections on the Knowledge Base for Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

¹⁷ M. Mpunga Mafu, D.F. Banze, D. Nembunzu, *et al.* Frequency and Management of Non-Obstetric Fistula in the Democratic Republic of Congo: Experience from the Fistula Care Plus Project. *Trop Med Int Health* (2020).

¹⁸ M. Onsrud, S. Sjøveian, D. Mukwege. Sexual Violence-Related Fistulas in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* (2009); A.O. Longombe, K.M. Claude, J. Ruminjo. Fistula and Traumatic Genital Injury from Sexual Violence in a Conflict Setting in Eastern Congo: Case Studies. *Reprod Health Matters* (2008); M. Muleta, G. Williams. Postcoital Injuries Treated at the Addis Ababa Fistula Hospital, 1991-97. *Lancet* (1999).

5. **Pratiques intravaginales traditionnelles** comme les incisions gishiri, l'utilisation d'un fer chaud et l'insertion de produits ou d'objets
6. **Affections inflammatoires**, par exemple, syndrome du côlon irritable ou maladie de Crohn
7. **Infection**
 - Tuberculose
 - Lymphogranulome vénérien
 - VIH
 - Schistosomiase
8. **Fistule congénitale** (rare), y compris l'exstrophie de la vessie (ectopie vésicale), les épispadias ou les uretères ectopiques

1.4. Facteurs de risque

Les facteurs qui exposent les femmes et les filles à un risque accru¹⁹ de fistule obstétricale, de manière directe et indirecte, sont :

- Le manque de disponibilité ou d'accès à des services pour un accouchement sans danger et à des soins obstétricaux d'urgence dispensés par des équipes médicales et des accoucheuses compétentes et formées.
- La pauvreté, l'analphabétisme, le manque d'éducation formelle et les inégalités entre les sexes.
- Les accouchements à domicile par des accoucheuses non compétentes, et situés en milieu rural.
- Un accès difficile à la planification familiale, ainsi qu'à des soins pré/postnatals ou liés à l'accouchement.
- Mère de petit gabarit, de petite taille ou atteinte d'un retard de croissance.
- Bassin rachitique de la mère.

1.5. Prévention des fistules

1.5.1. Prévention clinique

Afin d'éviter les fistules obstétricales, il est essentiel d'accroître la disponibilité et l'accès à des services de santé maternelle de qualité, y compris à des soins obstétricaux d'urgence. Ces services doivent couvrir toute la durée de la grossesse et de la période postnatale. Il est également crucial que les naissances soient assistées par un professionnel de santé compétent, avec surveillance étroite de l'accouchement à l'aide d'un partogramme, et transfert à temps de la patiente vers un établissement de niveau supérieur en cas de travail obstructif. Dans le cas de fistules iatrogènes, il est essentiel que les chirurgiens et autres professionnels de la santé reçoivent une formation de

¹⁹ P.M. Tebeu, J.N. Fomulu, S. Khaddaj, L. de Bernis, T. Delvaux, C.H. Rochat. Risk Factors for Obstetric Fistula: A Clinical Review. *Int Urogynecol J* (2012); L. Hawkins, R.F. Spitzer, A. Christoffersen-Deb, J. Leah, H. Mabeya. Characteristics and Surgical Success of Patients Presenting for Repair of Obstetric Fistula in Western Kenya. *Int J Gynecol Obstet* (2013); Raassen, Verdaasdonk, Vierhout. Prospective Results after First-Time Surgery for Obstetric Fistulas in East African Women; L.L. Wall, J.A. Karshima, C. Kirschner, S.D. Arrowsmith. The Obstetric Vesicovaginal Fistula: Characteristics of 899 Patients from Jos, Nigeria. *Am J Obstet Gynecol* (2004).

1. Vision d'ensemble de la fistule génitale féminine

1.5. Prévention des fistules

qualité, notamment en matière d'interventions obstétricales et gynécologiques, un bon accompagnement, et des capacités adéquates au sein des établissements.²⁰

Si une femme se présente après un travail prolongé et obstructif, une prise en charge conservatrice accompagnée d'un sondage de la vessie peut éventuellement entraîner la guérison spontanée d'une fistule vésico-vaginale potentielle ou récente (voir la section 2.2.1. Prise en charge conservatrice pour les cas de fistule vésico-vaginale récente et à risque, page 18). Si la prise en charge conservatrice n'aboutit pas, un chirurgien spécialiste de la fistule, compétent et formé, doit réparer la fistule au plus tôt, ce qui permettra de fournir un traitement opportun et de qualité, ainsi que de réduire au minimum les souffrances inutiles. La plupart des chirurgiens de la fistule préfèrent en général attendre 3 mois après la formation d'une fistule avant d'essayer de la réparer, afin de permettre la guérison des tissus touchés.

Si un chirurgien spécialiste de la fistule n'est pas disponible, la patiente doit alors être orientée de manière appropriée vers un autre spécialiste. Il est essentiel que seuls des chirurgiens compétents et formés s'occupent des réparations de la fistule, car la première tentative a le plus de chances de réussite.²¹ Les réparations médiocres réduisent gravement les possibilités qu'une intervention chirurgicale postérieure ait des résultats favorables.

La prestation et l'accès à des services (gratuits) liés à la planification familiale et à l'espacement des naissances sont importantes, à la fois pour éviter les fistules obstétricales et pour réduire les possibilités d'une récurrence chez les femmes ayant subi une réparation antérieure. Les femmes ayant été atteintes d'une fistule obstétricale, avec ou sans réparation, doivent faire l'objet d'une césarienne optionnelle dans toutes les grossesses postérieures. Cela évite la récurrence d'une fistule obstétricale et garantit de bons résultats de santé maternelle et néonatale. Les femmes ayant été atteintes d'une fistule iatrogène ou d'une déchirure périnéale doivent être prévenues que, lors de grossesses ultérieures, elles peuvent tenter un accouchement par voie basse, qui ne doit avoir lieu que dans un établissement capable de fournir des soins obstétricaux d'urgence complets.

1.5.2. Prévention éducative

L'amélioration du statut des femmes et des filles et la progression de l'égalité entre sexes se trouvent au cœur de la prévention des fistules obstétricales. Cela commence par la promotion d'opportunités égales d'accès à une éducation primaire et secondaire de qualité, équitable et totalement gratuite²² pour permettre aux filles d'atteindre leur potentiel personnel et professionnel. Bénéficier de la même éducation que leurs compagnons masculins peut permettre aux femmes et aux filles de développer un concept solide d'égalité entre sexes, une conscience de leurs droits (humains) et de les habiliter à réclamer l'exercice de leurs droits.

Un autre pilier dans la prévention des fistules est l'amélioration du niveau de l'éducation sanitaire parmi tous les membres de la société, en particulier concernant le besoin de soins adéquats en

²⁰ P. Hilton. Trends in the Aetiology of Urogenital Fistula: A Case of 'Retrospective Evolution'? *Int Urogynecol J* (2016).

²¹ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*.

²² W. Rosa, ed. Appendix: Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. In: *A New Era in Global Health*. Springer (2018).

santé reproductive et maternelle.²³ L'implication des personnes en possession majoritaire du pouvoir de décision au sein du foyer et/ou de la communauté, y compris les hommes et les personnes âgées, revêt une importance vitale. L'éducation sanitaire peut être dispensée par un éventail de groupes et de personnes, comme des agents de santé communautaire, des équipes de sensibilisation ou des ambassadrices de la fistule, souvent d'anciennes patientes qui se sont remises d'une fistule obstétricale.

Une éducation sanitaire complète et gratuite doit aborder :

- La prévention, l'identification et le traitement de la fistule obstétricale.
- Une éducation sanitaire, reproductive et sexuelle qui soit complète et générale, y compris concernant les options en cas de grossesse non planifiée.
- Les risques des accouchements non assistés à domicile (par exemple, fistule obstétricale, hémorragies post-partum, mortalité néonatale et maternelle, etc.) et l'importance d'accoucher dans un établissement de santé approprié ou, au moins, de compter sur la présence de professionnels de santé compétents avec la possibilité d'un transfert rapide à l'hôpital.
- Différentes options en matière de planification familiale, y compris l'attente avant une grossesse²⁴ et l'espacement des naissances.
- La planification d'un accouchement sûr au sein d'un établissement de santé adapté.

1.6. Systèmes de classification des fistules obstétricales

Pour être efficace, un système de classification des fistules obstétricales doit être descriptif, indicatif de la technique opératoire et, idéalement, avoir un caractère pronostique afin d'aider à prédire le résultat chirurgical. Le système doit constituer un outil fiable pour faciliter la communication et permettre aux chirurgiens d'identifier des cas adaptés à leurs capacités chirurgicales.

Dans la pratique actuelle, il n'existe aucun système de classification des fistules obstétricales normalisé ni universellement reconnu, et plusieurs systèmes sont employés.²⁵ Toutefois, les plus utilisés sont les systèmes mis au point par Kees Waaldijk²⁶ et Judith Goh.²⁷ Afin de faciliter la communication, les chirurgiens de la fistule doivent utiliser un seul système de façon systématique pour la tenue des dossiers, la sélection des cas, les audits et les études.

Il existe également quelques termes utilisés fréquemment pour décrire les fistules qui ne constituent pas un système de classification, mais qui sont descriptifs et donc utiles à des fins de

²³ M.N. Wegner, J. Ruminjo, J.E. Sinclair, L. Pessa, M. Mehta. Improving Community Knowledge of Obstetric Fistula Prevention and Treatment. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

²⁴ A.O. Tsui, A.A. Creanga, S. Ahmed. The Role of Delayed Childbearing in the Prevention of Obstetric Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

²⁵ J.B. Lawson. Tropical Gynaecology: Birth-Canal Injuries. *Proc R Soc Med* (1968); Lewis G. and de Bernis L. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*.

²⁶ K. Waaldijk. Surgical Classification of Obstetric Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* (1995).

²⁷ J.T. Goh. A New Classification for Female Genital Tract Fistula. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* (2004).

communication. Les descriptions peuvent aborder l'emplacement, la taille et l'étendue de la sténose de la fistule :

Emplacement

- Uréthro-vaginale : survient à 3,5 cm du méat urétral externe.
- Juxta-urétrale : emplacement le plus fréquent de fistule, à la jonction uréthro-vésicale.
- Mi-vaginale : à 4 cm ou plus de l'orifice urétral externe.
- Juxta-cervicale : près du col de l'utérus, plus fréquente chez les femmes multipares et après une césarienne.²⁸
- Intra-cervicale : entre la vessie et le canal cervical, presque toujours des suites d'une césarienne.
- Circonférentielle : le plus couramment, la vessie a été complètement séparée de l'urètre, d'où une rupture de la continuité de l'appareil urinaire. La partie postérieure de l'os pubien peut facilement être palpée à travers le vagin, là où se trouve l'écart entre l'urètre et la vessie.
- Urétéro-vaginale : où l'un ou même les deux uretères se déversent dans l'appareil génital. Ces fistules sont généralement iatrogènes après une césarienne et/ou une hystérectomie.
- Dôme : survient au niveau du dôme vaginal après une hystérectomie d'urgence ou optionnelle.

Taille/Diamètre

- Minuscule : n'admet qu'une petite sonde cannelée.
- Petite : < 1,5 cm.
- Moyenne : 1,5–3 cm.
- Grande : > 3 cm, peut impliquer une perte de la majeure partie de la paroi vaginale antérieure et une perte circonférentielle de la jonction uréthro-vésicale.
- Étendue : perte majeure de la vessie et de l'urètre présentant entre elles un grand écart.

Sténose

L'étendue de la sténose peut aller de minimale à extrême. Dans le premier cas, les marges de la fistule sont molles et mobiles, alors que dans le dernier, les marges sont rigides et figées. Elle peut également affecter la paroi postérieure et latérale du vagin, provoquant ainsi une sténose complète dans des cas extrêmes. La sténose peut affecter la partie distale ou proximale du vagin, ou bien s'étendre sur toute sa surface. L'emplacement le plus fréquent est le milieu du vagin.²⁹

1.6.1. Système de classification Waaldijk³⁰

Le système de classification de Kees Waaldijk pour les fistules recto-vaginales et vésico-vaginales repose sur les atteintes au mécanisme de continence (situé entre 0 et 5 cm du méat), la perte

²⁸ A.M. Sih, D.M. Kopp, J.H. Tang. Association between Parity and Fistula Location in Women with Obstetric Fistula: A Multivariate Regression Analysis. *BJOG* (2016).

²⁹ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*.

³⁰ Waaldijk. *Surgical Classification of Obstetric Fistulas*.

circonférentielle et la taille. Il peut servir à déterminer le type d'opération nécessaire et donne une indication du pronostic.

Fistules génito-urinaires (fistules vésico-vaginales)

Classification des fistules selon leur emplacement physiologique/anatomique

| | | | |
|----------|---|---|--------------------------------------|
| Type I | Fistules n'impliquant pas le mécanisme de continence/de fermeture | | |
| Type II | Fistules impliquant le mécanisme de continence/ de fermeture | A Sans implication (sub)totale de l'urètre | a Sans défaut circonférentiel |
| | | | b Avec défaut circonférentiel |
| | | B Avec implication (sub)totale de l'urètre | a Sans défaut circonférentiel |
| | | | b Avec défaut circonférentiel |
| Type III | Autres, par exemple, fistules impliquant l'uretère et autres fistules exceptionnelles | | |

Classification supplémentaire des fistules en fonction de la taille

| | |
|---------|--------|
| Petite | < 2 cm |
| Moyenne | 2-3 cm |
| Grande | 4-5 cm |
| Étendue | ≥ 6 cm |

Utilisation du système de classification pour prédire les principes chirurgicaux

| Type de fistule | Direction de fermeture de la vessie/de l'urètre | Fascia pubocervical | Fermeture de la paroi vaginale antérieure |
|-----------------|---|---|---|
| Type I | Peu importe, agir avec bon sens | Aucune mesure particulière | Adapter aux marges de la fistule |
| Type II Aa | Transversale | Réparation transversale avec ou sans fixation | Adaptation transversale |
| Type II Ab | Circonférentielle (termino-terminale) | Refixation | Adaptation transversale |
| Type II Ba | Longitudinale, avec tissu urétral transversal | Fixation | Lambeau |
| Type II Bb | Longitudinale, avec tissu non urétral circonférentiel | Refixation | Lambeau |
| Type III | Non applicable | Non applicable | Non applicable |

1. Vision d'ensemble de la fistule génitale féminine
- 1.6. Systèmes de classification des fistules obstétricales

Fistules génito-anorectales (fistules recto-vaginales)

Classification des fistules selon leur emplacement physiologique/anatomique

| | | |
|----------|--|---|
| Type I | Fistules proximales n'impliquant pas le mécanisme de continence/de fermeture | a Sans sténose rectale |
| | | b Avec sténose rectale (courant) |
| | | c Avec défaut circonférentiel (peu courant) |
| Type II | Fistules distales impliquant le mécanisme de continence/de fermeture | a Sans implication du sphincter anal |
| | | b Avec implication du sphincter anal |
| Type III | Autres, par exemple, fistules intestino-utérines après une IVG instrumentale | |

Classification supplémentaire des fistules en fonction de la taille

| | |
|---------|--------|
| Petite | < 2 cm |
| Moyenne | 2-3 cm |
| Grande | 4-5 cm |
| Étendue | ≥ 6 cm |

Utilisation du système de classification pour prédire les principes chirurgicaux

| Type | Principes chirurgicaux |
|-----------|---|
| Type I a | Fermeture transversale du rectum |
| Type I b | Fermeture transversale du rectum avec rupture de la sténose rectale |
| Type I c | Anastomose termino-terminale (après rupture des sténoses) ; exceptionnellement, combinaison de l'approche par voie abdomino-vaginale avec une colostomie |
| Type II a | Fermeture longitudinale de l'anorectum |
| Type II b | Reconstruction méticuleuse de toutes les structures impliquées |
| Type III | Dépend de la situation |

1.6.2. Système de classification Goh³¹

Le système de classification de Judith Goh repose sur la longueur de l'urètre (types 1 à 4), la taille de la fistule (types a à c) et l'étendue de la sténose (types i à iii).

³¹ Goh. A New Classification for Female Genital Tract Fistula.

Fistules génito-urinaires (fistules vésico-vaginales)

| Emplacement (distance entre le méat urinaire externe et le bord distal de la fistule) | |
|--|--|
| Type 1 | > 3,5 cm |
| Type 2 | 2,5–3,5 cm |
| Type 3 | de 1,5 cm à un peu moins de 2,5 cm |
| Type 4 | < 1,5 cm |
| Taille (longueur du diamètre le plus grand) | |
| (a) | < 1,5 cm |
| (b) | 1,5–3 cm |
| (c) | > 3 cm |
| Caractéristiques de la sténose | |
| i | Fibrose inexistante ou seulement légère (autour de la fistule et/ou du vagin) et/ou longueur vaginale > 6 cm avec une capacité vaginale normale |
| ii | Fibrose modérée ou grave (autour de la fistule et/ou du vagin) et/ou réduction de la longueur vaginale et/ou de la capacité vaginale |
| iii | Considérations particulières, par exemple, lésions causées par des radiations, implication urétérale, fistule circonférentielle, réparation antérieure |

Fistules génito-anorectales (fistules recto-vaginales)

| Emplacement (distance entre le bord distal de la fistule et l'hymen) | |
|---|---|
| Type 1 | > 3 cm |
| Type 2 | 2,5–3 cm |
| Type 3 | de 1,5 cm à un peu moins de 2,5 cm |
| Type 4 | < 1,5 cm |
| Taille (longueur du diamètre le plus grand) | |
| (a) | < 1,5 cm |
| (b) | 1,5–3 cm |
| (c) | > 3 cm |
| Caractéristiques de la sténose | |
| i | Fibrose inexistante ou légère autour de la fistule et/ou du vagin, capacité vaginale > 6 cm |
| ii | Fibrose modérée ou grave, capacité vaginale < 6 cm |
| iii | Considérations particulières, par exemple, lésions causées par des radiations, maladie inflammatoire, cancer, réparation antérieure |

1.6.3. Pronostic

Des études ont été menées en utilisant les systèmes de classification de Waaldijk et de Goh pour prédire les résultats.³² En essence, pour les deux systèmes, plus le type de fistule progresse (du type I au type II Bb dans la classification de Waaldijk et du type 1ai au type 4ciii dans celle de Goh), plus le pronostic est défavorable.³³ Ces systèmes de classification sont souvent axés sur les caractéristiques de la fistule qui affectent le pronostic, telles que l'implication et la longueur de l'urètre, la taille de la fistule et l'étendue de la sténose. Ces systèmes sont semblables à d'autres systèmes de classification, comme pour le cancer. Toutefois, d'autres facteurs susceptibles de contribuer aux résultats ont tendance à ne pas être pris en compte, comme les comorbidités et les caractéristiques des patientes, les compétences du chirurgien ou les soins et les procédures périopératoires.³⁴ Les systèmes de classification peuvent également être améliorés par un score pronostic explicite, ce qui peut aider à la prise de décision et à la planification des réparations.³⁵ Certains chirurgiens de la fistule utilisent des systèmes d'évaluation pour la prédiction de la guérison et de la continence qui emploient un intervalle de 5 % sur une échelle de 5 % à 95 %³⁶ ; idéalement, tout système d'évaluation doit être utilisé conjointement avec le système de classification choisi.

³² K. Waaldijk. The Immediate Management of Fresh Obstetric Fistulas. *Am J Obstet Gynecol* (2004); J.T. Goh, A. Browning, B. Berhan, A. Chang. Predicting the Risk of Failure of Closure of Obstetric Fistula and Residual Urinary Incontinence Using a Classification System. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* (2008).

³³ V. Frajzyngier, G. Li, E. Larson, J. Ruminjo, M.A. Barone. Development and Comparison of Prognostic Scoring Systems for Surgical Closure of Genitourinary Fistula. *Am J Obstet Gynecol* (2013).

³⁴ Frajzyngier, *et al.* Development and Comparison of Prognostic Scoring Systems for Surgical Closure of Genitourinary Fistula.

³⁵ Frajzyngier, *et al.* Development and Comparison of Prognostic Scoring Systems for Surgical Closure of Genitourinary Fistula; S.D. Arrowsmith. Urinary Diversion in the Vesico-Vaginal Fistula Patient: General Considerations Regarding Feasibility, Safety, and Follow-Up. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

³⁶ K. Waaldijk. *Obstetric Trauma Surgery Art and Science* (2018).

2. Prise en charge clinique préopératoire

Ce chapitre est consacré à la prise en charge clinique de la fistule obstétricale et couvre l'évaluation des patientes, la prise en charge conservatrice, les soins complets pour traiter les comorbidités/affections liées, ainsi que la planification préopératoire. Ce chapitre présente les étapes préalables à suivre avant l'intervention chirurgicale.

2.1. Évaluation des patientes

Les patientes qui présentent une suspicion de fistule obstétricale sont susceptibles de manifester certains des symptômes et des comorbidités énumérés ci-dessous. Une anamnèse détaillée et des examens physiques, selon les critères indiqués dans cette section, doivent être effectués pour évaluer la patiente et poser un diagnostic correct.

2.1.1. Syndrome complexe d'un accouchement difficile

Symptômes

Selon que la patiente est atteinte d'une fistule vésico-vaginale et/ou recto-vaginale, le symptôme principal de fistule obstétricale est une fuite continue et incontrôlable d'urine et/ou de selles par le vagin.

Conséquences et comorbidités associées

Les fistules affectent gravement le système reproducteur des femmes, ainsi que, de façon générale, la santé et le bien-être de celles-ci.³⁷ Par conséquent, lorsqu'une patiente atteinte de fistule vient consulter, il est important d'examiner la présence de conséquences et de comorbidités potentiellement liées à la fistule obstétricale.

Conséquences et comorbidités initiales

- Rupture utérine.
- État septique.
- Altérations ischémiques dans les tissus des organes pelviens.
- Lésions extragénitales : atteintes gastro-intestinales, lésions du sphincter anal.
- Lésion ou séparation de la symphyse pubienne.³⁸
- Fracture du coccyx.
- Lésions neurologiques, steppage dû à des lésions au niveau des racines des nerfs rachidiens L5/S1.³⁹
- Mort fœtale intrapartum.

³⁷ S. Arrowsmith, E.C. Hamlin, L.L. Wall. Obstructed Labor Injury Complex: Obstetric Fistula Formation and the Multifaceted Morbidity of Maternal Birth Trauma in the Developing World. *Obstet Gynecol Surv* (1996).

³⁸ W.P. Cockshott. Pubic Changes Associated with Obstetric Vesico Vaginal Fistulae. *Clin Radiol* (1973).

³⁹ K. Waaldijk, T.E. Elkins. The Obstetric Fistula and Peroneal Nerve Injury: An Analysis of 947 Consecutive Patients. *Int Urogynecol J* (1994).

2. Prise en charge clinique préopératoire

2.1. Évaluation des patientes

- Complications fœtales et néonatales : lésion cérébrale ischémique hypoxique, état septique, hémorragies intracérébrales et intracrâniennes.

Conséquences et comorbidités tardives

- La sténose de l'appareil génital aboutit à une sténose du col de l'utérus et/ou du vagin, voire à une hématométrie.
- Problèmes sexuels provoqués par une sténose ou une occlusion vaginale ; dyspareunie, apareunie.
- Incompétence cervicale, entraînant l'incapacité à mener à terme les grossesses ultérieures.
- Aménorrhée.
- Infertilité consécutive à un syndrome d'Asherman ou de Sheehan.
- Infections récurrentes de l'appareil urinaire.
- Dermate urinaire avec excoriation chronique, hyperkératose locale et ulcération secondaire.
- Dysfonctionnement vésical, vessie neuropathique.
- Lésions rénales issues d'infections récurrentes de l'appareil urinaire ou d'une sténose de l'uretère inférieur, susceptible d'aboutir à une hydronéphrose et à une perte de fonction rénale.
- Lithiase vésicale et vaginale provoquée par une concentration de l'urine.
- Douleur chronique, comme douleur au bassin et/ou aux jambes.
- Steppage persistant.
- Contractures des extrémités inférieures.

Conséquences et comorbidités peu fréquentes

- Prolapsus utérin.
- Steppage permanent.

Autres conséquences et comorbidités associées

Outre les conséquences et les comorbidités physiques, la fistule obstétricale a de graves répercussions émotionnelles, sociales et économiques sur la vie des femmes atteintes de cette affection.⁴⁰ Ces répercussions doivent également être évaluées et abordées.

- Problèmes de santé mentale, tels que dépression, troubles psychologiques, idées ou tendances suicidaires.
- Stigmatisation sociale, rejet, séparation de la famille et exclusion de la communauté.
- Malnutrition.
- Anémie chronique.

⁴⁰ L.T. Mselle, K.M. Moland, B. Evjen-Olsen, A. Mvungi, T.W. Kohi. 'I Am Nothing': Experiences of Loss among Women Suffering from Severe Birth Injuries in Tanzania. *BMC Womens Health* (2011); K. Weston, S. Mutiso, J.W. Mwangi, Z. Qureshi, J. Beard, P. Venkat. Depression among Women with Obstetric Fistula in Kenya. *Int J Gynecol Obstet* (2011); S. Ahmed, S.A. Holtz. Social and Economic Consequences of Obstetric Fistula: Life Changed Forever? *Int J Gynecol Obstet* (2007); J.K. Barageine. *Genital Fistula among Ugandan Women: Risk Factors, Treatment Outcomes, and Experiences of Patients and Spouses* [PhD thesis]. Makerere University, Kampala and Karolinska Institute, Stockholm (2015).

- Implications socioéconomiques graves, entraînant souvent une aggravation de la pauvreté.
- Décès prématuré en raison d'un état de santé général, et d'un statut nutritionnel médiocre ou d'une insuffisance rénale.

2.1.2. Diagnostic

Une anamnèse détaillée et des examens approfondis sont essentiels pour confirmer le diagnostic. Il est important d'évaluer la patiente afin de déterminer le nombre, la taille et l'emplacement exact de la(des) fistule(s) avant de mettre au point un plan de traitement. Enregistrez et conservez en lieu sûr les informations recueillies sur la patiente lors du premier contact avec un professionnel de santé, ainsi que tout au long du traitement, lors de la sortie de l'hôpital et du suivi. Ceci garantit non seulement la continuité des soins, mais permet également de suivre les résultats chirurgicaux, de faciliter l'apprentissage et de créer une base de données de dossiers des patientes, ainsi que de mener des audits et d'éventuelles études de recherche. La tenue des dossiers doit couvrir les antécédents cliniques et personnels des patientes, l'examen physique, les examens et leurs résultats, l'évaluation préopératoire, les interventions chirurgicales et les soins postopératoires, l'évaluation des résultats, les conseils pour la sortie de l'hôpital et les rendez-vous de suivi après la sortie.

Les éléments suivants peuvent servir de référence pour déterminer quelles informations doivent être recueillies et enregistrées, bien que de nombreux établissements aient déjà leurs propres protocoles.

Antécédents obstétricaux et personnels

1. **Caractéristiques des patientes** : Nom, coordonnées, âge, état civil et âge au mariage le cas échéant, éducation, emploi, membres du foyer et circonstances actuelles.
2. **Symptômes** : Problème principal, caractéristiques et durée.
3. **Antécédents obstétricaux** :
 - **Gestité et parité**, y compris les dates de naissance et le sexe des enfants vivants et décédés.
 - **Durée du(des) accouchement(s)**
 - **Lieu(x) du(des) accouchement(s) et personne(s) ayant assisté**
 - **Mode(s) d'accouchement** (par exemple, accouchement spontané par voie basse, accouchement instrumental ou par ventouse, accouchement destructif, symphyséotomie, césarienne avec ou sans hystérectomie).
 - **Résultat(s) néonatal(s)** (naissance vivante, mortinaissance, mort néonatale précoce, sexe du bébé).
 - **Autres** (antécédents des menstruations, écoulements ou hémorragies vaginales, grossesses antérieures confirmées et leur évolution, incapacité à marcher correctement après l'accouchement, reprise de la menstruation après l'accouchement, utilisation passée et actuelle de méthodes de contraception, autres affections médicales ou interventions chirurgicales précédentes).
 - **Antécédents de fistule** (informations sur les fistules antérieures, la/les réparation(s), les

2. Prise en charge clinique préopératoire

2.1. Évaluation des patientes

établissements et les résultats) pour déterminer si la fistule actuelle est nouvelle, ancienne, ou a été réparée précédemment sans succès.

- **Antécédents de maladies antérieures**, suivis des examens appropriés (p. ex., allergies aux médicaments, diabète, hypertension, maladies cardiaques connues, anémie, tuberculose, crises de paludisme, troubles thyroïdiens).
- **Antécédents d'interventions chirurgicales** (p. ex., transfusion sanguine, complications liées à l'anesthésie, type d'intervention(s) pratiquée(s), dont l'hystérectomie, complications intraopératoires et recommandations du chirurgien).

Examen physique

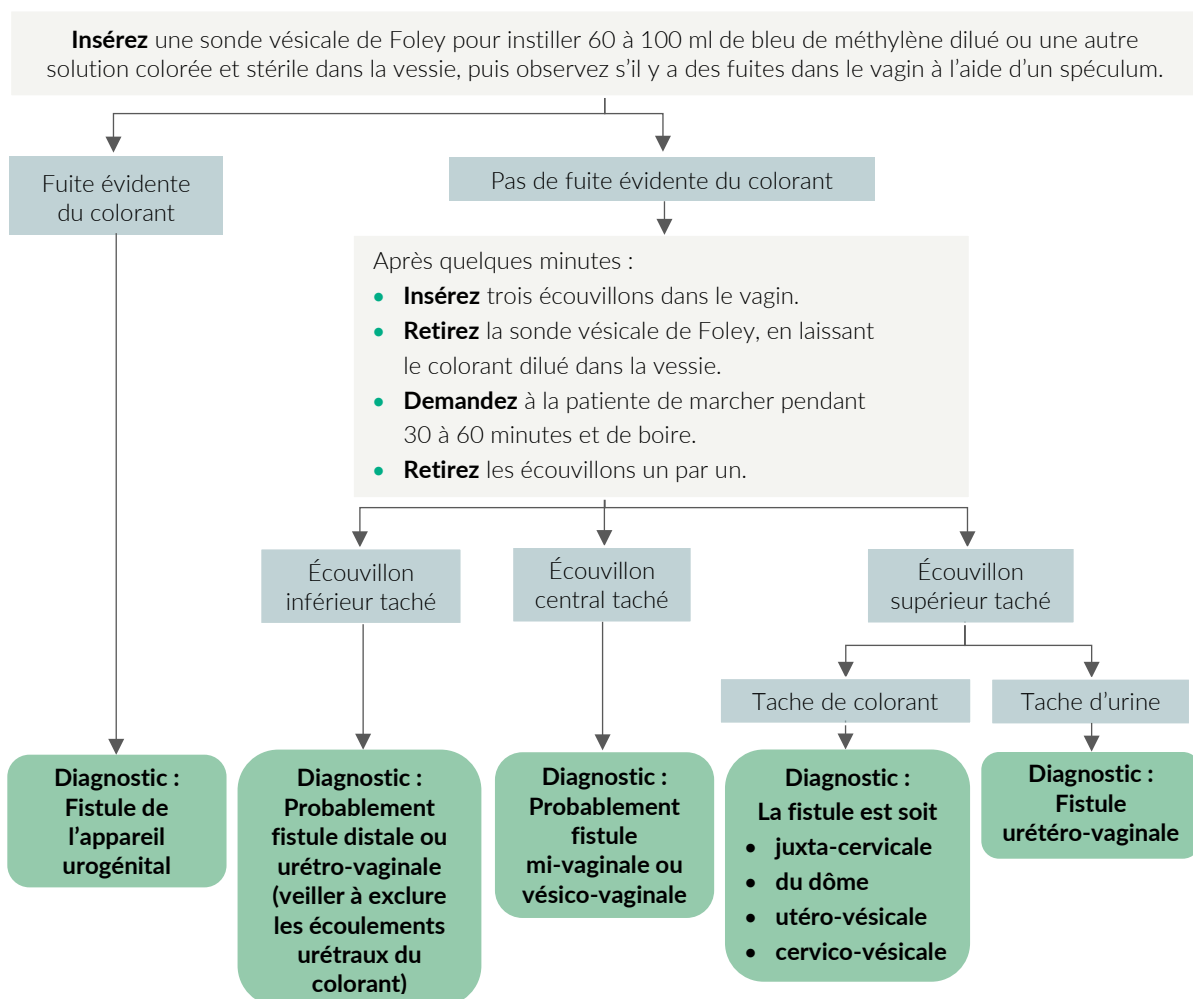
Après l'enregistrement des antécédents obstétricaux et personnels de la patiente, il est important d'effectuer un examen physique afin de diagnostiquer, décrire et classifier la fistule et autres morbidités liées à un travail obstructif, ainsi que d'identifier toute opération antérieure ou maladie existante non associée à la fistule.

1. **Généralités** : Statut nutritionnel, comme l'indice de masse corporelle (IMC) ou la mesure du périmètre brachial (MUAC), statut de santé mentale.
2. **Systémique** : Examen des fonctions respiratoire, cardiovasculaire, abdominale et musculosquelettique.
3. **Troubles neurologiques provoqués par un accouchement obstructif** : Steppage (classes 1 à 5), anesthésie en selle, réflexe anal et fonction du nerf pudendal.
4. **Examen abdominal** : Forme de l'abdomen, cicatrices chirurgicales, masse palpable, zones de douleur à la palpation, signe du flot et matité mobile, borborygmes.
5. **Examen des organes génitaux** : Ulcération et excoriation provoquée par une hyperkératose (dermatite urinaire), hémorragies, excision génitale féminine, déchirures périnéales, infections sexuellement transmissibles.
 - **Examen digital de l'appareil génital** : Cet examen facilite le diagnostic et la classification des fistules génitales féminines et des caractéristiques susceptibles d'affecter le traitement et les résultats.
 - **Perméabilité de l'appareil reproducteur** (le vagin, l'utérus ou le col de l'utérus peuvent être obstrués par du tissu cicatriciel, le col de l'utérus peut être absent).
 - **Présence de lithiase vaginale, corps étrangers ou lésions**, comme les incisions gishiri.
 - **Situation et étendue de la sténose vaginale** (antérieure et/ou postérieure), qui apparaît souvent comme une frange épaisse de tissu cicatriciel sur la paroi vaginale postérieure.
 - **Nombre, taille, emplacement et classification de la(des) fistule(s)** selon le système de prédilection (voir la section 1.6. Systèmes de classification des fistules obstétricales, page 7).
 - **Longueur urétrale, implication ou non de l'urètre, présence d'un défaut circonférentiel total ou partiel, et obstruction éventuelle** (s'il est possible de palper antérieurement la symphyse pubienne osseuse, l'urètre a été touché circonférentiellement. C'est-à-dire, s'il y a un écart entre l'urètre et la vessie, le défaut est donc circonférentiel).
 - **Capacité de la vessie** (une évaluation préopératoire est difficile, mais peut se faire de façon approximative par sondage de la vessie avec une sonde métallique).

- **Statut du sphincter anal et réflexe anal** (examen et palpation afin de déterminer s'il est intact, et examen digital, en demandant à la patiente de serrer, afin de déterminer le tonus).
- **Épreuve d'effort** (s'il n'y a pas de fistule apparente, demander à la patiente de tousser et chercher des signes d'incontinence urinaire d'effort ; pour cette épreuve il est nécessaire que la vessie contienne de l'urine).
- **Test au bleu de méthylène** (permet la détection d'une petite fistule, notamment dans le cas de fistules cervico-vaginales ou utéro-vaginales et de fistules résiduelles unilatérales et bilatérales, qui peuvent passer inaperçues lors de l'examen).
- **Toute autre anomalie de l'appareil génital.**
- **L'examen au spéculum** permet d'observer le défaut ; cette procédure ne sera cependant pas possible dans les cas graves de sténose vaginale.

Test au bleu de méthylène pour fistules vésico-vaginales

Afin de diagnostiquer une fistule de l'appareil urinaire et son emplacement, il est possible d'effectuer un test au bleu de méthylène en suivant l'organigramme ci-dessous.



2. Prise en charge clinique préopératoire

2.1. Évaluation des patientes 2.2. Prise en charge conservatrice, soins complets et planification préopératoire

Test au bleu de méthylène pour fistules recto-vaginales

Dans la plupart des cas, le diagnostic d'une fistule recto-vaginale se pose à partir d'un examen vaginal et rectal, en vérifiant également la présence de sténose rectale et/ou de défaut circonférentiel. Parfois, si une patiente se plaint du passage de selles ou de flatulences par le vagin, mais qu'aucune fistule n'est apparente, il est nécessaire d'effectuer un test rectal au bleu de méthylène. Cela est plus probable s'il existe une sténose dense avec des franges postérieures, de sorte que la fistule recto-vaginale est cachée dans la cicatrice.

Si un test au bleu de méthylène s'avère nécessaire :

- Injectez 200 ml de colorant à l'aide d'une sonde de Foley introduite de 10 cm dans le rectum. Si nécessaire, pour éviter la fuite du colorant, utilisez un écouvillon pour comprimer l'anus ou gonflez un ballon pour sonde de Foley.
- Observez le vagin afin de déterminer la présence d'une fuite du colorant. S'il n'y a pas de fuite, essayez le test à l'écouvillon (*voir la section Test au bleu de méthylène pour fistules vésico-vaginales*, page 17). Il est possible que la patiente doive porter une bande hygiénique au cours du test, en cas de fuite anale.

2.2. Prise en charge conservatrice, soins complets et planification préopératoire

2.2.1. Prise en charge conservatrice pour les cas de fistule vésico-vaginale récente et à risque

Lorsqu'une patiente se présente ou est transférée après un récent travail obstructif et prolongé, et court le risque d'être atteinte d'une fistule vésico-vaginale récente, avec ou sans signes d'incontinence urinaire, la prise en charge conservatrice (à savoir, sondage de la vessie avec une sonde de Foley à demeure) peut aider à la guérison et éviter le recours à une réparation chirurgicale ultérieure.⁴¹

Il est essentiel de noter cependant que l'efficacité de ce traitement dépend de son application dans un intervalle de temps restreint et que les taux de guérison varient.⁴² La prise en charge conservatrice peut permettre de fermer environ 15 à 20 % des cas de fistules vésico-vaginales petites ou simples,⁴³ et certains chirurgiens de la fistule assurent que les taux de réussite peuvent s'avérer bien plus élevés, notamment si les patientes reçoivent le traitement juste après ou dans les quelques jours qui suivent l'accouchement.

Même si la prise en charge conservatrice ne parvient pas à fermer totalement une fistule vésico-vaginale, elle peut tout de même réduire son diamètre, ce qui facilite la réparation chirurgicale postérieure. Tous les établissements de santé doivent avoir un protocole en place pour la prise en charge conservatrice des cas de fistules vésico-vaginales récentes et à risque. En outre, tout personnel formé, y compris les responsables cliniques ou médicaux, sages-femmes et infirmiers, doivent pouvoir dispenser ces soins essentiels. Il convient cependant de souligner que la sonde de

⁴¹ Waaldijk. The Immediate Surgical Management of Fresh Obstetric Fistulas with Catheter and/or Early Closure.

⁴² M. Breen, M. Ingber. Controversies in the Management of Vesicovaginal Fistula. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* (2019).

⁴³ Lewis and de Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*.

Foley peut parfois se positionner à l'intérieur ou à travers la fistule, ce qui la maintient ouverte. C'est pourquoi il faut toujours vérifier l'emplacement de la sonde.

Prise en charge conservatrice après un travail prolongé et obstructif pour les cas à risque (sans fuite urinaire à travers le vagin)

Toutes les femmes ayant subi un travail prolongé et obstructif, notamment les femmes ayant accouché d'un enfant mort-né (avec ou sans césarienne), et qui présentent des risques de lésions de compression ischémique in situ, mais qui **ne présentent pas** encore de fuite urinaire par le vagin, doivent recevoir le traitement suivant dès que possible après l'accouchement :⁴⁴

- Insérer une sonde de Foley à demeure (taille 16 à 18), qui doit permettre un drainage libre et doit rester en place pendant **14 jours**.
- La patiente peut rester hospitalisée pendant cette période, mais peut également rentrer chez elle, si elle est domiciliée près de l'hôpital et que la communication par téléphone est possible. Toutes les patientes doivent être encouragées à boire suffisamment de liquides afin de garantir que l'urine reste toujours claire.
- Toute infection intercurrente doit être traitée selon les protocoles de l'établissement.
- Après le retrait de la sonde de Foley, si la patiente ne présente aucune fuite urinaire par le vagin dans les 24 heures qui suivent et que l'urine s'écoule normalement, on peut supposer que la prise en charge conservatrice est réussie, c'est-à-dire, que les lésions ischémiques ont guéri de manière spontanée et qu'une fistule vésico-vaginale ne s'est donc pas formée. Dans ce cas, la patiente peut rentrer chez elle en recevant les conseils habituels antérieurs à la sortie. Ceux-ci doivent couvrir la planification familiale et la recommandation du suivi des grossesses ultérieures, soins anténatals et de tous les accouchements futurs au sein d'établissements où des services de soins néonataux obstétricaux d'urgence sont disponibles.
- Si, après le retrait de la sonde de Foley, la patiente présente des fuites urinaires par le vagin, il est nécessaire d'introduire une nouvelle sonde de Foley. Il est important de vérifier attentivement l'emplacement correct de la sonde, afin de garantir qu'elle ne se trouve pas dans le vagin ni en travers de la fistule, la maintenant de ce fait ouverte et permettant le drainage libre de la vessie pendant **14 jours** supplémentaires.
- Si, au moment du retrait de la sonde de Foley après la seconde période de **14 jours**, la fuite urinaire persiste par le vagin, on peut supposer que la patiente est atteinte d'une fistule vésico-vaginale et qu'elle doit être orientée vers un chirurgien spécialiste de la fistule, compétent et formé, pour faire l'objet d'une réparation chirurgicale. L'établissement d'origine doit conserver un dossier avec les coordonnées de la patiente, de manière à ce qu'elle reçoive les soins et l'aide appropriés.

⁴⁴ Lewis et de Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*. 34.

2. Prise en charge clinique préopératoire

2.2. Prise en charge conservatrice, soins complets et planification préopératoire

Prise en charge conservatrice après un travail prolongé et obstructif pour les fistules vésico-vaginales récentes

La prise en charge conservatrice pour une fistule vésico-vaginale récente est plus efficace lorsqu'elle est :

- Adoptée pour le traitement des fistules vésico-vaginales plus petites.
- Commencée immédiatement ou dès que possible à la suite d'un travail prolongé et obstructif, alors que les lésions sont récentes et avant que la granulation tissulaire ne survienne.

Toutefois, même si une patiente se présente dans les 4 à 5 semaines qui suivent l'accouchement avec une fistule vésico-vaginale récente, la prise en charge conservatrice doit toujours être tentée.

Dans le cas d'une femme qui a subi un travail prolongé et obstructif (avec ou sans césarienne) et qui **présente des fuites urinaires par le vagin** par la suite, on peut supposer qu'elle est atteinte d'une fistule vésico-vaginale récente. Comme mentionné plus haut, il existe une marge de temps réduite pour proposer une prise en charge conservatrice dans ces cas-là.

Il est donc très important que la patiente reçoive le traitement suivant au plus tôt après l'accouchement :

- Insérer une sonde de Foley à demeure (taille 16 à 18), qui doit permettre un drainage libre pendant **4 à 6 semaines** et être soigneusement remplacée par une nouvelle sonde tous les 10 à 14 jours.

N.B. : Si la sonde de Foley tombe ou se retrouve dans le vagin, on peut supposer que la patiente a des lésions de compression importantes et une perte de tissu, donc une fistule vésico-vaginale de grande taille. Dans ce cas, les mesures d'hygiène et les soins suivants doivent être proposés, après quoi la patiente devra être orientée vers un chirurgien spécialiste de la fistule, compétent et formé, pour faire l'objet d'une évaluation et d'une réparation chirurgicale.

- La patiente doit rester hospitalisée pendant cette période et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine toujours claire.
- La patiente peut prendre des bains de siège avec de l'eau salée deux fois par jour afin de nettoyer le périnée et le vagin.
- Dans des conditions d'asepsie, un chirurgien ou un professionnel de santé formé en soins de la fistule devra mener un examen au spéculum du vagin. Tout tissu nécrotique doit être soigneusement excisé, et il est possible que cette tâche doive être répétée plusieurs fois, jusqu'à ce que le vagin soit en bonne santé et ne présente pas d'autres signes de mue de la peau ou de lésions nécrotiques.

- Toute infection intercurrente doit être traitée, une antibioprophylaxie de routine doit être administrée afin d'éviter les infections de l'appareil urinaire, selon les protocoles de l'établissement.
- Après **4 à 6 semaines**, lors du retrait de la sonde de Foley, si la patiente ne présente aucune fuite urinaire par le vagin dans les 24 heures qui suivent et que l'urine s'écoule normalement, on peut supposer que la prise en charge conservatrice est réussie et que la fistule vésico-vaginale est guérie. Dans ce cas, la patiente peut rentrer chez elle en recevant les conseils habituels antérieurs à la sortie. Ces conseils doivent aborder la planification familiale et les futures grossesses, y compris l'importance des soins anténatals et de l'accouchement par césarienne optionnelle.
- Si, au moment du retrait de la sonde de Foley, la patiente présente des fuites urinaires par le vagin, une nouvelle sonde de Foley doit être insérée et la vessie doit être maintenue en drainage libre pendant **14 jours** supplémentaires.
- Si, au moment du retrait de la sonde de Foley après la période supplémentaire de **14 jours**, la fuite urinaire se présente à nouveau par le vagin, on peut supposer que la fistule vésico-vaginale est toujours présente. La patiente doit alors être orientée vers un chirurgien spécialiste de la fistule, compétent et formé, pour faire l'objet d'une réparation chirurgicale. Toutefois, il est à espérer que la prise en charge conservatrice aura réduit le diamètre de la fistule, ce qui augmentera les probabilités de réussite d'une réparation chirurgicale ultérieure. L'établissement d'origine doit conserver un dossier avec les coordonnées de la patiente pour garantir qu'elle reçoive les soins et l'aide appropriés.

Si la prise en charge conservatrice échoue, il n'existe aucun consensus définitif quant au meilleur moment pour effectuer une chirurgie de la fistule. Certains chirurgiens préfèrent opérer tout de suite, de façon à ce que le vagin ne présente pas de tissu nécrotique et que la patiente soit prête pour l'opération, mais la plupart préfèrent attendre 2 à 3 mois après l'apparition de la fistule.⁴⁵

2.2.2. Soins complets pour traiter les comorbidités/affections liées

Les patientes atteintes de fistule obstétricale souffrent inévitablement de plusieurs comorbidités invalidantes et d'effets néfastes en raison du travail prolongé et obstructif. Si l'état de santé général de la patiente n'est pas favorable, il est fondamental que toute comorbidité existante susceptible de compromettre les résultats chirurgicaux et le rétablissement de la patiente soit traitée avant d'envisager une intervention chirurgicale. Une approche de soins complets abordant la fistule et les problèmes de santé associés, ainsi que le bien-être émotionnel et économique de la patiente, est donc recommandée dans le traitement de la fistule.⁴⁶ Si possible, des soins complets et intégrés doivent être proposés dès le premier contact de la patiente auprès des services de santé, tout au long de l'hospitalisation et, idéalement, se poursuivre aussi longtemps que nécessaire après la sortie

⁴⁵ Lewis and de Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*; Waaldijk. *The Immediate Surgical Management of Fresh Obstetric Fistulas with Catheter and/or Early Closure*; Raassen, Verdaasdonk, Vierhout. *Prospective Results after First-Time Surgery for Obstetric Fistulas in East African Women*.

⁴⁶ A.M. El Ayadi, C.E. Painter CE, A. Delamou, et al. *Rehabilitation and Reintegration Programming Adjunct to Female Genital Fistula Surgery: A Systematic Scoping Review*. *Int J Gynecol Obstet* (2020); I.M. Campbell, I.S. Asiimwe. *Nursing Care For Women With Childbirth Injuries*. Carlisle: UCIF, FIGO (2021).

2. Prise en charge clinique préopératoire

2.2. Prise en charge conservatrice, soins complets et planification préopératoire

de l'hôpital. Ces services améliorent grandement la récupération physique et psychologique de la patiente, ainsi que son bien-être ultérieur.

Un ensemble de soins complets peut être fourni par des professionnels spécialisés et/ou par une délégation des tâches entre membres compétents du personnel, comme les infirmiers.

Parallèlement, des services de soins complets peuvent être proposés par des organisations partenaires locales ou en collaboration avec elles. Toutefois, en raison de ressources éphémères ou réduites, ces services peuvent n'être que partiellement disponibles, ou l'être par intermittence, dans les centres de traitement de la fistule.

Traitement contre la malnutrition

Un traitement contre la malnutrition doit être administré aux patientes en état de malnutrition modéré ou grave, ainsi qu'aux patientes anémiques ou atteintes d'autres troubles médicaux.

De nombreuses patientes atteintes de fistule présentent un état de malnutrition, car elles sont souvent issues de milieux ruraux appauvris, bien que les contextes varient. Si elles ont souffert de malnutrition depuis leur enfance, certaines peuvent être atteintes d'un retard de croissance et présenter un mauvais développement pelvien, d'où un risque accru de disproportion céphalo-pelvienne et de travail obstructif.⁴⁷ L'état de malnutrition peut également empirer en raison d'une aggravation de la pauvreté, de l'isolement social et de la dépression qui touchent souvent les femmes atteintes de fistule.

La malnutrition peut non seulement accroître le risque d'une femme de développer une fistule obstétricale, mais peut également empêcher la bonne guérison postopératoire et le rétablissement après la réparation chirurgicale.

Il est donc important que l'intervention chirurgicale pour traiter la fistule (tout comme d'autres interventions chirurgicales optionnelles) chez une patiente en état de malnutrition soit repoussée jusqu'à ce que la patiente se trouve dans un état optimal de santé et d'alimentation.

Afin de préparer la patiente avant l'opération, un régime hyper-protéique et hyper-calorique riche en vitamines, enrichi en fer si nécessaire, doit être administré jusqu'à ce que le poids de la patiente atteigne un niveau acceptable. Ce régime devra se poursuivre après l'opération et pendant la période de rétablissement.

Physiothérapie

La physiothérapie peut aider à traiter un éventail de comorbidités liées à la fistule, y compris le steppage, la faiblesse et les contractures musculaires, les lésions neurologiques, la douleur

⁴⁷ T. Capes, C. Ascher-Walsh, I. Abdoulaye, M. Brodman. Obstetric Fistula in Low and Middle Income Countries. *Mt Sinai J Med* (2011).

chronique, une faible capacité de la vessie, une faiblesse du plancher pelvien et une incontinence persistante après l'intervention chirurgicale.⁴⁸

De nombreuses femmes atteintes de fistule obstétricale présentent divers degrés de difficultés motrices après l'accouchement.⁴⁹ Le travail prolongé et obstructif peut aboutir à une lésion du nerf péronéal provoquée par la compression du plexus lombosacré, notamment des racines S1 et L4-5, entraînant une faiblesse des muscles de la jambe et un steppage.⁵⁰ Dans certains cas graves, les patientes peuvent progresser vers une paraplégie juste après l'accouchement, mais cette affection tend à être temporaire.⁵¹ L'immobilité peut se voir aggravée par une anesthésie en selle, accompagnée d'une éventuelle perte du réflexe anal et de l'apparition d'escarres de décubitus. Il est possible que les patientes présentent également des contractures musculaires des extrémités inférieures si elles restent dans la même position pendant un temps prolongé en vue d'arrêter l'incontinence et en raison des difficultés de mobilité si elles souffrent de steppage. Il est possible que les contractures graves doivent être traitées par une intervention chirurgicale orthopédique et une physiothérapie importante avant la réparation de la fistule.

La physiothérapie est donc un élément essentiel des services de soins complets et peut considérablement améliorer la qualité de vie des patientes atteintes de fistule.⁵² Elle doit commencer pendant la phase préopératoire et doit se poursuivre après l'intervention, car son efficacité augmente souvent avec une pratique à long terme.

Au moment de l'hospitalisation, toutes les femmes présentant une fistule obstétricale (ou ayant subi un travail prolongé et obstructif) doivent faire l'objet d'une évaluation de leurs besoins individuels en matière de physiothérapie.⁵³ Un physiothérapeute ou autre professionnel de la santé convenablement qualifié seront les mieux à même d'évaluer les patientes et de prescrire le traitement le plus approprié.⁵⁴ Des exercices individualisés, y compris une rééducation adaptée de la vessie pouvant être facilement reproduite chez soi, doivent faire partie de la phase de rééducation postopératoire à l'hôpital (*voir la section Programme pour la vessie et les liquides, page 258*), accompagnés de conseils pour la sortie des patientes. Il est essentiel que les patientes soient conscientes de l'importance de poursuivre les exercices de physiothérapie recommandés sur plusieurs mois, ou plusieurs années, pour favoriser leur rétablissement.⁵⁵ L'évolution de la patiente

⁴⁸ Lewis and de Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*; L. Keyser, J. McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*. USAID, EngenderHealth, Fistula Care Plus, Mama LLC (2020).

⁴⁹ M.K. Tennfjord, M. Muleta, T. Kiserud. Musculoskeletal Sequelae in Patients with Obstetric Fistula – a Case-Control Study. *BMC Womens Health* (2014).

⁵⁰ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*; Waaldijk, Elkins. The Obstetric Fistula and Peroneal Nerve Injury: An Analysis of 947 Consecutive Patients.

⁵¹ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*.

⁵² Y.J. Castille, C. Avocetien, D. Zaongo, J.M. Colas, J.O. Peabody, C.H. Rochat. One-Year Follow-up of Women Who Participated in a Physiotherapy and Health Education Program before and after Obstetric Fistula Surgery. *Int J Gynecol Obstet* (2015).

⁵³ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*.

⁵⁴ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*.

⁵⁵ Castille, et al. One-Year Follow-up of Women Who Participated in a Physiotherapy and Health Education Program Before and After Obstetric Fistula Surgery.

2. Prise en charge clinique préopératoire

2.2. Prise en charge conservatrice, soins complets et planification préopératoire

doit être évaluée et enregistrée tout au long du traitement, de préférence à l'aide d'outils d'évaluation si possible spécialement conçus⁵⁶, et revue à intervalles réguliers, notamment lors de visites de suivi.

Soins et soutien psychologiques

En raison du traumatisme associé au fait de développer et de vivre avec une fistule obstétricale, ainsi qu'au fait d'avoir donné naissance à un bébé mort-né dans de nombreux cas, un nombre considérable de patientes ont besoin de soins et soutien psychologiques importants.⁵⁷ Le counselling doit commencer dès le premier contact de la patiente auprès des professionnels de santé, doit se poursuivre tout au long de son hospitalisation et, si nécessaire, au-delà. Des travailleurs sociaux, des professionnels de la santé mentale et des psychologues peuvent s'avérer nécessaires pour aider la patiente à accepter les conséquences sociales, émotionnelles et physiques d'une fistule obstétricale et ses multiples séquelles. Les soins psychologiques doivent également aider la patiente à se préparer à l'avenir, au-delà de l'hospitalisation, et à retrouver une vie positive et gratifiante au sein de sa communauté.

Un soutien tout particulièrement axé sur l'aide psychologique et l'hygiène est fondamental pour les patientes les plus vulnérables, notamment celles qui présentent une forme quelconque d'incontinence persistante et celles atteintes de lésions jugées incurables. Il est essentiel d'aider ces patientes si gravement affectées à comprendre, gérer et s'adapter à leur situation pendant leur hospitalisation et après leur sortie, par le biais de visites de suivi et d'appels téléphoniques occasionnels de la part du personnel d'aide sociale afin de s'assurer de leur bien-être, comme le fait l'organisation non gouvernementale locale et spécialisée Fistula Foundation Nigeria.⁵⁸

Pendant leur hospitalisation, de nombreuses patientes trouvent un grand réconfort auprès d'autres femmes atteintes de fistule, grâce à un contact étroit et le partage d'expériences, et la thérapie de groupe a démontré avoir un effet thérapeutique considérable.⁵⁹ La prise de conscience d'un traumatisme partagé permet souvent de favoriser des liens profonds. Nombre de patientes trouvent un réconfort sans pareil dans la rencontre d'autres femmes ayant connu des expériences semblables (accouchement prolongé, bébé mort-né, incontinences, isolement social et exclusion). Cela peut promouvoir l'établissement de liens sociaux solides, ce qui contribue largement au bien-être et au rétablissement des patientes.

⁵⁶ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*.

⁵⁷ Ahmed and Holtz. Social and Economic Consequences of Obstetric Fistula: Life Changed Forever?; M.H. Watt, S.M. Wilson, K.J. Sikkema, *et al.* Development of an Intervention to Improve Mental Health for Obstetric Fistula Patients in Tanzania. *Eval Prog Plann* (2015); M.H. Watt, M.V. Mosha, A.C. Platt, *et al.* A Nurse-Delivered Mental Health Intervention for Obstetric Fistula Patients in Tanzania: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial. *Pilot Feasibility Stud* (2017).

⁵⁸ Campaign to End Fistula [website]. Fistula NGO Receives Health Award in Nigeria (2012); Premium Times Nigeria [website]. How Thousands of Women Get VVF Treatment in North-West Nigeria (2018).

⁵⁹ O.A. Ojengbede, Y. Baba Y, I.O. Morhason-Bello, *et al.* Group Psychological Therapy in Obstetric Fistula Care: A Complementary Recipe for the Accompanying Mental Ill Health Morbidities? *Afr J Reprod Health* (2014).

Un professionnel de santé qualifié doit également conseiller les patientes en matière de santé générale, d'alimentation et de planification familiale, car tout cela contribuera à leur bien-être psychologique et général.

Éducation et activités génératrices de revenus

Dans le cadre d'une approche de soins complets, certains centres de traitement offrent également des activités éducatives ou génératrices de revenus pour les femmes ayant souffert de fistule. D'autres travaillent étroitement avec des groupes de femmes ou organisations non gouvernementales en mesure de fournir ces services au niveau local. Ce type d'activités comprend le développement de compétences pratiques, qui peuvent s'avérer fondamentales pour vaincre les difficultés économiques, ainsi que le développement d'un concept de bien-être et d'inclusion sociale.⁶⁰ Bien que ces activités soient souvent proposées aux patientes dans la période postopératoire, elles peuvent aussi commencer avant l'intervention chirurgicale, notamment pour les patientes susceptibles de rester longtemps à l'hôpital.

Certains établissements de santé disposent également de programmes d'ambassadrices de la fistule, où certaines patientes deviennent ambassadrices pour sensibiliser leurs communautés à propos de la prévention et du traitement des fistules obstétricales, ainsi que pour aider à identifier d'autres femmes concernées.⁶¹

Il faut garder à l'esprit que les activités éducatives et génératrices de revenus peuvent ne pas répondre aux besoins de toutes les femmes. C'est pourquoi la participation à ces programmes doit être proposée, mais rester toujours optionnelle.

2.2.3. Planification préopératoire

Une fois que le diagnostic de fistule obstétricale a été posé et que les comorbidités et autres troubles médicaux de la patiente ont été identifiés et traités, il faut planifier l'intervention chirurgicale appropriée et préparer la patiente en conséquence. La planification et la prise en charge détaillées permettront de garantir que la patiente est totalement prête pour l'intervention chirurgicale, et qu'il n'existe aucune contre-indication pouvant nuire à son bien-être ou aux résultats chirurgicaux.

Explorations

Les explorations suivantes doivent être menées, même si leur ampleur sera déterminée par les ressources disponibles et le contexte. Tout problème identifié doit être traité avant l'intervention chirurgicale.

- **Observations de référence :** Température, pouls, pression artérielle, poids/taille (ou mesure du périmètre brachial, MUAC).

⁶⁰ Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania [website]. Towards a Fistula-Free Generation; TERREWODE [website]. Social Reintegration; Catherine Hamlin Fistula Foundation [website]. Rehabilitation and Reintegration; R.H. Mohammad. A Community Program for Women's Health and Development: Implications for the Long-Term Care of Women with Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

⁶¹ Freedom From Fistula [website]. Fistula Ambassadors.

2. Prise en charge clinique préopératoire

2.2. Prise en charge conservatrice, soins complets et planification préopératoire

- **Test de grossesse :** Remarque : si la patiente est enceinte, toute intervention associée à la fistule doit être reportée jusqu'à la fin de la grossesse.
- **Analyses de sang :**
 - Hémogramme complet ou test d'hémoglobine
 - Glycémie
 - Sérologie : VIH, hépatite, syphilis
 - Pour certaines opérations, comme les fistules recto-vaginales cicatricielles/hautes, les fistules vésico-vaginales de grande taille et les opérations abdominales importantes, il est recommandé de déterminer le groupe sanguin et d'effectuer un test de compatibilité croisée (deux unités), car ces interventions chirurgicales sont susceptibles de nécessiter des transfusions sanguines
- **Examen d'un échantillon de selles** pour déterminer la présence de parasites et d'œufs de parasite.
- **Envisager une colostomie** pour les patientes atteintes de fistule recto-vaginale.

Les examens suivants peuvent également fournir des informations utiles, selon les disponibilités :

- **Test de la fonction rénale.**
- **Échographie** en cas de fistule réparée antérieurement ou bien à la suite d'une césarienne ou d'une hystérectomie (permet également de détecter une urétérohydrose, une hydronéphrose/lithiase ou une obstruction).
- **Cystoscopie**, si le centre de traitement dispose d'un cystoscope, ainsi que de personnel formé à son utilisation, une cystoscopie peut être effectuée pour confirmer le côté et l'emplacement de la lésion dans le cas d'une fistule urétéro-vaginale. Parfois, il peut être utile de poser un stent au niveau de l'uretère dans une fistule urétéro-vaginale précoce. La cystoscopie peut également confirmer la présence et l'emplacement d'une petite fistule vésico-vaginale ainsi que sa proximité avec les uretères. Elle peut aussi confirmer la présence d'une fistule utéro-vésicale dans les cas de ménourie.
- **Urographie intraveineuse** pour évaluer la fonction/l'excrétion rénale si suspicion d'implication urétérale et de fistule.

Approche chirurgicale

Après la phase de planification préopératoire, il faut prendre une décision quant à l'approche chirurgicale la plus appropriée et en informer la patiente. En fonction du type de fistule et des lésions associées, l'approche chirurgicale peut être vaginale, abdominale et, parfois, combinée.

Dans le cas d'une réparation abdominale, il sera peut-être utile de demander à la patiente si elle souhaite la réalisation d'une ligature ou d'une résection des trompes (cette dernière réduira également les possibilités de carcinome ovarien) au cours de la même opération, pour le cas où elle ne souhaite pas d'autres grossesses.

Préparation de la patiente

- Assurez-vous que la patiente est prête pour l'intervention chirurgicale, sans comorbidités.
- Assurez-vous que la patiente a fait l'objet d'un counselling et a octroyé son consentement informé, fondé sur des signes physiques observés, et a donc des attentes réalistes quant aux résultats chirurgicaux.
- Toutes les patientes doivent recevoir un anthelminthique, comme le mebendazole.
- Rasez le site opératoire en fonction des protocoles de l'établissement et des préférences du chirurgien.
- Préparation intestinale :
 - Dans les cas de fistule de l'appareil urinaire : il n'est généralement pas nécessaire d'effectuer une préparation intestinale complète avant l'intervention chirurgicale, mais cette pratique varie et dépend des préférences de chaque chirurgien.
 - Dans le cas des fistules recto-vaginales : les intestins doivent être préparés de manière appropriée, selon les préférences du chirurgien, afin de garantir que les intestins de la patiente soient vides avant l'opération. En général, cela comprend un régime à base de liquides et l'application de lavements le matin et le soir, la veille de l'intervention. Si la patiente se trouve en période d'allaitement, le régime peut être modifié. Les liquides clairs pourront être remplacés par des liquides plus épais, voire par une alimentation légère.
 - La patiente doit être à jeun à partir de minuit la veille de l'intervention chirurgicale.

Le jour de l'intervention chirurgicale :

- Préparation intestinale : certains chirurgiens préfèrent que la patiente fasse l'objet d'un lavement avant l'intervention chirurgicale, le jour même. Cette pratique est plus fréquente dans les cas de fistule recto-vaginale, mais elle est optionnelle dans les cas de fistule vésico-vaginale (selon les préférences du chirurgien).
Dans tous les cas, il faut toujours demander à la patiente de déféquer juste avant d'aller au bloc opératoire. Une évacuation optimale du contenu intestinal et des liquides du lavement est toujours importante, car des écoulements surviennent souvent lorsque l'anesthésie fait effet, et il faut éviter de salir le champ opératoire.
- Une prémédication doit être administrée selon les préférences de l'anesthésiste et du chirurgien.
- Insérez une canule/perfusion intraveineuse et administrez une précharge à la patiente avant de procéder à l'anesthésie rachidienne.

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule

Niveau 1

Sommaire

| | |
|---|----|
| Module 1 – Déchirures périnéales | 29 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Déchirures périnéales..... | 34 |
| Carnet de bord des modules – Déchirures périnéales..... | 38 |
| Module 2 – Fistule vésico-vaginale simple | 39 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Fistule vésico-vaginale simple | 44 |
| Carnet de bord des modules – Fistule vésico-vaginale simple..... | 49 |
| Module 3 – Fistule recto-vaginale simple | 50 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Fistule recto-vaginale simple | 56 |
| Carnet de bord des modules – Fistule recto-vaginale simple..... | 61 |
| Module 4 – Fistule vésico-vaginale du dôme | 62 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Fistule vésico-vaginale du dôme | 68 |
| Carnet de bord des modules – Fistule vésico-vaginale du dôme | 73 |

Module 1 – Déchirures périnéales

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Définir et identifier les différents degrés de déchirure périnéale.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire des déchirures périnéales.
3. Réparer des déchirures périnéales de troisième et quatrième degré.
4. Exposer les principales complications de la chirurgie des déchirures périnéales et leur prise en charge.

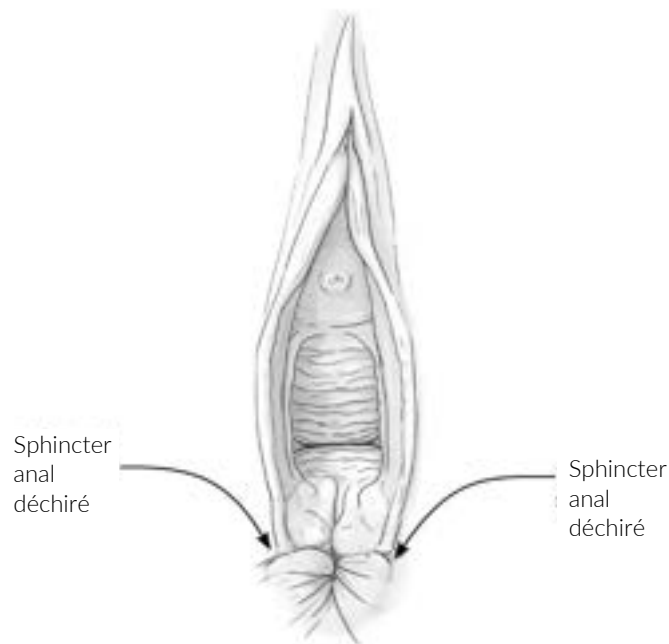


Figure 2. Vue frontale d'une déchirure de quatrième degré.

Les déchirures périnéales surviennent le plus souvent pendant l'accouchement. Les déchirures survenues pendant l'accouchement peuvent également se produire à l'intérieur du vagin ou dans d'autres parties de la vulve, notamment les lèvres. Il est très fréquent que les femmes primipares qui accouchent par voie vaginale subissent une déchirure, une écorchure ou une épisiotomie.

Les déchirures périnéales peuvent se diviser en quatre catégories :

Premier degré : Implique seulement la peau du vagin et/ou du périnée.

Deuxième degré : Implique la peau et les muscles releveurs/le corps du périnée.

Les déchirures de troisième degré peuvent à leur tour se diviser en :

3a : Implique la peau, les muscles releveurs/le corps du périnée et < 50 % du sphincter anal externe.

3b : Implique la peau, les muscles releveurs/le corps du périnée et > 50 % du sphincter anal externe.

3c : implique le sphincter anal externe et interne.

Quatrième degré : Implique la peau, les muscles releveurs/le corps du périnée, la muqueuse anale et le sphincter anal externe et interne, et si elle est étendue, la muqueuse rectale également.

Le type ou degré de déchirure périnéale pris en charge par un chirurgien spécialiste de la fistule est toujours une déchirure de quatrième degré.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Les antécédents habituels ne sont pas ceux d'un travail prolongé et obstructif, mais plutôt ceux d'un accouchement précipité avec naissance d'un bébé vivant. La déchirure peut ou non avoir été identifiée au moment de l'accouchement et peut ou non avoir été suturée.

Malheureusement, si elle a été suturée, elle l'est souvent de manière incorrecte, ce qui ne met pas fin aux symptômes de la patiente. Les symptômes habituels sont une incontinence des selles, des flatulences et des selles molles. Rarement, la peau de la partie antérieure forme un pont cicatriciel étroit sur l'orifice anal antérieur et la patiente peut conserver la continence. La patiente peut également se plaindre d'un vagin béant qu'elle souhaite faire réparer.

Diagnostic : Habituellement, les déchirures périnéales observées dans les unités de traitement de la fistule sont chroniques. Les patientes peuvent ne pas recourir à un professionnel jusqu'à des mois ou des années après l'apparition de la lésion. Les déchirures périnéales demandent peu de tests et peuvent être facilement diagnostiquées par le biais d'une seule exploration, à l'aide parfois d'une palpation. Lors de l'exploration du périnée, il est possible d'observer un défaut évident, et l'épithélium du vagin est relié à l'épithélium de l'anus, sans implication du sphincter anal ni du corps périnéal. On peut observer clairement l'extrémité du sphincter anal dans une fossette sur la peau du périnée. En général, cela correspond à la terminaison des plis cutanés radiaux qui rayonnent habituellement des marges anales. Si un pont cutané est observé, il peut être palpé entre le doigt et le pouce. Aucune partie du sphincter anal ni du corps périnéal ne sera ressentie entre les doigts effectuant la palpation.

Planification et prise en charge : Au moment de planifier la réparation chirurgicale d'une déchirure périnéale, il est important que les intestins soient préparés de manière appropriée, selon les instructions spécifiques du chirurgien, afin de garantir que les intestins de la patiente soient vides avant l'opération. En général, cela comprend un régime à base de liquides et l'application de lavements le matin et le soir, la veille de l'intervention. En outre, la patiente devra être à jeun à partir de minuit, la veille de l'intervention chirurgicale. Si la patiente se trouve en période d'allaitement, le régime préopératoire peut être modifié. Les liquides clairs pourront être remplacés par des liquides plus épais, voire par une alimentation légère. La réalisation d'une colostomie est rarement nécessaire pour la prise en charge de déchirures périnéales.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

La réparation chirurgicale vise à restaurer l'anatomie normale et la fonction physiologique.

1. Administrez l'anesthésie rachidienne, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques prophylactiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Il est recommandé d'inclure 500 mg de métronidazole par voie intraveineuse au schéma prophylactique. Les antibiotiques sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, au même moment que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie.
4. Après la préparation et le champage, assurez-vous d'avoir une bonne exposition et une bonne infiltration pour l'hémostase. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
5. Mobilisez le vagin, la peau périnéale, la muqueuse anale et/ou rectale, le corps périnéal et le sphincter anal.
6. Réparez la muqueuse intestinale par deux plans de sutures discontinues dans la musculature, qui se trouve inévitablement au niveau du sphincter anal interne à ce stade.
7. Réparez le sphincter externe en utilisant la technique de chevauchement ou la technique termino-terminale. Au fil des années, les préférences se sont tournées vers la technique de chevauchement, mais il existe peu de preuves indiquant qu'elle comporte des avantages à long terme. Toutefois, l'utilisation d'une suture lentement absorbable est suggérée, à savoir une suture en polydioxanone (PDS) 2-0, le cas échéant.
8. Reconstruisez le corps périnéal. L'utilisation d'une suture lentement absorbable (PDS) est également indiquée pour cette tâche, mais une suture en acide polyglycolique convient également si des sutures PDS ne sont pas disponibles.
9. Réparez le vagin et la peau périnéale avec une suture à absorption plus rapide. Les plus courantes sont les sutures en acide polyglycolique.
10. Pansez la plaie avec une gaze, qui peut être recouverte d'iode ou de vaseline.
11. Insérez une sonde de Foley pour permettre un drainage libre de la vessie.

Ressource d'apprentissage clé : Série sur la réparation de la fistule par Andrew Browning [Episode 2 Perineal Tear Repair and Variations](#).

Étapes chirurgicales fondamentales

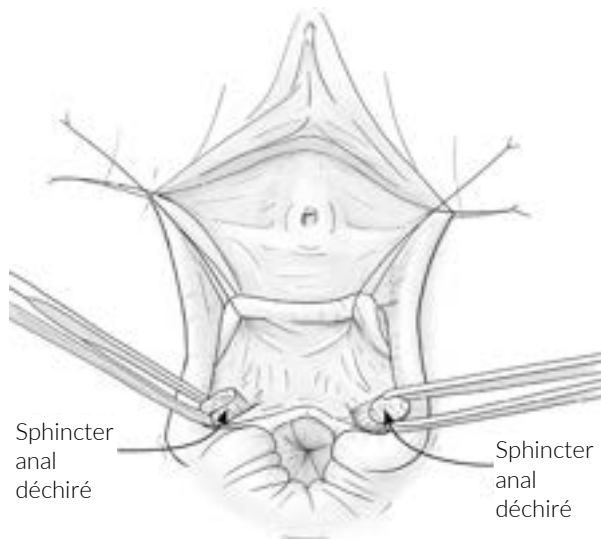


Figure 3. Dissection et saisie de l'extrémité du sphincter déchiré grâce à des pinces d'Allis.



Figure 4. Rectum/anus réparé et sphincter suturés ensemble.

Complications

- En raison des possibilités de contamination fécale, il existe un risque élevé d'infection, qui peut être évité en grande partie grâce à une bonne technique d'asepsie et à l'utilisation d'antibiotiques prophylactiques.
- Une fistule recto-vaginale peut survenir au sommet d'une déchirure. Cela se produit si le sommet n'est pas correctement fixé et des fuites de selles ont alors lieu.
- Une autre complication peut se produire si le sphincter anal n'a pas été identifié et/ou réparé correctement, ou bien si les extrémités du sphincter se séparent pendant la phase de guérison. Si cela survient, la patiente signalera une incontinence des flatulences, généralement des selles molles, parfois des selles solides, accompagnées de souillures régulières. Cette complication peut être identifiée à partir des antécédents, puis à l'exploration. Le périnée peut sembler de taille normale, mais la peau sur le sphincter antérieur est lisse au lieu de présenter des plis cutanés radiaux, ce qui signale la présence d'un muscle tendu en dessous. S'il existe une fistule recto-vaginale au sommet et/ou que le sphincter se déchire, l'opération doit être renouvelée.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage et hygiène : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place en drainage libre. Elle sera retirée le lendemain, ainsi que la gaze. Après chaque défécation, la zone de réparation doit être lavée et séchée afin d'éviter la présence de selles dans la plaie.

Alimentation : Après la réparation chirurgicale d'une déchirure périnéale, il est extrêmement important d'éviter toute constipation chez la patiente, et par conséquent, tout effort de poussée de selles solides au niveau de la réparation, ce qui risquerait d'endommager les tissus en guérison et de provoquer une éventuelle déhiscence de la suture. Après l'opération, la patiente peut boire le jour même et consommer des liquides épais le lendemain. Une alimentation légère peut être entamée le deuxième jour après l'opération, avant de réintroduire une alimentation normale à partir du troisième jour. Afin d'éviter toute constipation de la patiente, un laxatif (bisacodyl) doit être prescrit lorsqu'elle reprend une alimentation légère, et ce, pendant une semaine environ. Interrompez le laxatif si les selles deviennent trop liquides.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Testez les capacités de continence en obtenant les antécédents, en posant des questions sur toute incontinence de selles ou de flatulences, ainsi que les souillures fécales. Examinez la plaie pour vérifier l'état de guérison et la présence d'éventuelles souillures fécales dans le périnée, potentiellement indicatives d'une incontinence anale ou d'une mauvaise hygiène personnelle.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Continuer les exercices du plancher pelvien comme indiqué.
- Un futur accouchement par voie basse est possible avec l'aide d'une accoucheuse qualifiée, comme une sage-femme, et avec une épisiotomie prophylactique. L'accouchement doit avoir lieu dans un établissement doté d'un professionnel de santé formé pour reconnaître et réparer une lésion du sphincter anal, en cas de récurrence. Certains chirurgiens recommandent toutefois une césarienne programmée pour tout accouchement ultérieur à la suite d'une déchirure périnéale de troisième ou quatrième degré.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Déchirures périnéales

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète des déchirures périnéales | Compréhension appropriée des déchirures périnéales | Bonne compréhension des déchirures périnéales |
| | | | |
| | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule

Niveau 1 Module 1 – Déchirures périnéales

| | | | |
|--|--|--|---|
| 12. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation de déchirures périnéales | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des déchirures périnéales | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des déchirures périnéales | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des déchirures périnéales |
| | | | |
| | | | |
| 13. Identification des tissus corrects, notamment des sphincters anaux interne et externe | A eu besoin de rappels et/ou d'aide pour identifier les tissus corrects | Identification correcte des tissus, mais besoin d'un peu d'aide | Identification précise et indépendante des tissus |
| | | | |
| | | | |
| 14. Mobilisation du vagin, de la peau périnéale, de la muqueuse anale et/ou rectale, du corps périnéal et du sphincter anal | Mobilisation insuffisante | Mobilisation adéquate | Bonne mobilisation |
| | | | |
| | | | |
| 15. Réparation de la déchirure périnéale, notamment des sphincters anaux interne et externe | A eu besoin d'aide pour effectuer la réparation | Réparation appropriée, mais besoin de quelques rappels | Bonne réparation effectuée de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 16. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |
| Complications | | | |
| 17. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge |
| | | | |
| | | | |

| Prise en charge postopératoire | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|--|--------------------|--------------------------------|--|--|
| 18. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | | | Bonne planification de la prise en charge postopératoire | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 19. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur | | |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | |

Carnet de bord des modules – Déchirures périnéales

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur..

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 2 – Fistule vésico-vaginale simple

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2.2.1. Prise en charge conservatrice pour les cas de fistule vésico-vaginale récente et à risque, page 18

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les caractéristiques des fistules vésico-vaginales simples.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire des fistules vésico-vaginales simples.
3. Réparer des fistules vésico-vaginales simples.
4. Exposer les principales complications de la chirurgie de la fistule vésico-vaginale simple et leur prise en charge.

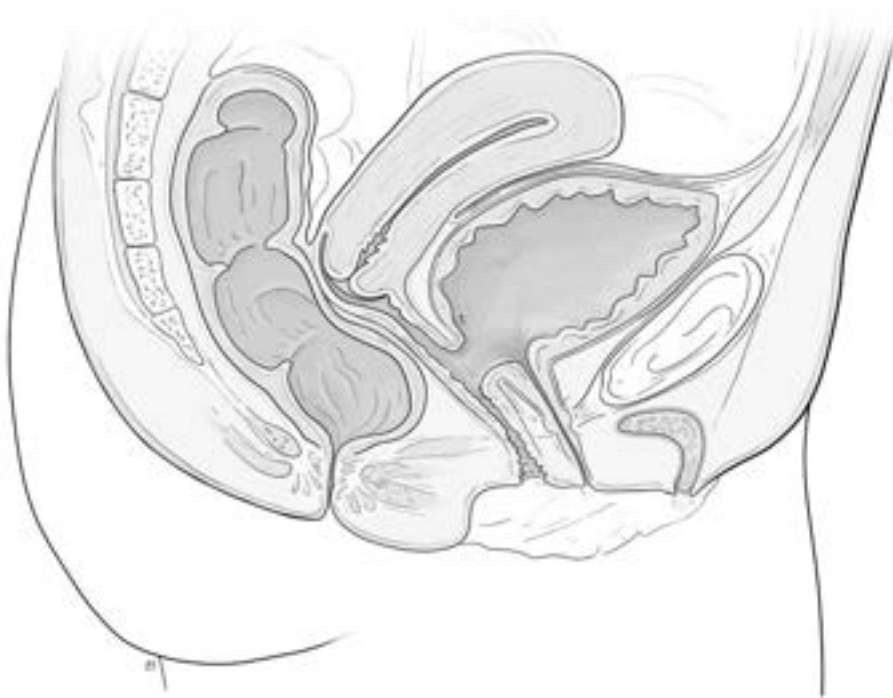


Figure 5. Section transversale d'une fistule vésico-vaginale simple.

Une fistule vésico-vaginale obstétricale est une lésion par compression survenant lors de l'accouchement suite à un arrêt prolongé du travail, et provoquant une communication anormale entre le vagin et la vessie. Même s'il n'existe pas de définition universelle de l'expression « fistule simple », une fistule peut être considérée simple dans les conditions suivantes :

- Son accès est facile.
- Elle n'est pas circonférentielle.
- Les orifices urétraux se trouvent à l'intérieur de la vessie et loin des marges de la fistule.

- Elle n'implique pas le mécanisme de continence.
- Elle ne présente pas ou peu de sténose.
- Son diamètre est inférieur à 2 cm.
- Il n'y a pas de perte tissulaire significative de la vessie.
- Il n'y a qu'une seule fistule.
- La réparation n'a pas déjà été tentée.

En général, une fistule située à la base de la vessie est jugée plus facile à réparer qu'une fistule urétrale, juxta-cervicale, intra-cervicale, ou du dôme. Une fistule peut paraître simple au premier abord, mais s'avérer au cours de la réparation plus compliquée que prévu initialement, ou vice versa. Une fistule simple peut survenir à la suite de lésions sans gravité, par exemple lors d'une période plus courte d'arrêt du travail.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Comme mentionné plus haut, les fistules vésico-vaginales simples surviennent habituellement à la suite d'un travail prolongé et obstructif, qui dure souvent plus de 2 jours. Ce travail aboutit souvent à la naissance d'un bébé mort-né, plus susceptible d'être un garçon (les garçons ayant tendance à être grands). Dans ces cas, l'incontinence urinaire totale commence en général quelques jours après l'accouchement. Toutefois, les fistules vésico-vaginales de très petite taille peuvent causer des symptômes d'incontinence d'effort, avec des fuites intermittentes provoquées par une toux, un éternuement ou lorsque la vessie est pleine.

Diagnostic : Presque tous les cas de fistule vésico-vaginale peuvent être diagnostiqués à partir des antécédents et de l'exploration. En cas de doute, un test au bleu de méthylène doit être effectué.

Planification et prise en charge : La patiente doit être à jeun à partir de minuit la veille de l'intervention chirurgicale. La préparation intestinale complète n'est habituellement pas nécessaire dans les cas de fistule de l'appareil urinaire, mais il faut demander à la patiente de déféquer juste avant d'aller au bloc opératoire. Toutefois, cette pratique varie et dépend des préférences de chaque chirurgien.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

La réparation de ce type de fistule peut s'avérer moins difficile que celle d'autres types. Elle demande néanmoins beaucoup de soin et de délicatesse. Les principes de base de la réparation doivent être suivis en permanence. Il convient de souligner que la première tentative de réparation offre à la patiente le plus de chances de réussite. Par conséquent, si un chirurgien ne se sent pas capable de fermer la fistule, la patiente doit être orientée vers un chirurgien plus expérimenté.

Les principes chirurgicaux de base sont les suivants :

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.

2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Après la préparation et le champage, exposez et délimitez correctement la fistule avant de commencer l'intervention chirurgicale.
5. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
6. Identifiez les uretères et, s'ils se trouvent près de la marge de la fistule, effectuez un sondage avec une/des sonde(s) urétérale(s), afin de les protéger soit de lésions directes, soit d'une ligature/inclusion dans la suture.
7. Incisez autour de la fistule, à travers l'épithélium vaginal, et prolongez l'incision latéralement sur chaque angle. Ensuite, mobilisez la vessie du vagin, du col et de la paroi pelvienne latérale. Cette mobilisation doit être suffisamment large pour garantir une fermeture sans tension.
8. Fixez les angles de la fistule latéralement à chaque marge. Effectuez des points suffisamment discontinus dans la musculature, en vous assurant qu'ils sont solides et que leur taille ne diminue pas la taille de la vessie. En suturant la musculature, l'idée est d'inverser l'épithélium de la vessie dans la lumière vésicale. La suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée.
9. Si une sonde de Foley n'a pas encore été insérée, insérez-la maintenant et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide stérile. Effectuez un test au bleu de méthylène après la réparation pour confirmer la réussite de la fermeture et exclure la présence de toute fistule supplémentaire. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
10. Effectuez une fermeture sans tension du vagin, en évitant de tirer sur le méat urétral. La suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée.
11. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
12. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Lorsqu'un chirurgien de la fistule, compétent et formé, suit les principes énoncés ci-dessus, la plupart des réparations de fistules simples réussissent, c'est-à-dire que la fistule est fermée et que la patiente retrouve la continence urinaire.

Ressource d'apprentissage clé : Série sur la réparation de la fistule par Andrew Browning [Episode 1 Basic Principles: Tricks & Traps.](#)

Étapes chirurgicales fondamentales

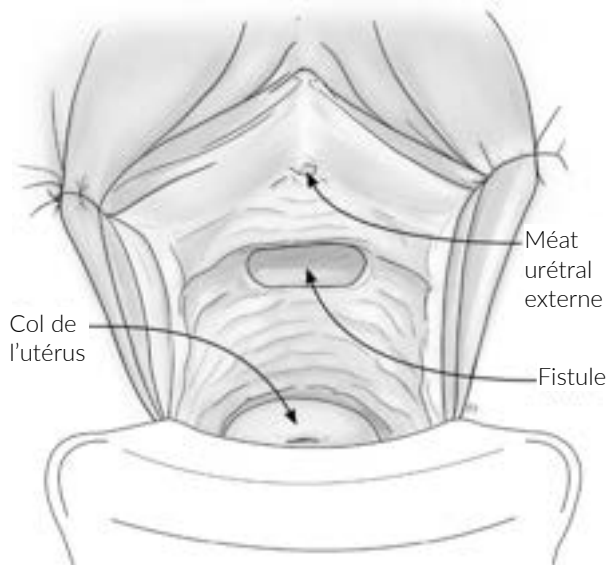


Figure 6. Fistule vésico-vaginale (vue vaginale).

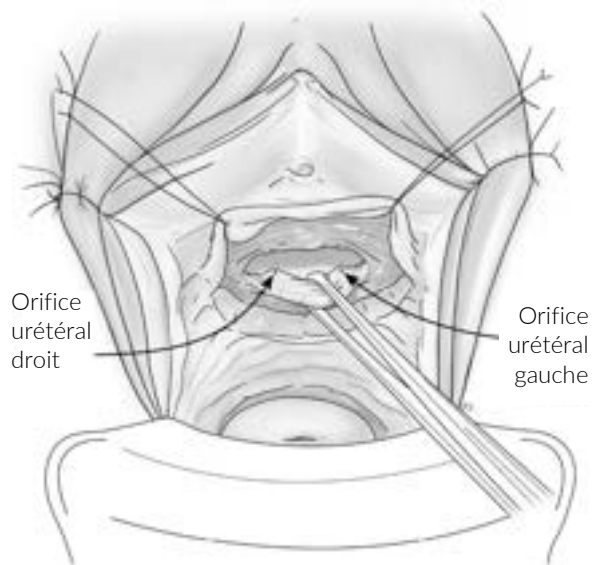


Figure 7. Identification des uretères. Si possible, cela doit être effectué avant la dissection. Cependant, lorsque les uretères sont profonds, ils deviennent parfois apparents lorsque la vessie est mobilisée, ce qui rend l'accès plus facile.



Figure 8. Mobilisation suffisante.



Figure 9. Fistule réparée avec une sonde de Foley insérée.

Complications

- Des lésions accidentelles peuvent survenir à l'uretère et à la vessie pendant la dissection.
- La ligature ou l'inclusion de l'uretère dans la ligne de suture peut entraîner une obstruction urétérale.
- Des hématomes peuvent apparaître si l'hémostase n'est pas correctement réalisée, ce qui peut aboutir à une infection, voire à l'échec de la réparation.
- Les fistules non identifiées et accidentellement oubliées peuvent contribuer à l'incontinence de la patiente, mais la réalisation de tests minutieux et réguliers au bleu de méthylène résoudra ce problème.
- L'incontinence urétrale à la suite de la réparation d'une fistule vésico-vaginale simple est peu fréquente. Cependant, si elle se produit, il peut être nécessaire d'effectuer d'autres interventions de reconstruction.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place et en drainage libre pendant 10 à 14 jours.

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Fistule vésico-vaginale simple

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de la fistule vésico-vaginale simple | Compréhension appropriée de la fistule vésico-vaginale simple | Bonne compréhension de la fistule vésico-vaginale simple |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 12. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales simples | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales simples | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales simples | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales simples |
| | | | |
| | | | |
| 13. Délimitation de la fistule | A eu besoin d'assistance pour délimiter la fistule | Délimitation appropriée de la fistule | Délimitation précise et indépendante de la fistule |
| | | | |
| | | | |
| 14. Identification et protection des uretères | A eu besoin d'aide pour identifier les uretères, reconnaître les lésions urétérales et/ou effectuer le sondage | A su identifier les uretères et reconnaître les lésions urétérales, mais a eu besoin d'aide pour le sondage | A su identifier les uretères, reconnaître les lésions urétérales et effectuer le sondage de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 15. Incision initiale autour de la fistule et mobilisation de la vessie | A eu besoin d'une aide significative pour effectuer l'incision et/ou la mobilisation | Incision et dissection effectuées de manière indépendante, mais avec quelques imprécisions | Incision effectuée de manière correcte et indépendante à l'emplacement approprié, et mobilisation de la vessie par le plan approprié |
| | | | |
| | | | |
| 16. Fermeture de la vessie | A eu besoin d'aide pour fermer la vessie sans tension | Fermeture adéquate de la vessie, mais a eu besoin de rappels pour éviter une tension sur la ligne de suture/l'urètre | Bonne fermeture de la vessie, angle fixé et absence de tension sur la ligne de suture/l'urètre |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| 17. Test au bleu de méthylène intraopératoire | A eu besoin de rappels pour effectuer le test au bleu de méthylène | A eu besoin de quelques conseils pour effectuer le test au bleu de méthylène et interpréter le résultat | Test au bleu de méthylène effectué de manière indépendante et interprétation correcte du résultat |
| | | | |
| | | | |
| 18. Fermeture du vagin | A eu besoin d'aide pour fermer le vagin et/ou a généré une tension sur le vagin et/ou l'urètre | Fermeture appropriée du vagin, mais a eu besoin de rappels pour éviter de tirer sur le vagin et/ou l'urètre | Bonne fermeture du vagin effectuée de manière indépendante et sans tension sur le vagin ni l'urètre |
| | | | |
| | | | |
| 19. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |
| Complications | | | |
| 20. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge |
| | | | |
| | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | |
| 21. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire |
| | | | |
| | | | |
| 22. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats |
| | | | |
| | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule
Niveau 1 Module 2 – Fistule vésico-vaginale simple

| Commentaires par EBP | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur |
|----------------------|--------------------|--------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Carnet de bord des modules – Fistule vésico-vaginale simple

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur..

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 3 – Fistule recto-vaginale simple

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les caractéristiques des fistules recto-vaginales simples.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire des fistules recto-vaginales simples.
3. Réparer des fistules recto-vaginales simples.
4. Exposer les principales complications de la chirurgie des fistules recto-vaginales et leur prise en charge.

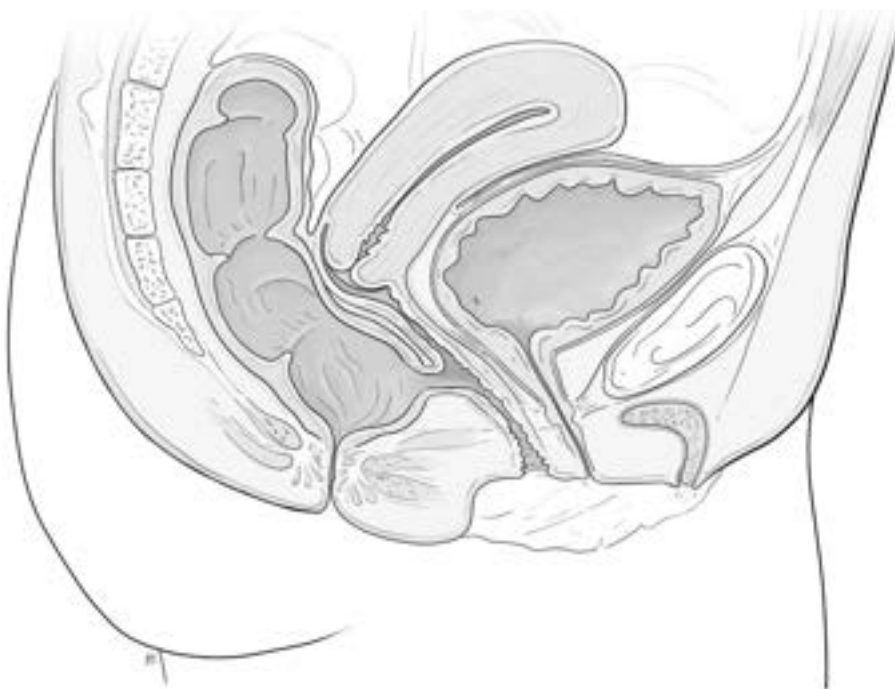


Figure 10. Section transversale d'une fistule recto-vaginale simple.

Une fistule recto-vaginale est une communication anormale entre la paroi antérieure du canal anorectal et la paroi postérieure du vagin. La réparation d'une fistule recto-vaginale peut être simple ou complexe. Les fistules recto-vaginales simples sont souvent petites (< 2,5 cm), mivaginales ou inférieures, mais sans implication du sphincter anal, avec la présence de tissus sains, et une sténose minimale ou inexistante.

L'incidence de la fistule recto-vaginale est difficile à déterminer, car certains chirurgiens considèrent les déchirures périnéales comme des fistules recto-vaginales. Les fistules recto-vaginales isolées

causées par un travail obstructif sont très peu fréquentes, et surviennent souvent en combinaison avec une fistule vésico-vaginale.⁶²

Les causes d'une fistule recto-vaginale sont souvent indépendantes des causes d'un travail non obstructif. Par exemple, après une déchirure périnéale qui a été réparée et qui, ultérieurement, se déchire au sommet ; ou qui a été réparée incorrectement en laissant le sommet ouvert, ce qui transforme la déchirure en une fistule recto-vaginale.

En outre, les fistules recto-vaginales surviennent souvent indépendamment, en raison de traumatisme ou autres causes non obstétricales, y compris tumeurs malignes, radiothérapie, maladies inflammatoires intestinales, traumatismes sexuels et interventions chirurgicales (iatrogènes).

Une déchirure périnéale peut survenir en concomitance avec une fistule recto-vaginale. Habituellement, la fistule recto-vaginale est située au-dessus de la déchirure avec un pont traversant le vagin, ce qui toutefois est très peu fréquent.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Les fistules recto-vaginales se produisent généralement en concomitance avec une fistule vésico-vaginale. Les antécédents comprennent donc généralement un travail prolongé et l'accouchement d'un enfant mort-né. Les fistules recto-vaginales se manifestent souvent sous la forme d'une incontinence vaginale de matières fécales, de selles liquides et/ou de flatulences. Si les causes ne sont pas obstétricales, les antécédents peuvent alors concerner un accouchement normal avec déchirure et/ou épisiotomie imparfaitement suturée, soit lors de l'accouchement, soit ultérieurement. La patiente peut présenter des antécédents de traumatisme ou de fuite spontanée de matières fécales si la cause est une tumeur maligne ou une inflammation.

Diagnostic : Les fistules recto-vaginales peuvent presque toujours être diagnostiquées par une palpation dans le cadre d'un examen physique de base. En cas de doute, un test rectal au bleu de méthylène peut être effectué (*voir* Test au bleu de méthylène pour fistules recto-vaginales, page 18). Ce test est réalisé d'une manière similaire au test vésical au bleu de méthylène, mais la sonde de Foley est insérée dans l'anus, suivie du colorant. Il est nécessaire de tenir une gaze fermement sur l'anus pendant la procédure, car il y a toujours des fuites. À défaut, avec un bon éclairage et une exposition correcte à l'aide d'un spéculum, le vagin peut être rempli d'une solution saline pour une inspection à la recherche de bulles. Effectuez une exploration rectale pour confirmer la présence de sténoses rectales.

Planification et prise en charge : Avant la réparation chirurgicale d'une fistule recto-vaginale, il est très important que les intestins soient préparés de manière appropriée, selon les instructions spécifiques du chirurgien, afin de garantir que les intestins de la patiente soient vides avant l'opération. En général, cela comprend un régime à base de liquides et l'application de lavements le

⁶² A. Browning, S. Whiteside. Characteristics, Management, and Outcomes of Repair of Rectovaginal Fistula among 1100 Consecutive Cases of Female Genital Tract Fistula in Ethiopia. *Int J Gynecol Obstet* (2015); Kelly and Winter. Reflections on the Knowledge Base for Obstetric Fistula.

matin et le soir, la veille de l'intervention. En outre, la patiente devra être à jeun à partir de minuit, la veille de l'intervention chirurgicale.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

La plupart des fistules recto-vaginales s'accompagnent d'une fistule vésico-vaginale, et toutes deux peuvent être réparées au cours de la même intervention chirurgicale. Les chirurgiens peuvent préférer réparer d'abord la fistule vésico-vaginale afin de soustraire le champ opératoire à la présence d'urine, avant de réparer la fistule recto-vaginale.

Les principes suivants concernant la chirurgie de la fistule s'appliquent dans le cas d'une fistule recto-vaginale simple :

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ceux-ci doivent inclure 500 mg de métronidazole par voie intraveineuse. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, comme dans le cas de la réparation d'une fistule vésico-vaginale, mais avec la table un peu moins inclinée, afin que la fistule recto-vaginale se trouve bien dans le champ opératoire.
4. Il est possible qu'il y ait des fuites fécales à travers la fistule si les intestins n'ont pas été préparés de manière appropriée. Dans ce cas, un lavement doit être effectué dans le bloc opératoire afin d'assurer la propreté du champ opératoire. Si cela n'est pas possible, il est alors préférable de repousser l'opération jusqu'à ce que les intestins soient bien préparés.
5. Après la préparation et le champage, examinez le sphincter anal et évaluez son intégrité.
6. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
7. Effectuez une incision autour de la fistule, à travers l'épithélium vaginal et prolongez l'incision latéralement à partir de chaque angle. Ensuite, mobilisez le rectum du vagin et de la paroi pelvienne latérale. Cette mobilisation doit être suffisamment large pour garantir une fermeture sans tension.
8. Effectuez deux plans de sutures sur la musculature du rectum, en vous assurant d'inverser le premier plan.
9. Réparez la fistule recto-vaginale en adoptant une orientation non génératrice de sténose, ce qui implique habituellement d'effectuer une réparation transversale.

10. Effectuez une fermeture sans tension du vagin. La suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée.
11. Si une sonde de Foley n'a pas encore été insérée, insérez-en une maintenant pour maintenir la vessie en drainage libre.
12. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
13. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Étapes chirurgicales fondamentales

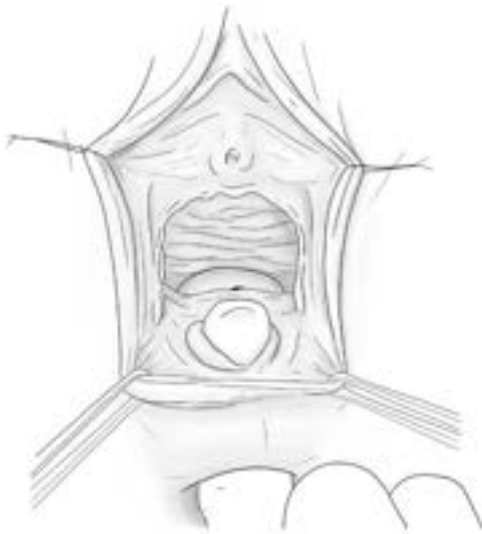


Figure 11. Examen digital de l'anus pour positionner la fistule recto-vaginale vers l'avant et l'exposer.



Figure 12. Dissection complétée.



Figure 13. Fistule recto-vaginale fermée.

Complications

- Des lésions accidentelles peuvent survenir au niveau du rectum et du vagin pendant la dissection.
- Il existe un risque de ne pas identifier une fistule recto-vaginale haute et concomitante. En cas de doute, un test au bleu de méthylène doit toujours être effectué dans le bloc opératoire. Si l'on observe des bulles de gaz dans le vagin au moment de l'opération, la présence d'une fistule recto-vaginale haute est probable.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place, en drainage libre. Si la patiente a fait l'objet d'une réparation de fistule vésico-vaginale concomitante, la sonde doit rester en place pendant une période de 10 à 14 jours, selon le protocole pour les fistules vésico-vaginales. Si la fistule recto-vaginale s'est produite de manière isolée, la sonde pourra être retirée lorsque la patiente aura récupéré sa mobilité, en général le lendemain.

Alimentation : Après l'intervention chirurgicale de la fistule recto-vaginale, il est extrêmement important d'éviter toute constipation chez la patiente, et par conséquent, tout effort de poussée de selles solides au niveau de la réparation, ce qui risquerait d'endommager les tissus en guérison et de provoquer une éventuelle déhiscence de la suture. Après l'opération, la patiente doit faire l'objet d'une réhydratation par voie intraveineuse jusqu'à ce qu'elle soit en mesure de boire normalement. Une alimentation légère peut être entamée le lendemain, et ce, pendant 6 à 7 jours avant de réintroduire une alimentation normale. Afin d'éviter toute constipation de la patiente, un laxatif (bisacodyl) doit être prescrit lorsqu'elle commence l'alimentation légère, et ce, pendant une semaine environ. L'administration de laxatifs doit être interrompue si les selles deviennent trop liquides.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Il est nécessaire d'interroger la patiente quant à une éventuelle incontinence fécale et de l'examiner afin de déterminer la présence de matières fécales dans le vagin, ce qui suffit généralement à confirmer un diagnostic de fistule recto-vaginale. En cas de doute, un test rectal au bleu de méthylène doit être effectué (*voir* Test au bleu de méthylène pour fistules recto-vaginales ; page 18). La plupart des patientes atteintes de fistule recto-vaginale présente une fistule vésico-vaginale. Cette évaluation est généralement repoussée jusqu'au retrait de la sonde de Foley, après quoi la fistule recto-vaginale et la fistule vésico-vaginale peuvent être évaluées conjointement. Cependant, si la patiente se plaint du passage de selles à travers le vagin avant le retrait de la sonde, elle peut faire l'objet d'un examen plus tôt.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Suivre une alimentation convenable pour éviter la constipation et les efforts de poussée de selles solides au niveau de la réparation, notamment au cours des 3 premiers mois, pendant la guérison des tissus. Le cas échéant, il est conseillé de prendre un laxatif (bisacodyl) comme prescrit. Veuillez noter que ce conseil devra éventuellement être adapté chez les patientes atteintes d'incontinence fécale persistante.
- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée). Toutefois, si la fistule recto-vaginale résulte d'un traumatisme ou d'une déchirure périnéale mal réparée, la patiente peut tenter d'accoucher par voie basse sous l'étroite surveillance d'une accoucheuse qualifiée, et avec épisiotomie prophylactique, le cas échéant. Idéalement, cela doit se dérouler dans un établissement doté d'un professionnel de santé formé à l'identification et à la réparation d'une lésion du sphincter anal, en cas de récurrence.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Fistule recto-vaginale simple

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de la fistule recto-vaginale simple | Compréhension appropriée de la fistule recto-vaginale simple | Bonne compréhension de la fistule recto-vaginale simple |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 12. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules recto-vaginales simples | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules recto-vaginales simples | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules recto-vaginales simples | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules recto-vaginales simples |
| | | | |
| | | | |
| 13. Identification des marges et du sphincter anal | A eu besoin de rappels pour identifier les marges et/ou le sphincter anal | Identification appropriée des marges et/ou du sphincter anal | Identification indépendante des marges et capacité à exclure les lésions du sphincter anal |
| | | | |
| | | | |
| 14. Incisions | A eu besoin d'aide pour effectuer les incisions appropriées | Incisions effectuées de manière appropriée, mais avec quelques erreurs | Incisions correctement effectuées, sans erreurs |
| | | | |
| | | | |
| 15. Plans et mobilisation | A eu besoin d'aide pour sélectionner les plans corrects et pour effectuer la mobilisation | Identification correcte des plans, mais besoin de rappels pour la mobilisation | Identification indépendante des plans corrects et bonne mobilisation |
| | | | |
| | | | |
| 16. Fermeture et tension | A eu besoin d'aide pour la fermeture et/ou pour garantir la tension correcte | Fermeture et tension satisfaisantes, mais a eu besoin de quelques rappels | Bonne fermeture avec une tension correcte |
| | | | |
| | | | |
| 17. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |

| Complications | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--------------------|--------------------------------|--|--|
| 18. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | | | | | | | |
| 19. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 20. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur | | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule
Niveau 1 Module 3 – Fistule recto-vaginale simple

| | | |
|----|--|--|
| 5. | | |
| 6. | | |

Carnet de bord des modules – Fistule recto-vaginale simple

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur..

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 4 – Fistule vésico-vaginale du dôme

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les caractéristiques des fistules vésico-vaginales du dôme.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire des fistules vésico-vaginales du dôme.
3. Réparer des fistules vésico-vaginales du dôme.
4. Exposer les principales complications de la chirurgie de la fistule vésico-vaginale du dôme et leur prise en charge.



Figure 14. Section transversale d'une fistule vésico-vaginale du dôme.

Une fistule vésico-vaginale du dôme est une connexion entre la vessie et le sommet du vagin (dôme) qui se produit après une hystérectomie abdominale totale, qu'elle soit obstétricale ou gynécologique.⁶³ Elle se trouve sur le bord antérieur de la cicatrice vaginale et est presque toujours supra-trigonale. La cause est surtout iatrogène, sauf lorsqu'une hystérectomie est effectuée pour traiter une rupture de l'utérus/de la vessie. En outre, un uretère peut également être impliqué dans la lésion iatrogène : il peut donc y avoir une fistule urétérale concomitante.

⁶³ Raassen et al. Iatrogenic Genitourinary Fistula: An 18-Year Retrospective Review of 805 Injuries.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Les fistules du dôme présentent des antécédents de fuite continue d'urine à travers le vagin peu après une hystérectomie (lors d'une césarienne). Habituellement, la fuite commence dans la semaine qui suit l'opération, mais peut parfois être retardée de 2 semaines ou plus.

Diagnostic : Les fistules du dôme sont en général petites et peuvent être difficiles à identifier par palpation lors d'une exploration vaginale, car elles peuvent avoir un diamètre de seulement quelques millimètres. Un examen au spéculum et l'utilisation d'une sonde cannelée sont en général suffisants, mais un test au bleu de méthylène est parfois nécessaire.

Planification et prise en charge : La patiente doit être à jeun à partir de minuit la veille de l'intervention chirurgicale. La préparation intestinale complète n'est habituellement pas nécessaire dans les cas de fistule de l'appareil urinaire, mais il faut demander à la patiente de déféquer juste avant d'aller au bloc opératoire. Toutefois, cette pratique varie et dépend des préférences de chaque chirurgien.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

Bien qu'elles soient situées haut dans le vagin, les fistules du dôme peuvent habituellement être réparées par voie vaginale, et une épisiotomie généreuse peut permettre d'y accéder. Si la fistule du dôme est très haute et difficile à atteindre par voie vaginale, elle peut alors être facilement opérée par voie abdominale.

Voie vaginale

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Après la préparation et le champage, identifiez les uretères. Même si les fistules du dôme sont généralement supra-trigonales, et que de ce fait les uretères doivent être éloignés du bord de la fistule, il est impossible de garantir l'emplacement des uretères et leur implication dans l'hystérectomie qui a provoqué la fistule. Il n'est pas toujours possible d'identifier les uretères à travers une fistule du dôme si petite. Il faut donc administrer 10 mg de furosémide par voie intraveineuse et effectuer des examens minutieux afin de garantir qu'il n'y a aucun jet d'urine provenant d'un uretère proche du bord ou à l'extérieur des marges de la fistule. Si les uretères sont proches du bord, ils doivent être protégés grâce à une sonde urétérale, afin d'éviter qu'ils ne soient coupés ou ligaturés pendant l'intervention chirurgicale. En outre, bien sûr, s'il y a un drainage à l'extérieur de la vessie, le ou les uretère(s) devront être réimplantés.

5. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
6. Effectuez une incision autour de la fistule, à travers l'épithélium vaginal et prolongez l'incision latéralement à partir de chaque angle. Ensuite, mobilisez la vessie de la paroi vaginale. Cette mobilisation doit être suffisamment large pour garantir une fermeture sans tension.
7. Il est très fréquent de pénétrer la cavité péritonéale pendant la mobilisation, car elle est adjacente au dôme. Cela ne constitue pas un problème, mais étant donné que la patiente se trouve en position de Trendelenburg accentuée, toute l'urine et le sang du vagin se déverseront dans la cavité péritonéale. Ces épanchements étant impossibles à nettoyer, ils peuvent contribuer à l'apparition d'un iléus paralytique après l'opération. Si un orifice est identifié dans le péritoine, il peut être fermé, si possible, par une suture pour minimiser la quantité de liquides déversée dans la cavité.
8. La vessie peut être refermée en direction transversale ou longitudinale, en fonction de la présentation de la fistule. Si la fistule est fermée longitudinalement, assurez-vous qu'elle l'est en direction proximale à distale, et non inversement.
9. Si une sonde de Foley n'a pas encore été insérée, insérez-la maintenant et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide stérile. Effectuez un test au bleu de méthylène après la réparation pour confirmer la réussite de la fermeture et exclure la présence de toute fistule supplémentaire. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
10. Effectuez une fermeture sans tension du vagin. La fistule est normalement éloignée du méat urétral, mais il peut arriver que la fermeture du vagin tire sur le méat. Cela doit être évité. La suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée.
11. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
12. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Étape chirurgicale fondamentale

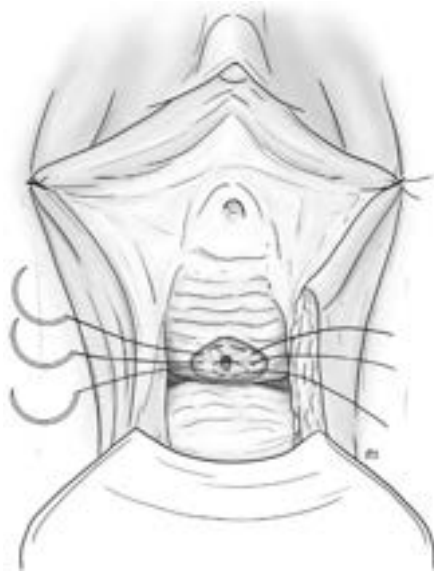


Figure 15. Fistule mobilisée et sutures effectuées dans le muscle détroisseur de la vessie.

Voie abdominale

Cette voie n'est pas souvent employée, mais cela dépend de l'expérience et des préférences du chirurgien. Le dôme vaginal peut parfois être très haut et figé, notamment après une hystérectomie chez les femmes multipares. Il faut donc faire preuve de vigilance en cas de choix de la voie abdominale, car de nombreuses patientes présentent un nombre important d'adhérences.

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en décubitus dorsal.
4. Insérez une sonde de Foley avant l'opération et assurez-vous que le drainage est libre.
5. Préparez et effectuez le champage de la patiente.
6. En cas d'intervention chirurgicale pelvienne, le chirurgien se place sur le côté gauche de la femme. L'abdomen est ouvert à l'aide d'une incision médiane ou de Pfannenstiel.
7. Utilisez deux pinces d'Allis pour tirer la vessie vers le haut. Derrière la vessie se trouve la partie supérieure du vagin, où il est rattaché à la vessie. Il est plus facile d'ouvrir la vessie d'abord par une incision longitudinale dans le fond utérin et d'élargir ensuite l'incision vers la fistule.
8. Assurez-vous toujours que les deux uretères produisent de l'urine. Le furosémide permettra d'observer le jaillissement d'urine. Si les uretères sont proches du bord de la fistule, sondez-les.
9. Ensuite, disséquez le dôme vaginal de la vessie par une dissection nette.
10. Fermez la partie supérieure du vagin avec une suture en acide polyglycolique 0 ou 2-0.

11. La vessie peut être fermée à l'aide d'une suture continue en acide polyglycolique 2-0 ou 3-0. Un plan est suffisant, mais certains chirurgiens peuvent préférer effectuer un deuxième plan. Une alternative possible est de placer un lambeau d'omentum entre le vagin et la vessie à l'emplacement de la réparation de la fistule, ce qui aide à la guérison.
12. Rincez la cavité péritonéale avec une solution saline chaude et fermez l'abdomen.
13. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.

Étapes chirurgicales fondamentales

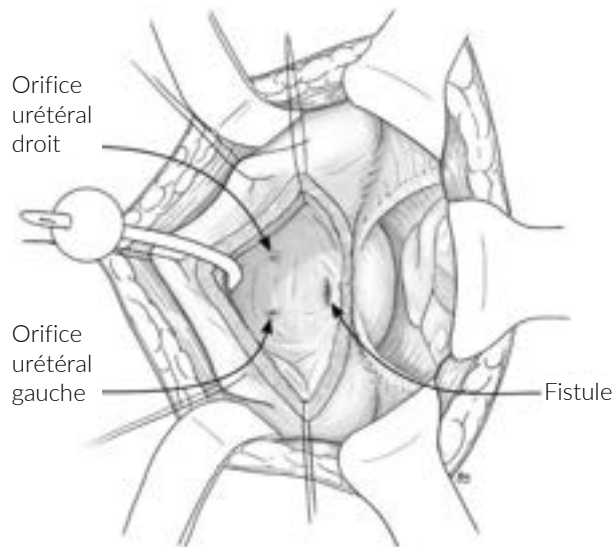


Figure 16. Une fistule du dôme observée par laparotomie. Une cystotomie a été effectuée et la fistule peut être observée.

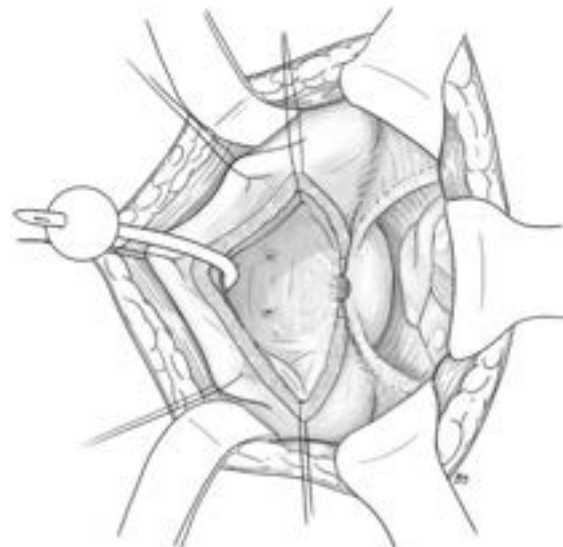


Figure 17. La cystotomie a été étendue à la fistule (méthode O'Connor⁶⁴). La vessie doit être disséquée du col de l'utérus/du vagin avant que les deux puissent être réparés.

Complications

- Lésion urétérale.
- Comme mentionné ci-dessus, la patiente peut développer un iléus paralytique prolongé. Il est important d'effectuer des examens pour déterminer la présence d'une péritonite sous-jacente.
- Lésions viscérales pendant l'adhésiolysse en cas d'intervention chirurgicale abdominale.
- Hémorragies en raison d'adhérences, notamment pendant l'intervention par voie abdominale, en particulier entre la vessie et le vagin.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

⁶⁴ V.J. O'Connor Jr, J.K. Sokol, G.J. Bulkley, J.B. Nanninga. Suprapubic Closure of Vesicovaginal Fistula. *J Urol.* (1973).

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place en drainage libre pendant 10 à 14 jours.

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Fistule vésico-vaginale du dôme

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de la fistule vésico-vaginale du dôme | Compréhension adéquate de la fistule vésico-vaginale du dôme | Bonne compréhension de la fistule vésico-vaginale du dôme |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| 12. Choix de l'approche, c'est-à-dire voie vaginale ou abdominale | A eu besoin d'aide pour choisir l'approche appropriée | A choisi l'approche appropriée, mais a démontré de l'incertitude dans sa prise de décision | A choisi l'approche appropriée en prenant une décision correcte et éclairée |
| | | | |
| | | | |
| 13. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales du dôme, selon l'approche choisie | Connaissances erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales du dôme | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales du dôme | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales du dôme |
| | | | |
| | | | |
| 14. Connaissances à propos de la proximité du rectum et de la cavité péritonéale par rapport à la fistule | Connaissances limitées de l'anatomie pelvienne par rapport à la fistule | Connaissances suffisantes de l'anatomie pelvienne par rapport à la fistule | Bonnes connaissances de l'anatomie pelvienne par rapport à la fistule |
| | | | |
| | | | |
| 15. Identification et protection des uretères | A eu besoin d'aide pour identifier les uretères, en prévenir les lésions et/ou les sonder, le cas échéant | A su identifier les uretères et reconnaître les lésions urétérales, mais a eu besoin d'aide pour le sondage, le cas échéant | A su d'identifier les uretères, reconnaître les lésions urétérales et effectuer le sondage de manière indépendante, le cas échéant |
| | | | |
| | | | |
| 16. Dissection et mobilisation de la fistule | A eu besoin d'une aide significative pour effectuer l'incision et/ou la mobilisation | Incision et mobilisation adéquates | Incision effectuée de manière correcte à l'emplacement approprié, et mobilisation de la vessie par le plan approprié |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| 17. Fermeture de la vessie | A eu besoin d'aide pour fermer la vessie sans tension | Fermeture adéquate de la vessie, mais a eu besoin de rappels pour éviter une tension sur la ligne de suture/l'urètre | Bonne fermeture de la vessie, angle fixé et absence de tension sur la ligne de suture/l'urètre |
| | | | |
| | | | |
| 18. Test au bleu de méthylène intraopératoire | A eu besoin d'aide pour effectuer le test au bleu de méthylène | A eu besoin de quelques conseils pour effectuer le test au bleu de méthylène et interpréter le résultat | Test au bleu de méthylène effectué de manière indépendante et interprétation correcte du résultat |
| | | | |
| | | | |
| 19. Fermeture du vagin en cas d'approche par voie vaginale | A eu besoin d'aide pour fermer le vagin et/ou a généré une tension sur le vagin et/ou l'urètre | Fermeture appropriée du vagin, mais a eu besoin de rappels pour éviter de tirer sur le vagin et/ou l'urètre | Bonne fermeture du vagin effectuée de manière indépendante et sans tension sur le vagin ni l'urètre |
| | | | |
| | | | |
| 20. Fermeture de l'abdomen en cas d'approche par voie abdominale | A eu besoin d'aide pour fermer l'abdomen | A fermé l'abdomen de manière adéquate | A bien fermé l'abdomen |
| | | | |
| | | | |
| 21. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |
| Complications | | | |
| 22. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge |
| | | | |
| | | | |

| Prise en charge postopératoire | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--------------------|---|--|--|
| 23. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | | | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | | | Bonne planification de la prise en charge postopératoire | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 24. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur | | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | |

Carnet de bord des modules – Fistule vésico-vaginale du dôme

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur..

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Niveau 2

Sommaire

| | |
|---|-----|
| Module 5 – Fistule vésico-vaginale circonférentielle | 75 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Fistule vésico-vaginale circonférentielle | 81 |
| Carnet de bord des modules – Fistule vésico-vaginale circonférentielle..... | 86 |
| Module 6 – Fistule recto-vaginale cicatricielle et haute | 87 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Fistule recto-vaginale cicatricielle et haute | 94 |
| Carnet de bord des modules – Fistule recto-vaginale cicatricielle et/ou haute..... | 99 |
| Module 7 – Fistule vésico-utérine/vésico-cervicale | 100 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Fistule vésico-utérine/vésico-cervicale | 107 |
| Carnet de bord des modules – Fistule vésico-utérine/vésico-cervicale | 113 |
| Module 8 – Fistules angulaires et résiduelles | 114 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Fistules angulaires et résiduelles..... | 122 |
| Carnet de bord des modules – Fistules angulaires et résiduelles..... | 127 |
| Module 9 – Fistule urétérale | 128 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Fistule urétérale..... | 134 |
| Carnet de bord des modules – Fistule urétérale..... | 139 |
| Module 10 – Calculs vésicaux | 140 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Calculs vésicaux..... | 146 |
| Carnet de bord des modules – Calculs vésicaux..... | 151 |
| Module 11 – Reconstruction vaginale | 152 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Reconstruction vaginale..... | 162 |
| Carnet de bord des modules – Reconstruction vaginale..... | 167 |
| Module 12 – Fistule urétrale et reconstruction urétrale | 168 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Fistule urétrale et reconstruction urétrale..... | 173 |
| Carnet de bord des modules – Fistule urétrale et reconstruction urétrale | 178 |
| Module 13 – Incontinence persistante | 179 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Incontinence persistante | 186 |
| Carnet de bord des modules – Incontinence persistante..... | 191 |

Module 5 – Fistule vésico-vaginale circonférentielle

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les caractéristiques des fistules vésico-vaginales circonférentielles.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire des fistules vésico-vaginales circonférentielles.
3. Réparer des fistules vésico-vaginales circonférentielles.
4. Exposer les principales complications de la chirurgie de la fistule vésico-vaginale circonférentielle et leur prise en charge.

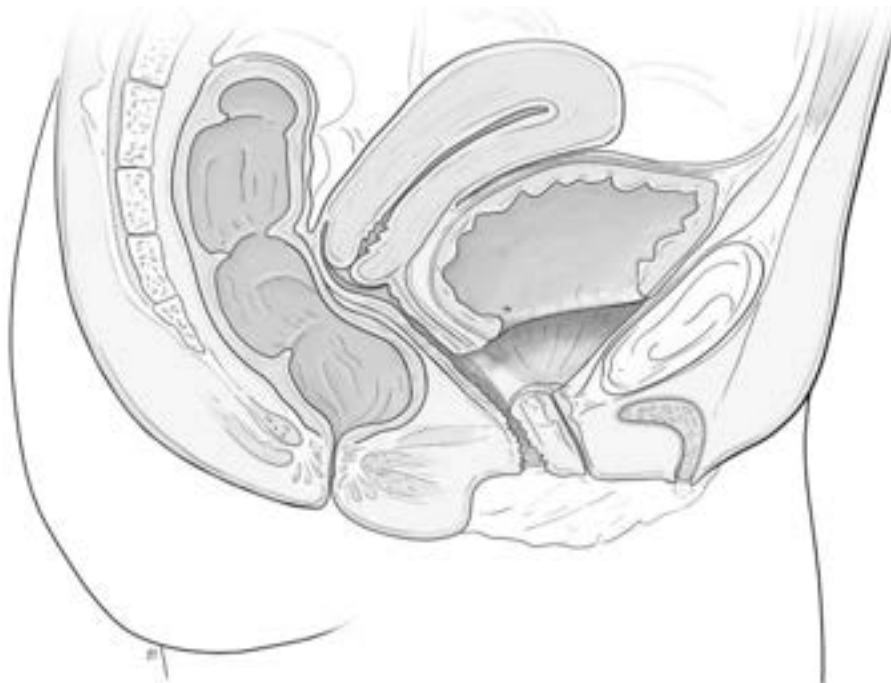


Figure 18. Section transversale d'une fistule vésico-vaginale circonférentielle.

Comme le nom le suggère, une fistule vésico-vaginale circonférentielle est une lésion qui implique l'ensemble de la circonférence de l'urètre et/ou de la vessie. Il existe un écart ou une séparation entre la partie proximale de la vessie et la partie distale de la vessie ou de l'urètre, ne présentant qu'une fine couche d'épithélium sur la partie postérieure de la symphyse pubienne entre la partie distale de l'urètre et la partie proximale de la vessie.

Les fistules circonférentielles sont plus graves que les fistules non circonférentielles et découlent généralement d'un travail plus prolongé. En outre, elles sont plus fréquemment associées à une fistule rectale et à une sténose vaginale grave. Elles impliquent presque toujours l'urètre (voir types II Ab et II Bb de la classification de Waaldijk,⁶⁵ et types 2 à 4 de la classification de

⁶⁵ Waaldijk. Surgical Classification of Obstetric Fistulas.

Goh⁶⁶), bien qu'une fistule circonférentielle de type 1 selon la classification de Goh soit également possible.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Les fistules circonférentielles découlent généralement d'un arrêt prolongé du travail lors de l'accouchement. La patiente présente alors une incontinence urinaire totale. Il est important d'interroger et de rechercher chez la patiente d'éventuels symptômes de fistules recto-vaginales, car ce type de fistules peut survenir de façon concomitante aux fistules circonférentielles.

Diagnostic : Le diagnostic est généralement posé à partir des antécédents de la patiente et d'un examen physique. À l'examen, il est généralement possible d'observer une sténose importante et de palper l'os de la symphyse pubienne entre la partie distale de l'urètre et la partie proximale de la vessie. Un test au bleu de méthylène peut s'avérer nécessaire en cas de sténose très grave rendant impossible la palpation de la fistule. Toutefois, le test au bleu de méthylène peut être également difficile à effectuer, car de nombreux cas de fistule circonférentielle présentent un rétrécissement urétral, ce qui empêche le passage d'une sonde. Remarque importante : le rétrécissement peut en réalité être dû à la présence de tissu cicatriciel soudant la partie proximale de l'urètre et/ou l'ouverture de la vessie à la surface postérieure de la symphyse pubienne, d'où une obstruction de la lumière.

Planification et prise en charge : La patiente doit être à jeun à partir de minuit, la veille de l'intervention chirurgicale. La préparation intestinale complète n'est habituellement pas nécessaire dans les cas de fistule de l'appareil urinaire, mais il faut demander à la patiente de déféquer juste avant d'aller au bloc opératoire. Toutefois, cette pratique varie et dépend des préférences de chaque chirurgien.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

La réparation d'une fistule circonférentielle est complexe. Il est nécessaire de mobiliser circonférentiellement la vessie et de l'anastomoser au reste de la partie distale de l'urètre de manière à conserver la longueur et la largeur de l'urètre.

Auparavant, les défauts circonférentiels étaient réparés en mobilisant la partie postérieure de la vessie et en la suturant aux os et à l'urètre. Cette méthode permettait de fermer la fistule circonférentielle, mais laissait chez presque toutes les patientes un urètre court et défectueux provoquant des fuites d'urine. La réparation pouvait également échouer au niveau des angles adjacents à la symphyse pubienne, laissant une petite fistule directement contre l'os du vagin. Ceci générerait une fistule angulaire pouvant être bilatérale.

⁶⁶ Goh. A New Classification for Female Genital Tract Fistula.

Les principes actuels à suivre pour la réparation d'une fistule circonférentielle sont les suivants :

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Après la préparation et le champage, effectuez une épisiotomie pour faciliter l'accès, le cas échéant.
5. Identifiez et protégez les uretères, le cas échéant.
6. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
7. Effectuez une incision autour de la fistule avec des extensions latérales dans les rides vaginales.
8. Mobilisez la paroi vaginale en direction proximale, latérale puis distale de l'urètre. Faites particulièrement attention autour de l'urètre restant.
9. Disséquez la paroi antérieure de la vessie de la partie postérieure de la symphyse, voire de la paroi abdominale, en disséquant les espaces paravésical et rétropubien afin d'avancer la vessie vers l'urètre.
10. Effectuez une anastomose circonférentielle de la vessie à l'urètre en positionnant à 12 heures la première suture à travers la partie antérieure de la vessie, puis à 6 heures à travers l'urètre/la partie postérieure de la symphyse.
11. Poursuivez bilatéralement à la première suture en prenant la partie antérieure de la vessie vers la partie antérieure de l'urètre/la partie postérieure de la symphyse de chaque côté.
12. Complétez l'anastomose de la partie postérieure et latérale de la vessie à la partie postérieure et latérale de l'urètre. Ce faisant, ajustez les morceaux que vous prenez de la vessie, car le diamètre de l'urètre est inférieur.
13. Insérez une sonde de Foley et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide stérile. Remarque : il est possible que la sonde de Foley ait été introduite plus tôt pendant l'opération pour garantir le maintien d'un diamètre suffisant pour l'urètre. Si tel est le cas, assurez-vous que la sonde de Foley n'a pas été suturée à l'urètre. Effectuez un test au bleu de méthylène après la réparation pour confirmer la réussite de la fermeture et exclure la présence de toute fistule supplémentaire. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
14. Effectuez une refixation du fascia pubocervical sur les deux côtés de l'urètre.
15. Soutenez l'urètre à l'aide d'une bandelette, le cas échéant.

16. Effectuez une réparation sans tension du vagin ; la suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée. Des lambeaux seront peut-être nécessaires pour cette étape (*veuillez consulter le Module 11 « Reconstruction vaginale » du niveau 2, page 152*).
17. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
18. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Même lorsque les chirurgiens suivent ces principes et parviennent à fermer la fistule circonférentielle, le taux d'incontinence persistante reste beaucoup trop élevé, à environ 47 %.⁶⁷ Par conséquent, une deuxième opération pour traiter l'incontinence persistante est souvent nécessaire.

Ressource d'apprentissage clé : Série sur la réparation des fistules par Andrew Browning [Episode 3 Circumferential Fistula Repair](#).

Étapes chirurgicales fondamentales

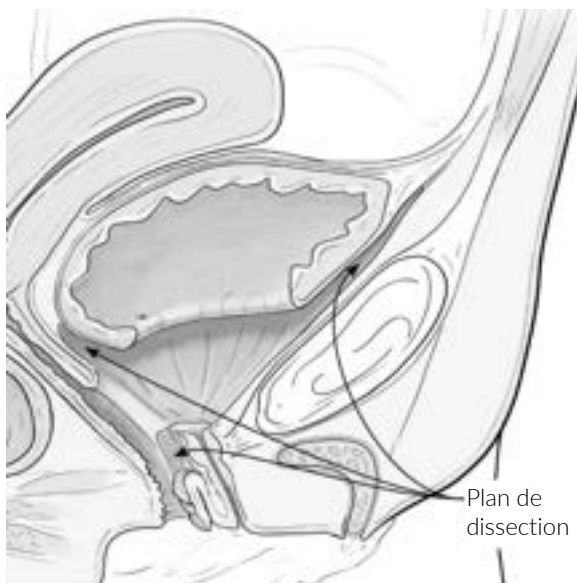


Figure 19. Mobilisation circonférentielle de la vessie à partir du vagin et des os pubiens. Le vagin a été écarté de l'urètre restant en direction distale.

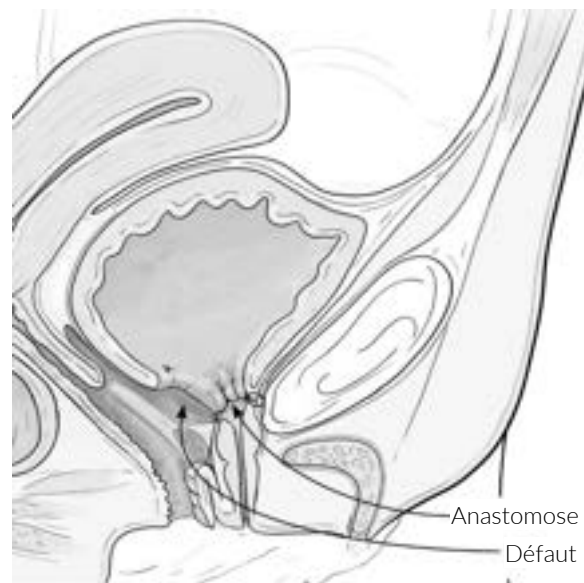


Figure 20. La vessie a été anastomosée antérieurement et latéralement à l'urètre. Remarque : la vessie présentait un défaut important nécessitant une anastomose à un petit défaut de l'urètre. Il subsiste un défaut dans la partie postérieure de la vessie.

⁶⁷ A. Browning. The Circumferential Obstetric Fistula: Characteristics, Management and Outcomes. *BJOG* (2007).



Figure 21. Le défaut restant est réparé directement sur l'urètre.

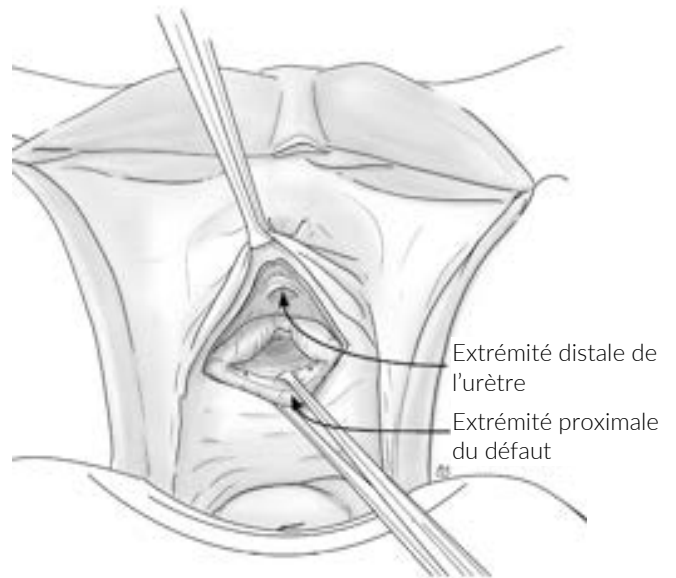


Figure 22. Un défaut circonférentiel a été observé depuis le vagin avec une certaine dissection vaginale. Les orifices urétéraux sont visibles.

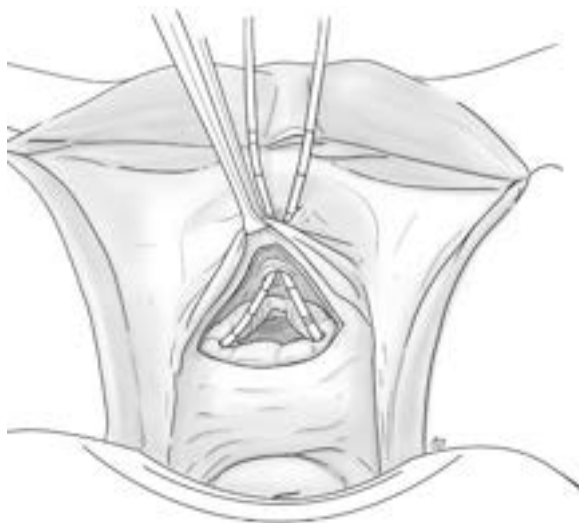


Figure 23. Uretères sondés.

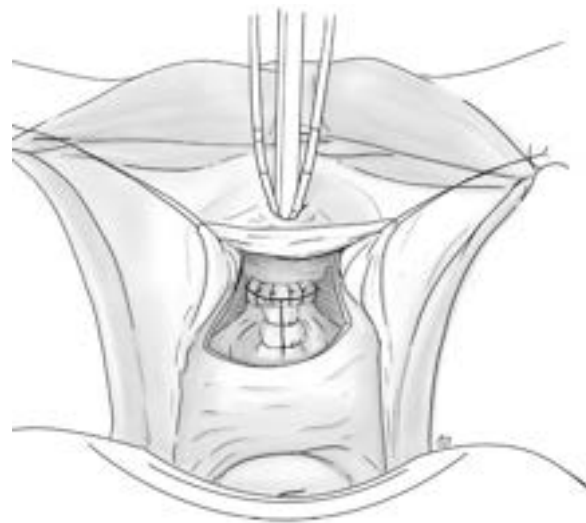


Figure 24. Les uretères sondés et le défaut le plus grand de la vessie sont anastomosés à la petite lumière urétrale. Il subsiste alors un défaut dans la partie postérieure de la vessie qui, dans ce cas, est réparé longitudinalement.

Complications

- Lésion urétérale.
- Lorsque l'anastomose est effectuée selon les indications décrites ci-dessus, un nombre réduit de patientes développera un rétrécissement urétral qui devra être examiné lors des rendez-vous de suivi.
- Si seul l'aspect postérieur est réparé, des échecs angulaires peuvent se produire. Il s'agit de voies fistuleuses présentes tout au long des os latéraux du bassin, et qui sont difficiles à traiter.
- Incontinence persistante.
- Si des lambeaux et des greffes sont utilisés pour reconstruire le vagin sans tension, il est possible qu'un détachement du lambeau survienne chez un nombre très réduit des patientes. Un échec du site donneur du lambeau peut également se produire chez un nombre très réduit de patientes et est plus probable si la vascularisation à travers le pédicule et le tunnel est compromise.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place en drainage libre pendant 10 à 14 jours.

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Fistule vésico-vaginale circonférentielle

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de la fistule vésico-vaginale circonférentielle | Compréhension adéquate de la fistule circonférentielle | Bonne compréhension de la fistule circonférentielle |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 12. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales circonférentielles | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales circonférentielles | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales circonférentielles | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-vaginales circonférentielles |
| | | | |
| | | | |
| 13. Identification et protection des uretères | A eu besoin d'aide pour identifier les uretères, reconnaître les lésions urétérales et/ou effectuer le sondage | A su identifier les uretères et reconnaître les lésions urétérales, mais a eu besoin d'aide pour le sondage | A su identifier les uretères, reconnaître les lésions urétérales et effectuer le sondage de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 14. Incision initiale et mobilisation de la vessie | A eu besoin d'une aide significative pour effectuer l'incision et/ou la mobilisation | Incision et mobilisation adéquates | Incision effectuée de manière correcte à l'emplacement approprié, et mobilisation de la vessie par le plan approprié |
| | | | |
| | | | |
| 15. Identification de la perte urétrale et reconstruction | A nécessité une aide importante pour identifier la perte urétrale et la reconstruction | A su identifier la perte urétrale, mais a eu besoin d'aide pour effectuer la reconstruction | A bien identifié la perte urétrale et effectué la reconstruction de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 16. Anastomose de la vessie et de l'urètre | A nécessité une aide importante pour éviter une anastomose instable de la vessie à l'urètre | Anastomose adéquate de la vessie à l'urètre | Bonne anastomose de la vessie à l'urètre |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| 17. Test au bleu de méthylène intraopératoire | A eu besoin de rappels pour effectuer le test au bleu de méthylène | A eu besoin de quelques conseils pour effectuer le test au bleu de méthylène et interpréter le résultat | Test au bleu de méthylène effectué de manière indépendante et interprétation correcte du résultat |
| | | | |
| | | | |
| 18. Bandelette ou support pour l'urètre, le cas échéant | A nécessité une aide importante pour placer la bandelette ou le support pour l'urètre | Placement adéquat de la bandelette ou du support pour l'urètre | Bon placement de la bandelette ou du support pour l'urètre |
| | | | |
| | | | |
| 19. Fermeture du vagin | A eu besoin d'aide pour fermer le vagin et/ou a généré une tension sur le vagin et/ou l'urètre | Fermeture appropriée du vagin, mais a eu besoin de rappels pour éviter de tirer sur le vagin et/ou l'urètre | Bonne fermeture du vagin effectuée de manière indépendante et sans tension sur le vagin ni l'urètre |
| | | | |
| | | | |
| 20. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |
| Complications | | | |
| 21. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge |
| | | | |
| | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | |
| 22. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|---|--|---------------------------------------|--|
| 23. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | | Réussite (OUI/NON) | | Date et signature du formateur | |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | |

Module 6 – Fistule recto-vaginale cicatricielle et haute

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les caractéristiques des fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire des fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes.
3. Réparer des fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes.
4. Exposer les principales complications de la chirurgie de la fistule recto-vaginale cicatricielle et haute et leur prise en charge.

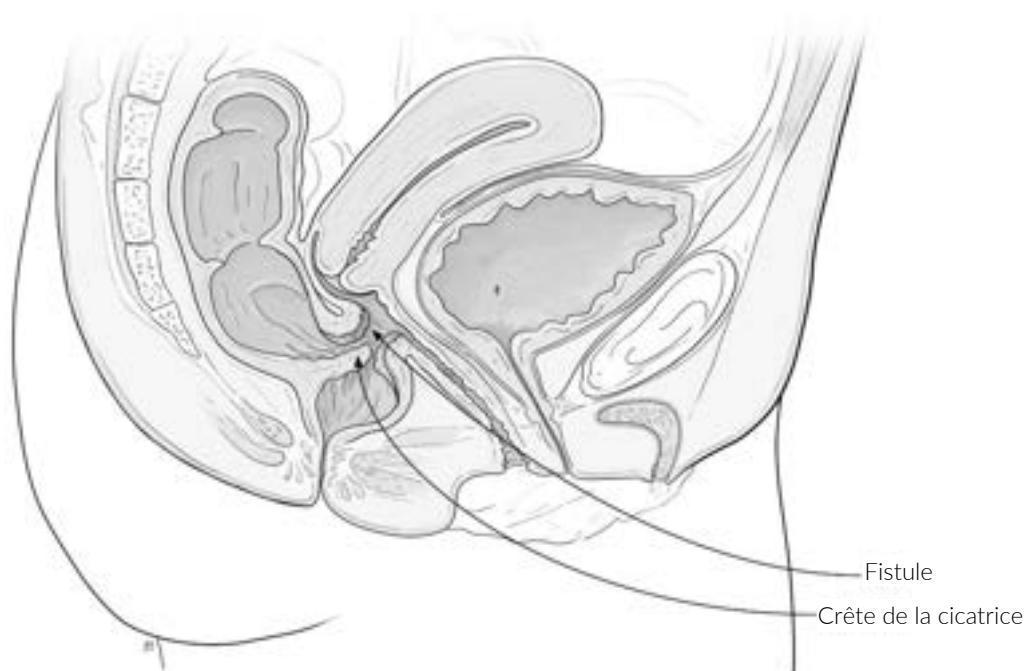


Figure 25. Section transversale d'une fistule recto-vaginale cicatricielle et haute.

Les fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes sont plus complexes à réparer d'un point de vue technique en raison des difficultés d'accès et du risque d'hémorragie des vaisseaux rectaux latéraux. Les fistules recto-vaginales hautes se situent en général près du col de l'utérus. La marge supérieure de la fistule rectale peut être fendue derrière le col de l'utérus, ce qui rend l'accès par voie vaginale très difficile. Heureusement, ces fistules sont moins fréquentes que les lésions rectales plus basses. Les fistules recto-vaginales cicatricielles peuvent se situer en tout point de la paroi vaginale postérieure, mais sont prises dans du tissu cicatriciel rigide qui doit être reséqué avant d'effectuer la réparation.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Les fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes découlent généralement d'un arrêt prolongé du travail lors de l'accouchement. Les accouchements qui provoquent des fistules recto-

vaginales importantes sont souvent plus longs que ceux provoquant seulement une fistule vésico-vaginale. La patiente doit être interrogée et examinée à la fois pour détecter une incontinence urinaire (car les fistules vésico-vaginales sont généralement concomitantes) et des lésions nerveuses des membres inférieurs, car le steppage est plus fréquent dans les cas de fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes.

Diagnostic : L'anamnèse et l'examen suffisent en général à diagnostiquer une fistule recto-vaginale cicatricielle et haute. Parfois, il n'est pas possible d'effectuer un examen vaginal parce que le vagin est obstrué par des sténoses. Un toucher rectal révélera la fistule et détectera la présence de tout rétrécissement. La fistule peut parfois être de petite taille et ne pas être palpée dans le tissu sténosé. Un test rectal au bleu de méthylène peut s'effectuer d'une manière similaire à son homologue vésical, en insérant la sonde de Foley dans le rectum par l'anus. Couvrez fermement l'anus d'une gaze avec la sonde in situ, afin de récupérer tout colorant s'écoulant par l'anus.

Planification et prise en charge : Il est important de s'assurer que la patiente n'est pas anémiée, car les réparations de fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes ont tendance à provoquer des hémorragies plus importantes que les fistules recto-vaginales simples, notamment en cas de dissection des plans rectaux latéraux. Il est conseillé d'être prudent et de préparer à l'avance du sang ayant subi une épreuve de compatibilité croisée. Les intestins doivent être préparés de manière appropriée, selon les préférences du chirurgien, afin de garantir que les intestins de la patiente soient vides avant l'opération. En général, cela comprend un régime à base de liquides et l'application de lavements matin et soir, la veille de l'intervention. En outre, la patiente devra être à jeun à partir de minuit la veille de l'intervention chirurgicale. Une colostomie n'est pas souvent nécessaire mais, si tel est le cas, la colostomie sigmoïdienne à anse temporaire est une solution simple et efficace. Elle doit être effectuée environ 2 à 3 semaines avant la réparation de la fistule recto-vaginale, en fonction de l'état de santé de la patiente et de l'état des tissus. Les indications pour effectuer une colostomie temporaire de dérivation peuvent inclure :

- Des défauts recto-vaginaux situés très haut et/ou très larges (> 5 cm).
- Une inflammation/infection persistante qui n'a pas répondu à une prise en charge conservatrice (débridement et nettoyage local).
- L'échec d'une ou plusieurs réparations antérieures de fistules recto-vaginales.
- La présence de signes éventuels d'obstruction intestinale mécanique.
- Le diagnostic d'autres maladies cliniques accessoires (par exemple, tumeurs, maladie inflammatoire intestinale, tuberculose).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

La plupart des fistules recto-vaginales s'accompagnent d'une fistule vésico-vaginale, et toutes deux peuvent être réparées au cours de la même intervention chirurgicale. De nombreux chirurgiens préfèrent réparer d'abord la fistule vésico-vaginale afin de soustraire le champ opératoire à la présence d'urine. Par ailleurs, d'autres préfèrent « échelonner » l'intervention chirurgicale,

c'est-à-dire réparer d'abord la fistule recto-vaginale, puis la fistule vésicale lorsque la fistule recto-vaginale est guérie.

Les principes chirurgicaux sont semblables au reste des interventions chirurgicales de la fistule. Cependant, les fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes exigent des précautions supplémentaires concernant l'exposition. Dans les rares cas où le bord proximal de la fistule ne peut être atteint par voie vaginale, il sera peut-être nécessaire d'adopter une approche par voie abdominale.

Voie vaginale

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques prophylactiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ceux-ci doivent inclure 500 mg de métronidazole par voie intraveineuse. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, comme pour une réparation de fistule vésico-vaginale, mais avec la table un peu moins inclinée pour garantir que la fistule recto-vaginale se trouve dans le champ opératoire.
4. Il est possible qu'il y ait des fuites fécales à travers la fistule si les intestins n'ont pas été préparés de manière appropriée. Dans ce cas, un lavement doit être effectué dans le bloc opératoire afin d'assurer la propreté du champ opératoire. Si cela n'est pas possible, il est alors préférable de repousser l'opération jusqu'à ce que les intestins soient bien préparés.
5. Après la préparation et le champage, la réalisation d'une épisiotomie généreuse est recommandée pour faciliter considérablement l'exposition.
6. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
7. La méthode de division des lambeaux doit être employée pour obtenir une mobilisation suffisante du rectum, et parfois du sigmoïde et de l'anus. Étant donné qu'une sténose est présente, le tissu cicatriciel doit être excisé, ou bien la sténose rectale doit être incisée et/ou dilatée. Veillez à observer et à contrôler la perte de sang.
8. La cavité péritonéale est souvent ouverte pendant cette intervention chirurgicale, mais il est très important d'essayer d'éviter les fuites de sang, d'urine et de matières fécales vers la cavité péritonéale. Certains chirurgiens suturent le péritoine, tandis que d'autres insèrent un tampon, en laissant une longue « cordelette » sur le tampon pour éviter de le perdre. Agissez avec beaucoup de prudence lors de cette tâche.
9. Le rectum doit être refermé sans tension, par des sutures discontinues en excluant la muqueuse et, en général, avec deux plans dans la musculature. Afin d'éviter le rétrécissement de la lumière, fermez la fistule en direction transversale et vérifiez la largeur de la lumière par le

biais d'un toucher rectal en vous assurant qu'aucune sténose importante ne s'est formée pendant la réparation.

10. Afin d'éviter le rétrécissement de la lumière, fermez la fistule en direction transversale et vérifiez la largeur de la lumière par le biais d'un toucher rectal.
11. Si la cavité péritonéale a été pénétrée, elle doit être fermée par-dessus la fistule réparée avant de fermer le vagin.
12. Réparez le côté vaginal sans tension ; des lambeaux peuvent s'avérer nécessaires en cas de perte significative de tissu vaginal. La suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée.
13. Assurez-vous toujours que le sphincter anal est intact.
14. Insérez une sonde de Foley pour permettre un drainage libre de la vessie.
15. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
16. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Étapes chirurgicales fondamentales

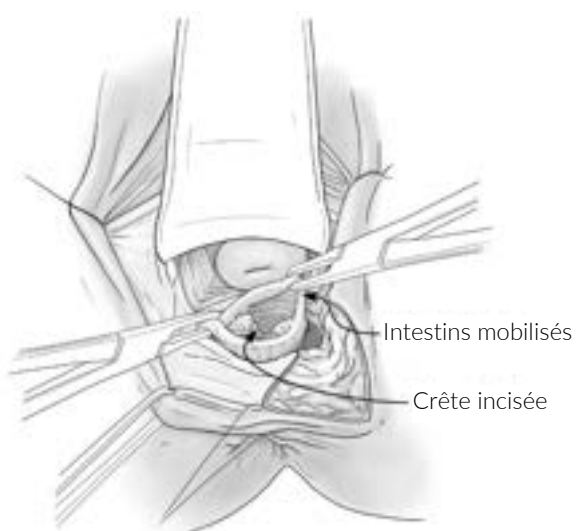


Figure 26. Une épisiotomie a été effectuée afin de faciliter l'accès. Le vagin est écarté du rectum et la crête postérieure de la cicatrice a été incisée.

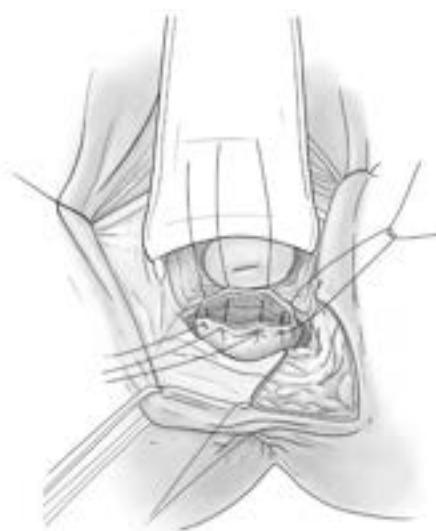


Figure 27. La partie antérieure du rectum est réparée par des sutures discontinues. Les sutures traversent la couche musculieuse, en excluant la muqueuse.



Figure 28. Le rectum est réparé sur deux plans. Assurez-vous que la sténose n'obstrue pas la lumière en effectuant un toucher rectal minutieux.

Voie abdominale

Le rectum peut parfois être trop haut et fixé, notamment au promontoire sacré, et ne peut être atteint par voie vaginale de manière sécurisée, bien que ce constat dépende du chirurgien.

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques prophylactiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ceux-ci doivent inclure 500 mg de métronidazole par voie intraveineuse. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en décubitus dorsal.
4. Insérez une sonde de Foley pour permettre un drainage libre de la vessie.
5. Après la préparation et le champage, effectuez une laparotomie à l'aide d'une incision médiane ou de Pfannenstiel.
6. Placez des tampons sur les intestins.
7. Soulevez l'utérus vers l'avant ou la vessie vers l'avant si une hystérectomie a été effectuée.
8. Mobilisez le plan entre le vagin et le rectum.
9. Une fois que la fistule est atteinte, la cicatrice rectale doit être excisée, ou bien la sténose incisée.
10. Réparez le rectum sur deux plans transversaux, palpez pour vérifier que la lumière est assez large, et réparez le défaut du vagin.
11. Un lambeau d'omentum peut être placé entre le rectum et le vagin afin de favoriser la guérison.
12. Rincez l'abdomen avec une solution saline chaude avant de fermer, en plaçant un drain si nécessaire.
13. Vérifiez toujours que le sphincter anal est intact.

Étape chirurgicale fondamentale

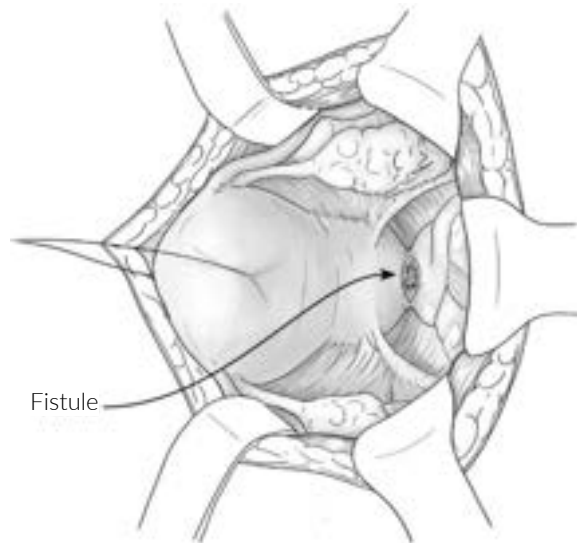


Figure 29. Une fistule recto-vaginale haute observée lors d'une laparotomie. L'utérus est rétracté par une suture afin d'aider à exposer la fistule.

Complications

- Hémorragies.
- Si un lambeau a été utilisé pour réparer le vagin, il existe un risque d'infection, de rupture ou de nécrose de ce lambeau.
- Sténose rectale.
- Si la cavité péritonéale a été ouverte et que le contenu s'est déversé dans le péritoine, la patiente peut alors développer un iléus paralytique ; il faut toujours être attentif à la survenue d'une péritonite.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Si une fistule vésico-vaginale concomitante a été réparée, la sonde doit rester en place pendant une période de 10 à 14 jours, selon le protocole pour les fistules vésico-vaginales. Si la fistule recto-vaginale s'est produite de manière isolée, la sonde pourra être retirée lorsque la patiente aura récupéré sa mobilité, en général le lendemain.

Alimentation : Il est extrêmement important d'éviter toute constipation chez la patiente, et par conséquent, tout effort de poussée de selles solides au niveau de la réparation, ce qui risquerait d'endommager les tissus en guérison et de provoquer une éventuelle déhiscence de la suture. Après l'opération, la patiente doit faire l'objet d'une réhydratation par voie intraveineuse jusqu'à ce qu'elle soit en mesure de boire normalement. Une alimentation légère peut être entamée le jour suivant, et ce, pendant 6 à 7 jours avant de réintroduire une alimentation normale. Afin d'éviter

toute constipation de la patiente, un laxatif (bisacodyl) doit être prescrit lorsqu'elle reprend une alimentation légère, et ce, pendant une semaine environ. L'administration de laxatifs doit être interrompue si les selles deviennent trop liquides. Si la patiente a fait l'objet d'une colostomie, elle peut reprendre une alimentation normale tout de suite.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Il est nécessaire de demander à la patiente si elle a des incontinences intestinales et de l'examiner à cet égard. En cas de doute, un test rectal au bleu de méthylène doit être effectué (voir Test au bleu de méthylène pour fistules recto-vaginales ; page 18). En présence d'une colostomie, la patiente peut être réadmise à l'hôpital dans les 4 à 6 semaines suivant la première opération afin de fermer la colostomie. Dans ce cas, il est important de toujours effectuer un test rectal au bleu de méthylène pour vérifier que la fistule est fermée avant de programmer la fermeture de la colostomie.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Suivre une alimentation convenable pour éviter la constipation et les efforts de poussée de selles solides au niveau de la réparation, notamment au cours des 3 premiers mois, pendant la guérison des tissus. Le cas échéant, il est conseillé de prendre un laxatif (bisacodyl) comme prescrit. Veuillez noter que ce conseil devra éventuellement être adapté chez les patientes atteintes d'incontinence fécale persistante.
- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Fistule recto-vaginale cicatricielle et haute

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de la fistule recto-vaginale cicatricielle et haute | Compréhension suffisante de la fistule recto-vaginale cicatricielle et haute | Bonne compréhension de la fistule recto-vaginale cicatricielle et haute |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 12. Décisions concernant l'adoption d'une approche par voie vaginale/abdominale | A eu besoin d'une aide importante pour choisir l'approche la plus adaptée | A envisagé de façon adéquate l'approche appropriée | A choisi l'approche la plus appropriée en prenant une décision correcte et éclairée |
| | | | |
| | | | |
| 13. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes, selon l'approche choisie | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes |
| | | | |
| | | | |
| 14. Identification des lésions du sphincter anal et connaissance des risques d'incontinence persistante des selles/flatulences | Besoin de rappels pour détecter la présence de lésions du sphincter anal et connaissance limitée des risques d'incontinence persistante des selles/flatulences | Recherche adéquate de lésions du sphincter anal et connaissance suffisante des risques d'incontinence persistante des selles/flatulences | Recherche indépendante des lésions du sphincter anal et bonne connaissance des risques d'incontinence persistante des selles/flatulences |
| | | | |
| | | | |
| 15. Mobilisation, dilatation rectale (si nécessaire) et réparation de la paroi rectale antérieure | Besoin d'une aide importante pour mobiliser et/ou dilater le rectum et le vagin, ainsi que pour réparer la paroi rectale antérieure | Mobilisation et/ou dilatation adéquates du rectum et du vagin, et réparation acceptable de la paroi rectale antérieure, avec quelques rappels | Bonne mobilisation et/ou dilatation du rectum et du vagin, et réparation de la paroi rectale antérieure effectuée de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 16. Étapes pour réduire les risques d'incontinence des selles/flatulences | A eu besoin d'assistance pour réduire les risques d'incontinence des selles/flatulences | A réduit de manière adéquate les risques d'incontinence des selles/flatulences | A bien réduit les risques d'incontinence des selles/flatulences |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| 17. Fermeture du vagin en cas d'approche par voie vaginale (utilisation prévue de lambeaux, le cas échéant) | Besoin d'aide pour réparer le vagin sans tension et, le cas échéant, pour recouvrir de manière adéquate la paroi vaginale postérieure avec un lambeau | Réparation satisfaisante du vagin, mais besoin de rappels pour éviter les tensions et, le cas échéant, recouvrir de manière adéquate la paroi vaginale postérieure avec un lambeau | Bonne réparation sans tension du vagin et, le cas échéant, bonne couverture de la paroi vaginale postérieure avec un lambeau |
| | | | |
| | | | |
| 18. Fermeture de l'abdomen en cas d'approche par voie abdominale | A eu besoin d'aide pour fermer l'abdomen | A fermé l'abdomen de manière adéquate | A bien fermé l'abdomen |
| | | | |
| | | | |
| 19. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |
| Complications | | | |
| 20. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge |
| | | | |
| | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | |
| 21. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire |
| | | | |
| | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule

Niveau 2 Module 6 – Fistule recto-vaginale cicatricielle et haute

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|---|--|---------------------------------------|--|
| 22. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | | Réussite (OUI/NON) | | Date et signature du formateur | |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | |

Carnet de bord des modules – Fistule recto-vaginale cicatricielle et haute

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur.

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 7 – Fistule vésico-utérine/vésico-cervicale

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les caractéristiques des fistules vésico-utérines/vésico-cervicales.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire des fistules vésico-utérines/vésico-cervicales.
3. Réparer des fistules vésico-utérines/vésico-cervicales.
4. Exposer les principales complications de la chirurgie de la fistule vésico-utérine/vésico-cervicale, et leur prise en charge.

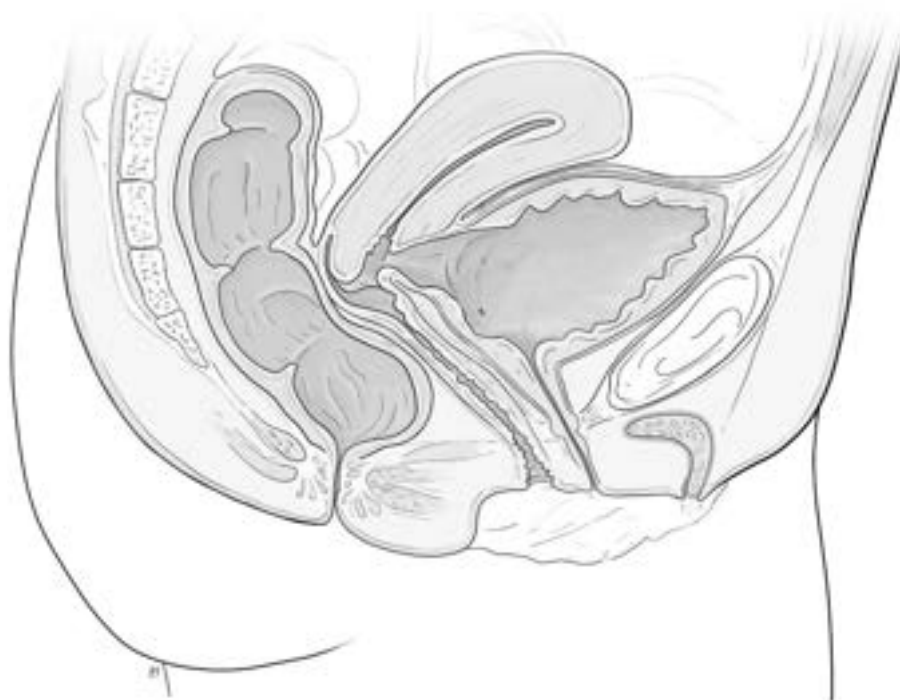


Figure 30. Section transversale d'une fistule vésico-utérine/vésico-cervicale.

Les fistules vésico-cervicales et vésico-utérines sont des communications pathologiques entre la vessie et le col de l'utérus ou entre la vessie et l'utérus ; elles peuvent également apparaître combinées. Elles sont presque toujours supra-trigonales. Elles peuvent être provoquées par un travail obstructif et des lésions ischémiques, mais surviennent le plus souvent de manière iatrogène lors d'interventions chirurgicales, notamment des césariennes,⁶⁸ surtout si la vessie est suturée au segment inférieur à la réparation. Elles peuvent également survenir dans le moignon cervical après une hystérectomie subtotale, y compris à la suite d'une hystérectomie subtotale après césarienne. Dans ce dernier cas, certains chirurgiens formés à cette intervention chirurgicale peuvent décider

⁶⁸ Raassen et al. Iatrogenic Genitourinary Fistula: An 18-Year Retrospective Review of 805 Injuries; M. Onsrud, S. Sjøveian, D. Mukwege. Cesarean Delivery-Related Fistulae in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* (2011).

d'effectuer une trachélectomie de tout tissu cervical restant, éliminant ainsi un éventuel risque de cancer.

Les fistules vésico-cervicales et vésico-utérines peuvent parfois se présenter sous la forme du syndrome de Youssef, c'est-à-dire une ménourie, une hématurie avec menstruations. Les patientes peuvent ne présenter aucune incontinence, présenter une incontinence intermittente ou bien une incontinence totale.

Évaluation préopératoire

Antécédents : La patiente aura des antécédents de césarienne et/ou d'hystérectomie subtotale, avec éventuellement une incontinence ou une ménourie.

Diagnostic : Effectuez un examen au spéculum et un test au bleu de méthylène, car la fistule peut être située très haut et ne pas être visible. Très souvent, la lèvre antérieure du col de l'utérus est absente. Veuillez noter que le colorant peut parfois être long à traverser la fistule et à pénétrer dans le vagin. Si le test au bleu de méthylène s'avère négatif, placez 100 ml de solution de colorant dans la vessie et un écouvillon de gaze dans le vagin. Demandez à la patiente de marcher pendant une heure et de bien boire. Ensuite, retirez la gaze. Avec cette technique, de nombreux tests au bleu de méthylène sont alors positifs. Si le résultat du test reste négatif mais que la patiente présente une ménourie sans incontinence, effectuez alors une cystoscopie ou une hystérocopie, selon les disponibilités. Si la patiente a subi une césarienne, il peut également s'avérer utile d'effectuer une échographie des reins et des uretères, ce qui permettra d'identifier d'éventuelles lésions de l'uretère.

Planification et prise en charge : La patiente doit être à jeun à partir de minuit, la veille de l'intervention chirurgicale. La préparation intestinale complète n'est habituellement pas nécessaire dans les cas de fistule de l'appareil urinaire, mais il faut demander à la patiente de déféquer juste avant d'aller au bloc opératoire. Toutefois, cette pratique varie et dépend des préférences de chaque chirurgien.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

Selon les préférences du chirurgien, l'intervention chirurgicale peut être effectuée par voie vaginale ou abdominale. En raison d'un accès restreint, la voie vaginale est parfois trop difficile et l'opération doit alors être effectuée par voie abdominale. Si la patiente a subi une césarienne dans les 6 à 8 semaines précédentes, toute suture doit être retirée de la vessie/de l'utérus/du col de l'utérus par voie vaginale avant de commencer l'opération.

Voie vaginale

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Après la préparation et le champagne, effectuez une épisiotomie, le cas échéant, pour améliorer l'accès.
5. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
6. Comme pour une hystérectomie vaginale, effectuez une incision antérieure au col de l'utérus, écartez un petit lambeau de vagin en direction distale et rétractez-le à l'aide de sutures pour faire descendre le col de l'utérus.
7. Mobilisez et disséquez l'espace entre le col de l'utérus/l'utérus et la vessie jusqu'à ce que la fistule soit repérée. Assurez-vous que la fistule est clairement différenciée du canal cervical.
8. Vérifiez toujours l'état des uretères, car ils peuvent avoir été ligaturés ou coupés pendant la césarienne et peuvent se trouver au bord, voire en dehors, de la fistule. Effectuez un sondage si nécessaire.
9. Réparez à la fois le défaut de la vessie et le défaut du col de l'utérus et/ou de l'utérus avec des sutures en acide polyglycolique 2-0. Attention à ne pas fermer le canal cervical.
10. Si une sonde de Foley n'a pas encore été insérée, insérez-la maintenant et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide stérile. Effectuez un test au bleu de méthylène pour confirmer la réussite de la fermeture et exclure la présence de toute fistule supplémentaire. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
11. Effectuez une fermeture sans tension du vagin en utilisant une suture en acide polyglycolique 2-0.
12. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
13. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Étapes chirurgicales fondamentales

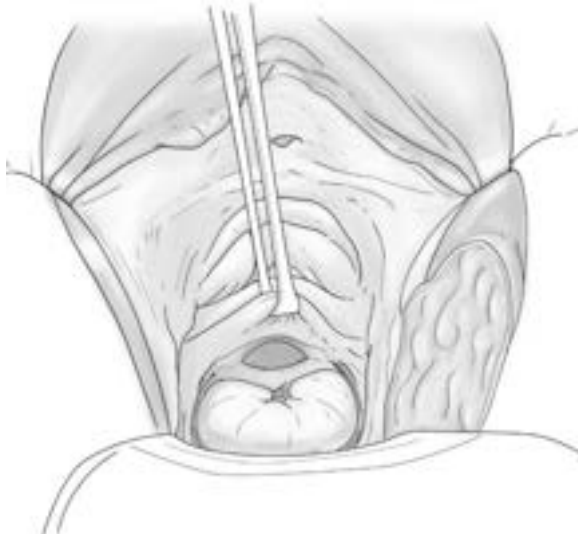


Figure 31. La fistule intra-cervicale observée depuis le vagin. Veuillez noter que la partie antérieure du col de l'utérus est presque absente, tout comme le tissu cervical autour de la fistule.

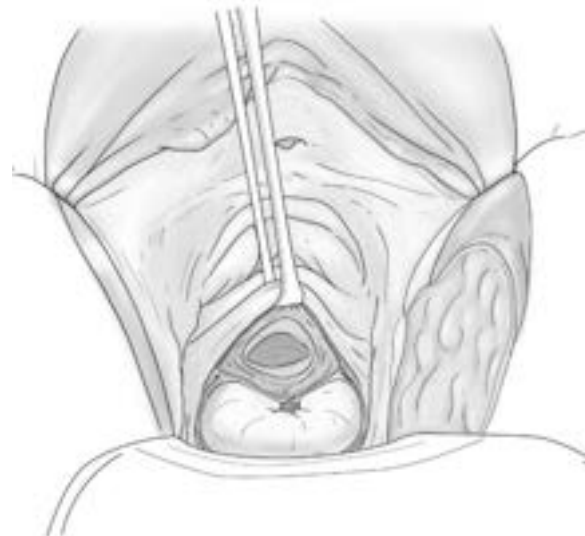


Figure 32. La fistule est éloignée en direction proximale du col de l'utérus restant et en direction distale du vagin.

Voie abdominale

L'approche par voie abdominale peut s'avérer nécessaire lorsque le col de l'utérus se retrouve très haut après une césarienne. Étant donné que ce type de fistules se produit souvent chez les femmes multipares (quatre naissances ou plus), il est conseillé de discuter d'une éventuelle ligature des trompes si la femme ne souhaite pas d'autres grossesses.

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en décubitus dorsal standard. En cas d'intervention chirurgicale pelvienne, le chirurgien se place sur le côté gauche de la femme.
4. Il est utile d'insérer une sonde de Foley avant l'opération et de s'assurer que le drainage est libre.
5. Après la préparation et le champage, ouvrez l'abdomen et dégagez les adhérences. Placez une suture de maintien à travers le fond de l'utérus et nouez-la à l'écarteur abdominal ; ce faisant, vous aurez une vue dégagée du pli vésico-utérin.
6. Placez deux pinces d'Allis sur la vessie, incisez le pli vésico-utérin transversalement et disséquez la vessie du segment utérin inférieur et du col de l'utérus.
7. Incisez la vessie en direction longitudinale et étendez l'incision à la fistule avec une dissection tranchante. Très souvent, la partie antérieure du col de l'utérus est absente et la vessie doit être disséquée de la paroi vaginale dans la cloison entre la vessie et le vagin. Assurez-vous que les

deux uretères produisent de l'urine. Si l'un ou aucun des deux ne produit d'urine, il est possible qu'une réimplantation urétérale soit également nécessaire.

8. Fermez le vagin/le col de l'utérus avec des sutures inversées et discontinues en acide polyglycolique 0 ou 2-0, en direction longitudinale ou transversale. Il peut être nécessaire de retirer la suture de maintien de l'utérus. Laissez de la longueur à certaines des sutures, pour réaliser plus tard une interposition de l'omentum.
9. Fermez la vessie à l'aide d'une suture continue en acide polyglycolique 2-0, sans traverser la muqueuse. Un plan est suffisant, mais certains chirurgiens préfèrent effectuer un deuxième plan discontinu.
10. Une greffe interpositionnelle facultative du péritoine ou de l'omentum peut être employée.
11. Rincez la cavité abdominale avec une solution saline normale avant de la fermer.
12. Fermez l'abdomen, placez un drain si nécessaire.
13. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.

Étapes chirurgicales fondamentales

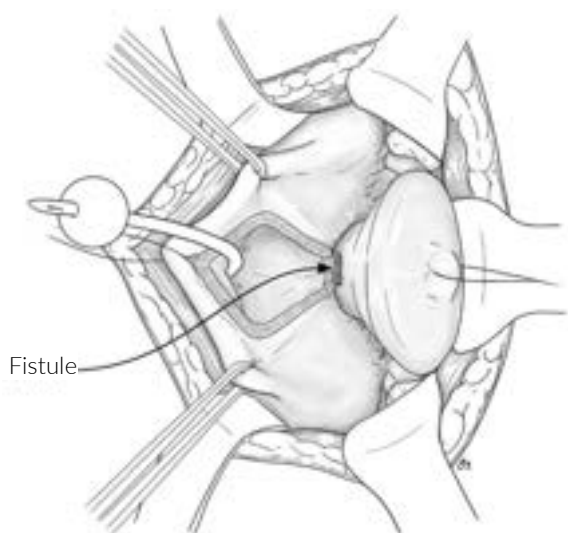


Figure 33. Une fistule vésico-cervicale observée lors d'une laparotomie. Une cystotomie a été effectuée et étendue à la fistule. La sonde de Foley est extériorisée à travers la cystotomie.

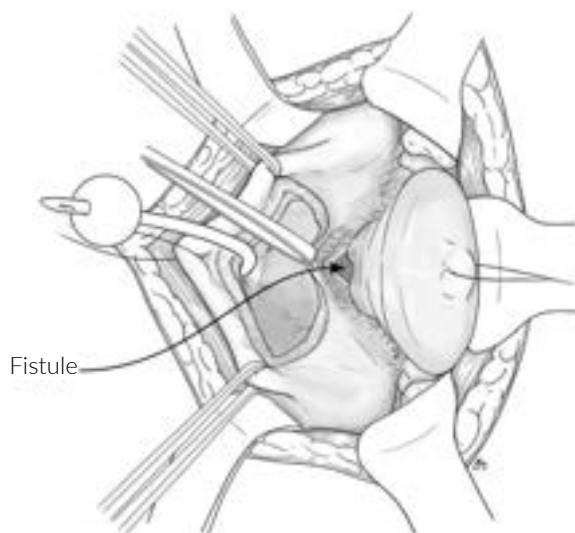


Figure 34. La vessie est mobilisée et éloignée du col de l'utérus.

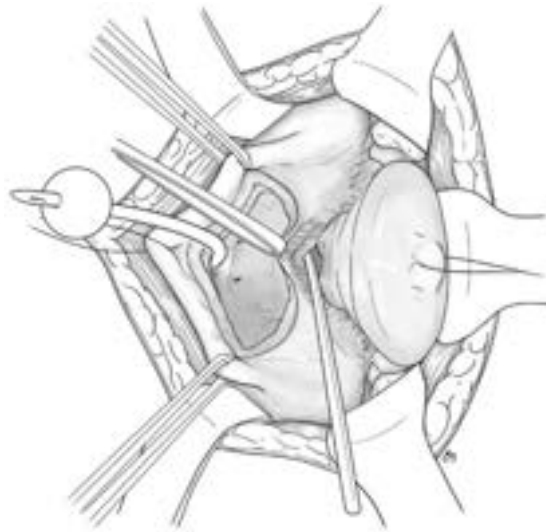


Figure 35. Une sonde cannelée est introduite à travers le défaut du col de l'utérus.

Complications

- Infections, y compris l'infection de la plaie chirurgicale en cas d'opération abdominale.
- Si une approche par voie abdominale est employée, des adhérences abdominales et pelviennes peuvent être présentes. Des lésions viscérales et des hémorragies peuvent survenir pendant l'adhésiolyse.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place en drainage libre pendant 10 à 14 jours.

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.

Si la fistule vésico-cervicale/vésico-utérine est associée à une lésion ischémique résultant d'une fistule obstétricale, les points suivants doivent faire partie des conseils prodigués à la sortie de la patiente :

- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Fistule vésico-utérine/vésico-cervicale

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de la fistule vésico-utérine/vésico-cervicale | Compréhension adéquate de la fistule vésico-utérine/vésico-cervicale | Bonne compréhension de la fistule vésico-utérine/vésico-cervicale |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| 12. Planification préopératoire de l'approche la plus appropriée | A eu besoin d'aide importante pour choisir l'approche appropriée | A eu besoin d'un peu d'aide pour choisir l'approche appropriée | A choisi l'approche appropriée en prenant une décision correcte et éclairée |
| | | | |
| | | | |
| 13. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-utérines /vésico-cervicales, selon l'approche choisie | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-utérines/vésico-cervicales | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-utérines/vésico-cervicales | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules vésico-utérines/vésico-cervicales |
| | | | |
| | | | |
| 14. Identification et protection des uretères | Besoin d'aide pour identifier les uretères, reconnaître les lésions urétérales et/ou effectuer le sondage | A su identifier les uretères et reconnaître les lésions urétérales, mais a eu besoin d'aide pour le sondage | Capacité à identifier les uretères, à reconnaître les lésions urétérales et à effectuer le sondage de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 15. Incision initiale et mobilisation de la vessie | A eu besoin d'une aide significative pour effectuer l'incision et/ou la mobilisation | Incision et mobilisation adéquates | Incision effectuée de manière correcte à l'emplacement approprié, et mobilisation de la vessie par le plan approprié |
| | | | |
| | | | |
| 16. Mobilisation de la vessie par rapport à l'utérus, le col de l'utérus et le vagin | A eu besoin de rappels et/ou d'aide pour séparer la vessie de l'utérus, du col de l'utérus et du vagin | A séparé la vessie de l'utérus, du col de l'utérus et du vagin sans rappels, mais a eu besoin d'aide | A séparé la vessie de l'utérus, du col de l'utérus et du vagin de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule

Niveau 2 Module 7 – Fistule vésico-utérine/vésico-cervicale

| | | | |
|--|---|--|---|
| 17. Fermeture de la vessie | A eu besoin d'aide pour fermer la vessie sans tension | Fermeture adéquate de la vessie, mais a eu besoin de rappels pour éviter une tension sur la ligne de suture/l'urètre | Bonne fermeture de la vessie, angle fixé et absence de tension sur la ligne de suture/l'urètre |
| | | | |
| | | | |
| 18. Test au bleu de méthylène intraopératoire | A eu besoin d'une aide importante pour effectuer le test au bleu de méthylène | A eu besoin de quelques conseils pour effectuer le test au bleu de méthylène et interpréter le résultat | Test au bleu de méthylène effectué de manière indépendante et interprétation correcte du résultat |
| | | | |
| | | | |
| 19. Réparation du col de l'utérus et/ou de l'utérus, le cas échéant | Besoin d'une aide importante pour réparer le col de l'utérus et/ou l'utérus, le cas échéant | Réparation adéquate du col de l'utérus et/ou de l'utérus, le cas échéant | Réparation du col de l'utérus et/ou de l'utérus effectuée de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 20. Fermeture du vagin en cas d'approche par voie vaginale | A eu besoin d'aide pour fermer le vagin et/ou pour éviter des tensions sur le vagin | Fermeture appropriée du vagin, mais besoin de rappels pour éviter une tension sur le vagin | Bonne fermeture du vagin effectuée de manière indépendante et sans tension sur le vagin |
| | | | |
| | | | |
| 21. Fermeture de l'abdomen en cas d'approche par voie abdominale | A eu besoin d'aide pour fermer l'abdomen | A fermé l'abdomen de manière adéquate | A bien fermé l'abdomen |
| | | | |
| | | | |
| 22. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |

| Complications | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--------------------|--------------------------------|--|--|
| 23. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | | | | | | | |
| 24. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 25. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur | | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule
Niveau 2 Module 7 – Fistule vésico-utérine/vésico-cervicale

| | | |
|----|--|--|
| 5. | | |
| 6. | | |

Carnet de bord des modules – Fistule vésico-utérine/vésico-cervicale

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur.

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 8 – Fistules angulaires et résiduelles

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les caractéristiques des fistules angulaires et résiduelles.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire des fistules angulaires et résiduelles.
3. Réparer des fistules angulaires et résiduelles.
4. Exposer les principales complications de la chirurgie des fistules angulaires et résiduelles et leur prise en charge.

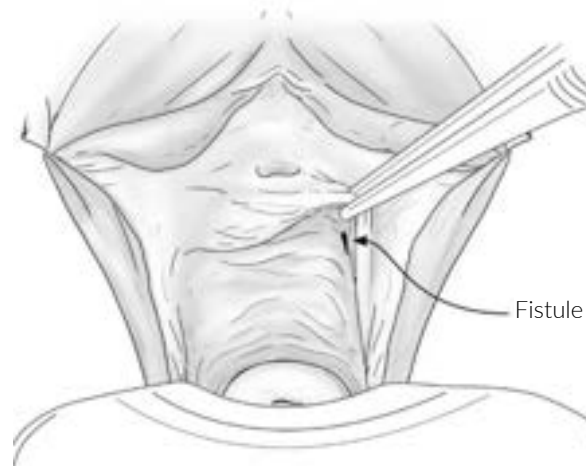


Figure 36. Vue frontale montrant une fistule angulaire contre l'os pubien. Il s'agit d'un emplacement fréquent des échecs de réparation des fistules.

Une fistule résiduelle est généralement une fistule de petite taille qui reste après la réparation d'une fistule vésico-vaginale précédente, et ce, dans jusqu'à 15 % des cas.⁶⁹ La patiente présente une incontinence urinaire par le vagin après l'intervention chirurgicale en raison d'un échec de la réparation. Cela peut survenir immédiatement dans les jours suivant l'opération si l'intervention chirurgicale n'est pas réussie ou s'il existe une deuxième fistule qui n'a pas été repérée. Par ailleurs, elle peut survenir plus tard pendant la phase de guérison, plus fréquemment de 7 à 10 jours après l'intervention chirurgicale, et n'est parfois découverte que lors du retrait de la sonde de Foley. Dans les cas rares, une fistule résiduelle peut également survenir à un stade ultérieur, une fois que la patiente est sortie de l'hôpital. Si tel est le cas, un événement déclencheur, comme un long voyage dans un bus cahoteux avec une vessie pleine, des travaux pénibles ou des rapports sexuels trop tôt, en est généralement la cause.

⁶⁹ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*. 95.

Les fistules résiduelles peuvent être provoquées par une dissection insuffisante et une fermeture avec tension. Elles peuvent survenir en tout point sur la longueur de la fistule vésico-vaginale réparée. Voici quelques exemples de fistule résiduelle :

- Une fistule médiane après réparation circonférentielle avec anastomose en T.
- La fistule dite angulaire après une réparation circonférentielle. Celles-ci se situent contre l'os pubien et sont généralement placées haut derrière la symphyse pubienne, d'un côté ou de l'autre. Elles peuvent être unilatérales ou bilatérales et sont en général de taille très réduite.
- Une fistule résiduelle sur le col de l'utérus ou à proximité (type 1 selon Waaldijk ou type 1 selon Goh), où la fermeture longitudinale ou horizontale est difficile en raison de la profondeur du vagin. Souvent, le chirurgien n'aura pas réalisé d'épisiotomie pour obtenir un accès plus facile à la fistule.

Évaluation préopératoire

Antécédents : La patiente aura des antécédents de fistule vésico-vaginale et de réparation, avec une incontinence continue par la suite.

Diagnostic : Ces fistules sont en général très petites et difficiles à détecter par palpation, particulièrement une fistule angulaire. Un examen minutieux au spéculum et un test au bleu de méthylène doivent être effectués et devraient suffire à identifier l'emplacement d'une fistule résiduelle ou angulaire. En fonction du résultat du test au bleu de méthylène, le chirurgien devra décider s'il opère ou s'il oriente la patiente vers un chirurgien plus expérimenté. La sténose vaginale de la lésion initiale ou de la réparation peut rendre l'opération plus difficile. La réalisation d'une échographie pour déterminer la présence de lésions aux uretères s'avère obligatoire.

Planification et prise en charge : Si la patiente présente une incontinence urinaire en raison d'une fistule récidivante peu de temps après la réparation initiale, laissez alors la sonde de Foley en place pendant 2 à 4 semaines, car une guérison secondaire est parfois possible. Si les tissus sont mous et que la fistule résiduelle se situe sur la ligne médiane, un chirurgien spécialiste de la fistule compétent peut éventuellement opérer tout de suite. Toutefois, les tissus étant fragiles et difficiles à manipuler, et les sutures pouvant se déchirer, la plupart des chirurgiens attendront 3 mois avant d'opérer à nouveau. La patiente doit être à jeun à partir de minuit, la veille de l'intervention chirurgicale. La préparation intestinale complète n'est habituellement pas nécessaire dans les cas de fistule de l'appareil urinaire, mais il faut demander à la patiente de déféquer juste avant d'aller au bloc opératoire. Toutefois, cette pratique varie et dépend des préférences de chaque chirurgien.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

Fistule résiduelle

Il est important de noter que ce type de fistule a un taux plus élevé d'échec lors de la deuxième opération.

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Après la préparation et le champage, assurez-vous d'avoir une bonne exposition. Une épisiotomie généreuse peut s'avérer utile ; excisez le tissu cicatriciel, si présent.
5. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
6. Soyez vigilant et protégez les uretères en les identifiant si possible et en les sondant si nécessaire.
7. Mobilisez bien la vessie, le vagin et le col de l'utérus pour permettre une fermeture sans tension.
8. Il peut être nécessaire d'exciser une partie du tissu cicatriciel et peu vascularisé afin de s'assurer que le tissu vésical sain est réparé sans tension.
9. Effectuez une fermeture sans tension du vagin. La suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée.
10. Si une sonde de Foley n'a pas encore été insérée, insérez-la maintenant et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide stérile. Effectuez un test au bleu de méthylène après la réparation pour confirmer la réussite de la fermeture et exclure la présence de toute fistule supplémentaire. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
11. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
12. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Étape chirurgicale fondamentale

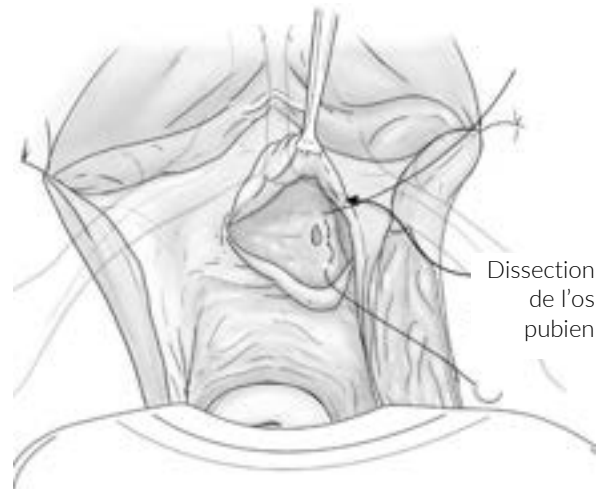


Figure 37. Une épisiotomie a été effectuée afin de faciliter l'accès. Le vagin a été écarté et la vessie a été mobilisée de l'os pubien. La vessie peut alors être déplacée en direction médiale. La suture angulaire latérale est pratiquée, dans ce cas en prenant trois morceaux : le premier en direction distale par rapport à l'angle, un autre latéral à l'angle et le dernier en direction proximale.

Les fistules angulaires sont plus difficiles à fermer et la réparation est plus susceptible d'échouer. Les étapes chirurgicales pour les fistules angulaires unilatérales et bilatérales sont décrites ci-dessous, ainsi que la greffe de Martius, si nécessaire.

Fistule angulaire unilatérale

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Après la préparation et le champage, assurez-vous d'avoir une bonne exposition. Une épisiotomie généreuse pourrait s'avérer utile, notamment sur le côté concerné.
5. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.

6. La réparation peut s'effectuer en pratiquant une incision oblique dans le sillon vaginal et en pénétrant l'espace paravésical.
7. La vessie doit ensuite être repoussée en direction médiale, ce qui rend la fistule visible.
8. La fermeture doit toujours inclure l'attachement au périoste des os pubiens par une suture en acide polyglycolique 2-0.
9. Effectuez une fermeture sans tension du vagin ; la suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée.
10. Si une sonde de Foley n'a pas encore été insérée, insérez-la maintenant et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide stérile. Effectuez un test au bleu de méthylène après la réparation pour confirmer la réussite de la fermeture et exclure la présence de toute fistule supplémentaire. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
11. Envisagez l'utilisation d'une greffe de Martius ou d'autres types de greffe pour favoriser la guérison.
12. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
13. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Étape chirurgicale fondamentale

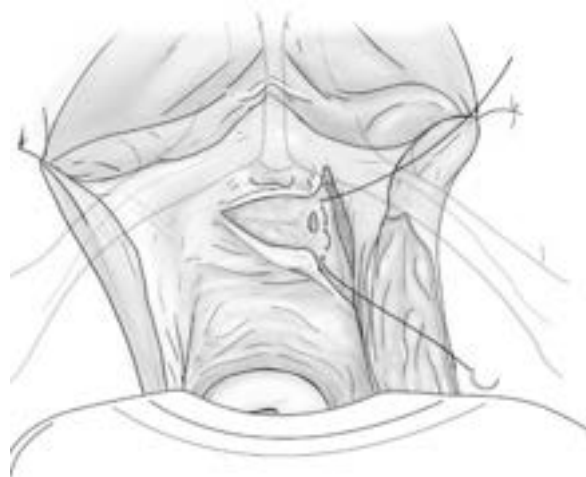


Figure 38. Comme apparaît dans la Figure 37, mais ici, le vagin a été davantage écarté des parois latérales le long du sillon contre les os. Ceci s'effectue en direction proximale et distale par rapport à la fistule afin d'en faciliter l'accès.

Fistule angulaire bilatérale

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Après la préparation et le champage, assurez-vous d'avoir une bonne exposition. Une épisiotomie généreuse peut s'avérer utile.
5. Ce type de fistule survient le plus fréquemment après l'échec d'une réparation circonférentielle.
6. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
7. La meilleure façon d'opérer consiste à défaire l'ensemble de la réparation en connectant les deux fistules à l'aide d'une incision horizontale allant de la fistule angulaire gauche vers la fistule angulaire droite. Ceci révèle généralement un défaut circonférentiel et doit être réparé par une anastomose vésico-urétrale. La plupart du temps, la fistule circonférentielle n'a pas été réparée correctement par anastomose (pour plus d'informations *consultez le* Module 5 « Fistule vésico-vaginale circonférentielle » du Niveau 2 ; page 75). Elle doit désormais être réparée de la même manière qu'une réparation circonférentielle formelle.
8. Effectuez une fermeture sans tension du vagin ; la suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée.
9. Si une sonde de Foley n'a pas encore été insérée, insérez-la maintenant et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide stérile. Effectuez un test au bleu de méthylène après la réparation pour confirmer la réussite de la fermeture et exclure la présence de toute fistule supplémentaire. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
10. Envisagez l'utilisation d'une greffe de Martius ou d'autres types de greffe pour favoriser la guérison.
11. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
12. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Étapes chirurgicales fondamentales

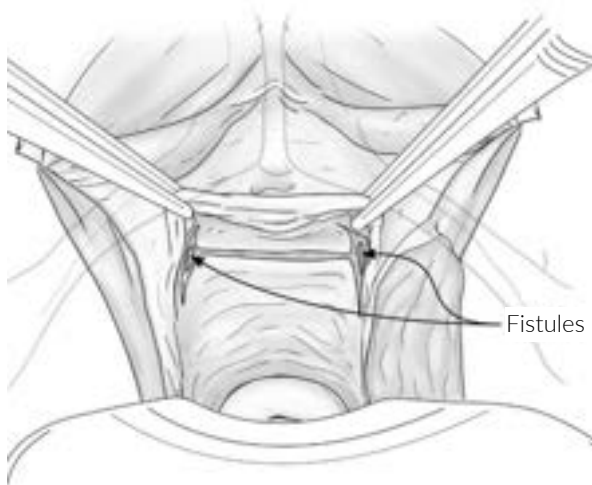


Figure 39. Il est fréquent d'observer des fistules angulaires bilatérales, notamment après une réparation circonférentielle qui n'a pas réussi à fixer l'anastomose de l'urètre antérieur à la vessie de manière satisfaisante. Connectez les deux fistules à travers le vagin pour mobiliser les deux.

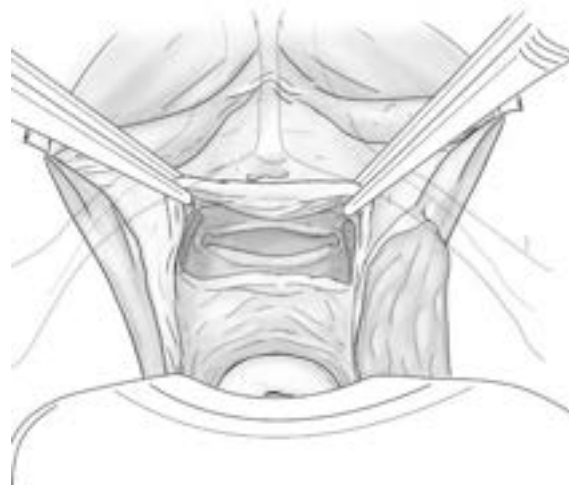


Figure 40. Le vagin a été écarté et les deux fistules angulaires ont été connectées pour former une seule fistule de grande taille. Un défaut antérieur issu d'une ancienne fistule circonférentielle est souvent dévoilé à cette étape, et doit être réparé. Veuillez observer les dissections latérales de la vessie sur les os pubiens.

En cas de fistule angulaire et de réparations récurrentes difficiles, on peut envisager la réalisation d'une greffe de Martius. Il s'agit en fait d'un lambeau de tissu adipeux des grandes lèvres et non d'une greffe, qui reste attaché à la partie postérieure par un pédicule. Pour effectuer une greffe de Martius :

1. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
2. Incisez le long des grandes lèvres en partant du capuchon clitoridien vers la fourchette postérieure.
3. Exposez le tissu adipeux en dessous et créez un lambeau, en disséquant de la partie antérieure vers la postérieure et en laissant un large pédicule sur la partie postérieure.
4. Introduisez le lambeau dans le vagin entre le pubis et le bulbocaverneux, puis suturez-le en place sur la fermeture de la fistule.
5. Fermez le vagin par-dessus le lambeau et fermez la plaie labiale sur deux plans, le premier consistant en une couche profonde de tissu adipeux résiduel.
6. Suturez une gaze en place et laissez-la pendant 2 jours.

Complications

- Si le tissu était très fibrotique, les possibilités de guérison peuvent être compromises, rendant possible la formation d'une nouvelle fistule résiduelle.
- La sténose peut entraîner une dyspareunie, voire une apareunie.
- L'utilisation d'un lambeau peut donner lieu à un détachement.
- Les uretères ont pu être endommagés lors des réparations précédentes. En cas d'anurie, la réparation doit être aussitôt défaire.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place en drainage libre pendant 10 à 14 jours.

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Fistules angulaires et résiduelles

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de la fistule angulaire et/ou résiduelle | Compréhension adéquate de la fistule angulaire et/ou résiduelle | Bonne compréhension de la fistule angulaire et/ou résiduelle |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 12. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules angulaires et/ou résiduelles | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules angulaires et/ou résiduelles | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules angulaires et/ou résiduelles | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules angulaires et/ou résiduelles |
| | | | |
| | | | |
| 13. Prise en compte d'une épisiotomie et d'une excision du tissu cicatriciel | A eu besoin de rappels pour prendre en compte le recours à une épisiotomie et à une excision du tissu cicatriciel | A pris en compte le recours à une épisiotomie et à une excision du tissu cicatriciel, mais a hésité dans la prise de décisions | A pris en compte de manière indépendante le recours à une épisiotomie et à une excision du tissu cicatriciel et l'a appliqué correctement le cas échéant |
| | | | |
| | | | |
| 14. Mobilisation de la vessie dans l'espace paravésical en cas de fistule angulaire | Besoin d'aide pour mobiliser la vessie dans l'espace paravésical en cas de fistule angulaire | Mobilisation adéquate de la vessie dans l'espace paravésical en cas de fistule angulaire | Bonne mobilisation de la vessie dans l'espace paravésical en cas de fistule angulaire |
| | | | |
| | | | |
| 15. Identification et protection des uretères | Besoin d'aide pour identifier les uretères, reconnaître les lésions urétérales et/ou effectuer le sondage | A su identifier les uretères et reconnaître les lésions urétérales, mais a eu besoin d'aide pour le sondage | A su identifier les uretères, reconnaître les lésions urétérales et effectuer le sondage de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 16. Fermeture de la vessie | A eu besoin d'aide pour fermer la vessie sans tension | Fermeture adéquate de la vessie, mais a eu besoin de rappels pour éviter une tension sur la ligne de suture/l'urètre | Bonne fermeture de la vessie, avec un angle fixé et aucune tension sur la ligne de suture/l'urètre |
| | | | |
| | | | |
| 17. Test au bleu de méthylène intraopératoire | A eu besoin d'aide pour effectuer le test au bleu de méthylène | A eu besoin de quelques conseils pour effectuer le test au bleu de méthylène et interpréter le résultat | Test au bleu de méthylène effectué de manière indépendante et interprétation correcte du résultat |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 18. Prise en compte d'un éventuel recours à la greffe de Martius et exécution | N'a pas envisagé l'utilisation d'une greffe de Martius et/ou a eu besoin d'aide pour l'exécuter | A envisagé l'utilisation d'une greffe de Martius et l'a exécuté de manière adéquate | A envisagé l'utilisation d'une greffe de Martius et l'a exécuté de manière correcte |
| | | | |
| | | | |
| 19. Fermeture du vagin, y compris des lambeaux le cas échéant | Besoin d'aide pour réparer le vagin sans tension et pour utiliser un lambeau, le cas échéant | Réparation adéquate du vagin, mais besoin de rappels pour éviter la tension, et utilisation appropriée d'un lambeau, le cas échéant | Bonne réparation sans tension du vagin et, le cas échéant, bonne utilisation d'un lambeau |
| | | | |
| | | | |
| 20. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |
| Complications | | | |
| 21. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge |
| | | | |
| | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | |
| 22. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire |
| | | | |
| | | | |
| 23. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats |
| | | | |
| | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule
Niveau 2 Module 8 – Fistules angulaires et résiduelles

| Commentaires par EBP | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur |
|----------------------|--------------------|--------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Carnet de bord des modules – Fistules angulaires et résiduelles

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur.

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 9 – Fistule urétérale

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les caractéristiques des fistules urétérales.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire des fistules urétérales.
3. Réparer des fistules urétérales.
4. Exposer les principales complications de la chirurgie de la fistule urétérale et leur prise en charge.



Figure 41. Section transversale d'une fistule urétéro-vaginale. L'uretère a été coupé ou ligaturé lors d'une césarienne-hystérectomie. Veuillez observer la sténose de l'uretère où il se connecte au vagin, ainsi que la dilatation de l'uretère proximal à la sténose.

Une fistule urétérale est généralement d'origine iatrogène, provoquée par une entaille, une coupure ou une ligature accidentelles de l'uretère distal près du col de l'utérus, lorsqu'il passe sous les vaisseaux utérins. La lésion peut survenir pendant tout type d'opération pelvienne, mais a tendance à se produire pendant une césarienne, une césarienne-hystérectomie ou une hystérectomie, le plus souvent dans un contexte d'urgence, mais aussi lors d'interventions chirurgicales non urgentes.⁷⁰ Une fistule urétérale peut se produire en concomitance avec une fistule vésico-vaginale

⁷⁰ T.J. Raassen, C.J. Ngongo, M.M. Mahendeka. Diagnosis and Management of 365 Ureteric Injuries Following Obstetric and Gynecologic Surgery in Resource-Limited Settings. *Int Urogynecol J* (2018); O. Lawal, O. Bello, I. Morhason-Bello, R. Abdus-Salam, O. Ojengbede. Our Experience with Iatrogenic Ureteric Injuries among Women Presenting to University College Hospital, Ibadan: A Call to Action on Trigger Factors. *Obstet Gynecol Int* (2019); G. Williams, S. Broughton, H. Worku, H. Tekle. Five Years Experience of Ureterovaginal Fistulae Following Obstetric or Gynecological Intervention in Ethiopia. *Afr J Urol* (2010).

obstétricale, impliquant la jonction urétéro-vésicale. Une lésion urétérale iatrogène peut également survenir lors d'un travail obstructif, lorsque la patiente développe une fistule vésico-vaginale issue d'un accouchement obstructif, puis une lésion urétérale lors de la césarienne ou de la césarienne-hystérectomie requise alors. Enfin, les lésions urétérales peuvent également se produire pendant la réparation d'une fistule vésico-vaginale, notamment si l'uretère n'a pas été identifié ni protégé. Les fistules urétérales sont le plus souvent unilatérales, mais peuvent être bilatérales, et se manifestent généralement sous la forme d'une fistule urétéro-vaginale.

Évaluation préopératoire

Antécédents : L'anamnèse de la patiente est très importante pour poser un diagnostic. Il est probable que la patiente signale des fuites urinaires continues au niveau du vagin depuis l'intervention chirurgicale et qu'elle soit encore capable d'uriner, car les uretères indemnes remplissent toujours la vessie (si la patiente ne présente pas une fistule vésico-vaginale concomitante). Alors que les patientes atteintes d'une fistule vésico-vaginale commencent à présenter des fuites dans les quelques jours qui suivent un travail obstructif, les lésions urétérales peuvent commencer à présenter des fuites après quelques semaines, voire un mois ou plus. Les patientes peuvent également ressentir une douleur au flanc après l'intervention chirurgicale.

Diagnostic : Effectuez un examen au spéculum avec un test au bleu de méthylène (60–80 ml). Si aucun colorant n'est observé dans le vagin, l'apparition d'urine claire provenant de la partie supérieure du vagin peut parfois indiquer la présence d'une fistule urétéro-vaginale. L'urine peut mettre un certain temps à s'accumuler. Par conséquent, si aucune urine claire n'est observée lors du test au bleu de méthylène, un test à trois écouvillons doit être effectué. Le colorant bleu reste dans la vessie et les écouvillons sont placés dans le vagin. Au bout d'une demi-heure, les trois écouvillons sont retirés. Le premier ne doit pas être coloré, mais il peut être légèrement bleu en raison de l'écoulement de l'urètre. L'écouvillon du milieu ne doit pas être coloré, mais peut être humide. L'écouvillon proximal ne doit pas être coloré, mais imprégné d'urine. Une échographie des reins et des uretères dévoilera probablement la présence d'une hydronéphrose et d'une urétérohydrose sur le côté concerné. Un pyélogramme peut montrer la fuite, mais aussi parfois un rein qui ne fonctionne pas, en fonction de l'ancienneté de la lésion de l'uretère. Si le rein n'est pas visible sur le pyélogramme intraveineux après 24 heures, il a été endommagé de manière irréversible. L'uretère gauche est plus souvent endommagé que l'uretère droit, dans un rapport de presque 2:1. Les raisons sont les suivantes :⁷¹

- L'uretère gauche repose en moyenne 0,5 cm plus près du col de l'utérus que l'uretère droit.
- Chez les femmes africaines enceintes, il existe une dextrorotation de l'utérus en raison du gros côlon sigmoïde, ce qui fait avancer l'uretère gauche.
- La plupart des chirurgiens sont droitiers et se placent sur le côté droit pendant la réalisation d'une césarienne, ce qui augmente les possibilités de lésions à l'uretère gauche.

Planification et prise en charge : La patiente doit être à jeun à partir de minuit la veille de l'intervention chirurgicale.

⁷¹ Raassen, Ngongo, Mahendeka. Iatrogenic Genitourinary Fistula: An 18-Year Retrospective Review of 805 Injuries.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

La réimplantation urétérale par voie abdominale est le traitement le plus fréquent, car la lésion n'est souvent pas identifiée à temps et les patientes se présentent quelque temps après son développement. L'uretère peut parfois être réimplanté par voie vaginale. Étant donné que ce type de fistules peut se produire chez les femmes multipares (quatre naissances ou plus), il est conseillé de discuter d'une éventuelle ligature des trompes si la patiente ne souhaite pas d'autres grossesses.

Réimplantation abdominale de l'uretère

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en décubitus dorsal.
4. Insérez une sonde de Foley avant l'opération et assurez-vous que le drainage est libre.
5. Après la préparation et le champagne, l'incision chirurgicale est généralement conditionnée par les cicatrices abdominales existantes. Soyez attentif aux adhérences.
6. Mobilisez la vessie, effectuez une cystotomie et confirmez quel uretère est concerné (et invariablement dilaté) en observant la présence d'un jet d'urine sur le côté droit ou gauche de la vessie. Effectuez la cystotomie en direction transversale afin qu'elle puisse être réparée dans le sens longitudinal, ce qui permettra d'allonger la vessie pour atteindre l'uretère, le cas échéant.
7. Identifiez, exposez et mobilisez l'uretère concerné, puis effectuez un clampage, un découpage et une ligature aussi distalement que possible.
8. Effectuez une urétéronécystostomie avec une anastomose termino-latérale simple. Cette méthode est suffisante et le pronostic est généralement très favorable.
9. Le cas échéant, créez un lambeau de Boari,⁷² un lambeau vésical modifié et/ou une vessie poïque afin que l'uretère puisse être implanté sans tension.
10. Utilisez une sonde urétérale comme stent et fixez-la à la muqueuse vésicale avec une suture en acide polyglycolique 4-0. La sonde urétérale peut ressortir par la vessie et la paroi abdominale ou bien par l'urètre.
11. Aucune tunnelisation ni intervention antireflux n'est nécessaire chez les adultes et l'uretère peut être implanté directement.
12. Fermez la vessie à l'aide d'une suture continue en acide polyglycolique 2-0 sur un ou deux plans.
13. Rincez la cavité péritonéale avec une solution saline chaude et fermez l'abdomen.
14. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.

⁷² F. Hinman Jr. Bladder Flap Repair (Boari). In: *Atlas of Urologic Surgery*. Saunders (1989); P. Padmanabhan. Bladder Flap Repair (Boari). In: J.A. Smith, S.S. Howards, G.M. Preminger, R.R. Dmochowski, eds. *Hinman's Atlas of Urologic Surgery*. 4th Edition. Elsevier (2019). 293.

Étape chirurgicale fondamentale

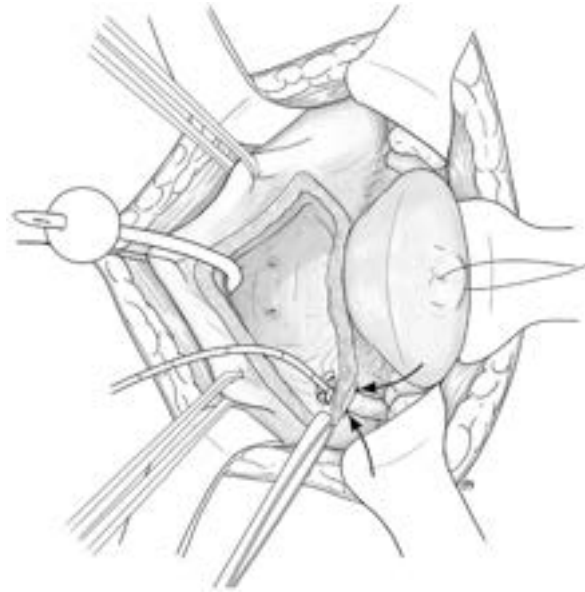


Figure 42. Le plus souvent, l'uretère est implanté lors d'une laparotomie. L'uretère a été mobilisé et introduit à travers le ligament large avant l'implantation dans la vessie par cystotomie. Il a également été fixé à l'extérieur de la séreuse vésicale afin de réduire la tension sur l'anastomose.

Réimplantation vaginale de l'uretère

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Assurez-vous d'avoir une bonne exposition, car ces lésions sont souvent profondes dans le vagin.
5. Sondez l'uretère à travers le vagin. L'orifice urétéral peut se trouver dans un dôme vaginal ou un col de l'utérus déchirés.
6. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
7. Pratiquez une incision transversale dans les rides vaginales, en direction médiale par rapport à l'ouverture de l'uretère, ainsi qu'une incision autour de l'uretère.

8. Après la dissection, incisez sur un centimètre dans la vessie, en direction médiale par rapport à l'uretère.
9. Dirigez la sonde urétérale à l'intérieur de la vessie et ressortez-la par l'urètre.
10. Fermez la fistule par-dessus l'uretère, qui se trouve désormais à l'intérieur de la vessie. Comme toujours, assurez-vous qu'il n'y a pas de tension sur la réparation.
11. Si une sonde de Foley n'a pas encore été insérée, insérez-la maintenant et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide stérile. Effectuez un test au bleu de méthylène après la réparation pour confirmer la réussite de la fermeture et exclure la présence de toute fistule supplémentaire. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
12. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
13. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Étapes chirurgicales fondamentales

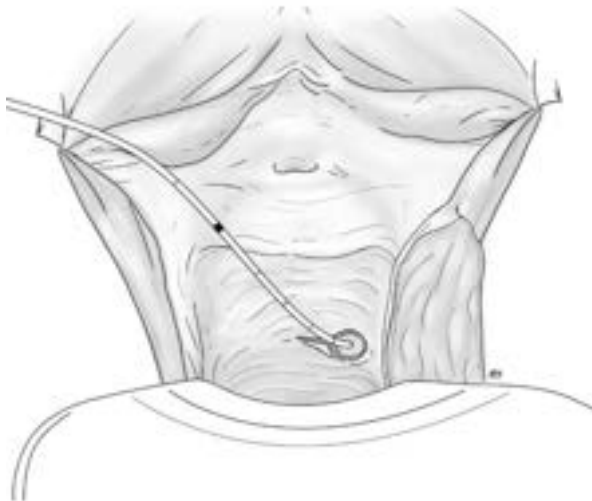


Figure 43. Une fistule urétérale se déversant dans le dôme vaginal après une hystérectomie. Si l'uretère n'est pas trop déformé ni sténosé, il peut être sondé et implanté par voie vaginale. L'uretère est sondé, l'incision vaginale initiale a été pratiquée autour de la fistule urétérale et étendue en direction médiale afin d'exposer la vessie et d'inciser pour effectuer l'implantation.



Figure 44. Le vagin a été mobilisé et l'accès à la vessie s'est effectué par le vagin (cystotomie). L'uretère peut désormais être implanté. La sonde urétérale a été introduite dans la vessie et ressortie par l'urètre.

Complications

- D'importantes adhérences des intestins, secondaires à la césarienne ou à l'hystérectomie initiales, peuvent compliquer la laparotomie. Chez un nombre réduit de patientes, des lésions des intestins et des vaisseaux mésentériques surviendront, principalement dans l'intestin grêle. Elles doivent être identifiées et suturées.

- Les uretères peuvent être très dilatés, fibreux et collés aux vaisseaux iliaques. Pendant la dissection, les uretères peuvent être entaillés, voire sectionnés. Il faudra donc les réparer.
- Une lésion de la veine ou de l'artère iliaque est la complication la plus grave lors de la dissection de l'uretère. Dans ce cas, il faut comprimer avec les doigts ou des pinces artérielles les deux côtés de la lésion afin de contrôler l'hémorragie. Le vaisseau doit être suturé avec une suture en acide polyglycolique 4-0.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après réparation de la fistule urétérale aussi bien par voie vaginale qu'abdominale, la sonde urétérale peut être retirée au bout de 8 à 10 jours et la sonde de Foley, au bout de 12 à 14 jours. Après l'extraction de la sonde de Foley, la patiente doit faire l'objet d'un examen minutieux pour détecter toute incontinence urinaire persistante (*voir ci-dessous*). Il est nécessaire de mesurer le volume résiduel d'urine et la quantité qu'elles peuvent évacuer chez toutes les patientes. En cas de rétention urinaire, la sonde doit être remise en place et la rééducation de la vessie entamée. Il est également possible d'apprendre à la patiente à s'auto-sonder de manière intermittente et hygiénique.

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire.

Évaluation des résultats chirurgicaux : *Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253.*

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.

Si la fistule urétérale est associée à une lésion ischémique résultant d'une fistule obstétricale, les points suivants doivent faire partie des conseils prodigués à la sortie de la patiente :

- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée), en veillant à ce que le chirurgien soit conscient de l'implantation urétérale et du risque de distorsion anatomique.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Fistule urétérale

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur.**

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de la fistule urétérale | Compréhension adéquate de la fistule urétérale | Bonne compréhension de la fistule urétérale |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 12. Choix de l'approche, c'est-à-dire voie vaginale ou abdominale | A eu besoin d'aide pour choisir l'approche appropriée | A choisi l'approche appropriée, mais a démontré de l'incertitude dans sa prise de décision | A choisi l'approche appropriée en prenant une décision correcte et éclairée |
| | | | |
| | | | |
| 13. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules urétérales, selon l'approche choisie | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules urétérales | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules urétérales | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules urétérales |
| | | | |
| | | | |
| 14. Mobilisation de la vessie | Besoin d'aide pour mobiliser la vessie | Mobilisation adéquate de la vessie | Bonne mobilisation de la vessie |
| | | | |
| | | | |
| 15. Exposition et identification de l'uretère concerné | Besoin d'aide pour exposer et identifier l'uretère concerné | Exposition et identification adéquates de l'uretère concerné | Bonne exposition et identification de l'uretère concerné |
| | | | |
| | | | |
| 16. Mobilisation de l'uretère | Besoin d'aide pour mobiliser l'uretère | Mobilisation adéquate de l'uretère | Bonne mobilisation de l'uretère |
| | | | |
| | | | |
| 17. Application de la méthode d'implantation choisie et réparation de la vessie | Besoin d'une aide importante pour appliquer la méthode d'implantation et réparer la vessie | Application satisfaisante de la méthode d'implantation et réparation adéquate de la vessie | Bonne application de la méthode d'implantation et bonne réparation de la vessie |
| | | | |
| | | | |
| 18. Fermeture de l'abdomen en cas d'approche par voie abdominale | A eu besoin d'aide pour fermer l'abdomen | A fermé l'abdomen de manière adéquate | A bien fermé l'abdomen |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 19. Test au bleu de méthylène intraopératoire en cas d'approche par voie vaginale | A eu besoin d'une aide importante pour effectuer le test au bleu de méthylène | A eu besoin de quelques conseils pour effectuer le test au bleu de méthylène et interpréter le résultat | Test au bleu de méthylène effectué de manière indépendante et interprétation correcte du résultat |
| | | | |
| | | | |
| 20. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |
| Complications | | | |
| 21. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge |
| | | | |
| | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | |
| 22. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire |
| | | | |
| | | | |
| 23. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats |
| | | | |
| | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule
Niveau 2 Module 9 – Fistule urétérale

| Commentaires par EBP | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur |
|----------------------|--------------------|--------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Carnet de bord des modules – Fistule urétérale

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur.

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 10 – Calculs vésicaux

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les causes fréquentes d'apparition de calculs vésicaux chez les patientes atteintes de fistule.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire des calculs vésicaux.
3. Effectuer l'extraction des calculs vésicaux.
4. Exposer les principales complications de l'extraction chirurgicale des calculs vésicaux.

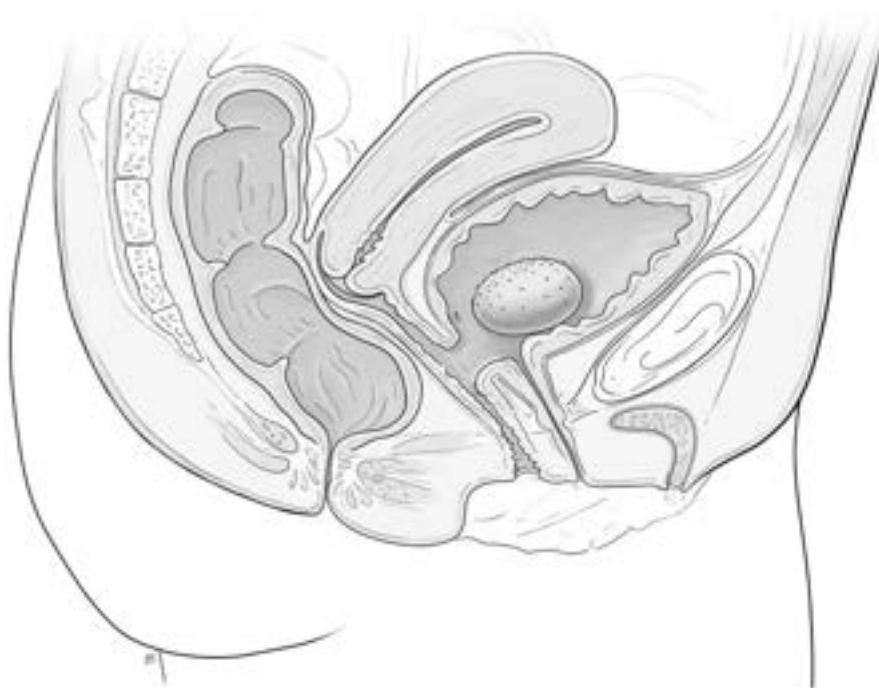


Figure 45. Section transversale de calculs vésicaux avec fistule concomitante. Ce calcul peut être extrait par voie vaginale à travers la fistule ou écrasé par le biais d'une pince porte-éponge si nécessaire. La vessie doit ensuite être bien irriguée à travers la fistule.

Les chirurgiens de la fistule rencontrent régulièrement des calculs vésicaux, voire vaginaux, car les patientes boivent souvent moins de liquides afin de limiter leurs fuites urinaires. L'urine concentrée entraîne fréquemment l'apparition de calculs dans la vessie et/ou le vagin, voire dans l'urètre. En outre, les patientes peuvent placer des tissus, des feuilles, des bouchons de bouteille ou d'autres matériaux dans leur vagin pour tenter d'arrêter les fuites urinaires. Des calculs peuvent alors se former autour de ces objets. Des calculs peuvent également se former autour de sutures non résorbables utilisées dans la réparation d'une fistule, ou autour de bandelettes artificielles utilisées pour les épreuves d'effort, lorsqu'une suture a été placée par inadvertance dans la vessie (méthode

« sling on a string »), ou qu'une bandelette s'est érodée à travers la vessie ou le vagin. Les calculs vésicaux et autres corps étrangers doivent être complètement retirés.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Une anamnèse minutieuse peut indiquer la présence probable d'un calcul vésical. La patiente signalera souvent des douleurs vaginales et/ou pelviennes, une urine malodorante et parfois une hématurie. En général, on observe une odeur particulière et une urine trouble. D'autres patientes peuvent s'avérer asymptomatiques.

Diagnostic : Les calculs vésicaux, urétraux ou vaginaux sont très facilement décelables, et le diagnostic est posé seulement à partir des antécédents et des examens. Il est possible de sentir un très gros calcul vésical lors d'un examen vaginal. Alors qu'un calcul vésical peut être ressenti comme une masse dure à travers la partie antérieure, qui est en général (mais pas systématiquement) douloureuse à la palpation, un calcul vaginal peut être ressenti par une palpation directe. En cas de calcul vésical, l'urine est trouble. De plus, une hématurie, microscopique ou macroscopique, est souvent détectée lors d'une analyse d'urine par bandelettes. Les résultats d'une analyse d'urine seront toujours positifs, indiquant la présence d'une infection. Le test diagnostic définitif peut s'effectuer en sondant la vessie avec une sonde métallique ou une sonde cannelée appropriée, qui permettra de ressentir un calcul dur. L'échographie est rarement nécessaire pour confirmer le diagnostic, mais si elle est effectuée, la plupart des calculs projettent une ombre dans la vessie, bien que certains soient hypoéchogènes et apparaissent comme une masse à l'échographie. Il est également important d'éliminer l'éventuelle présence de calculs rénaux ou urétéraux chez les patientes atteintes de calculs vésicaux. Pour ce faire, on peut réaliser des échographies de l'ensemble du système urinaire, ainsi que des radiographies afin de confirmer le diagnostic, le nombre de calculs, leur taille et leur emplacement. Il est probable que nombre de calculs plus petits soient retrouvés au cours de l'opération.

Il faut insérer une sonde cannelée métallique dans la vessie au début de toute intervention liée à une fistule, en raison de la fréquence de calculs vésicaux, urétraux et vaginaux concomitants chez les patientes atteintes de fistules.

Planification et prise en charge : Presque toutes les patientes atteintes de calculs vésicaux présentent une infection de l'appareil urinaire. Il est conseillé d'administrer des antibiotiques adaptés avant, pendant et après l'opération, en fonction des disponibilités (par exemple, ampicilline, amoxicilline ou céphalexine). Au moment de planifier l'opération, la principale décision concerne l'élimination du calcul soit par une petite cystotomie suspubienne, transversale et basse, soit par voie vaginale si la fistule est toujours présente. La fistule doit parfois être légèrement élargie afin de permettre l'extraction du calcul. Par ailleurs, le calcul peut être écrasé avec une pince porte-éponge introduite dans la vessie à travers la fistule, puis retiré par la même voie. En cas d'extraction du calcul par voie vaginale, l'une des méthodes traditionnelles préconise que les infections doivent être traitées en premier lieu et que la fistule doit être réparée 2 à 3 semaines, une fois l'inflammation des tissus stabilisée. Toutefois, si la fistule est petite, molle et n'a pas besoin d'une dissection importante, on peut procéder à une réparation méticuleuse, et la patiente peut être sondée pendant 10 à 14 jours après l'opération. De nombreuses fistules simples de taille réduite seront

refermées à l'aide de cette méthode, mais il est peu probable que cela fonctionne pour une fistule plus grande, complexe ou circonférentielle. Si la fistule a déjà été refermée, il faut alors pratiquer une incision suspubienne basse, en s'efforçant de rester en dehors du péritoine afin qu'il n'y ait aucun risque d'infiltration d'urine infectée ni de fragments de calculs dans la cavité péritonéale. Les calculs vaginaux peuvent parfois être extraits dans le service ambulatoire, mais si le calcul est trop douloureux à la palpation, l'extraction doit alors être faite en position de lithotomie sous sédation ou anesthésie rachidienne.

La patiente doit être à jeun à partir de minuit, la veille de l'intervention chirurgicale. La préparation intestinale complète n'est habituellement pas nécessaire dans les cas de calculs vésicaux et vaginaux, mais il faut demander à la patiente de déféquer juste avant d'aller au bloc opératoire. Toutefois, cette pratique varie et dépend des préférences de chaque chirurgien.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

Des antibiotiques appropriés doivent toujours être administrés pendant quelques jours avant l'opération, quelle que soit la voie choisie (vaginale ou abdominale) pour extraire les calculs.

Si l'approche par voie vaginale est la plus appropriée :

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas ; une anesthésie rachidienne est généralement suffisante. Pour extraire des calculs vésicaux, comme mentionné plus haut, des antibiotiques sont généralement administrés avant, pendant et après l'opération.
2. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
3. Après la préparation et le champagne, le calcul peut en général être atteint et extrait par voie vaginale à travers la fistule à l'aide d'une pince d'Allis, d'une pince Rampley ou d'autres pinces adaptées. Si le calcul est trop gros, il peut être écrasé avec les pinces, puis retiré morceau par morceau à travers la fistule. Il est possible que la fistule doive être élargie, auquel cas l'incision devra être pratiquée dans la ligne médiane pour éviter d'endommager les uretères.
4. Palpez l'intérieur de la cavité de la vessie pour confirmer qu'il n'y a plus de calculs ni aucun morceau du calcul écrasé. Si l'ouverture de la fistule n'est pas suffisamment large pour effectuer cette tâche, réalisez une palpation bimanuelle.
5. Irriguez abondamment la zone et la vessie avec une solution saline stérile ou un autre liquide.
6. Insérez une sonde de Foley pour permettre un drainage libre de la vessie.
7. Si la fistule ne présente pas de sténose, qu'elle est de petite taille et se situe sur la ligne médiane, une réparation simple est l'intervention de choix, en sachant que les tissus seront enflammés et plus difficiles à manipuler. Suivez les étapes chirurgicales et postopératoires comme pour une fistule vésico-vaginale simple. Toutefois, dans la majorité des cas, il est préférable de repousser la réparation de la fistule. Dans ce cas, assurez-vous que la sonde de Foley est maintenue en drainage libre pour détourner autant d'urine que possible de la fistule.

Si l'approche par voie suspubienne est la plus appropriée :

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas ; une anesthésie rachidienne est généralement suffisante.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien.
3. Pour extraire des calculs vésicaux, comme mentionné plus haut, des antibiotiques sont généralement administrés avant, pendant et après l'opération.
4. Placez la patiente en décubitus dorsal.
5. Insérez une sonde de Foley pour permettre un drainage libre de la vessie.
6. Après la préparation et le champage, effectuez une incision suspubienne, transversale et basse en disséquant vers l'espace rétropubien. Veillez à vous maintenir en dehors du péritoine, car il y a presque toujours des fuites d'urine infectée après la cystotomie et il est préférable que cette urine ne pénètre pas la cavité péritonéale.
7. S'il est possible de sentir le calcul, incisez directement. S'il n'est pas possible de sentir le calcul et que son emplacement est difficile à déterminer dans la vessie, lorsqu'il est de petite taille, la vessie doit être remplie avec environ 100 ml de solution saline stérile ou d'eau à l'aide de la sonde de Foley. La vessie se gonflera dans le champ opératoire, mais vérifiez-le en insérant une seringue et en extrayant de l'urine. Cela confirmera l'emplacement de la vessie et permettra de garantir le succès de la cystotomie. Cette méthode ne peut être employée que lorsqu'il n'y a pas de fistule.
8. Retirez le calcul avec une pince Rampley ou d'autres pinces adaptées. Le calcul doit être écrasé avec la pince s'il est de (trop) grosse taille.
9. La vessie et les tissus disséqués doivent être irrigués abondamment avec une solution saline stérile ou d'autres liquides afin d'éliminer tout débris et matériel infecté. Vérifiez toujours qu'il n'y a pas de restes du calcul écrasé, ni de calculs supplémentaires.
10. En général, la vessie est refermée par deux plans de sutures en acide polyglycolique 2-0 et les tissus doivent être irrigués à plusieurs reprises avec une solution saline stérile ou d'autres liquides stériles pendant la fermeture des plans.
11. Fermez l'incision suspubienne, et placez un drain si nécessaire.
12. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
13. Après l'opération, les infections de la plaie abdominale ainsi que les infections urinaires sont fréquentes. C'est pourquoi des antibiotiques doivent être administrés pendant 5 à 7 jours après l'extraction du ou des calculs.

Étapes chirurgicales fondamentales

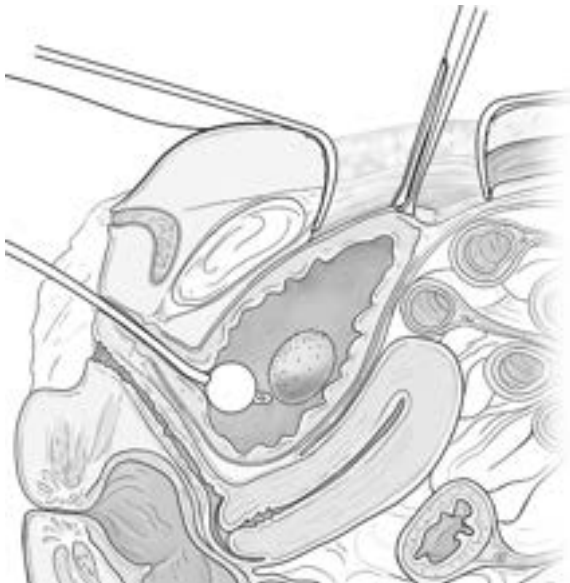


Figure 46. Si un calcul vésical est trop gros pour être extrait à travers la fistule ou s'il n'y a pas de fistule, extrayez le calcul en pratiquant une incision abdominale transversale basse, en restant à l'intérieur de l'espace pré-péritonéal afin d'éviter les fuites dans la cavité péritonéale.

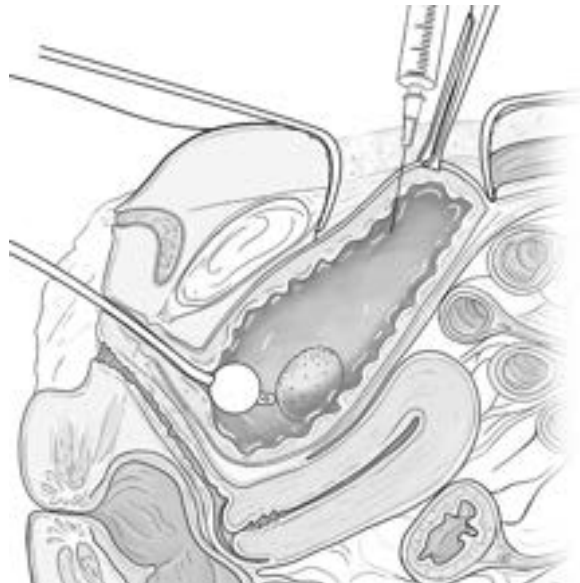


Figure 47. Comme il peut s'avérer difficile de repérer la vessie, le plus simple est de la remplir grâce à une sonde de Foley. Assurez-vous d'être sur le plan correct en insérant la seringue et en la retirant pour identifier l'urine. Dirigez l'aiguille de la seringue vers le bassin afin de réduire le risque de perforation des intestins.

Complications

- La complication la plus fréquente est l'infection de la plaie, ce qui peut exiger la mise en place d'un drain, d'une gaze et d'une couverture antibiotique continue.
- Une petite fistule vésico-cutanée peut se former. Elle se ferme en général de manière spontanée en laissant la sonde de Foley en drainage libre pendant au moins 2 semaines. Dans le cas contraire, la fistule doit être fermée par le biais d'une intervention chirurgicale.
- Les calculs peuvent réapparaître si un calcul ou une suture restent dans la vessie. Dans ce cas, avec le temps, un nouveau calcul se reforme souvent autour du débris.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : La sonde de Foley doit rester en place en drainage libre pendant 10 jours si un ou plusieurs calculs ont été extraits par voie abdominale ou vaginale, et que la fistule a été réparée. Si un ou plusieurs calculs ont été extraits par voie vaginale ou suspubienne, mais que la fistule n'a pas été réparée, laissez la sonde de Foley en place pendant environ 10 jours si elle évacue l'urine loin de la fistule (c'est-à-dire, s'il y a plus d'urine qui s'écoule par la sonde de Foley que dans le lit par la fistule).

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Si la réparation d'une fistule a été effectué : Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Si la patiente a fait l'objet d'une extraction de calculs vésicaux mais qu'elle présente toujours une fistule, il faut lui proposer un counselling approprié pour la rassurer sur le fait que la fistule sera réparée dans 2 à 4 semaines.
- Encouragez la patiente à boire suffisamment de liquides pour aider à éviter les calculs récurrents.

Si les calculs vésicaux sont associés à une fistule obstétricale qui a également été réparée, les points suivants doivent faire partie des conseils prodigués à la sortie de la patiente :

- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Calculs vésicaux

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète des calculs vésicaux | Compréhension adéquate des calculs vésicaux | Bonne compréhension des calculs vésicaux |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| 12. Choix de la voie chirurgicale | A eu besoin d'aide pour choisir la voie chirurgicale | A choisi la voie chirurgicale appropriée, mais a montré de l'hésitation dans sa prise de décision | A choisi la voie chirurgicale appropriée de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 13. Étapes chirurgicales spécifiques à l'extraction des calculs vésicaux, selon la voie chirurgicale | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à l'extraction des calculs vésicaux | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à l'extraction des calculs vésicaux | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à l'extraction des calculs vésicaux |
| | | | |
| | | | |
| 14. Capacité à extraire le calcul à travers la fistule en cas d'approche par voie vaginale | A eu besoin d'aide pour extraire le calcul à travers la fistule | Extraction adéquate du calcul à travers la fistule | Bonne extraction du calcul à travers la fistule, et ce de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 15. Cystotomie suspubienne en cas d'approche par voie suspubienne | A eu besoin d'aide pour effectuer la cystotomie suspubienne | A effectué la cystotomie suspubienne de manière adéquate | A effectué la cystotomie suspubienne de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 16. Identification et extraction du calcul en cas d'approche par voie suspubienne | A eu besoin de rappels et/ou d'aide pour identifier et extraire le calcul | A identifié et extrait le calcul de manière adéquate | A identifié et extrait le calcul de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 17. Fermeture de la vessie en cas d'approche par voie suspubienne | A eu besoin de rappels et/ou d'aide pour fermer la vessie | A eu besoin de quelques rappels pour fermer la vessie | A réparé la vessie de manière précise et indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 18. Fermeture de l'abdomen en cas d'approche par voie suspubienne | A eu besoin d'aide pour fermer l'abdomen | A fermé l'abdomen de manière adéquate | A bien fermé l'abdomen |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|---------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 19. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Complications | | | | | | | | | |
| 20. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | | | | | | | |
| 21. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 22. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur | | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule
Niveau 2 Module 10 – Calculs vésicaux

| | | |
|-----------|--|--|
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Carnet de bord des modules – Calculs vésicaux

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur.

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 11 – Reconstruction vaginale

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les symptômes d'une sténose vaginale grave.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire de la reconstruction vaginale.
3. Effectuer des reconstructions vaginales.
4. Exposer les principales complications de la reconstruction vaginale et leur prise en charge.



Figure 48. Section transversale d'une sténose vaginale grave.

La reconstruction du vagin est une intervention chirurgicale pour traiter la sténose grave et la scarification vaginale pouvant survenir à la suite d'un arrêt prolongé du travail lors de l'accouchement. et donc presque toujours associées à une fistule obstétricale. La sténose vaginale grave est parfois aussi appelée vagin fermé, vagin cicatriciel ou vagin absent. Le degré de gravité peut aller de la présence d'une longueur vaginale raisonnable, mais avec une sténose constrictive et dense, en général sur la paroi postérieure, à une perte totale du tissu vaginal qui entraîne essentiellement l'absence de vagin et le remplacement par du tissu cicatriciel dense. Une sténose vaginale très grave peut persister après la réparation d'une fistule, et provoque souvent une incontinence urétrale grave chez la patiente, car la sténose rigide maintient ouvert l'urètre et l'empêche de se fermer normalement. Différents degrés d'incontinence des selles ou des flatulences s'observent parfois, pour des raisons semblables. La reconstruction vaginale a souvent deux objectifs : permettre des rapports sexuels normaux et restaurer la continence.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Les patientes présentant une sténose vaginale grave signaleront normalement une apeareunie ou une dyspareunie grave en raison d'une obstruction mécanique. Si elles n'ont pas encore fait l'objet d'une réparation de fistule, elles peuvent avoir les mêmes antécédents qu'une patiente atteinte de fistule. Même si elles ont fait l'objet d'une réparation de fistule, elles peuvent tout de même présenter une incontinence urétrale.

La sténose vaginale grave peut entraîner un éventail de problèmes gynécologiques, comme l'aménorrhée, l'hypoménorrhée, l'hématométrie et les douleurs pelviennes. Elle peut également contribuer à une incontinence urétrale et à une infertilité secondaires. Certaines patientes s'inquiètent davantage de leur incapacité à avoir des rapports sexuels avec pénétration que de leur incontinence, car cela peut constituer, sur le plan social, un facteur déterminant dans la qualité de vie des patientes. En plus de restaurer la continence d'une patiente, les chirurgiens doivent, dans la mesure du possible, respecter ses droits sexuels et reproductifs en essayant également de restaurer sa capacité à avoir des rapports sexuels avec pénétration. La reconstruction doit idéalement se faire lors de la première opération, pendant la réparation de la fistule, mais elle est aussi couramment effectuée en tant qu'intervention secondaire. Une intervention secondaire est décrite ici, mais les principes peuvent être employés dans le cadre d'une réparation primaire.

Diagnostic : Le diagnostic peut être facilement posé à partir d'un examen vaginal et des antécédents d'apareunie ou de dyspareunie. Les patientes signalent parfois des douleurs cycliques et une aménorrhée, car les menstruations ne s'écoulent pas. Il est également conseillé de vérifier la présence d'utérus par le biais d'une échographie.

Planification et prise en charge : Il existe deux options thérapeutiques pour traiter la sténose vaginale. Le traitement conservateur requiert une dilatation vaginale répétée et ne convient qu'en cas d'absence congénitale non sténosée du vagin. Le traitement chirurgical implique l'utilisation de lambeaux péritonéaux, de greffes cutanées ou de lambeaux cutanés. Assurez-vous de bien expliquer à la patiente que le lambeau cutané et les rotations peuvent entraîner une croissance capillaire dans le vagin, mais que les follicules capillaires peuvent être détruits par diathermie a posteriori, ce qui devrait résoudre le problème. Quel que soit le traitement sélectionné, la patiente devra recevoir un counselling attentif, car le traitement requiert un engagement et une volonté à effectuer les exercices de dilatation vaginale a posteriori.

Le groupe sanguin de la patiente doit être vérifié et 1 ou 2 unités de ce sang doivent être disponibles. Il est également conseillé de préparer les intestins, car il est possible de créer par inadvertance une fistule recto-vaginale iatrogène pendant l'intervention chirurgicale. Cela doit se faire de manière appropriée, selon les préférences du chirurgien. Mais en général, la méthode consiste en un régime à base de liquides et l'application de lavements matin et soir, la veille de l'intervention. En outre, la patiente devra être à jeun à partir de minuit, la veille de l'intervention chirurgicale.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

Afin de reconstruire le vagin chirurgicalement, la première étape consiste à ouvrir un espace entre le rectum et la vessie. Cela doit se faire avec soin, car il est très facile de provoquer une fistule pendant ce procédé. L'espace doit être suffisant pour permettre les rapports et, en cas de présence d'utérus, le col de l'utérus doit être repéré. Cette tâche peut s'avérer très difficile, et l'échographie peut servir de guide pendant l'opération. Il est également possible d'effectuer une exploration rectale pour repérer le col de l'utérus pendant l'intervention chirurgicale. Veillez à ce que les gants soient changés après chaque exploration rectale.

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien ; en cas d'implication rectale, ajoutez du métronidazole. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Après la préparation et le champagne, insérez une sonde de Foley pour effectuer un test au bleu de méthylène, afin de vous assurer qu'il n'y a aucune fistule. Ensuite, retirez la sonde mais laissez le colorant dans la vessie.
5. Effectuez une infiltration avec de l'adrénaline et de la lignocaïne diluées pour l'hémostase et l'hydro-dissection.
6. Disséquez le plan entre le rectum et l'urètre/la vessie, en excisant le tissu cicatriciel si nécessaire et en vérifiant régulièrement que vous n'avez perforé ni la vessie ni les intestins. Afin d'éviter les lésions à l'anus/au rectum, il peut être utile d'insérer un doigt dans le canal anal tout en disséquant le plan.
7. Il est facile de perforer la vessie pendant la dissection ; si cela se produit, la présence d'un peu d'urine dans la vessie permettra d'identifier plus facilement une éventuelle perforation.
8. Choisissez le lambeau ou la greffe les plus appropriés pour couvrir le vagin. *Vous trouverez ci-dessous une sélection d'interventions chirurgicales associées.*
9. Réinsérez la sonde avant de suturer le lambeau ou la greffe en place et maintenez la vessie en drainage libre.
10. Il est conseillé d'effectuer un autre test au bleu de méthylène pour s'assurer qu'aucune fistule n'a été oubliée ni créée pendant la dissection. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
11. À la fin de l'intervention chirurgicale, insérez un tampon stérile dans le vagin reconstruit. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Les choix d'intervention sont les suivants :

Lambeau de Singapour ou lambeau pudental

1. Marquez la zone à découper avec un stylo ou du colorant, en vous assurant que la taille du lambeau couvrira suffisamment la lésion. Le lambeau ne doit pas être trop grand, afin d'éviter que la réparation du site donneur ne soit difficile, voire impossible.
2. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
3. Découpez la peau, le tissu adipeux, puis continuez pour inclure le fascia profond du muscle sous-jacent. Afin de conserver la vascularisation, pratiquez une incision sur la marge cutanée inférieure seulement en surface du tissu adipeux.
4. Mobilisez le lambeau en maintenant le pédicule en direction inférieure afin de préserver la vascularisation.
5. Réalisez un tunnel sous-cutané par-dessous les grandes lèvres et par-dessus la branche pubienne inférieure. Disséquez le tunnel à la fois de l'aspect vaginal et labial. La taille du tunnel doit être adaptée à la taille du lambeau et doit pouvoir laisser passer deux doigts au moins.
6. Positionnez le lambeau dans le vagin à travers le tunnel, en marquant la quantité de peau qui se trouvera à l'intérieur du tunnel.
7. Retirez le lambeau du tunnel et excisez toute la peau qui se trouverait à l'intérieur du tunnel.
8. Introduisez à nouveau le lambeau dans le vagin et suturez-le en place. Il ne doit pas y avoir de tension lorsque vous placez le lambeau à l'intérieur ni lorsque vous le suturez en place.
9. Fermez le site donneur du lambeau en trois plans (fascia, derme profond et sous-cutané), en vous assurant qu'il n'y a pas trop de peau qui dépasse sur le côté latéral (« oreilles cutanées » ou « dog ear »). Remarque : réduire le degré de flexion et d'abduction de la hanche chez la patiente en déplaçant les étriers permettra de rapprocher les deux bords cutanés.
10. Placez un drain juste au-dessus de la couche musculaire, car il existe un risque élevé d'hématome ou de sérome. Si des drains standard ne sont pas disponibles, vous pouvez en confectionner un à partir des tubes stériles d'une poche à urine, d'un perfuseur ou bien d'une sonde simple en plastique.

Étapes chirurgicales fondamentales

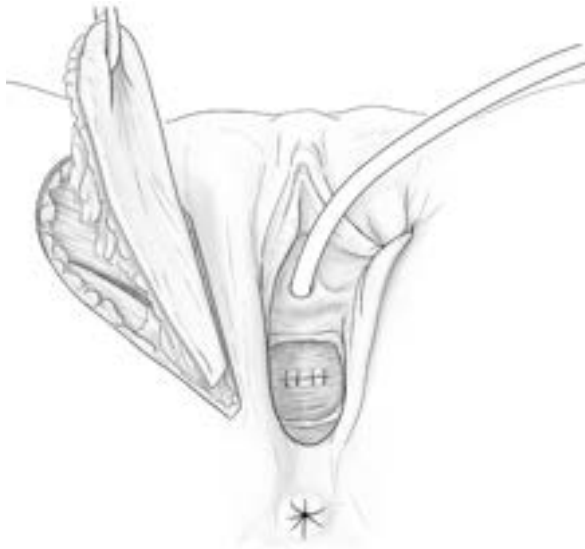


Figure 49. Le site donneur du lambeau de Singapour dans le pli de l'aîne laisse un large pédicule centré juste au milieu de la tubérosité ischiatique.

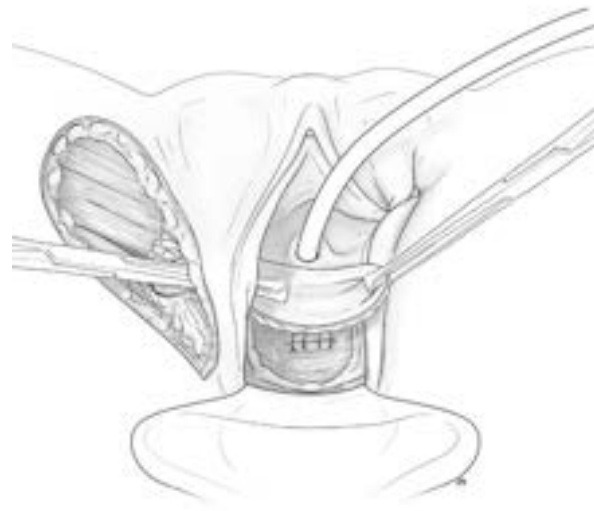


Figure 50. Le lambeau est introduit dans le vagin par un tunnel large. Assurez-vous d'exciser avec soin toute peau qui pourrait rester dans le tunnel.



Figure 51. Le lambeau est en place et le site donneur a été réparé.

Ressource d'apprentissage clé : Série sur la réparation des fistules par Andrew Browning [Episode 5 Singapore Neovagina](#).

Greffes cutanées libres et minces ou libres (Abbè-McIndoe)

1. Placez des greffes cutanées minces sur un moule et positionnez-les dans le canal vaginal créé en fixant les marges aux lèvres.
2. Maintenez la perméabilité vaginale grâce à une dilatation régulière.
3. La sténose sur le site de prélèvement de la greffe cutanée peut constituer une difficulté. Par conséquent, la greffe doit être prélevée à un endroit où les processus potentiels de cicatrisation et de scarification ne poseront pas de problèmes.
4. Veuillez noter qu'une longueur vaginale insuffisante et la présence d'une dyspareunie sont fréquentes.

Lambeau de petites lèvres

1. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
2. Effectuez une incision très superficielle à travers la peau autour des petites lèvres, près de leur base. Ne vous approchez pas trop du clitoris.
3. Soulevez un lambeau de petites lèvres en direction antérieure à postérieure et en laissant un pédicule dans la partie postérieure pour maintenir la vascularisation.
4. Disséquez entre les replis des petites lèvres et séparez-les afin d'étendre le lambeau à plat.
5. Introduisez-le dans le tunnel ou basculez-le à l'intérieur du vagin (la création d'un tunnel est en général la meilleure option en fonction du site à couvrir).
6. Excisez toute peau restante dans le tunnel, comme pour le lambeau de Singapour, en faisant très attention à n'endommager ni le pédicule ni la vascularisation.
7. Suturez en place et réparez le site donneur.

Lambeaux vaginal et périnéal de rotation

1. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
2. Prélevez des lambeaux épais des petites lèvres ou des grandes lèvres, de manière unilatérale ou bilatérale, afin de couvrir l'espace vaginal créé après dissection et excision des cicatrices.
3. Veuillez noter que ces lambeaux ne sont pas vascularisés et présentent le même comportement que tous les autres lambeaux : ils peuvent se sténoser et se contracter avec le temps. La seule façon d'éviter cela est d'utiliser un lambeau vascularisé, comme le lambeau de Singapour.
4. Maintenez la perméabilité vaginale grâce à une dilatation régulière.

5. Veuillez noter qu'en cas d'utilisation de peau pileuse comme lambeau, la dyspareunie, les sécrétions sébacées et la croissance capillaire à l'intérieur du vagin reconstruit peuvent alors préoccuper certaines patientes.
6. La création d'un vagin complet en utilisant ces méthodes est difficile d'un point de vue technique et, par conséquent, elles sont le plus souvent employées pour une reconstruction partielle du vagin.

Étapes chirurgicales fondamentales



Figure 52. Lambeau de rotation labiale. Un lambeau est soulevé de la partie postérieure à la partie antérieure et basculé dans le vagin.



Figure 53. Lambeau créé.



Figure 54. Lambeau de rotation labiale suturé en place sur des zones de perte de tissu vaginal.

Lambeau péritonéal (technique de Davydov)

1. Réalisez une épisiotomie unilatérale ou bilatérale pour obtenir un accès approprié au vagin.
2. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
3. Effectuez une incision transversale dans le dôme vaginal ou juste sous le col de l'utérus.
4. Disséquez plus profondément jusqu'à atteindre le péritoine et ouvrez-le entre le col de l'utérus et le rectum.
5. Il s'agit de la partie la plus difficile en raison du tissu cicatriciel et de la possibilité d'endommager la vessie et/ou le rectum. Toute lésion doit être réparée immédiatement.
6. Une fois que vous avez créé un espace vaginal suffisant, couvrez-le avec des lambeaux du péritoine. Mobilisez les lambeaux du cul-de-sac de Douglas ou des plis vésico-utérins.
7. Créez un dôme néovaginal en plaçant des sutures en bourse autour du péritoine.
8. Il est nécessaire de maintenir une dilatation permanente pour éviter la sténose et la contracture de l'espace vaginal.
9. Veuillez noter qu'il existe également un risque élevé d'infection péritonéale et de complications associées.

Étapes chirurgicales fondamentales

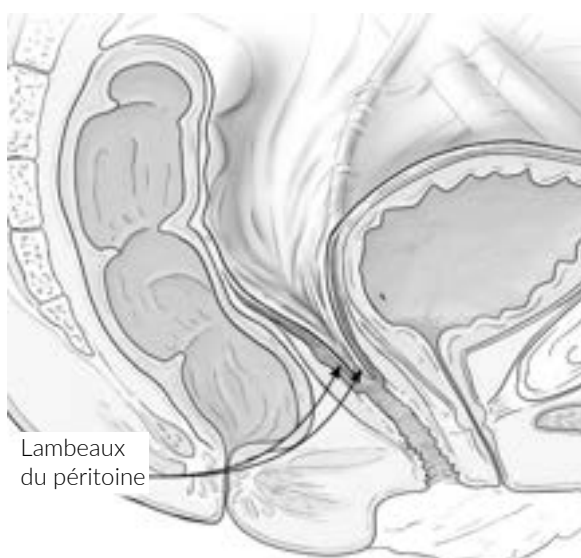


Figure 55. Création d'un néovagin en utilisant le péritoine (technique de Davydov). Le cul-de-sac de Douglas est pénétré par voie vaginale. Cette intervention peut être difficile et il peut s'avérer nécessaire de créer un espace pour le néovagin dans une zone de cicatrice fermée. Des lambeaux du péritoine sont ensuite créés. Veuillez noter que cette patiente a eu une hystérectomie.

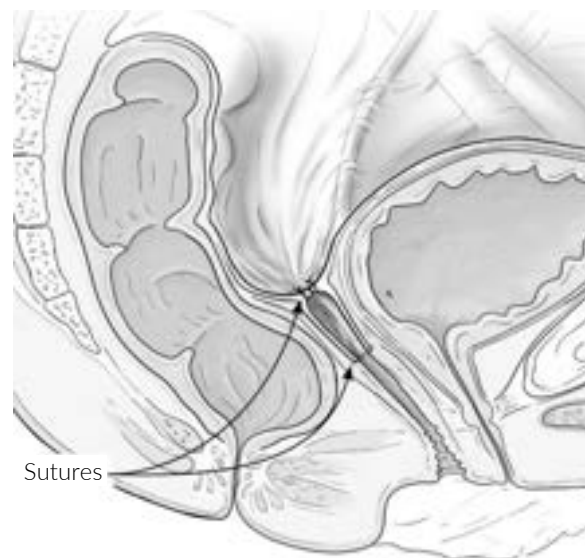


Figure 56. Le péritoine est fermé au niveau du nouveau dôme vaginal et suturé au vagin restant.

Complications

- L'hémorragie excessive est une possibilité présente dans toutes les techniques susmentionnées, notamment pendant la division de cicatrices vaginales, ainsi que la mobilisation et le prélèvement de greffes et de lambeaux. L'hémostase est fondamentale pour éviter l'apparition d'hématomes postopératoires, car des hémorragies cachées et profondes peuvent se produire dans les espaces pelviens profonds disséqués, voire évoluer vers la cavité abdominale.
- Des lésions vésicales et colorectales doivent également être envisagées, et leur présence vérifiée tout au long des interventions chirurgicales. Elles doivent être réparées dès que le diagnostic est posé.
- Soyez attentif aux signes d'infection, comme l'infection péritonéale et l'anémie.
- La sténose peut récidiver. Afin de prendre en charge la sténose, examinez le vagin reconstruit 3 à 4 semaines après l'intervention chirurgicale. Si une sténose importante est observée, la patiente doit être emmenée en salle d'opération afin d'exciser ou d'inciser la sténose. Il est également conseillé d'évaluer la perméabilité vaginale et la guérison du tissu de la greffe ou du lambeau environ 3 semaines après l'intervention chirurgicale et après la reprise des rapports sexuels.
- Un détachement des lambeaux peut se produire chez un nombre très réduit de patientes.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place en drainage libre pendant 10 à 14 jours. Le tampon présent dans le vagin reconstruit doit rester en place aussi longtemps que la patiente est hospitalisée, jusqu'à 25 jours, et doit être changé tous les 2 à 3 jours. Si le tampon commence à dégager une mauvaise odeur, ne le réintroduisez pas pendant quelques jours et laissez les tissus récupérer avant de commencer une dilatation progressive.

Dilatation vaginale : Une fois le tampon retiré, le vagin devra être dilaté une ou deux fois par jour. Des dilateurs vaginaux sont généralement utilisés. Toutefois, s'ils ne sont pas disponibles, on peut utiliser une bougie recouverte d'un préservatif. La patiente est invitée à insérer le dilateur dans le vagin aussi profondément et fermement que possible (c'est un procédé inconfortable) et à le maintenir en place pendant 10 minutes, puis à le retirer avec délicatesse.

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire. Évaluez l'évacuation des selles, la constipation, ainsi que tout signe et symptôme d'un iléus paralytique.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Si la fistule a été réparée : Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Pour maintenir la perméabilité vaginale, continuer à dilater le vagin une ou deux fois par jour pendant 10 minutes et/ou avoir des rapports sexuels actifs 3 à 4 mois après la reconstruction avec greffes et lambeaux pédiculés.
- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Reconstruction vaginale

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie et du besoin d'une reconstruction vaginale | Compréhension incomplète de la pathologie et du besoin d'une reconstruction vaginale | Compréhension adéquate de la pathologie et du besoin d'une reconstruction vaginale | Bonne compréhension de la pathologie et du besoin d'une reconstruction vaginale |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| 12. Étapes chirurgicales spécifiques à la reconstruction vaginale | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la reconstruction vaginale | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la reconstruction vaginale | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la reconstruction vaginale |
| | | | |
| | | | |
| 13. Capacité à diviser la cicatrice afin de créer un espace recto-vésical suffisant pour la reconstruction vaginale | A eu besoin d'aide pour diviser la cicatrice vaginale et pour éviter d'éventuelles lésions à la vessie ou au rectum | Division adéquate de la cicatrice vaginale, mais besoin d'aide pour éviter d'éventuelles lésions à la vessie ou au rectum | Division optimale et sûre de la cicatrice vaginale |
| | | | |
| | | | |
| 14. Prise en compte des différentes options pour la reconstruction de l'espace recto-vésical | A eu besoin d'aide pour choisir entre les différentes options de reconstruction | A bien pris en compte les différentes options de reconstruction, malgré quelques hésitations | A pris en compte les différentes options de reconstruction et fait un choix approprié |
| | | | |
| | | | |
| 15. Prélèvement de tissu adéquat pour couvrir le canal recto-vésical | A eu besoin d'aide pour prélever un tissu adéquat afin de couvrir le canal recto-vésical | A prélevé un tissu adéquat pour couvrir le canal recto-vésical, mais a eu besoin d'aide | A prélevé un tissu adéquat et sain de manière indépendante et compétente pour couvrir le canal recto-vésical |
| | | | |
| | | | |
| 16. Fixation du tissu mobilisé pour couvrir les surfaces de l'espace recto-vésical | A eu besoin d'une aide importante pour effectuer une fixation correcte du tissu prélevé afin de couvrir l'espace recto-vésical | A effectué une fixation adéquate du tissu prélevé pour couvrir l'espace recto-vésical, avec un peu d'aide | A effectué une fixation du tissu prélevé pour couvrir l'espace recto-vésical, de manière correcte et indépendante |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| 17. Maintien de la perméabilité du vagin reconstruit (tampons et dilateurs vaginaux) | A eu besoin de rappels pour placer les dilateurs vaginaux et/ou pour planifier une dilatation régulière | A placé les dilateurs vaginaux et/ou a planifié une dilatation régulière de manière adéquate, mais a eu besoin de quelques rappels | A placé correctement et sans aide les dilateurs vaginaux pendant l'intervention chirurgicale et planifié une dilatation régulière |
| | | | |
| | | | |
| 18. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |
| Complications | | | |
| 19. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge |
| | | | |
| | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | |
| 20. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire |
| | | | |
| | | | |
| 21. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats |
| | | | |
| | | | |

| Commentaires par EBP | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur |
|----------------------|--------------------|--------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Carnet de bord des modules – Reconstruction vaginale

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur.

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 12 – Fistule urétrale et reconstruction urétrale

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les caractéristiques des fistules urétrales.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire de la reconstruction urétrale.
3. Reconstruire des urètres et réparer les défauts urétraux.
4. Exposer les principales complications de la reconstruction urétrale et leur prise en charge.

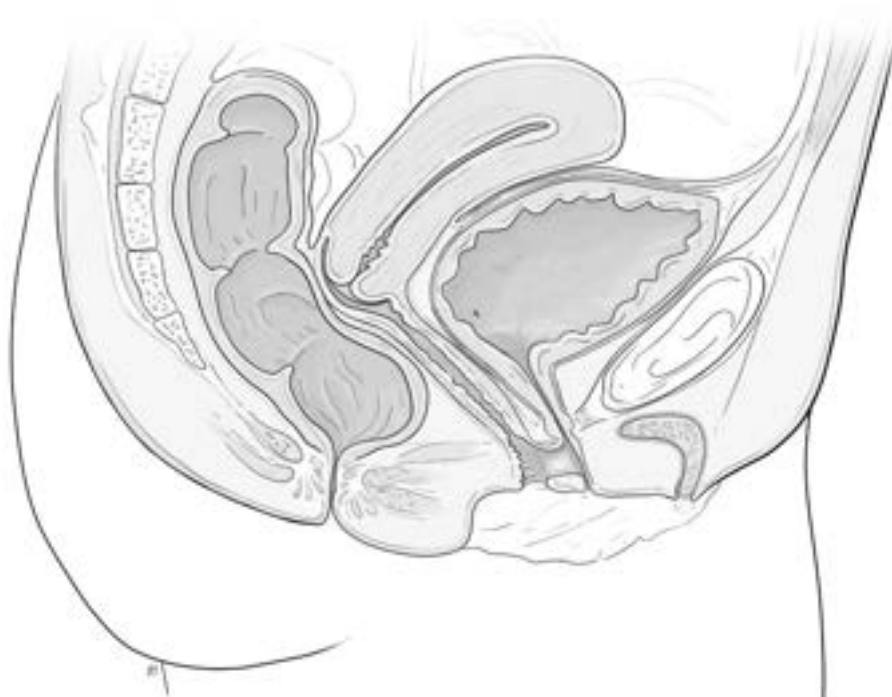


Figure 57. Section transversale d'une fistule urétrale distale de petite taille.

Auparavant, jusqu'à 30 % des lésions fistulaires affectaient également l'urètre, et jusqu'à 5 % des cas présentaient une perte totale de l'urètre.⁷³ Toutefois, étant donné que le profil des fistules obstétricales a changé, il existe aujourd'hui moins de lésions de ce type. Néanmoins, les fistules impliquant l'urètre restent les plus difficiles à soigner. Il est relativement facile de réussir la fermeture anatomique d'une fistule et la reconstruction d'un urètre. Mais si tous les composants du mécanisme de continence ont été détruits, il ne reste souvent aucune ou très peu de fonction physiologique, et la patiente continue à souffrir d'une incontinence urinaire.

Les fistules urétrales peuvent être divisées en deux grandes catégories : celles qui présentent une perte circonférentielle de l'urètre (presque toutes les fistules circonférentielles impliquent l'urètre

⁷³ D. De Ridder, G.H. Badlani, A. Browning, *et al.* Fistulas in the Developing World. dans : P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein, eds. *Incontinence*, 4e éd. Paris : Health Publications Ltd. Royaume-Uni (2009).

dans une certaine mesure) et celles qui présentent une perte de la partie postérieure de l'urètre, alors que la partie antérieure demeure intacte.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Les patientes auront des antécédents d'arrêt prolongé du travail lors de l'accouchement et d'incontinence urinaire par la suite. Ce sont des cas rares, mais les lésions urétrales peuvent parfois survenir lorsqu'une accoucheuse traditionnelle coupe l'urètre en essayant d'effectuer une épisiotomie.

Diagnostic : Le diagnostic peut être posé à partir des antécédents et d'un examen. À l'inspection, avec ou sans spéculum, la lésion urétrale est facilement identifiable. Le défaut peut également être palpé par voie vaginale, le doigt examinateur palpant l'os de la symphyse pubienne à l'endroit où devrait se trouver l'urètre. Si la patiente présente une fistule circonférentielle, il y aura souvent un rétrécissement urétral à l'extrémité distale.

Planification et prise en charge : La patiente doit être à jeun à partir de minuit, la veille de l'intervention chirurgicale. La préparation intestinale complète n'est habituellement pas nécessaire dans les cas de fistule de l'appareil urinaire, mais il faut demander à la patiente de déféquer juste avant d'aller au bloc opératoire. Toutefois, cette pratique varie et dépend des préférences de chaque chirurgien.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

L'objectif principal de cette intervention chirurgicale vaginale est de reconstruire l'urètre ou de réparer le défaut urétral, afin de garantir à l'urètre une largeur et une longueur normales.

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
5. Il est important d'essayer de réparer ou de reconstruire l'urètre à partir de la vessie ou du tissu urétral restant, afin qu'il y ait au moins un peu de muscle dans l'urètre recréé. Dans le cas d'une fistule urétrale, il peut s'avérer utile de la réparer dans le sens longitudinal si possible, afin de préserver la largeur et la longueur urétrales.

6. En cas de perte urétrale importante ou totale, il est possible de créer un lambeau avec la partie antérieure de la vessie, tout comme cette partie antérieure de la vessie serait mobilisée lors d'une réparation circonférentielle. Cela peut ne pas être possible si le volume de la vessie est réduit et qu'un urètre doit être créé à partir de tissu vaginal. Mais celui-ci a tendance à ne pas fonctionner aussi bien et est davantage susceptible de former des sténoses avec le temps.
7. Au moment de créer un urètre à partir d'un lambeau de la partie antérieure de la vessie, mobilisez cette partie de la vessie et faites-la avancer vers les restes urétraux ou, en cas de perte urétrale totale, vers l'endroit où se trouverait le méat. Suturez le lambeau de la paroi antérieure de la vessie à l'os pubien au niveau de la ligne médiane et tubularisez-le sur une sonde de Foley.
8. Réparez le défaut restant dans la vessie.
9. Si une sonde de Foley n'a pas encore été insérée, insérez-la maintenant et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide stérile. Effectuez un test au bleu de méthylène après la réparation pour confirmer la réussite de la fermeture et exclure la présence de toute fistule supplémentaire. Laissez la sonde de Foley in situ pour permettre un drainage libre de la vessie.
10. Le ligament pubo-urétral est reconstruit en tant que mécanisme anti-incontinence, soit en utilisant un lambeau de muscle pubococcygien ou en prélevant le fascia de la gaine du muscle droit ou le fascia lata, et en créant une bandelette sous l'urètre en direction de la paroi abdominale antérieure. Il est peu prouvé que l'utilisation de la méthode fasciale lors de l'opération initiale entraîne une possibilité d'échec plus élevé. Il s'agit donc de la méthode la plus fréquente en tant qu'intervention secondaire si la patiente présente toujours une incontinence persistante après la réparation initiale et la bandelette pubococcygienne.
11. Fermez le vagin sans tension. Cela peut nécessiter des lambeaux. Pendant la réparation du vagin, refixez le fascia pubocervical à l'arc tendineux des deux côtés de l'urètre. La suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée.
12. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
13. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Si la fermeture de la fistule n'est pas réussie, indiquez la prise en charge et les prochaines étapes à suivre.

Étapes chirurgicales fondamentales

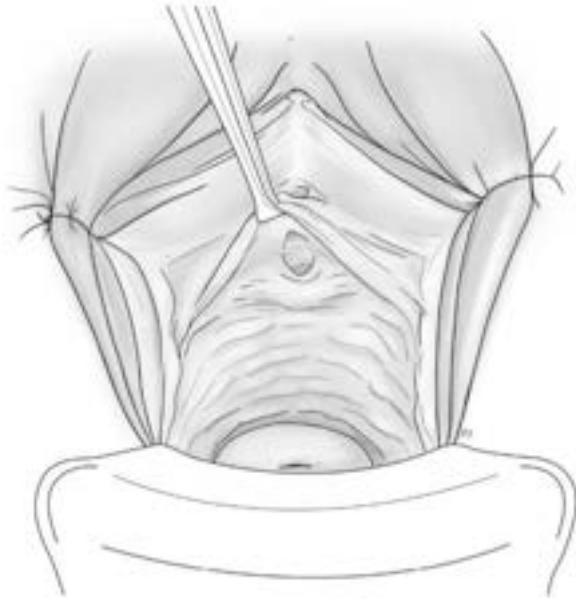


Figure 58. Une fistule urétrale distale de petite taille observée par voie vaginale.

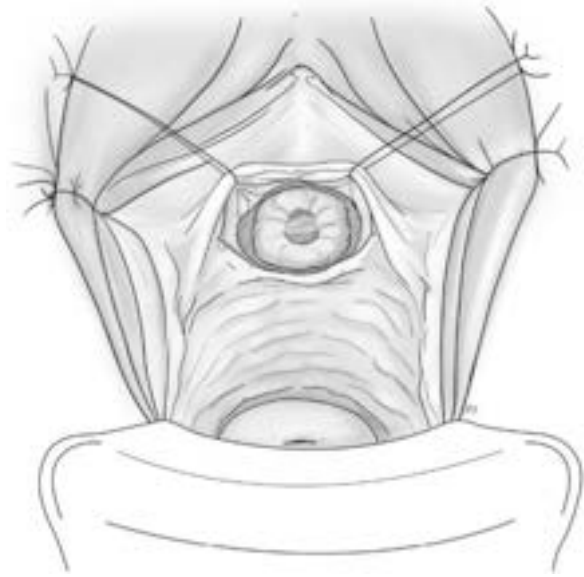


Figure 59. Mobilisez le vagin et l'urètre avec soin, car les tissus peuvent être très fins.

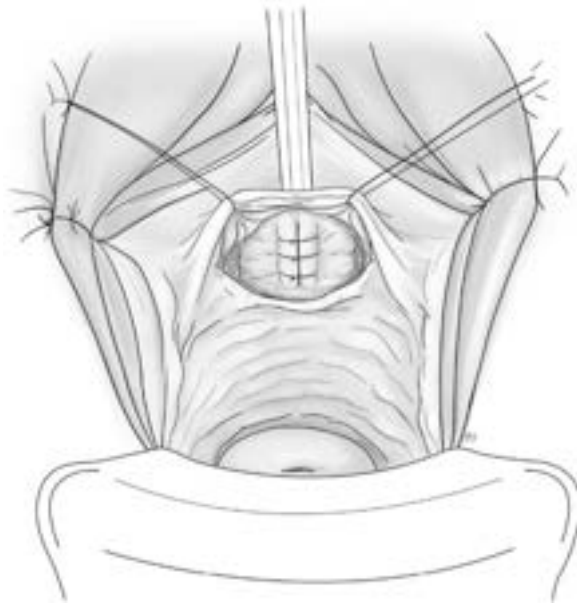


Figure 60. La fistule est réparée verticalement sur une sonde de Foley afin de préserver la largeur et la longueur urétrales.

Complications

- Même après une réparation urétrale réussie, le taux d'incontinence peut être élevé⁷⁴ et l'incontinence peut persister chez environ 16 à 49 % des patientes.⁷⁵

⁷⁴ A. Browning, Risk Factors for Developing Residual Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair. *BJOG* (2006).

⁷⁵ Waaldijk. The Immediate Management of Fresh Obstetric Fistulas.

- Une fistule résiduelle peut persister.
- En cas d'utilisation de lambeaux, l'intervention peut échouer chez un nombre très réduit de patientes.
- Des rétrécissements urétraux peuvent survenir chez un nombre réduit de patientes et leur éventuelle présence doit être vérifiée lors des rendez-vous de suivi.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place en drainage libre pendant 7 à 10 jours, afin de laisser le temps à l'urètre de guérir. Tant que la vessie n'a pas été touchée, la période de sondage est légèrement plus courte pour ce type de fistule que la période habituelle de 10 à 14 jours, car il n'est pas nécessaire de maintenir la vessie vide.

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.

Si la fistule urétrale et sa reconstruction sont associées à une lésion ischémique découlant d'une fistule obstétricale, les points suivants doivent faire partie des conseils prodigués à la sortie de la patiente :

- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance –Fistule urétrale et reconstruction urétrale

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de la fistule urétrale | Compréhension adéquate de la fistule urétrale | Bonne compréhension de la fistule urétrale |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| 12. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules urétrales | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules urétrales | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules urétrales | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation des fistules urétrales |
| | | | |
| | | | |
| 13. Connaissance et choix des différentes interventions chirurgicales pour réparer/reconstruire une lésion urétrale | Connaissance réduite des interventions chirurgicales pour réparer/reconstruire une lésion urétrale, et mauvais choix d'intervention | Connaissance suffisante des interventions chirurgicales pour réparer/reconstruire une lésion urétrale, mais mauvais choix d'intervention | Bonne connaissance des interventions chirurgicales pour réparer/reconstruire une lésion urétrale, et bon choix d'intervention |
| | | | |
| | | | |
| 14. Compréhension du risque d'incontinence persistante | Compréhension limitée du risque d'incontinence persistante | Compréhension partielle du risque d'incontinence persistante | Compréhension totale du risque d'incontinence persistante |
| | | | |
| | | | |
| 15. Exécution de l'intervention chirurgicale et application des mécanismes anti-incontinence | A eu besoin d'aide pour exécuter l'intervention appropriée et pour appliquer les mécanismes anti-incontinence | A exécuté l'intervention appropriée et appliqué les mécanismes anti-incontinence de manière adéquate | A exécuté l'intervention appropriée et appliqué les mécanismes anti-incontinence de manière compétente |
| | | | |
| | | | |
| 16. Prise en compte d'une éventuelle utilisation de lambeaux vaginaux, le cas échéant | A eu besoin de rappels pour envisager une éventuelle utilisation de lambeaux vaginaux | A envisagé une éventuelle utilisation de lambeaux vaginaux, mais a eu besoin d'un peu d'aide | A envisagé une éventuelle utilisation de lambeaux vaginaux de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|---------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 17. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Complications | | | | | | | | | |
| 18. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | | | | | | | |
| 19. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 20. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur | | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------|--|--|
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Module 13 – Incontinence persistante

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les causes possibles d'une incontinence persistante après une réparation de fistule et comment réduire le risque de survenue.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire de l'incontinence persistante.
3. Sélectionner et effectuer les interventions chirurgicales appropriées pour traiter l'incontinence persistante.
4. Exposer les principales complications du traitement de l'incontinence persistante et leur prise en charge.



Figure 61. Section transversale montrant une patiente dont la fistule de grande taille a été fermée avec succès, mais qui présente toujours une incontinence urinaire totale à travers un urètre large et ouvert. Veuillez noter la courte paroi vaginale antérieure et le col de l'utérus rabattu vers l'ouverture vaginale.

Malgré tous les efforts d'un chirurgien, certaines patientes présentent toujours un degré d'incontinence urinaire en dépit de la fermeture réussie de la fistule.

Les facteurs pouvant entraîner cette situation sont bien connus et comprennent les cas suivants :

- La fistule implique l'urètre (types 2 à 4 de Goh et type II de Waaldjik).
- La fistule est plus grande.
- La fistule présente une sténose plus grave.

- La fistule a entraîné une réduction de la capacité vésicale.

Des mesures peuvent être adoptées pendant la première fermeture de fistule afin de réduire au minimum le risque d'incontinence persistante :

- Préserver la largeur et la longueur normales de l'urètre,
- Soutenir l'urètre avec une bandelette ou effectuer une refixation du fascia pubocervical,⁷⁶ dans les cas où la fistule implique l'urètre (types 2 à 4 de Goh ou type II de Waaldijk),
- Effectuer une fermeture sans tension du vagin.

Malgré toutes ces précautions, 18 à 33 %⁷⁷ des patientes présenteront une forme d'incontinence urinaire persistante après l'opération, en fonction du type de fistule et des méthodes de réparation utilisées par le chirurgien. Il est important de poser un diagnostic correct de l'incontinence persistante. Parmi les causes possibles se trouvent :

- Une fistule résiduelle.
- L'incontinence d'effort. Si liée à une fistule, elle est généralement due à un urètre incompetent dont la fonction physiologique est faible ou nulle.
- Une vessie hyperactive.
- Une combinaison d'incontinence d'effort et de vessie hyperactive.
- Une incontinence par regorgement, qui se produit dans 4 %⁷⁸ des cas. Il est donc fondamental de ne pas oublier ce facteur.

Il faut savoir que chez certaines patientes, l'incontinence d'effort disparaît avec le temps. Il est courant de montrer aux patientes des exercices du plancher pelvien et/ou de rééducation de la vessie, puis d'attendre 4 à 6 mois avant d'effectuer la deuxième opération.

Évaluation préopératoire

Antécédents : La patiente aura des antécédents de fistule et de réparation antérieure, mais présentera une incontinence urinaire persistante postopératoire. L'incontinence peut être très légère (des fuites à l'effort ou en toussant) ou plus grave (des fuites en marchant, voire en position assise et/ou allongée). En effet, l'incontinence est parfois prononcée au point que la patiente a l'impression que la fistule est toujours présente.

Diagnostic : Le diagnostic peut être posé à partir des antécédents et d'un examen. Si disponibles, les tests urodynamiques peuvent s'avérer particulièrement utiles pour déterminer la cause de l'incontinence. En outre, il faut s'assurer que la patiente ne présente pas de fistule résiduelle en effectuant un test au bleu de méthylène et en vérifiant toujours le volume résiduel d'urine.

⁷⁶ R. Pope, P. Ganesh, J. Wilkinson. Pubococcygeal Sling versus Refixation of the Pubocervical Fascia in Vesicovaginal Fistula Repair: A Retrospective Review. *Obstet Gynecol Int* (2018).

⁷⁷ A. Browning. Prevention of Residual Urinary Incontinence Following Successful Repair of Obstetric Vesico-Vaginal Fistula Using a Fibro-Muscular Sling. *BJOG* (2004); Goh, *et al.* Predicting the Risk of Failure of Closure of Obstetric Fistula and Residual Urinary Incontinence Using a Classification System.

⁷⁸ M.P. Carey, J.T. Goh, M.M. Fynes, C.J. Murray. Stress Urinary Incontinence after Delayed Primary Closure of Genitourinary Fistula: A Technique for Surgical Management. *Am J Obstet Gynecol* (2002).

La réalisation d'une opération chez une patiente présentant une rétention urinaire par regorgement ne fera qu'empirer la situation. Il est donc nécessaire d'effectuer une cystométrie au chevet du lit pour exclure la présence d'une vessie hyperactive, qui doit être prise en charge en premier lieu par une rééducation de la vessie et des anticholinergiques. La plupart des patientes présenteront une incontinence d'effort, qui peut être observée clairement en examinant le méat urinaire externe, et en demandant à la patiente de tousser, ce qui révélera une fuite d'urine (veillez à ce que la vessie de la patiente ne soit pas vide). Une analyse d'urine doit toujours être effectuée pour exclure les infections de l'appareil urinaire.

Planification et prise en charge : Une fois que la cause de l'incontinence persistante est correctement diagnostiquée (fistule résiduelle, incontinence d'effort, vessie hyperactive, incontinence combinée ou rétention par regorgement), il faut planifier l'approche la mieux appropriée. La patiente doit être à jeun à partir de minuit, la veille de l'intervention chirurgicale. La préparation intestinale complète n'est habituellement pas nécessaire dans les cas d'incontinence persistante, mais il faut demander à la patiente de déféquer juste avant d'aller au bloc opératoire. Toutefois, cette pratique varie et dépend des préférences de chaque chirurgien. Il s'avère très utile d'effectuer un test de bande hygiénique d'une heure avant et après l'opération pour obtenir une mesure objective de tout progrès éventuel.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

Si une opération pour traiter l'incontinence persistante s'avère nécessaire, les principes de la réparation des fistules s'appliquent :

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Après la préparation et le champagne, mesurez la longueur de l'urètre en utilisant une sonde de Foley. Insérez la sonde de Foley et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide. Retirez la sonde jusqu'à ce que le ballon joute le col vésical. Pincez la sonde au méat urinaire, dégonflez le ballon et retirez la sonde de Foley, en la tenant toujours là où vous l'avez pincée au niveau du méat. Regonflez le ballon pour déterminer la longueur de l'urètre.
5. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydro-dissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.

6. Si l'urètre est court et/ou large, reconstruisez-le afin de lui redonner une largeur et une longueur normales.⁷⁹ Il faut allonger l'urètre à partir de la vessie et non pas depuis la partie distale du vagin ni des lèvres, car cette méthode ne fonctionne que rarement, voire jamais.
7. Essayez de reconstruire le ligament pubo-urétral comme mécanisme anti-incontinence en soutenant l'urètre à l'aide d'une bandelette de muscle ou de fascia.
8. Reconstruisez le vagin de manière à réduire le risque d'ouverture de l'urètre d'une paroi vaginale antérieure serrée/ tendue. Utilisez pour cela une suture en acide polyglycolique 2-0.
9. Si une sonde de Foley n'a pas encore été insérée, insérez-la maintenant et gonflez le ballon avec 5 ml de liquide stérile. Effectuez un test au bleu de méthylène après la réparation pour confirmer la réussite de la fermeture et exclure la présence de toute fistule supplémentaire. Mesurez la longueur de l'urètre à nouveau, comme décrit plus haut, en annotant la nouvelle longueur. Remplacez la sonde de Foley après avoir mesuré l'urètre.
10. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales.
11. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

En suivant les principes décrits ci-dessus, un chirurgien peut viser un taux de guérison de 70 % et un taux d'amélioration de 15 %. Toutefois, l'état de certaines patientes ne changera pas.⁸⁰

Si la fermeture de la fistule n'est pas réussie, indiquez la prise en charge et les prochaines étapes à suivre. Une nouvelle opération peut être utile ou, si ce n'est pas possible, un dispositif mécanique, comme un bouchon urétral ou une sonde à robinet, vidé 5 à 6 fois par jour et changés tous les mois, peut apporter des améliorations.

⁷⁹ A. Browning. A New Technique for the Surgical Management of Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair. *BJOG* (2006); K. Waaldijk. *Obstetric Trauma Surgery Art and Science*.

⁸⁰ A. Browning. The Problem of Continuing Urinary Incontinence after Obstetric Vesicovaginal Surgery. *RCOG International News* (2012).

Étapes chirurgicales fondamentales



Figure 62. Le même cas clinique que celui présenté dans la Figure 61, mais observé d'un point de vue vaginal. Veuillez noter le méat urétral ouvert et rétracté, ainsi que la paroi vaginale antérieure tendue et courte, sans plis.



Figure 63. La paroi vaginale antérieure a été mobilisée, en remplaçant l'utérus dans sa position normale, ce qui a fait avancer l'urètre. Un lambeau doit être utilisé pour remplir l'écart vaginal antérieur, et une bandelette de fascia mise en place pour soutenir l'urètre.

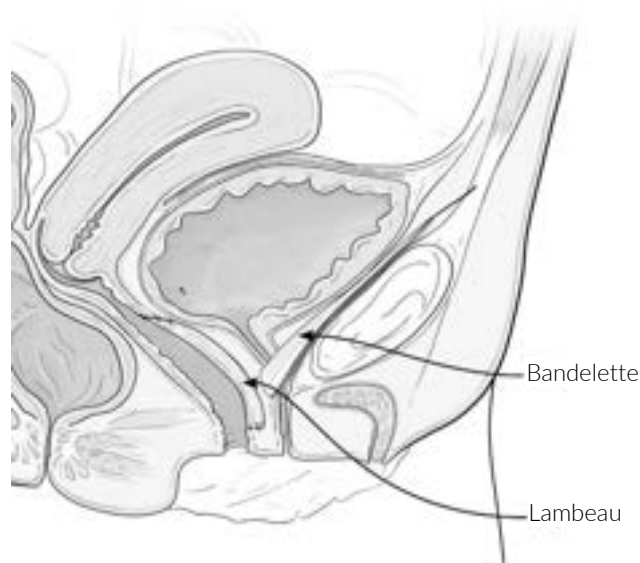


Figure 64. La paroi vaginale antérieure a été incisée et mobilisée, ce qui a permis à l'urètre de s'avancer et à l'utérus de reculer. L'urètre a été reconstruit pour lui redonner une largeur et une longueur normales. Il est de plus soutenu par une bandelette. L'écart du vagin a été rempli par un lambeau.

Ressource d'apprentissage clé : Série sur la réparation des fistules par Andrew Browning [Episode 4 Ongoing Incontinence After Fistula Repair](#).

Complications

- Incontinence persistante :
 - Effectuez toujours un test au bleu de méthylène pour vérifier si une nouvelle fistule a été créée pendant l'opération.
 - Vérifiez toujours le volume résiduel vésical de la patiente, car certaines patientes présenteront une rétention urinaire après une épreuve d'effort.⁸¹
- Formation d'un rétrécissement urétral : bien que cela soit très rare avec les techniques décrites ci-dessus.
- Si des lambeaux et des greffes sont utilisés pour reconstruire le vagin, il est alors possible qu'un détachement du lambeau et qu'un échec du site donneur surviennent chez un nombre très réduit des patientes. Il existe un risque accru de ces complications si la vascularisation à travers le pédicule et le tunnel est compromise.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place en drainage libre pendant 3 à 7 jours.

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Si la fistule a été réparée : Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253 et voir la section 5.3. Physiothérapie pour l'incontinence persistante, page 257.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.

Si l'intervention pour l'incontinence persistante est associée à une lésion ischémique découlant d'une fistule obstétricale, les points suivants doivent faire partie des conseils prodigués à la sortie de la patiente :

- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.

⁸¹ Browning. A New Technique for the Surgical Management of Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair.

- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Incontinence persistante

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur.**

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de l'incontinence persistante | Compréhension adéquate de l'incontinence persistante | Bonne compréhension de l'incontinence persistante |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 12. Étapes chirurgicales spécifiques au traitement de l'incontinence persistante | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques au traitement de l'incontinence persistante | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques au traitement de l'incontinence persistante | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques au traitement de l'incontinence persistante |
| | | | |
| | | | |
| 13. Planification de l'intervention appropriée | Planification insuffisante de l'intervention | Planification adéquate de l'intervention appropriée | Planification excellente de l'intervention appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 14. Exécution de l'intervention chirurgicale et application des mécanismes anti-incontinence, y compris de bandelettes | A eu besoin d'aide pour exécuter l'intervention appropriée et pour appliquer des mécanismes anti-incontinence | A exécuté l'intervention appropriée, mais a eu besoin d'aide pour appliquer correctement les mécanismes anti-incontinence | A exécuté l'intervention appropriée et appliqué les mécanismes anti-incontinence de manière compétente |
| | | | |
| | | | |
| 15. Prise en compte d'une éventuelle utilisation de lambeaux vaginaux, le cas échéant | A eu besoin de rappels pour envisager une éventuelle utilisation de lambeaux vaginaux | A envisagé une éventuelle utilisation de lambeaux vaginaux, mais a eu besoin d'un peu d'aide | A envisagé une éventuelle utilisation de lambeaux vaginaux de manière indépendante |
| | | | |
| | | | |
| 16. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |

| Complications | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--|--------------------|--------------------------------|--|
| 17. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | | | | | | | |
| 18. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 19. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule
Niveau 2 Module 13 – Incontinence persistante

| | | |
|----|--|--|
| 5. | | |
| 6. | | |

Carnet de bord des modules – Incontinence persistante

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur.

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Niveau 3

Sommaire

| | |
|--|-----|
| Module 14 – Dérivation urinaire | 193 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Dérivation urinaire | 201 |
| Carnet de bord des modules – Dérivation urinaire | 207 |
| Module 15 – Néovagin colique | 208 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Néovagin colique..... | 214 |
| Carnet de bord des modules – Néovagin colique..... | 220 |
| Module 16 – Fistule recto-vaginale sténosée/circonférentielle | 221 |
| Évaluation Basée sur la Performance – Fistule recto-vaginale sténosée/circonférentielle..... | 229 |
| Carnet de bord des modules – Fistule recto-vaginale sténosée/circonférentielle | 235 |
| Module 17 – Gestion d'un centre de traitement des fistules | 236 |

Module 14 – Dérivation urinaire

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Décrire les motifs pour envisager une dérivation urinaire.
2. Expliquer les enjeux éthiques autour de la dérivation urinaire chez les patientes atteintes de fistule, y compris les indications, les implications pour la patiente et la viabilité de la prise en charge à long terme.
3. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire de l'intervention chirurgicale dite « poche de Mainz II ».
4. Réaliser une poche de Mainz II.
5. Exposer les principales complications de la poche de Mainz II, et leur prise en charge.

Malheureusement, chez certaines femmes, les lésions associées à la fistule obstétricale sont si graves qu'il n'est pas possible de restaurer leur continence avec les approches chirurgicales décrites dans les niveaux 1 et 2. Cette situation se produit le plus souvent chez des patientes présentant une destruction totale de l'urètre, une perte grave de la capacité vésicale et des dommages irréparables du mécanisme de continence.⁸²

D'autres causes peuvent rendre la réparation des lésions pratiquement impossible, telles que :

- Des réparations antérieures ayant échoué, combinées à des lésions de l'urètre, à une vessie de petite taille et à une fibrose grave,
- Une incontinence totale après l'échec d'interventions chirurgicales pour l'incontinence d'effort.⁸³

Il faut répondre à toutes les questions suivantes avant d'effectuer une dérivation :⁸⁴

Les lésions sont-elles vraiment inopérables ?

Seul un chirurgien spécialiste de la fistule très compétent et expérimenté peut porter un jugement averti sur le caractère inopérable des lésions ou la nécessité d'une dérivation urinaire.

Malheureusement, très peu de chirurgiens relèvent de cette catégorie. Par conséquent, de nombreuses patientes ne sont pas évaluées de manière appropriée et subissent des dérivations urinaires inutiles, alors que leur fistule obstétricale aurait pu être guérie et leur continence restaurée par un chirurgien plus expérimenté.

⁸² Arrowsmith. Urinary Diversion in the Vesico-Vaginal Fistula Patient: General Considerations Regarding Feasibility, Safety, and Follow-Up.

⁸³ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*.

⁸⁴ J. Wilkinson, R. Pope, T.J. Kammann, *et al.* The Ethical and Technical Aspects of Urinary Diversions in Low-Resource Settings: A Commentary. *BJOG* (2016); L.L. Wall, S.D. Arrowsmith, B.D. Hancock. Ethical Aspects of Urinary Diversion for Women with Irreparable Obstetric Fistulas in Developing Countries. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* (2008); L.L. Wall. Ethical Issues in Vesico-Vaginal Fistula Care and Research. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

La patiente et sa famille comprennent-elles pleinement les implications d'une dérivation urinaire, y compris les risques et avantages potentiels ?

Gardez bien à l'esprit que la patiente et sa famille peuvent n'avoir aucune connaissance préalable de ce type d'interventions chirurgicales, d'où une éventuelle difficulté à en comprendre les implications. Autres facteurs à prendre en compte : le contexte culturel et le système de croyances de la patiente, qui peuvent être différents de ceux du chirurgien. Ainsi, il s'avère essentiel que les patientes fassent l'objet d'un counselling par des spécialistes, idéalement dans leur propre dialecte, et qui doit toujours inclure une rencontre avec une autre femme ayant subi une dérivation urinaire. Il est impératif d'accorder le plus grand soin au counselling de la patiente et de s'assurer qu'elle comprend l'anatomie et le fonctionnement du corps humain, ainsi que les implications de l'opération et la manière dont la dérivation modifiera ses fonctions corporelles, étant donné le caractère irréversible d'une dérivation urinaire. Au moment d'envisager les options, il faut toujours rappeler aux patientes qu'elles peuvent également opter pour une prise en charge non chirurgicale de leurs problèmes de continence, approche qui pourrait leur être plus adaptée.

Seule une compréhension approfondie des risques et des avantages permettra à la patiente d'accorder un consentement éclairé qui, comme pour toutes les interventions, doit être obtenu avant l'opération.

Les conditions de suivi sont-elles suffisantes pour effectuer cette intervention chirurgicale majeure et garantir la sécurité et le bien-être de la patiente à long terme ?

Afin d'aider à prendre cette décision, les situations suivantes doivent avoir des solutions satisfaisantes :

- Qui sera responsable du suivi postopératoire à long terme de la patiente ?
- La pertinence de l'environnement de la patiente a-t-elle été prise en compte ? Les patientes porteuses d'un conduit iléal doivent pouvoir régulièrement se rendre dans des établissements de santé et bénéficier de services pharmaceutiques. Si les besoins de la patiente n'ont pas été convenablement pris en considération, elle pourrait se retrouver dans une situation bien plus grave. Par exemple, en cas de pénurie, voire d'indisponibilité de poches de stomie (si l'on décide de poser un conduit iléal).
- Comment seront prises en charge les patientes qui présentent des complications potentiellement fatales si l'on ne dispose pas d'un chirurgien très expérimenté dans le traitement par dérivation urinaire ?

Il existe plusieurs types de dérivation urinaire, chacun ayant ses propres risques et avantages. Les circonstances personnelles de la patiente et son contexte local doivent jouer un rôle majeur dans la proposition de l'opération la plus appropriée. Bien que cela dépende du contexte, la poche de Mainz II est en général l'intervention de dérivation la plus fréquemment utilisée chez les patientes atteintes de fistule. Les options chirurgicales autres que la poche de Mainz II sont le conduit iléal et l'intervention de Mitrofanoff.⁸⁵

⁸⁵ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*.

La poche de Mainz II détourne l'urine vers le gros intestin. Cette intervention implique l'anastomose des uretères à une poche de côlon sigmoïde, en utilisant une anse simple ou double du sigmoïde pour construire la poche. Cela crée un réservoir de basse pression, d'où une fréquence moindre d'évacuation de l'urine par le rectum et une réduction probable de la quantité de reflux vers les uretères, ce qui limite par conséquent les risques d'infections ascendantes. Il convient de souligner que les urétéro-sigmoïdostomies, où les uretères sont directement implantés dans le côlon sigmoïde, ont été abandonnées en raison du grand nombre de complications associées à cette intervention (infections, insuffisance rénale et cancer). Même si le suivi à long terme fait défaut chez les patientes atteintes de fistule qui ont reçu une intervention de poche de Mainz II, on estime que ces complications sont moins fréquentes.

Évaluation préopératoire

Antécédents : La patiente présente généralement des antécédents de fistule obstétricale et de nombreux essais de réparations, mais reste atteinte d'une incontinence urinaire totale.

Diagnostic : Pour réaliser une poche de Mainz II, la patiente :

- Doit avoir un sphincter anal intact. Pour examiner le sphincter anal, placez dans le rectum 200 à 300 ml de colorant bleu dilué à travers une sonde de Foley, et demandez à la patiente de marcher 2 à 3 heures sans évacuer tout en portant une bande. S'il y a des fuites, la dérivation par poche de Mainz II ne convient pas, puisque la patiente finira par présenter une incontinence urinaire et fécale.
- Doit avoir des reins qui fonctionnent correctement. Vérifiez la présence éventuelle d'une insuffisance rénale préexistante due à une obstruction urétérale chronique. En raison du risque de troubles acido-basiques, une hausse de la créatinine ou une hydronéphrose bilatérale seraient des contre-indications à la réalisation d'une poche de Mainz II. Vérifiez la fonction rénale, y compris les reins et les uretères, à l'aide d'un pyélogramme intraveineux ou tomodensitométrie, selon la disponibilité.
- Le statut VIH doit être déterminé, car cette intervention est contre-indiquée en cas de séropositivité et d'un taux faible de CD4 ou d'un taux viral élevé chez la patiente.
- L'absence de fistule recto-vaginale est primordiale. Répétez le test rectal au bleu de méthylène avant l'intervention chirurgicale.

Planification et prise en charge : Il est essentiel de s'assurer que la patiente et ses accompagnants comprennent exactement les implications ; que l'intervention est irréversible ; qu'après l'opération, un mélange d'urine et de matières fécales se déverseront par l'anus et qu'une incontinence nocturne peut se produire et s'aggraver avec l'âge, entraînant un risque accru d'une durée de vie réduite en raison des complications à long terme. Avant l'opération, toutes les patientes doivent faire l'objet de tests de la fonction rénale. Leur groupe sanguin doit être déterminé, et dans l'idéal, une ou deux unités de sang doivent être disponibles en cas de besoin. Préparez l'ensemble des intestins, ou irriguez la partie inférieure des intestins avec un lavement d'eau savonneuse. On peut insérer un large tube rectal pour faciliter le drainage (par exemple, un tube endotrachéal de taille 7 ou 8) afin de permettre l'irrigation par le tube s'il reste des selles.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

La poche de Mainz II⁸⁶ peut rétablir chez la patiente une continence diurne et nocturne, bien que certaines patientes puissent souffrir d'une incontinence nocturne lorsque le sphincter se détend. La réalisation systématique d'un test du sphincter anal avant l'opération, tel que décrit ci-dessus, permettra de minimiser ce risque. Les principes chirurgicaux de la poche de Mainz II sont les suivants :

1. Administrez une anesthésie générale.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ceux-ci doivent inclure 500 mg de métronidazole par voie intraveineuse. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.
3. Après la préparation et le champage, insérez un tube rectal à travers l'anus ou une sonde de Foley de grand diamètre si aucun tube rectal n'est disponible.
4. Pénétrez dans l'abdomen et mobilisez le côlon sigmoïde, de manière à pouvoir le soulever hors de l'abdomen.
5. Exposez et identifiez les uretères.
6. Créez une poche par le biais d'une anse simple ou double du côlon sigmoïde, en suturant d'abord la paroi postérieure de la poche et en laissant la paroi antérieure ouverte afin de permettre l'implantation des uretères.
7. Mobilisez les uretères et insérez-les dans la poche. L'uretère gauche devra être mobilisé et être déplacé en direction médiale à travers une fenêtre dans le mésocôlon du sigmoïde pour atteindre la nouvelle poche. Dans la technique avec une anse simple, il suffit de détacher l'uretère droit et de le mobiliser de son drainage vers la vessie. Dans la technique avec une double anse, il doit également traverser une fenêtre mésocolonique entre les anses droite et médiane de la poche.
8. Sondez les uretères après l'implantation et introduisez les sondes dans le tube rectal (ou la sonde de Foley de grand diamètre) afin de les faire ressortir par l'anus. Il peut s'avérer utile de fixer les sondes urétérales à la muqueuse de la poche en employant une suture en acide polyglycolique ou en « chromic gut » 3-0. N'effectuez pas de suture profonde dans la muqueuse, car la sonde sera retirée au bout de 7 à 10 jours. Assurez-vous que le tube rectal est placé suffisamment haut pour permettre le drainage de la poche.
9. Fermez la poche en utilisant une suture continue renforcée par un deuxième plan de sutures discontinues.
10. Lavez puis fermez l'abdomen, et placez un drain abdominal si nécessaire.
11. Fixez le tube rectal à la peau autour de l'anus.

⁸⁶ M. Fisch, R. Hohenfellner. Sigma-Rectum Pouch (Mainz Pouch II). *BJU Int* (2007).

Étapes chirurgicales fondamentales

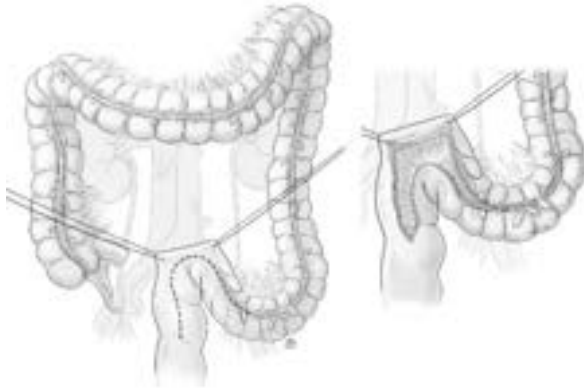


Figure 65. Poche de Mainz II à anse simple. Le sigmoïde est incisé le long du tænia coli.

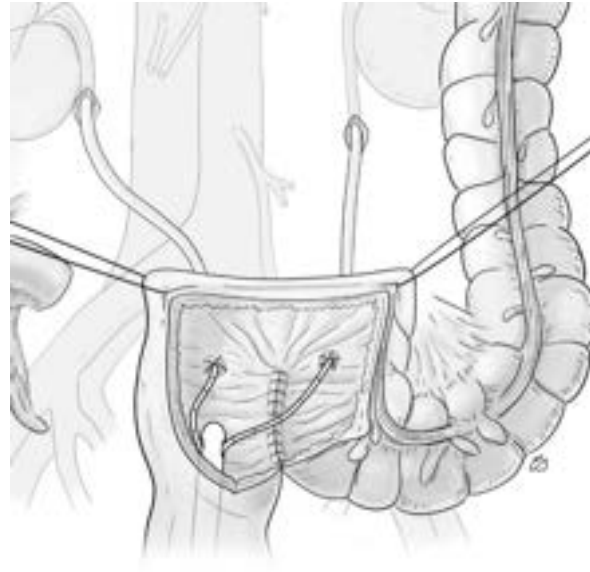


Figure 66. La paroi postérieure de la poche est suturée en deux plans et les uretères sont implantés directement à gauche et à droite, puis sondés. Les sondes urétérales sont ensuite extériorisées par le tube rectal.

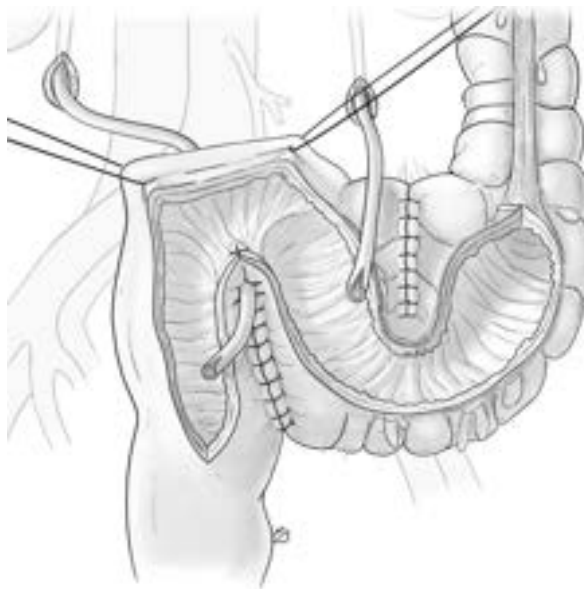


Figure 67. Poche de Mainz II à double anse. Une incision plus longue est effectuée sur le tænia coli et suturée en deux endroits différents. Les uretères sont enveloppés dans un tunnel réalisé le long de la ligne de suture sur la partie postérieure de la poche.

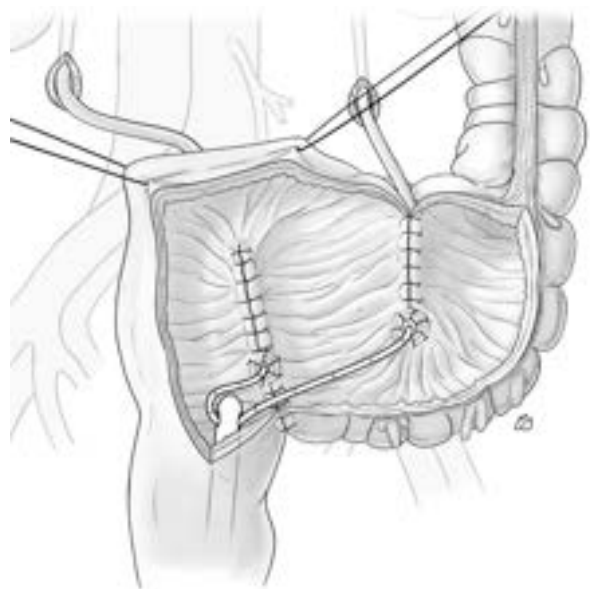


Figure 68. Les uretères sont en place, enveloppés dans un tunnel créé sur la ligne de suture. Les sondes urétérales sont tirées hors de l'anus par le tube rectal. La poche antérieure est désormais suturée en deux plans.

Complications

- Étant donné qu'il s'agit d'une intervention chirurgicale majeure, il existe un risque réduit mais important de morbidité ou mortalité immédiates.
- L'hémorragie peropératoire est l'un des risques, c'est pourquoi il convient de préparer des unités de sang et de les avoir en réserve.
- Une fuite d'urine intra-abdominale provenant du site d'implantation urétérale ou de la poche elle-même est l'une des complications précoces les plus graves, et doit faire rapidement l'objet d'une nouvelle intervention.
- Après l'opération, la patiente peut présenter des fuites d'urine par l'anus pendant son sommeil.⁸⁷ Ce risque est moindre si l'évaluation préopératoire a été appropriée, mais des fuites peuvent survenir avec l'âge. Afin de réduire le risque d'incontinence nocturne :
 - Les patientes peuvent réduire leur consommation de liquides le soir et/ou évacuer la nuit.
 - On peut resserrer le sphincter anal avec une simple opération de plicature du sphincter, qui peut s'avérer efficace pendant quelques années.
 - On peut réaliser une poche à double anse.
- Des troubles acido-basiques peuvent se produire, car les ions hydrogène et chlorure normalement excrétés dans l'urine sont désormais partiellement réabsorbés par la muqueuse du côlon. Si la fonction rénale est normale, il est possible que les patientes ne manifestent aucun problème. Certaines présenteront toutefois une acidose hyperchlorémique, qui peut être asymptomatique dans un premier temps, mais qui finira par entraîner une ostéopénie et une insuffisance rénale. Une insuffisance rénale préexistante ou des infections rénales à répétition accéléreront la détérioration, qui peut être atténuée en prenant du bicarbonate de sodium de manière régulière. Il est donc important de détecter précocement un déséquilibre électrolytique en mesurant l'équilibre acido-basique. Les altérations des taux de sodium et de potassium sont des indicateurs tardifs du problème. Les patientes doivent prendre 600 mg deux fois par jour, soit 2,5 ml par jour, de bicarbonate de sodium dissout dans de l'eau. Il est également conseillé d'évacuer fréquemment, même la nuit.⁸⁸
- Une infection rénale provoquée par des infections urinaires récurrentes et une urosepsie est également possible. Une bonne technique chirurgicale est essentielle au moment de créer une poche à basse pression, car cela minimise le risque d'infection. Il faut conseiller aux patientes de se rendre à l'hôpital si elles ne se sentent pas bien.
- Une néphropathie obstructive peut survenir si une sténose se produit à l'endroit de l'implantation.
- Les patientes peuvent avoir besoin d'un counselling pour éviter de profondes répercussions psychologiques négatives, notamment si l'intervention chirurgicale et ses conséquences n'avaient pas été pleinement comprises avant l'opération.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

⁸⁷ M.A. Morgan, M.L. Polan, H.H. Melecot, B. Debru, A. Sleemi, A. Husain. Experience with a Low-Pressure Colonic Pouch (Mainz II) Urinary Diversion for Irreparable Vesicovaginal Fistula and Bladder Extrophy in East Africa. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* (2009).

⁸⁸ Hancock and Browning. *Practical Obstetric Fistula Surgery*; Morgan, et al. Experience with a Low-Pressure Colonic Pouch (Mainz II) Urinary Diversion for Irreparable Vesicovaginal Fistula and Bladder Extrophy in East Africa.

Prise en charge postopératoire

Sondage : Les sondes urétérales doivent rester en place pendant 7 à 10 jours. Le tube rectal est retiré lorsque les intestins fonctionnent.

Alimentation : La patiente peut consommer une quantité très réduite de liquides le premier jour, suivie d'un régime léger/semi-liquide ou à base de liquides pendant 4 jours selon les indications cliniques. Afin d'éviter une hypokaliémie, il faut conseiller aux patientes de manger des tomates et des bananes régulièrement, en raison de leur teneur en potassium.

Counselling : Déjà commencé en préopératoire, un counselling régulier doit se poursuivre après l'opération afin que la patiente, ainsi que sa famille et ses amis, bénéficient d'un soutien adéquat pour s'habituer à vivre avec la dérivation. L'idéal est de mettre en place une unité de soins spécifique pour toutes les dérivations. De préférence, le counselling doit se dérouler avec un professionnel formé, comme une infirmière, dans un espace privé et séparé afin que la patiente se sente en sécurité et à l'aise pour poser des questions.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Dans le cas d'une dérivation urinaire, il est important de vérifier les aspects suivants :

- La fréquence avec laquelle la patiente évacue les matières fécales/l'urine sur 24 heures.
- L'évacuation de matières fécales/d'urine pendant la nuit.
- Si la patiente souille le lit pendant la nuit ; le cas échéant, donnez à la patiente les conseils nécessaires.
- L'administration quotidienne de citrate de sodium/potassium ou de bicarbonate de sodium.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

En raison des complications et des risques à long terme associés à la poche de Mainz II, les patientes doivent être soigneusement suivies, régulièrement et à long terme, afin de vérifier la présence de toute complication, notamment des déséquilibres électrolytiques et rénaux.

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- À la suite d'une dérivation urinaire, il est extrêmement important que la patiente assiste aux rendez-vous postopératoires, en retournant au centre au moins une fois par an pour des tests de la fonction rénale et une échographie de l'appareil rénal.
- Il faut demander à la patiente de revenir à tout moment en cas de problèmes ou de préoccupations.
- Si des signes d'acidose sont observés, la patiente doit prendre 600 mg de bicarbonate de sodium deux fois par jour, soit 2,5 ml par jour, dissout dans de l'eau. Il faut également conseiller à la patiente de manger des tomates et des bananes régulièrement.

- La patiente doit être bien informée sur le risque accru d'incontinence anale nocturne avec l'âge, et sur la manière de gérer ce risque. Il faut l'encourager à revenir au centre si elle a besoin d'aide supplémentaire.

Il est presque inévitable qu'une dérivation urinaire ait été effectuée en raison de lésions nécrotiques importantes, des suites d'une fistule obstétricale. Les éléments fondamentaux suivants doivent donc être inclus dans les conseils prodigués à la sortie de la patiente :

- Continuer les exercices du plancher pelvien comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Dérivation urinaire

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|---|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec préparation préopératoire inadaptée | Diagnostic correct avec préparation préopératoire adaptée, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec préparation préopératoire adaptée |
| | | | |
| | | | |
| 2. Consentement | Obtention du consentement après rappel | Obtention adéquate du consentement | Obtention appropriée du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |

| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|
| 11. Évaluation de la pertinence d'une dérivation urinaire pour la patiente | A eu besoin d'aide pour évaluer correctement la pertinence de l'intervention pour la patiente | | | A évalué la pertinence de l'intervention pour la patiente, mais a eu besoin de rappels pour prendre la bonne décision | | | A évalué la pertinence de l'intervention pour la patiente de manière approfondie, et pris une décision appropriée | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 12. Examens et bilan de santé | A eu besoin d'une aide importante pour mener les examens et dresser le bilan de santé, ainsi que pour interpréter les résultats | | | A effectué des examens et un bilan de santé suffisants, mais a eu besoin d'aide pour interpréter les résultats | | | A effectué de bons examens et un bon bilan de santé, et a interprété les résultats de manière précise | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 13. Counselling de la patiente, et des accompagnants, le cas échéant, sur l'intervention spécifique et ses conséquences | A eu besoin d'aide pour fournir un counselling approprié à la patiente et aux accompagnants sur l'intervention spécifique et ses conséquences | | | A prodigué un counselling satisfaisant à la patiente et aux accompagnants sur l'intervention spécifique et ses conséquences | | | A prodigué un counselling approfondi à la patiente et aux accompagnants sur l'intervention spécifique et ses conséquences | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 14. Évaluation des options en matière de dérivation | A eu besoin d'aide pour évaluer pleinement les options et prendre une décision adaptée | | | A évalué les options, mais eu besoin d'un peu d'aide pour prendre une décision | | | A bien évalué les options et pris une décision adaptée de manière indépendante | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 15. Étapes chirurgicales spécifiques à la poche de Mainz II | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réalisation d'une poche de Mainz II | | | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réalisation d'une poche de Mainz II | | | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réalisation d'une poche de Mainz II | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| 16. Exposition et identification des uretères | Besoin d'aide pour exposer et identifier les uretères | Exposition et identification adéquates des uretères | Bonne exposition et identification des uretères |
| | | | |
| | | | |
| 17. Mobilisation du côlon sigmoïde et construction de la poche | A eu besoin d'aide pour mobiliser le côlon sigmoïde et construire la poche | A mobilisé le côlon sigmoïde et construit la poche, mais a eu besoin de quelques rappels | A mobilisé le côlon sigmoïde et construit la poche de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 18. Mobilisation des uretères | Besoin d'aide pour mobiliser les uretères | Mobilisation adéquate des uretères | Bonne mobilisation des uretères |
| | | | |
| | | | |
| 19. Implantation des uretères | A eu besoin de nombreux rappels et/ou d'une aide importante pour implanter les uretères | A implanté les uretères, mais a eu besoin d'un peu d'aide | A implanté les uretères de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 20. Fermeture et drainage de la poche | A eu besoin d'aide pour fermer et drainer la poche | A fermé et drainé la poche de manière adéquate | A bien fermé et drainé la poche |
| | | | |
| | | | |
| 21. Fermeture de l'abdomen | A eu besoin d'aide pour fermer l'abdomen | A fermé l'abdomen de manière adéquate | A bien fermé l'abdomen |
| | | | |
| | | | |
| 22. Planification du suivi postopératoire sur les plans clinique, alimentaire et psychologique en cas de dérivation | A eu besoin d'une aide importante pour planifier le suivi postopératoire sur les plans clinique, alimentaire et psychologique en cas de dérivation | A planifié de manière adéquate le suivi postopératoire sur les plans clinique, alimentaire et psychologique en cas de dérivation | A bien planifié le suivi postopératoire sur les plans clinique, alimentaire et psychologique en cas de dérivation |
| | | | |
| | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 23. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Complications | | | | | | | | | |
| 24. Compréhension des complications potentielles à court terme, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications à court terme et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications à court terme et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications à court terme avec des plans précis concernant leur prise en charge | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 25. Compréhension des complications possibles à long terme, y compris l'incontinence anale et les déséquilibres acido-basiques | Compréhension limitée des complications à long terme et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications à long terme et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications à long terme avec des plans précis concernant leur prise en charge | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | | | | | | | |
| 26. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 27. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule
Niveau 3 Module 14 – Dérivation urinaire

| Commentaires par EBP | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur |
|----------------------|--------------------|--------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

Carnet de bord des modules – Dérivation urinaire

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur.

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 15 – Néovagin colique

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les symptômes d'une sténose vaginale grave.
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire de la colovaginoplastie.
3. Construire des néovagins coliques.
4. Exposer les principales complications de la colovaginoplastie.

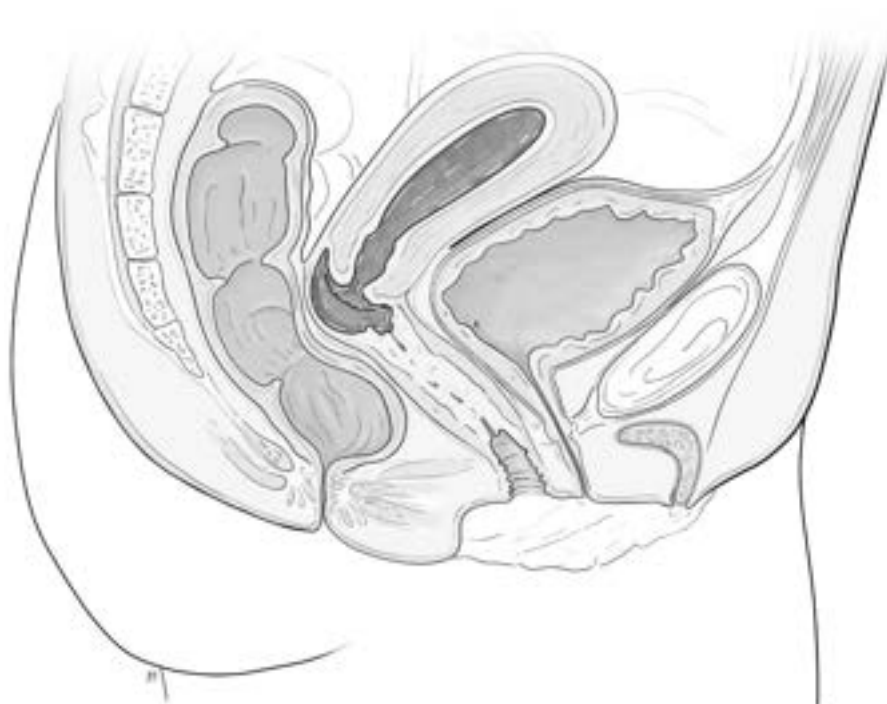


Figure 69. Section transversale montrant une sténose vaginale grave, un hémocolpos et une hématométrie. Un certain degré de perte de tissu cervical est possible.

Ce module est similaire au module 11 – Reconstruction vaginale du niveau 2 (voir la page 152), car la présentation et les antécédents sont à peu près les mêmes. Toutefois, ce module décrit une intervention chirurgicale plus complexe, au cours de laquelle le néovagin est créé à partir du côlon sigmoïde. Il existe d'autres approches, par exemple en utilisant l'iléon, mais le sigmoïde est bien plus accessible et son méésentère permet de le faire pivoter facilement sur sa vascularisation.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Les patientes présentent généralement une apareunie ou une dyspareunie grave après le traitement chirurgical d'une fistule obstétricale. La sténose vaginale peut provoquer un hémocolpos et une hématométrie, et les patientes peuvent signaler des douleurs cycliques et une aménorrhée, puisque les menstruations ne s'écoulent pas. En outre, l'hypoménorrhée et les douleurs pelviennes peuvent également s'associer à une sténose vaginale (par exemple, dans le

cadre d'une infection pelvienne étendue, d'une cicatrisation secondaire consécutive à un travail obstrué et de l'éventuelle survenue d'un syndrome d'Asherman). La sténose vaginale peut aussi contribuer à une infertilité secondaire et à une incontinence urétrale observée chez les patientes atteintes de fistule obstétricale. Il faut bien garder à l'esprit que certaines patientes s'inquiètent davantage de leur incapacité à avoir des rapports sexuels avec pénétration que de leur incontinence, car cela peut constituer, sur le plan social, un facteur déterminant dans la qualité de vie des patientes. En plus de restaurer la continence d'une patiente, les chirurgiens doivent, dans la mesure du possible, respecter ses droits sexuels et reproductifs en essayant également de restaurer sa capacité à avoir des rapports sexuels avec pénétration, ce qui, dans de nombreux contextes, jouera un rôle majeur dans le maintien du mariage et réduira le risque de rejet à l'avenir.

Diagnostic : Le diagnostic peut être facilement posé à partir d'un examen vaginal et des antécédents d'apareunie ou de dyspareunie provoquées par une obstruction vaginale. À ce stade, si possible, il est également conseillé de déterminer la présence d'un utérus à l'aide d'une échographie. Dans la plupart des cas, une partie ou la totalité du col de l'utérus est perdu en raison de lésions ischémiques survenues lors d'un accouchement difficile. L'extraction du tissu cicatriciel lors de la réparation peut compromettre davantage le volume de tissu cervical restant. Il est donc particulièrement important que le chirurgien s'efforce de préserver les tissus normaux.

Planification et prise en charge : Il est essentiel que la patiente reçoive un counselling approfondi concernant l'opération. Les perspectives en matière de fertilité doivent également être discutées de manière ouverte. Le néovagin ne garantit pas que la patiente pourra concevoir à l'avenir, ce qui doit lui être communiqué sans équivoque. Étant donné qu'il s'agit d'une intervention majeure, il faut vérifier l'hémoglobine, le groupe sanguin et la compatibilité croisée chez toutes les patientes avant l'opération. Il est conseillé d'être prudent et de préparer à l'avance du sang ayant subi une épreuve de compatibilité croisée. Les intestins doivent être préparés de manière appropriée, selon les préférences du chirurgien, afin de garantir que les intestins de la patiente soient vides avant l'opération. En général, cela comprend un régime à base de liquides et l'application de lavements le matin et le soir, la veille de l'intervention. En outre, la patiente devra être à jeun à partir de minuit, la veille de l'intervention chirurgicale.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

Dans le cas de vaginoplastie pour la création d'un néovagin (sigmoïde) intestinal avec pédicule, les voies d'accès abdominale et vaginale sont toutes les deux nécessaires pendant l'opération, et ce, toujours de manière simultanée.

1. Administrez une anesthésie générale.
2. Administrez les antibiotiques appropriés, en fonction des disponibilités et des préférences du chirurgien. Ceux-ci doivent inclure un antibiotique à large spectre et 500 mg de métronidazole par voie intraveineuse. Ils sont habituellement administrés juste avant l'intervention chirurgicale, en même temps que l'anesthésie.

3. Placez les jambes de la patiente dans les étriers afin de permettre l'accès au vagin et à l'abdomen.
4. Préparez et effectuez le champage de la patiente.
5. Insérez une sonde de Foley et laissez-la en drainage libre. Maintenir la vessie vide permet au chirurgien d'avoir plus d'espace pour opérer au niveau du bassin et de réduire le risque de lésion vésicale.
6. Commencez par développer la zone entre le rectum et la vessie (« espace rectovésical ») afin de créer suffisamment de place pour le néovagin. Cette tâche s'effectue par voie vaginale.
7. Par voie abdominale, identifiez, isolez et mobilisez la longueur nécessaire de sigmoïde sur son pédicule vasculaire, en vous assurant d'identifier les vaisseaux majeurs. Il est possible qu'une partie du côlon descendant doive être mobilisée pour obtenir la longueur souhaitée.
8. Après la résection d'une portion du sigmoïde (toujours attaché au mésentère), effectuez une anastomose termino-terminale des parties distale et proximale du sigmoïde, en vous assurant qu'elle est bien latérale au segment mobilisé du néovagin.
9. Basculez la portion du sigmoïde de 180 degrés afin de positionner les parties intestinales du néovagin sigmoïdien sans tension susceptible de compromettre sa vascularisation. L'extrémité proximale du néovagin sigmoïdien est bouchée en l'absence d'utérus et suspendue au ligament vertébral longitudinal inférieur au niveau du promontoire sacré ou aux ligaments utéro-sacrés de manière bilatérale s'ils peuvent être identifiés. En présence d'utérus, il est bien plus facile sur le plan technique de fixer le col de l'utérus à (ce qui était) l'extrémité distale du sigmoïde qui a maintenant été pivotée de 180 degrés de sorte qu'elle se trouve en position proximale.
10. Faites ensuite passer l'extrémité « distale » au niveau du périnée. Il faut toujours conserver le côté mésentérique du sigmoïde en tant que paroi vaginale antérieure et le côté antimésentérique du sigmoïde en tant que paroi postérieure du néovagin.
11. L'extrémité distale mobilisée du sigmoïde est ramenée sur le périnée sans tension pour effectuer un rapprochement cutané colopérinéal.
12. Lavez la cavité péritonéale avec une solution saline chaude et fermez l'abdomen, en plaçant un drain si nécessaire.

Étapes chirurgicales fondamentales

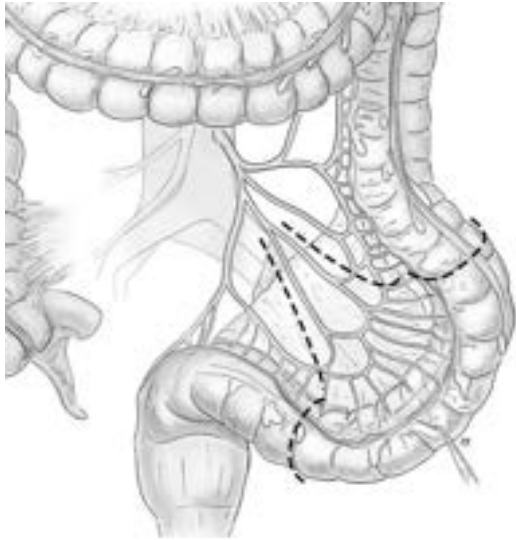


Figure 70. Un segment du sigmoïde est excisé, et maintenu relié à la vascularisation de son mésentère.

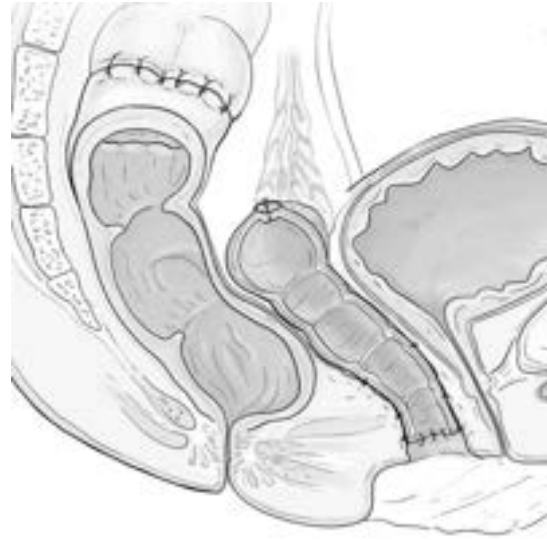


Figure 71. Le pédicule du néovagin sigmoïdien est introduit dans l'espace développé entre la vessie et le rectum, et le sigmoïde est fermé à l'aide d'une anastomose termino-terminale. En l'absence d'utérus et de col de l'utérus, le moignon proximal est fermé, et l'autre côté fixé à l'introitus vaginal.

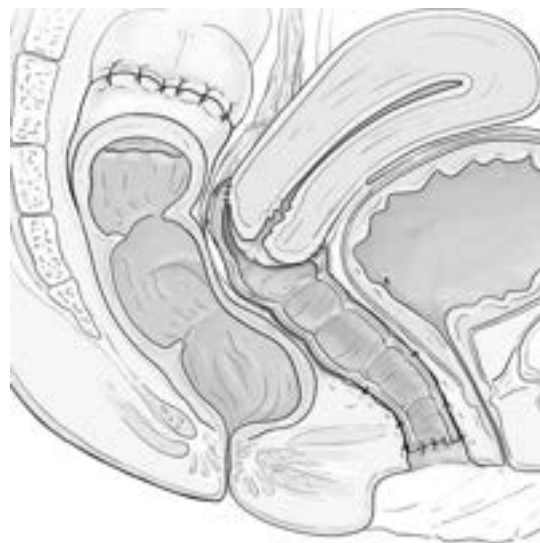


Figure 72. Le pédicule du néovagin sigmoïdien est introduit dans l'espace développé entre la vessie et le rectum, et le sigmoïde est fermé à l'aide d'une anastomose termino-terminale. En présence d'utérus et de col de l'utérus, le pédicule sigmoïde est attaché au tissu utérin/cervical, et l'autre côté fixé à l'introitus vaginal.

Complications

- Étant donné qu'il s'agit d'une intervention chirurgicale majeure, il existe un risque réduit mais non négligeable de morbidité ou mortalité immédiates. La patiente doit faire l'objet d'un counselling approfondi sur les risques de l'intervention.
- Il existe un risque d'hémorragie peropératoire et postopératoire immédiate, c'est pourquoi il convient d'avoir des unités de sang en réserve.
- À court terme, il existe un risque de fuite anastomotique issue du côlon sigmoïde.
- Le néovagin sigmoïdien peut se détacher.
- À plus long terme, la présence de sécrétions de la muqueuse intestinale peut s'avérer problématique dans les semaines, voire les mois, suivant l'intervention chirurgicale.
- Une sténose de l'introïtus vaginal et un prolapsus de la muqueuse colique peuvent également se produire.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place en drainage libre et peut être retirée lorsque la patiente récupère sa mobilité, généralement le lendemain.

Alimentation : La patiente peut suivre une alimentation normale selon les indications cliniques après une intervention intestinale et doit être encouragée à boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire. Évaluez l'évacuation des selles et tout signe ou symptôme d'iléus paralytique.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Si la fistule a été réparée : Voir la section 5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux, page 253.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Trois à quatre mois après l'intervention, il est conseillé d'évaluer la patiente avant la reprise des rapports sexuels. Des rapports sexuels actifs sont alors importants pour maintenir la perméabilité vaginale. Une fois que les rapports sexuels ont repris, interrogez la patiente sur sa santé sexuelle/reproductive lors des suivis.

Si la colovaginoplastie est associée à une lésion ischémique (ceci étant très probable) à la suite d'une fistule obstétricale, les points suivants doivent faire partie des conseils prodigués à la sortie de la patiente :

- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Néovagin colique

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension des indications de création d'un néovagin colique | Compréhension incomplète des indications de création d'un néovagin colique | Compréhension adéquate des indications de création d'un néovagin colique | Bonne compréhension des indications de création d'un néovagin colique |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| 12. Étapes chirurgicales spécifiques à la création d'un néovagin colique | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la création d'un néovagin colique | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la création d'un néovagin colique | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la création d'un néovagin colique |
| | | | |
| | | | |
| 13. Capacité à diviser la cicatrice vaginale afin de créer un espace recto-vésical suffisant pour le néovagin | A eu besoin d'aide pour diviser la cicatrice vaginale et pour éviter d'éventuelles lésions à la vessie ou au rectum | Division satisfaisante de la cicatrice vaginale, mais besoin d'aide pour éviter des lésions | Division réussie de la cicatrice vaginale, sans lésions à la vessie ni au rectum |
| | | | |
| | | | |
| 14. Identification et mobilisation du sigmoïde et du côlon descendant | A eu besoin d'aide pour identifier et mobiliser le sigmoïde et le côlon descendant | A identifié et mobilisé de manière satisfaisante le sigmoïde et le côlon descendant, mais a eu besoin d'un peu d'aide | A bien identifié et mobilisé le sigmoïde et le côlon descendant |
| | | | |
| | | | |
| 15. Identification des artères mésentérique inférieure, colique gauche et hémorroïdale supérieure vascularisant le côlon sigmoïde | A eu besoin d'aide pour identifier les artères mésentérique inférieure, colique gauche et hémorroïdale supérieure vascularisant le côlon sigmoïde | A identifié de manière adéquate les artères mésentérique inférieure, colique gauche et hémorroïdale supérieure vascularisant le côlon sigmoïde | A correctement identifié les artères mésentérique inférieure, colique gauche et hémorroïdale supérieure vascularisant le côlon sigmoïde |
| | | | |
| | | | |
| 16. Isolement de l'anse sigmoïde pour le néovagin et rotation en position anté-péristaltique | A eu besoin d'aide pour isoler l'anse sigmoïde pour le néovagin, avec une bonne vascularisation, et la faire pivoter en position anté-péristaltique | A isolé de manière adéquate une anse sigmoïde adaptée pour le néovagin, avec une bonne vascularisation, et l'a fait pivoter en position anté-péristaltique | A isolé de manière très compétente une anse sigmoïde adaptée pour le néovagin, avec une bonne vascularisation, et l'a bien fait pivoter en position anté-péristaltique |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 17. Anastomose colique termino-terminale latérale au segment néovaginal | A eu besoin d'aide pour anastomoser les intestins | A anastomosé les intestins de manière adéquate | A bien anastomosé les intestins |
| | | | |
| | | | |
| 18. Placement de sutures en direction proximale entre la paroi colique et le col de l'utérus (ou, si l'utérus n'a pas été identifié, fermez cette extrémité et suspendez-la aux ligaments utéro-sacrés) et suture de l'extrémité distale du néovagin colique à l'introïtus vaginal | A eu besoin de rappels pour placer les sutures de manière appropriée sur les deux extrémités du néovagin sigmoïdien et, en présence d'un col de l'utérus, pour maintenir le drainage de celui-ci | A placé les sutures de manière adéquate sur les deux extrémités du néovagin et, en présence d'un col de l'utérus, a maintenu le drainage de celui-ci | A placé les sutures de manière appropriée et compétente sur les deux extrémités du néovagin colique et, en présence d'un col de l'utérus, a maintenu le drainage de celui-ci |
| | | | |
| | | | |
| 19. Suspension au ligament vertébral longitudinal antérieur au niveau du promontoire | A eu besoin d'aide pour effectuer la suspension au ligament vertébral longitudinal antérieur au niveau du promontoire | A effectué de manière adéquate la suspension au ligament vertébral longitudinal antérieur au niveau du promontoire | A bien effectué la suspension au ligament vertébral longitudinal antérieur au niveau du promontoire |
| | | | |
| | | | |
| 20. Fermeture de l'abdomen | A eu besoin d'aide pour fermer l'abdomen | A fermé l'abdomen de manière adéquate | A bien fermé l'abdomen |
| | | | |
| | | | |
| 21. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |

| Complications | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|--------------------|--------------------------------|--|--|--|
| 22. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | | | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | | | | | | | | |
| 23. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | | | Bonne planification de la prise en charge postopératoire | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 24. Connaissance de l'évaluation des résultats | Connaissance limitée de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante de l'évaluation des résultats | | | Bonne connaissance de l'évaluation des résultats | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur | | | |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | |

| | | |
|----|--|--|
| 5. | | |
| 6. | | |

Module 16 – Fistule recto-vaginale sténosée/circonférentielle

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent pouvoir :

1. Expliquer les caractéristiques des fistules recto-vaginales sténosées ou circonférentielles,
2. Décrire l'évaluation préopératoire, les étapes chirurgicales et la prise en charge postopératoire de fistules recto-vaginales sténosées ou circonférentielles,
3. Réparer des fistules recto-vaginales sténosées ou circonférentielles,
4. Exposer les principales complications de la chirurgie de la fistule recto-vaginale sténosée ou circonférentielle et leur prise en charge.

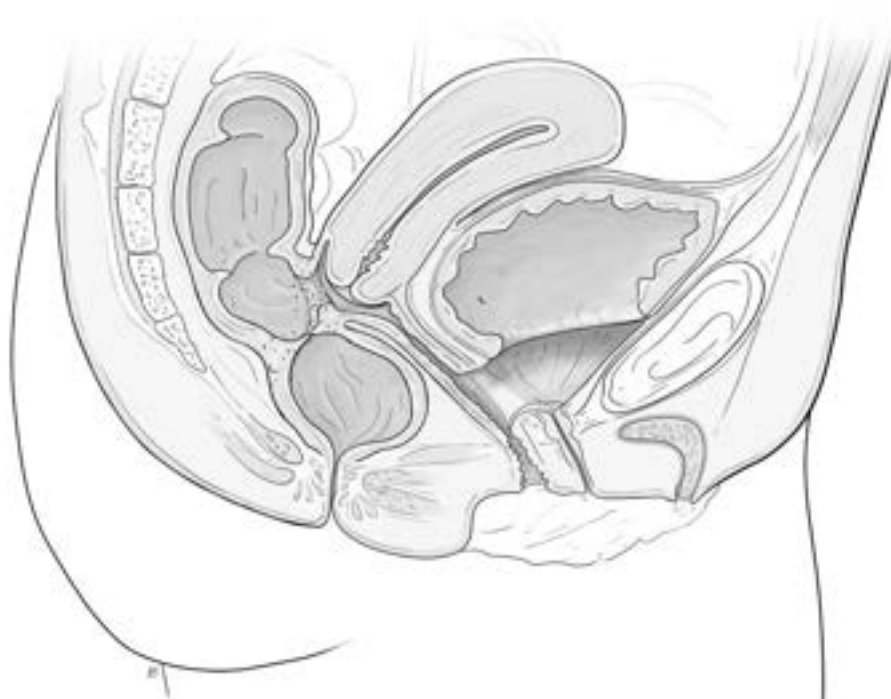


Figure 73. Section transversale d'une fistule recto-vaginale sténosée ou circonférentielle.
L'anus et le rectum distal sont déconnectés du rectum proximal et du sigmoïde par un tissu cicatriciel. On peut également observer une fistule vésico-vaginale circonférentielle.

Les fistules recto-vaginales cicatricielles et hautes, ainsi que les fistules recto-vaginales circonférentielles (qui sont habituellement hautes et cicatricielles) sont difficiles à réparer, bien que leur pronostic soit souvent favorable. Ces types de fistules s'accompagnent presque toujours d'une fistule vésico-vaginale circonférentielle complexe. L'opération peut s'avérer importante et certains chirurgiens préfèrent effectuer les procédures par étapes : la fistule recto-vaginale est réparée en premier lieu, puis la fistule vésico-vaginale plus tard, une fois que la patiente s'est récupérée de la première procédure.

Évaluation préopératoire

Antécédents : Comme pour le niveau 2 du module 6 (voir page 87), les fistules recto-vaginales circonférentielles, hautes et cicatricielles découlent généralement d'un arrêt prolongé du travail lors de l'accouchement. Souvent, les accouchements qui provoquent des fistules recto-vaginales importantes durent au moins 1 jour de plus que ceux qui provoquent seulement une fistule vésico-vaginale. Dans la plupart des cas, les patientes accouchent un enfant mort-né. Demandez à la patiente si elle est atteinte d'incontinences urinaires et examinez-la à ce sujet, car les fistules vésico-vaginales sont souvent concomitantes ; la patiente présentera donc des fuites urinaires et fécales par le vagin. En outre, interrogez et examinez la patiente quant à la présence de lésions nerveuses affectant les extrémités inférieures, car le steppage apparaît plus fréquemment avec ce type de fistules recto-vaginales.

Diagnostic : Le diagnostic est posé en obtenant les antécédents, et en effectuant une exploration rectale et vaginale. Il est important de souligner qu'en cas de sténose rectale, elle se trouve généralement sur le bord proximal de la fistule. En outre, vérifiez la perméabilité et la fonction du sphincter anal, car une fissure le long du sphincter a pu avoir lieu pendant l'accouchement. Vérifiez aussi le tonus et le réflexe anal.

Planification et prise en charge : Dans ces cas, de nombreux chirurgiens envisageraient une colostomie de dérivation, la plus facile étant la colostomie sigmoïdienne à anse. Il est essentiel que la patiente reçoive les conseils appropriés en ce qui concerne l'opération, ses risques et ses conséquences. Il est également recommandé, si possible, de lui offrir la possibilité de parler à une autre patiente qui a déjà fait l'objet de cette intervention chirurgicale. Si l'intervention se fait par voie abdomino-vaginale, discutez également avec la patiente de la possibilité d'effectuer une ligature des trompes ou une hystérectomie si elle ne souhaite pas avoir d'autres enfants. Cela pourrait s'avérer nécessaire si l'utérus et le rectum, voire le sigmoïde, sont fermement ancrés dans le bassin, ce qui rend l'accès impossible sans enlever l'utérus avant. Il est recommandé de vérifier le groupe sanguin de la patiente et d'avoir un stock de sang préparé, car nombre de patientes sont anémiques. Étant donné que les patientes peuvent être en état de malnutrition, elles pourraient avoir besoin de compléments alimentaires et, en cas de lésion nerveuse et/ou de steppage, elles pourraient avoir besoin d'une aide supplémentaire pour se déplacer et d'une rééducation motrice. Si la patiente ne fait pas l'objet d'une colostomie de dérivation, les intestins doivent être préparés de manière appropriée, selon les préférences du chirurgien, afin de garantir que les intestins de la patiente sont vides avant l'opération. En général, cela comprend une alimentation à base de liquides et l'application de lavements le matin et le soir, la veille de l'intervention. Si la patiente présente une fistule vésico-vaginale concomitante, le traitement pourrait être échelonné. Dans ce cas, une fois la fistule recto-vaginale guérie et après la fermeture de la colostomie (de 4 à 6 semaines après la première intervention), la patiente peut revenir pour la réparation de la fistule vésico-vaginale.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 2. Prise en charge clinique préopératoire ; page 13

Intervention chirurgicale

Les principes chirurgicaux sont semblables au reste des procédures de la fistule. Cependant, celles-ci exigent souvent de prendre des mesures supplémentaires concernant l'exposition. La plupart des chirurgiens répareraient ces lésions par voie vaginale, mais parfois il est possible d'adopter une approche combinée par voie abdominale et vaginale.

Pour fermer une fistule recto-vaginale circonférentielle, haute et cicatricielle, des lambeaux d'avancement sont souvent utilisés pour fermer la lésion. Toutefois, étant donné que peu de lambeaux ont une vascularisation, il existe une limite à la taille et au nombre de lambeaux que l'on peut prélever d'un endroit avant que la vascularisation au bord distal du lambeau ne soit compromise. Cela peut entraîner une nécrose sur le bord du lambeau et, par conséquent, un échec de la réparation.

Voie vaginale

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques périopératoires appropriés, qui doivent inclure 500 mg de métronidazole par voie intraveineuse et un antibiotique prophylactique commun, en fonction des disponibilités locales et des préférences du chirurgien.
3. Placez la patiente en position de lithotomie exagérée, ses fesses dépassant largement le bord de la table d'opération et en position de Trendelenburg accentuée.
4. Après la préparation et le champage, la réalisation d'une épisiotomie généreuse peut s'avérer très utile pour améliorer l'exposition. Certains chirurgiens, mais pas tous, effectuent une hydrodissection (que ce soit avec une solution saline stérile ou une combinaison de lignocaïne et d'adrénaline). Effectuée correctement, cette procédure ouvrira les plans afin de faciliter la dissection et, en cas d'utilisation d'adrénaline, de réduire également la perte de sang. Il est important d'infiltrer dans le plan correct : n'instillez pas de solution saline de manière indiscriminée dans tous les tissus du champ opératoire ni dans les plans erronés.
5. Utilisez la méthode de la division de lambeaux pour obtenir la mobilisation appropriée du rectum, et parfois du sigmoïde et de l'anus. Il est possible qu'une partie du tissu cicatriciel doive être excisée.
6. Si le défaut est circonférentiel, la mobilisation des intestins doit être complètement circonférentielle et le sigmoïde doit être avancé jusqu'à la partie proximale du rectum distal. En général, le fait de mobiliser le défaut de cette manière excisera la sténose.
7. Effectuez une fermeture sans tension des intestins avec des sutures discontinues en acide polyglycolique 2-0 et en excluant la muqueuse. Normalement, deux plans sont effectués dans la musculature, mais un seul plan est possible dans l'anastomose recto-sigmoïdienne postérieure en cas de défaut circonférentiel. Veillez à ne pas créer de nouvelle sténose pendant la réparation, en vous assurant que l'anastomose est orientée correctement et ne restreint pas la lumière. Pour ce faire, la méthode la plus sûre est de procéder d'abord à l'anastomose de la paroi postérieure des intestins sur la ligne médiane, puis de continuer l'anastomose de façon progressive, en prenant une suture de chaque côté de celle de la ligne médiane et en se

- dirigeant lentement vers la partie antérieure des intestins pour finalement se rejoindre sur la ligne médiane. Si possible, effectuez le second plan.
8. La cavité péritonéale est souvent ouverte pendant cette procédure, mais il est très important d'essayer d'éviter les fuites de sang, d'urine et d'éventuelles matières fécales (si une colostomie temporaire n'a pas été effectuée) vers la cavité péritonéale. Certains chirurgiens suturent le péritoine, tandis que d'autres insèrent un tampon dans la cavité péritonéale, laissant une longue « cordelette » sur le tampon pour éviter de le perdre. Il convient d'être très prudent lors de cette procédure.
 9. Réparez le côté vaginal sans tension ; la suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée. Des lambeaux peuvent s'avérer nécessaires en cas de perte considérable de tissu vaginal.
 10. Vérifiez toujours que le sphincter anal est intact.
 11. Insérez une sonde de Foley pour permettre un drainage libre de la vessie.
 12. Si présente, suturez l'épisiotomie et retirez les sutures labiales de maintien.
 13. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Étapes chirurgicales fondamentales



Figure 74. Les deux extrémités du rectum ont été mobilisées et le tissu cicatriciel excisé. Observez la fistule vésico-vaginale concomitante.



Figure 75. La paroi postérieure du rectum est anastomosée en premier, en suturant la musculature sans inclure la muqueuse.

Voie abdomino-vaginale

Si l'intestin distal à la fistule se trouve à une profondeur d'au moins 10 cm et que la fistule ne peut pas être réparée par voie vaginale, effectuez une laparotomie. Insérez un tube rectal aussi haut que possible à travers l'anus afin de trouver l'anse distale.

1. Administrez l'anesthésie, selon le cas.
2. Administrez les antibiotiques périopératoires appropriés, qui doivent inclure 500 mg de métronidazole par voie intraveineuse et un antibiotique prophylactique commun, en fonction des disponibilités locales et des préférences du chirurgien.
3. Placez la patiente en décubitus dorsal.
4. Après la préparation et le champage, effectuez une laparotomie médiane.
5. Soulevez l'utérus en direction distale après avoir placé une suture de maintien à travers le fond utérin. Des adhérences solides peuvent être présentes dans la poche recto-utérine.
6. Effectuez une incision transversale dans le pli péritonéal et disséquez entre le rectum et le col de l'utérus. Identifiez l'uretère gauche. S'il est possible de sentir le tube rectal, il sera plus facile de poursuivre la dissection. De manière prudente, effectuez une dissection bilatérale du rectum.
7. Effectuez une incision transversale par-dessus le tube de l'anse distale. Le rectum est désormais ouvert, ainsi que la partie supérieure du vagin antérieur au rectum.
8. Excisez le tissu cicatriciel si nécessaire, et libérez les deux extrémités du rectum.
9. Disséquez l'anse distale au-delà du vagin sur au moins 1 cm.
10. Commencez l'anastomose en plaçant deux sutures de maintien (acide polyglycolique 2-0) sous la muqueuse, en direction de proximale à distale, en position 3 et 9 heures. Ne les nouez pas.
11. Placez à présent toutes les sutures avec de bons points sous-muqueux entre elles sur la partie postérieure de l'anastomose, puis nouez-les. Faites de même pour la paroi antérieure du sigmoïde et du rectum, puis nouez-les.
12. Effectuez un deuxième plan de sutures inversées et sentez si l'anastomose est assez large pour laisser passer les selles.
13. Rincez la cavité péritonéale avec une solution saline chaude avant de la fermer.
14. Si le moignon rectal est trop profond et qu'il n'est pas possible de le disséquer, effectuez un abaissement. Placez deux sutures de maintien le long de l'anse proximale, sur les deux côtés, et faites-les traverser l'anse distale. Il est possible que le sigmoïde doive être mobilisé en premier, même au-delà de l'angle splénique.
15. Fermez la cavité péritonéale au-dessus de l'anastomose et rapprochez la paroi vaginale postérieure.
16. Réparez le côté vaginal sans tension ; la suture en acide polyglycolique 2-0 est la plus couramment employée. Des lambeaux peuvent s'avérer nécessaires en cas de perte considérable de tissu vaginal.
17. Avant de fermer l'abdomen, pensez à effectuer une colostomie de décharge.
18. Fermez l'abdomen et placez un drain si nécessaire.
19. Vérifiez toujours que le sphincter anal est intact.

20. Insérez une sonde de Foley pour permettre un drainage libre de la vessie.

21. Insérez un tampon de gaze vaginal stérile pour réduire le risque d'hémorragie et d'hématome, puis retirez-le le lendemain. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Étape chirurgicale fondamentale

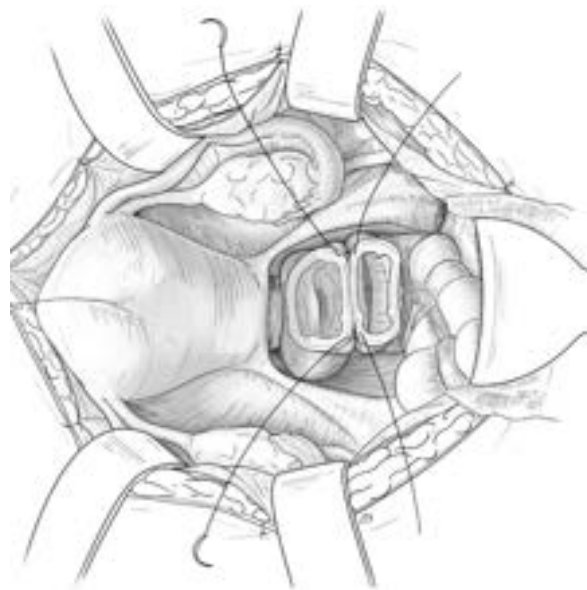


Figure 76. Vue de la laparotomie. Les extrémités proximale et distale du rectum/sigmoïde sont mobilisées. La paroi postérieure de l'anastomose intestinale est réparée en premier lieu.

Complications

- Hémorragies et infections.
- Échec de la procédure.
- Sténose rectale.
- Si la cavité péritonéale est ouverte et le contenu déversé dans le péritoine, la patiente peut développer un iléus paralytique et une péritonite.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 4. Complications de la chirurgie de la fistule ; page 245

Prise en charge postopératoire

Sondage : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place en drainage libre. Si la patiente a fait l'objet d'une réparation de fistule vésico-vaginale concomitante, la sonde doit rester en place pendant 10 à 14 jours, selon le protocole pour les fistules vésico-vaginales. Si la patiente a eu une

fistule recto-vaginale de manière isolée, la sonde de Foley peut alors être retiré lorsqu'elle aura récupéré sa mobilité et que le tampon aura été retiré, souvent le jour suivant.

Alimentation : Si la patiente a fait l'objet d'une colostomie, il n'existe aucune raison de reporter le retour à une alimentation normale.

Si la patiente n'a pas fait l'objet d'une colostomie, il est important qu'elle ne soit pas constipée afin d'éviter les efforts de poussée de selles solides au niveau de la réparation, ce qui risquerait d'endommager les tissus en guérison et de provoquer une possible déhiscence de la suture. Après l'opération, la patiente doit faire l'objet d'une réhydratation par voie intraveineuse jusqu'à ce qu'elle soit en mesure de boire. Une alimentation légère peut être entamée le jour suivant, et ce, pendant 6 à 7 jours avant de réintroduire une alimentation normale. Afin d'éviter toute constipation de la patiente, un laxatif (bisacodyl) doit être prescrit lorsqu'elle commence l'alimentation légère, et ce, pendant une semaine environ. L'administration de laxatifs doit être interrompue si les selles deviennent trop liquides.

Évaluation des résultats chirurgicaux : Il est nécessaire de demander à la patiente si elle a des incontinences intestinales et de l'examiner à cet égard. En cas de doute, un test rectal au bleu de méthylène doit être effectué (*voir* Test au bleu de méthylène pour fistules recto-vaginales ; page 18).

Fermeture de la colostomie : Si la patiente a fait l'objet d'une colostomie, il est recommandé de fermer la colostomie au bout de 6 semaines, après s'assurer que la fistule recto-vaginale a été réparée avec succès. Ne fermez pas la colostomie si la fistule recto-vaginale persiste chez la patiente.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5. Soins postopératoires ; page 251

Conseils spécifiques pour la sortie des patientes

Les conseils spécifiques suivants doivent être communiqués à la patiente (et à ses accompagnants, le cas échéant) avant la sortie de l'hôpital ou de la clinique :

- Il est important d'assister aux rendez-vous de suivi postopératoire.
- Si la patiente rentre chez elle avec une colostomie, il est nécessaire de lui apprendre à changer les poches de colostomie et de lui fournir une quantité suffisante de poches.
- Il est nécessaire de suivre une alimentation riche en fibres pour éviter la constipation et les efforts de poussée de selles solides au niveau de la réparation. Cela est particulièrement important pendant la guérison des tissus au cours des 3 premiers mois suivant l'opération. Le cas échéant, il est conseillé de prendre un laxatif (bisacodyl) comme prescrit. Veuillez noter que ce conseil devra éventuellement être adapté chez les patientes atteintes d'incontinence fécale persistante.

Il est presque inévitable qu'une procédure de réparation de fistule recto-vaginale sténosée ou circonférentielle ait été effectuée en raison de lésions nécrotiques importantes, des suites d'une

fistule obstétricale. Les éléments fondamentaux suivants doivent donc être inclus dans les conseils prodigués à la sortie de la patiente :

- Continuer les exercices du plancher pelvien et de rééducation de la vessie comme indiqué, ainsi que les exercices de rééducation motrice si le steppage est toujours présent.
- Indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures (si la patiente n'a pas fait l'objet d'une hystérectomie ou qu'elle n'est pas ménopausée).

Pour plus d'informations, veuillez consulter la section 5.4. Conseils antérieurs à la sortie ; page 259

Évaluation Basée sur la Performance – Fistule recto-vaginale sténosée ou circonférentielle

L'Évaluation Basée sur la Performance (EBP) est utilisée dans tous les modules pour évaluer les compétences et les progrès des stagiaires. Elle doit être **remplie, signée et datée par le formateur**.

| | Insuffisante | Satisfaisante | Excellente |
|--|---|--|--|
| Généralités | | | |
| 1. Planification et préparation | Diagnostic erroné avec explorations et préparation préopératoire inadaptées | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées, mais comportant quelques erreurs | Diagnostic correct avec explorations et préparation préopératoire adaptées |
| | | | |
| | | | |
| 2. Counselling et consentement | Counselling insuffisant et obtention du consentement après rappel | Counselling approprié et obtention du consentement | Bon counselling prodigué à la patiente et obtention du consentement |
| | | | |
| | | | |
| 3. Étapes chirurgicales habituelles | A nécessité une aide importante pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A nécessité un peu d'aide pour suivre les étapes chirurgicales habituelles | A suivi les étapes chirurgicales habituelles de manière indépendante et compétente |
| | | | |
| | | | |
| 4. Déroulement de l'opération et gestion prévisionnelle | Fréquentes interruptions/hésitations, gestion prévisionnelle insuffisante | Progression adéquate, mais avec un peu d'hésitation dans la gestion prévisionnelle | Progression fluide et bonne gestion prévisionnelle |
| | | | |
| | | | |
| 5. Connaissance et manipulation des instruments | Mauvaise manipulation des instruments et besoin d'aide significative pour les choisir | Besoin d'aide ponctuelle dans la manipulation et le choix des instruments | Bonne manipulation et choix approprié des instruments |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 6. Respect des tissus | Manque de respect des tissus et/ou besoin d'aide pour trouver les plans tissulaires appropriés | Respect adéquat des tissus et identification correcte des plans tissulaires appropriés | Bon respect des tissus, identification correcte et aisée des plans tissulaires appropriés |
| | | | |
| | | | |
| 7. Suture et nouage | A placé les sutures de manière imprécise ou a retiré et replacé l'aiguille dans le tissu à plusieurs reprises pour la placer correctement. Nouage lâche et instable | A placé correctement les sutures et le nouage | A placé les sutures de manière précise et a effectué un bon nouage |
| | | | |
| | | | |
| 8. Emploi technique des assistants | N'a pas employé les assistants de manière appropriée | A employé les assistants de manière appropriée la plupart du temps | A constamment employé les assistants de manière appropriée |
| | | | |
| | | | |
| 9. Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale | Communication inadaptée avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et manque de respect à leur égard | Bonne communication avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard la plupart du temps | Communication excellente avec la patiente et l'équipe chirurgicale, et respect à leur égard |
| | | | |
| | | | |
| 10. Connaissances et attitude | Compréhension limitée de ses propres atouts et points faibles | Compréhension intermédiaire de ses propres atouts et points faibles | Bonne compréhension de ses propres atouts et points faibles |
| | | | |
| | | | |
| Spécifique à l'intervention chirurgicale | | | |
| 11. Compréhension de la pathologie | Compréhension incomplète de la fistule recto-vaginale sténosée ou circonférentielle | Compréhension suffisante de la fistule recto-vaginale sténosée ou circonférentielle | Bonne compréhension de la fistule recto-vaginale sténosée ou circonférentielle |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 12. Décisions concernant l'adoption d'une approche par voie vaginale ou abdomino-vaginale | A eu besoin d'aide pour choisir l'approche appropriée | A choisi l'approche appropriée, mais a démontré de l'incertitude dans sa prise de décision | A choisi l'approche appropriée en prenant une décision correcte et éclairée |
| | | | |
| | | | |
| 13. Étapes chirurgicales spécifiques à la réparation de fistules recto-vaginales sténosées ou circonférentielles, selon l'approche choisie | Connaissance erronée ou limitée des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation de fistules recto-vaginales sténosées ou circonférentielles | Connaissance correcte, mais incomplète, des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation de fistules recto-vaginales sténosées ou circonférentielles | Bonne connaissance des étapes chirurgicales spécifiques à la réparation de fistules recto-vaginales sténosées ou circonférentielles |
| | | | |
| | | | |
| 14. Identification des lésions du sphincter anal et connaissance des risques d'incontinence persistante des selles/flatulences | Besoin de rappels pour détecter la présence de lésions du sphincter anal et connaissance limitée des risques d'incontinence persistante des selles/flatulences | Recherche adéquate de lésions du sphincter anal et connaissance suffisante des risques d'incontinence persistante des selles/flatulences | Recherche indépendante des lésions du sphincter anal et bonne connaissance des risques d'incontinence persistante des selles/flatulences |
| | | | |
| | | | |
| 15. Mobilisation, dilatation rectale (si nécessaire) et réparation de la paroi rectale antérieure, s'il n'y a pas de défaut circonférentiel | Besoin d'aide importante pour mobiliser et dilater le rectum et le vagin, ainsi que pour réparer la paroi rectale antérieure | Mobilisation appropriée du rectum et du vagin, et réparation appropriée de la paroi rectale antérieure | Bonne mobilisation du rectum et du vagin, et bonne réparation de la paroi rectale antérieure |
| | | | |
| | | | |
| 16. Mobilisation circonférentielle des deux extrémités du rectum, si le défaut est circonférentiel | Besoin d'aide importante pour mobiliser les deux extrémités du rectum et le vagin afin de procéder à leur réparation | Mobilisation appropriée des deux extrémités du rectum ou du vagin afin de procéder à leur réparation | Bonne mobilisation des deux extrémités du rectum et du vagin afin de procéder à leur réparation |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| 17. Anastomose chirurgicale des extrémités mobilisées du rectum | Besoin d'aide importante pour anastomoser les extrémités du rectum | Anastomose appropriée des extrémités du rectum | Bonne anastomose des extrémités du rectum |
| | | | |
| | | | |
| 18. Étapes pour réduire les risques d'incontinence des selles/flatulences | A eu besoin d'assistance pour réduire les risques d'incontinence des selles/flatulences | A réduit de manière adéquate les risques d'incontinence des selles/flatulences | A bien réduit les risques d'incontinence des selles/flatulences |
| | | | |
| | | | |
| 19. Réparation du vagin sans tension et recouvrement de la paroi rectale | Besoin d'aide pour réparer le vagin sans tension et pour recouvrir de manière appropriée la paroi rectale | Réparation appropriée du vagin, mais besoin de rappels pour éviter la tension, et recouvrement approprié de la paroi rectale | Bonne réparation sans tension du vagin et recouvrement de la paroi rectale |
| | | | |
| | | | |
| 20. Colostomie de décharge | Besoin d'aide pour décider où et comment effectuer la colostomie | Placement et exécution appropriés de la colostomie | Bon choix d'emplacement et bonne exécution de la colostomie |
| | | | |
| | | | |
| 21. En cas d'approche par voie abdomino-vaginale, fermeture de l'abdomen | A eu besoin d'aide pour fermer l'abdomen | A fermé l'abdomen de manière adéquate | A bien fermé l'abdomen |
| | | | |
| | | | |
| 22. Documentation de l'intervention chirurgicale | Documentation écrite insuffisante | Documentation suffisante, mais présentant quelques omissions | Documentation exhaustive et précise contenant toutes les informations nécessaires |
| | | | |
| | | | |

| Complications | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--|--------------------|--------------------------------|--|
| 23. Compréhension des complications potentielles, y compris leur identification et leur prise en charge | Compréhension limitée des complications et/ou incertitude concernant leur prise en charge | Compréhension satisfaisante des complications et planification adéquate de leur prise en charge | Bonne compréhension des complications avec des plans précis concernant leur prise en charge | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Prise en charge postopératoire | | | | | | | | | |
| 24. Planification de la prise en charge postopératoire, y compris le sondage et l'alimentation | Planification inappropriée de la prise en charge postopératoire | Planification adéquate de la prise en charge postopératoire | Bonne planification de la prise en charge postopératoire | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 25. Connaissances relatives aux tests de continence et à l'évaluation des résultats | Connaissance limitée des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Connaissance suffisante des tests de continence et de l'évaluation des résultats | Bonne connaissance des tests de continence et de l'évaluation des résultats | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Commentaires par EBP | | | | | | | Réussite (OUI/NON) | Date et signature du formateur | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |

3. Acquisition de compétences en chirurgie de la fistule

Niveau 3 Module 16 – Fistule recto-vaginale sténosée/circonférentielle

| | | |
|----|--|--|
| 5. | | |
| 6. | | |

Carnet de bord des modules – Fistule recto-vaginale sténosée/circonférentielle

Le carnet de bord des modules est un registre des interventions chirurgicales observées et effectuées par le stagiaire. Ce registre doit être tenu par le stagiaire en présence d'un formateur.

| Date | Description du cas | Type - Observation ou intervention assistée - Supervision directe - Pratique indépendante | Le cas échéant, réussite de l'EBP (OUI/NON) | Commentaires | Signature du formateur |
|------|--------------------|--|---|--------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Module 17 – Gestion d'un centre de traitement des fistules

Objectifs d'apprentissage

À la fin de ce module, les stagiaires doivent avoir une compréhension claire concernant :

1. Les principaux facteurs à envisager pour permettre d'identifier le besoin de services de traitement des fistules,
2. Les différents modèles de prestation de soins des fistules, y compris les avantages et les inconvénients de chaque type,
3. La nature des services considérés comme essentiels et de ceux considérés comme spécialisés et supplémentaires dans le traitement des fistules,
4. La façon de maintenir la prestation de soins de la fistule.

Ce module expose les principaux aspects impliqués dans la création de services de soins de la fistule, que ce soit sous la forme d'un camp, d'une unité intégrée ou d'un établissement indépendant spécialisé. De façon générale, il décrit comment déterminer s'il existe un besoin de services de soins de la fistule, les caractéristiques des différents modèles de prestation de ces soins, et les informations clés sur leur mise en place et leur maintien.

Déterminer l'existence d'un besoin de services de traitement de la fistule

Difficultés dans l'établissement de la prévalence de la fistule obstétricale

Avant de créer un service de traitement de la fistule, il est fondamental de calculer la charge de morbidité dans la région. Cela peut constituer une difficulté en soi, car la fistule obstétricale reste un problème de santé publique négligé et les ensembles de données disponibles sont souvent peu fiables. Les estimations publiées sur l'incidence et la prévalence tendent à être des conclusions statistiques, fondées uniquement sur des indicateurs, car les femmes et les filles atteintes de fistule obstétricale fuient souvent la société et constituent une population notoirement difficile d'accès. Il peut être utile de s'adresser aux hôpitaux existants, ainsi qu'aux centres et aux professionnels de santé, y compris les agents de santé communautaire, afin de déterminer le nombre de dossiers traitant de cas de fistules. Néanmoins, ces chiffres peuvent ne pas refléter la réalité, car les professionnels de santé renvoient parfois chez elles les patientes atteintes d'une fistule, en leur informant qu'un traitement n'est pas possible. Par conséquent, d'autres patientes présentant des symptômes similaires en entendent parler et s'abstiennent à leur tour de demander de l'aide.

Considérations sur le système de santé local

Les pays comptant un nombre élevé de femmes atteintes de fistule obstétricale présentent inévitablement des taux élevés de morbidité et mortalité maternelle (et néonatale). Associés à d'autres problèmes complexes, tels que les inégalités socio-économiques et de genre, les taux élevés de mortalité et de morbidité maternelle découlent directement d'un manque d'accès à des services de santé maternelle complets, notamment à des accoucheuses compétentes et à des soins obstétriques d'urgence. On peut donc établir une corrélation entre des indicateurs de mauvaise santé maternelle et la présence de patientes atteintes de fistules obstétricales.

Les systèmes de santé qui se retrouvent dans ces situations sont généralement sous-financés et les professionnels de santé sont ainsi confrontés à un manque de ressources et d'équipements. De par la nature du contexte, les ressources disponibles pour les patientes atteintes de fistules seront rares, voire inexistantes. Rappelons-le : l'un des obstacles les plus rédhibitoires à l'accès aux soins pour les patientes atteintes de fistules est le coût financier, qui comprend les frais de transport de la patiente, le traitement, les médicaments et la nourriture. Si l'on ne relève pas ce défi fondamental, le nombre de patientes demeurera faible, et un service de traitement des fistules dans un tel contexte n'atteindra presque jamais son plein potentiel.

Comprendre la prestation de services existante et les principaux partenaires

En gardant tout cela à l'esprit, il est toujours essentiel de rassembler toutes les données disponibles et d'identifier un site où le besoin est le plus grand. Ne l'oublions pas : bien que les services de traitement de la fistule soient généralement rares, diverses initiatives, principalement dirigées par des organisations non gouvernementales nationales et internationales, ont déjà été mises en place pour aider des patientes atteintes de fistules dans certains contextes affectés. Ainsi, avant de se lancer dans un nouveau projet, il est essentiel de se renseigner sur les programmes qui existent déjà dans la région envisagée. Les ressources pour le traitement des patientes atteintes de fistules restant limitées, il est impératif d'utiliser efficacement ces fonds précieux et d'éviter toute concurrence inutile entre divers projets. Une évaluation initiale permettra donc de décider s'il faut créer une nouvelle installation, compléter les activités existantes ou éventuellement orienter les ressources vers une autre localisation. Il est essentiel de collaborer avec les organisations locales, régionales et nationales/internationales, ainsi qu'avec les organismes gouvernementaux, afin de gérer les aspects juridiques, en particulier concernant les enregistrements, et la coordination des parties prenantes. Des mémorandums d'entente solides doivent être mis en place pour garantir des relations professionnelles transparentes et de confiance.

Placer la patiente au cœur du processus de prise de décision

Lors de la création d'un nouveau service de soins de la fistule, l'ensemble du processus de prise de décision doit être axé sur les soins centrés autour de la patiente, y compris le contexte local, les coutumes et les croyances. Les centres doivent viser à fournir un ensemble holistique d'interventions pour améliorer la qualité de vie des patientes, y compris leur bien-être physique, psychologique, social, culturel et économique. Cela nécessite, dans la région concernée, une compréhension approfondie de l'ampleur des difficultés rencontrées au quotidien par les patientes atteintes de fistule. En outre, l'efficacité et la réussite globale dépendront de la capacité des interventions à traiter l'ensemble des affections des patientes. Les centres de traitement de la fistule sont également très bien placés pour tisser des réseaux afin de défendre et promouvoir les droits et la santé des filles et des femmes.

Choix d'un modèle pour la prestation de soins de la fistule

Après avoir identifié un site, il faut décider du modèle de traitement de la fistule. Chaque modèle présente des avantages et des inconvénients quant à la quantité de ressources nécessaires, la

facilité de mise en place et la qualité des services du point de vue des soins centrés sur les patientes.⁸⁹

Camps/campagnes sur le thème de la fistule

Dans les camps/campagnes sur le thème de la fistule⁹⁰, un chirurgien ou parfois une équipe se rendent dans un endroit (souvent éloigné) pour effectuer plusieurs interventions chirurgicales de la fistule sur un court délai.

Avantages :

- Ils peuvent être organisés aussi fréquemment que les ressources le permettent.
- Ils sont l'occasion de former le personnel local par le biais de courtes interventions chirurgicales.
- Des éléments essentiels à un traitement holistique, tels que la physiothérapie et la réintégration, peuvent être proposés par le biais d'une planification et d'un partage avec le centre d'accueil, ou d'autres organisations locales gouvernementales ou non gouvernementales ayant dédié des ressources et les compétences nécessaires à ces services.
- Ils peuvent constituer un bon indicateur des besoins dans la région. Si les camps ont du succès, le nombre de patientes augmentera progressivement grâce au bouche à oreille. Une exploration plus poussée de la région peut donc s'avérer utile et, s'il y a lieu, la mise en place d'une unité permanente pourrait être envisagée.

Inconvénients :

- La principale limite est le nombre de patientes que le centre d'accueil peut prendre en charge et le nombre de lits disponibles.
- Les visites de chirurgiens/d'équipes peuvent être rares. De fait, les patientes dont l'état est sous-optimal (par exemple, celles qui souffrent de malnutrition modérée ou aiguë) peuvent subir une intervention chirurgicale malgré tout, plutôt que de reporter l'intervention jusqu'à ce que leur état de santé soit optimal.
- Le suivi des patientes par le chirurgien et les équipes de passage est en général limité ou impossible à effectuer.
- La qualité des soins postopératoires (et la prise en charge des complications) assurés par les professionnels de santé locaux sans compétences peut s'avérer insuffisante, surtout après le départ d'un chirurgien expert et de son équipe.
- La prestation de services complémentaires autres que le traitement chirurgical, peut s'avérer difficile.
- Cette option exige la coopération et la collaboration du centre d'accueil, des autorités et de nombreux partenaires, y compris des agents de santé communautaire et des travailleurs sociaux, pour le recrutement des patientes.

⁸⁹ L.L. Wall. Where Should Obstetric Vesico-Vaginal Fistulas Be Repaired: At the District General Hospital or a Specialized Fistula Center? *Int J Gynecol Obstet* (2007); R. Maroyi, L. Keyser, L. Hosterman, A. Notia, D. Mukwege. The Mobile Surgical Outreach Program for Management of Patients with Genital Fistula in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* (2020).

⁹⁰ K. Ramsey, Z. Iliyasu, L. Idoko. Fistula Fortnight: Innovative Partnership Brings Mass Treatment and Public Awareness towards Ending Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* (2007).

Unités intégrées de traitement de la fistule

Ces unités peuvent faire partie d'un hôpital général ou d'un autre établissement de santé, et doivent dans l'idéal compter avec des chambres/lits désignés dans les services d'obstétrique et de gynécologie ou des ailes séparées dans les hôpitaux généraux et universitaires.

Avantages :

- Idéales pour un nombre régulier, mais souvent réduit, d'interventions chirurgicales.
- Cette option peut facilement faire l'usage, et permettre de collaborer avec, d'autres services établis de l'hôpital, tels que maternité, bloc opératoire et services de laboratoire.
- Des soins holistiques peuvent être proposés si l'institution est dotée de services adaptés et de ressources nécessaires.
- Comme pour l'option précédente, celle-ci peut constituer un bon moyen d'évaluer la nécessité d'un service permanent avant de s'engager dans les dépenses considérables liées à la mise en place d'une unité spécialisée.

Inconvénients :

- Des difficultés peuvent surgir lorsque les chirurgiens et/ou d'autres membres du personnel ont des responsabilités concurrentes, et que le temps au bloc opératoire pour les chirurgies de la fistule empiète sur d'autres interventions programmées et d'urgence.
- Souvent, les patientes ne reçoivent de traitement que lorsque le temps et les ressources le permettent.
- Les temps d'attente des patientes avant leur réparation chirurgicale peuvent être prolongés au sein de l'établissement.
- La fluctuation des flux de financement vers les partenaires de collaboration, par exemple pour l'identification des patients, qui peut compromettre et interrompre les activités en cas de réduction ou de coupe budgétaire inopinée.

Centres spécialisés et dédiés au traitement de la fistule

Ces centres et hôpitaux peuvent être des bâtiments autonomes et indépendants, ou construits dans l'enceinte d'un hôpital général déjà existant.

Avantages :

- Ils ont leur propre personnel spécialisé, ainsi qu'un/des service(s) et un/des bloc(s) opératoire(s) dédiés.
- Ils peuvent proposer des soins holistiques intégrés, y compris tous les soins mentionnés plus haut, plus les services de counselling, de physiothérapeutes et de spécialistes de la rééducation, ainsi que du personnel d'accompagnement psychosocial et nutritionnel.
- Il n'y a aucune concurrence en matière de ressources, de temps au bloc opératoire ou de personnel.
- Ils peuvent proposer des soins cliniques plus spécialisés et des interventions plus complexes.

- Le nombre élevé de dossiers permet d'offrir des soins personnalisés, centrés autour des patientes, et de mener des recherches pour renforcer la base de données et constamment améliorer les pratiques.
- En tant qu'unité dédiée avec un nombre élevé de patientes, ce modèle constitue également un environnement idéal pour la mise en place de formations spécialisées, notamment pour former des chirurgiens de la fistule et des équipes de soins holistiques.

Inconvénients :

- Ils demandent le plus de ressources financières.
- Ils ne sont rentables que si le nombre de patientes est important.
- Si une intégration à des installations existantes n'est pas possible, tous les services nécessaires ou bénéfiques aux patientes atteintes d'une fistule devront être nouvellement mis en place, comme par exemple un service de physiothérapie ou une maison d'attente de maternité.

Mise en place d'un centre de traitement de fistules obstétricales

En fonction de l'espace disponible, les services peuvent être installés et regroupés dans le même bâtiment ou, au contraire, établis en tant que bâtiments indépendants appartenant au même centre de traitement. Si un hôpital général à proximité propose déjà une partie des services nécessaires, la prestation de soins peut alors être partagée. Toutefois, le personnel de l'hôpital des unités collaboratrices devra être formé aux besoins spécifiques des patientes atteintes d'une fistule obstétricale.

Les services cliniques intégrés qu'il est idéalement recommandé de proposer dans un centre de traitement complet de la fistule obstétricale sont décrits ci-dessous.

Services de base

Accueil, système d'enregistrement et de dossiers médicaux : L'accueil doit être un endroit agréable pour acclimater les patientes à l'environnement de l'hôpital. Nombre d'entre elles seront éloignées de chez elles, anxieuses et désorientées. Il est donc très important que le premier contact avec le centre de traitement soit une expérience positive, rassurante et accueillante pour les patientes atteintes de fistule. La zone d'accueil peut également servir à l'éducation sanitaire, par exemple en y affichant des posters et d'autres supports. La mise en place d'un système efficace d'enregistrement médical revêt une importance vitale pour la bonne tenue des dossiers, les soins aux patientes et leur suivi.

Zone ambulatoire : La zone ambulatoire doit inclure une salle d'examen bien éclairée, dotée d'une table d'examen et des équipements essentiels aux examens gynécologiques, notamment pour effectuer une cystométrie clinique afin d'évaluer la fonction vésicale.

Salle de préparation préopératoire : Pour cette zone, il est important d'avoir un bon éclairage, ainsi que de mettre en place un nettoyage et une ventilation réguliers. La zone de préparation préopératoire sert à préparer les patientes aux interventions de chirurgie générale, notamment la préparation intestinale, la réadaptation nutritionnelle et le traitement d'autres troubles médicaux. Il est utile de disposer d'une ou plusieurs chambres d'isolement pour les patientes atteintes

d'infections actives, et de mettre en place certaines mesures pour les patientes physiquement handicapées et/ou mentalement instables.

Services de laboratoire : Les examens de base en laboratoire sont essentiels. Ce service doit être en mesure d'analyser des échantillons de sang et de produits sanguins, y compris pour le dépistage du VIH et de l'hépatite B, et de fournir des transfusions. Le laboratoire doit également fournir des tests de culture et de sensibilité de différents échantillons. Si le centre doit traiter des complications complexes, aiguës et chroniques, liés à l'appareil urologique et aux troubles gastro-intestinaux inférieurs, ainsi que pratiquer des interventions chirurgicales avancées, il devra être capable d'effectuer des mesures électrolytiques et des tests sérologiques pour évaluer la fonction de divers organes.

Bloc opératoire : Un bloc opératoire spécialisé doit disposer d'un bon éclairage, de tables d'opération inclinables appropriées avec les accessoires nécessaires aux interventions urologiques et gynécologiques, d'instruments chirurgicaux spécialisés pour la chirurgie de la fistule et d'une variété de sondes, de tubes de drainage et de fournitures pour le tamponnement vaginal. La présence d'au moins un appareil d'anesthésie et d'un autoclave est obligatoire. Si les ressources le permettent, un cystoscope, des instruments de laparotomie et des unités électrochirurgicales amélioreront sensiblement la qualité des interventions chirurgicales.

Pharmacie : La pharmacie sur place doit être dotée d'un système de planification, d'approvisionnement, de stockage et de distribution des fournitures. Outre les médicaments et consommables courants, il convient d'envisager le besoin de fournitures et d'équipement médicaux supplémentaires, comme par exemple des poches de colostomie.

Salle postopératoire : Une salle postopératoire doit inclure des salles de réveil près du bloc opératoire, pouvant parfois aussi servir d'unités de soins intensifs. Cette salle doit être un endroit calme et agréable où les patientes peuvent se reposer et se rétablir.

Service d'attente de maternité et de surveillance postcésarienne : Si les ressources le permettent, il est essentiel de proposer des césariennes planifiées pour éviter que d'anciennes patientes ne développent une nouvelle fistule obstétricale (et espérer des résultats positifs pour la santé de la mère et du bébé). Afin d'assurer ce service, il est nécessaire de mettre en place un service d'attente de maternité et de surveillance postcésarienne, séparé de l'espace de traitement, pour accueillir :

- Les anciennes patientes atteintes de fistule qui reviennent enceintes, en attente et à la suite d'une césarienne planifiée.
- Les patientes allaitantes atteintes de fistule, en attente d'une réparation. Il convient de noter que, la plupart des femmes atteintes d'une fistule obstétricale ayant eu un bébé mort-né, il est rare de voir une patiente atteinte d'une fistule non traitée allaiter le bébé de la même grossesse, bien que cela puisse se produire, et se produise occasionnellement. Certaines femmes peuvent également avoir eu un accouchement réussi après celui dont a résulté la fistule.

Physiothérapie : Un physiothérapeute compétent ou une infirmière spécialisée peut aider à la récupération motrice des patientes atteintes d'une fistule qui ont subi des dommages neurologiques lors d'un accouchement prolongé, entraînant des affections telles que le steppage,

ou d'autres problèmes associés comme une amyotrophie et des contractures dans les extrémités inférieures. Les physiothérapeutes peuvent également aider la patiente dans la rééducation du plancher pelvien, la rééducation de la vessie après la réparation (afin d'accroître la capacité vésicale) et la gestion de l'incontinence.

Soutien psychosocial : Le counselling doit être proposé comme service de base, si possible, par des membres compétents du personnel de soutien psychosocial afin d'aider la patiente et ses proches à comprendre et à accepter son affection. De nombreuses femmes atteintes d'une fistule obstétrique souffrent de graves problèmes de santé mentale en raison de leur état, de la perte de leur enfant, ainsi que du rejet et de l'isolement qui en découlent. Ces problèmes peuvent aller de l'anxiété aux sautes d'humeur, en passant par la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, la psychose et les tendances/gestes suicidaires. La prise en charge des séquelles émotionnelles et des troubles psychiatriques liés à des lésions subies pendant l'accouchement est essentielle. Il est également très important d'apporter une aide continue aux femmes atteintes de lésions incurables – les plus vulnérables des patientes atteintes de fistule – en leur apprenant des mécanismes d'adaptation et en leur offrant un soutien en matière d'hygiène afin qu'elles puissent avoir une qualité de vie gérable. Le soutien d'autres patientes atteintes de fistule peut également avoir un effet très positif sur le bien-être psychologique et la guérison mentale des patientes.

Services spécialisés supplémentaires

Outre les services cliniques de base décrits précédemment, en vue d'offrir des soins holistiques et complets aux patientes atteintes de fistule obstétricale présentant divers problèmes de santé et/ou des difficultés socio-économiques, les services supplémentaires suivants peuvent également être proposés :

Radiologie : Des services échographiques de routine peuvent s'avérer utiles pour déterminer l'état rénal de référence et identifier des calculs ou autres corps étrangers dans l'appareil génito-urinaire. Les échographies peuvent également détecter des grossesses et diagnostiquer des complications après une chirurgie de la fistule, y compris les collections péritonéales et les atteintes urétérales. Les examens de contraste du système rénal sont fondamentaux pour des indications spécifiques et les patientes atteintes de lésions complexes.

Clinique de l'incontinence : Un nombre important de patientes est susceptible de toujours présenter différents degrés d'incontinence d'urine et/ou des selles/flatulences après une réparation. La cause de cette incontinence résiduelle peut varier et inclure une incontinence d'effort, une vessie hyperactive, une incontinence combinée, une rétention par regorgement ou une fistule résiduelle. Le traitement doit être adapté à chaque femme. Après la réalisation d'exams complets, la première ligne de traitement consiste généralement en un soutien conservateur, médical et hygiénique, suivis en cas d'échec d'une intervention chirurgicale si l'affection l'indique.

Clinique de la stomie : Les dérivations urinaires et/ou fécales, qu'elles soient temporaires ou permanentes, le résultat d'une intervention programmée ou une option thérapeutique irréversible, changeront considérablement la vie de la patiente. Il est essentiel de s'assurer que les patientes comprennent l'intervention et ses conséquences, et il est crucial que la patiente accorde son

consentement éclairé avant l'intervention. Le suivi clinique à vie des dérivations permanentes demande un soutien technique significatif de la part d'un professionnel compétent, avec la mise en place de processus bien organisés pour gérer la planification et la délivrance de fournitures essentielles. Les cliniques de la stomie sont coûteuses en raison des ressources et de l'expertise qu'elles requièrent.

Éducation et activités génératrices de revenus : De nombreux centres ont commencé à incorporer différents types de thérapie occupationnelle, comme des cours d'alphabétisation et de calcul, d'activités artistiques et artisanales appropriées et d'autres compétences, qui peuvent permettre à la patiente de générer un revenu une fois rentrée chez elle, ainsi que pour le centre pendant son traitement. Ces activités permettent non seulement à la patiente de rendre utile son séjour à l'hôpital, mais sont également bénéfiques pour leur santé mentale, leur développement, leur bien-être économique personnel et les aident à nouer de nouvelles relations. Il existe de nombreuses organisations non gouvernementales qui œuvrent dans la communauté auprès de patientes atteintes de fistule pour les aider à se réintégrer, à les soutenir psychologiquement et à créer des réseaux afin d'identifier les patientes ayant besoin d'un traitement médical.

Maintien des services de l'unité de traitement

Administration et finances

La gestion administrative rigoureuse de l'hôpital joue un rôle essentiel dans la prestation et le maintien de services rentables et de haute qualité. Le personnel administratif doit collaborer étroitement avec l'équipe médicale afin de développer les structures de manière précise et stratégique, et garantir la disponibilité des fournitures afin de prodiguer les meilleurs soins possibles, et ce, en donnant toujours la priorité aux besoins des patientes. Toute l'équipe doit s'efforcer de tisser de bonnes relations de travail et de confiance, afin que la prestation de services holistiques pour le traitement des fistules puisse devenir une réalité.

Avec le développement du centre, il est probable qu'il y ait une hausse des besoins de financement pour couvrir les coûts de fonctionnement. Une bonne réputation et le maintien d'excellentes relations avec les donateurs peuvent contribuer à un financement fiable, prolongé, voire accru. Il est impératif de gagner la confiance des donateurs, de faire preuve de fiabilité, de responsabilité et de transparence, et de répondre aux attentes des donateurs. Certains centres ont également été en mesure de compléter les coûts de fonctionnement grâce à la vente de produits artisanaux confectionnés par les patientes.

Amélioration des services et perfectionnement du personnel

L'audit et la recherche en continu permettront d'approfondir et d'améliorer les services. Le partage de connaissances avec des centres similaires peut également s'avérer très bénéfique. Le personnel du centre doit avoir la possibilité d'évoluer professionnellement, ce qui peut être facilité par la formation médicale continue, le mentorat, la participation à des conférences, ainsi que l'organisation et la participation à des ateliers.

Mobilisation, sensibilisation et vulgarisation auprès des patientes

Au fur et à mesure qu'un centre se développe et se consolide, le nombre de patientes est susceptible d'augmenter, et les services doivent s'adapter pour répondre à cette hausse, ce qui peut impliquer l'offre d'interventions plus complexes. En même temps, pour assurer la continuité des activités, un programme actif de sensibilisation et de vulgarisation sera également nécessaire pour aider à localiser et orienter les patientes. En fonction des besoins locaux, les équipes de vulgarisation devront peut-être se déplacer plus loin avec le temps. Plusieurs approches innovantes⁹¹ pour toucher les femmes atteintes de fistule se sont avérées très efficaces, notamment la participation de patientes précédemment traitées au titre d'ambassadrices, l'éducation et l'implication des chefs des communautés locales/religieuses, ainsi que l'utilisation des technologies, comme les téléphones portables et la radio. Les réseaux locaux, régionaux et nationaux peuvent également être à même d'offrir des conseils et une assistance, c'est pourquoi la collaboration avec les partenaires est essentielle.⁹²

Devenir un centre de formation de la FIGO

Une fois que le centre de traitement s'est consolidé et dispose de personnel et de chirurgiens très compétents, d'un nombre élevé de patientes et d'un financement fiable, la possibilité de devenir un centre de formation de la FIGO peut être envisagée. Les conditions préalables sont les suivantes : les centres doivent effectuer au moins 300 réparations de fistule par an, et le service/l'unité doit être dirigé(e) par un chirurgien spécialiste de la fistule à temps complet. Ce chirurgien doit être formateur de la FIGO (ou se former pour le devenir), et le personnel doit être prêt à adopter les changements nécessaires pour devenir un centre de formation. Enfin, les chirurgiens et les équipes doivent s'engager et être capables d'organiser des formations. En raison d'une grave pénurie de centres de formation de qualité dans le monde, la FIGO apporte son soutien aux établissements qui souhaitent le devenir et aux chirurgiens qui veulent devenir formateurs.

Tâche facultative – Élaborer une proposition pour la création d'un centre de traitement de la fistule

Élaborez une proposition de financement et/ou un plan d'affaires⁹³ pour un futur centre de traitement de la fistule, en gardant à l'esprit les éléments abordés dans ce module. Discutez du plan avec un formateur/chirurgien spécialiste de la fistule pour obtenir son avis et ses suggestions.

⁹¹ A.R. Seim, *et al.* Pilot Community-Mobilization Program Reduces Maternal and Perinatal Mortality and Prevents Obstetric Fistula in Niger. *Int J Gynecol Obstet* (2014); Wegner, *et al.* Improving Community Knowledge of Obstetric Fistula Prevention and Treatment; Comprehensive Community-Based Rehabilitation in Tanzania. Towards a Fistula-Free Generation.

⁹² Slinger and Trautvetter. Addressing the Fistula Treatment Gap and Rising to the 2030 Challenge.

⁹³ Vous trouverez un modèle sur la page du Centre de ressources FIGO sur la fistule (www.figo.org/fistula-resources).

4. Complications de la chirurgie de la fistule

Comme pour tout type d'intervention chirurgicale, il existe plusieurs complications à prendre en compte au stade peropératoire pendant les différentes étapes de l'opération de la fistule, ainsi que pendant les périodes postopératoires immédiate et tardive. Vous trouverez ci-dessous une vue d'ensemble des principales complications, divisées en périodes (peropératoire, postopératoire immédiate et postopératoire tardive) et classées par ordre alphabétique.

4.1. Complications peropératoires

Complications liées à l'anesthésie : L'hypotension est généralement transitoire et peut être corrigée à l'aide de vasopresseurs ou de liquides intraveineux. Dans de rares cas, la patiente manifesterait un bloc rachidien ascendant. Si la patiente fait un arrêt respiratoire, un système de ventilation sera nécessaire jusqu'à ce que la respiration reprenne.

Contamination par contenu intestinal : Ce cas de figure est relativement fréquent et peut être évité par le biais d'une bonne préparation intestinale. La plupart des chirurgiens préfèrent que les patientes soient à jeun à partir de minuit, la veille de l'opération. Il existe différentes options pour la préparation intestinale dans les cas de fistule recto-vaginale et de déchirure périnéale.⁹⁴ Le plus souvent, la patiente doit adopter un régime uniquement à base de liquides et faire l'objet de lavements à l'eau matin et soir la veille de l'intervention. Malgré cette préparation, la contamination par matières fécales est toujours possible. Il est parfois nécessaire d'interrompre l'opération et d'effectuer un lavement pour nettoyer les intestins. Si tel est le cas, le champ opératoire doit être soigneusement irrigué et lavé avec une solution antiseptique. Dans certains cas, l'intervention doit être repoussée pour garantir une préparation appropriée des intestins.

Hémorragies : Les hémorragies sont un risque potentiel dans toutes les opérations, mais elles peuvent être minimisées en infiltrant le site opératoire avec un mélange d'adrénaline et de lignocaïne avant le début de l'intervention. Si disponible, l'acide tranéxamique peut également servir. Il est important de faire attention à tous les points d'hémorragie artérielle en les nouant. Pour les opérations du vagin, la suture en forme de huit est la plus sûre, et un tamponnement ferme du vagin est parfois nécessaire pour réduire les hémorragies. Le tampon est généralement en gaze et imbibé d'iode ou de vaseline et, dans certains cas, d'adrénaline. Il ne doit pas adhérer et être assez ferme pour réduire l'hémorragie, mais sans excès, afin d'éviter qu'il ne provoque des douleurs ou des lésions tissulaires.

Lésion iatrogène : Il est assez facile d'endommager les organes adjacents. Les chirurgiens doivent donc toujours être conscients de leur situation opératoire, en particulier en ce qui concerne les uretères, les intestins et la vessie. Des lésions accidentelles peuvent survenir à l'uretère et à la vessie pendant la dissection. Il est extrêmement important d'identifier la survenue d'une lésion et de la réparer rapidement pendant l'intervention, si possible.

⁹⁴ M. Breen. *Manual of Obstetric Fistula Surgery*. Carlisle: The Foundation for the Global Library of Women's Medicine (2019).

4.2. Complications postopératoires immédiates

Anurie : Afin d'éviter l'anurie, assurez-vous que les uretères sont identifiés au moment de l'opération. La ligature ou l'inclusion de l'uretère dans la ligne de suture peut entraîner une obstruction urétérale. Si les orifices urétéraux sont situés à moins de 2 cm de la marge de la fistule, ils doivent être sondés avec des sondes urétérales pendant l'opération pour réduire le risque de lésions. Si l'urine ne s'écoule pas par la sonde de Foley et que les uretères n'ont pas été sondés (et que la patiente n'est pas en état de choc), administrez du furosémide et augmentez la quantité de liquides intraveineux. S'il n'y a toujours pas de signe d'urine, la patiente doit être rapidement ramenée au bloc opératoire pour que le chirurgien défasse la réparation, après quoi l'urine doit recommencer à s'écouler et la patiente peut alors être considérée comme hors de danger. Il faut alors décider soit de ne pas poursuivre l'opération à ce moment-là, auquel cas la patiente peut être renvoyée dans la salle de réveil, soit de poursuivre l'opération après avoir sondé les uretères.

Il est très important de vérifier que la patiente n'est pas en état de choc. C'est la première cause potentielle d'anurie à exclure lors de l'examen d'une patiente et, si présent, il doit être corrigé d'urgence par des mesures conventionnelles.

Il faut également administrer à la patiente suffisamment de liquides pendant et après l'opération pour assurer un débit urinaire adéquat. Il est fondamental de vérifier que les sondes ne sont pas obstruées. Cela est moins important pour les sondes urétérales, car l'urine les contourne souvent le long de l'uretère, mais il est très important de s'assurer que la sonde de Foley n'est pas obstruée. Ce blocage provoque non seulement une grande gêne due à une vessie pleine, mais la pression peut entraîner un échec de la réparation de la fistule.

Complications liées à l'anesthésie : Les céphalées rachidiennes sont courantes et peuvent être traitées en allongeant la patiente, en administrant des analgésiques, un patch de sang épidural et de la caféine ; de nombreuses patientes se sentent mieux après avoir bu une tasse de thé. Dans de rares cas, avec l'anesthésie rachidienne, la patiente peut subir des lésions nerveuses aux membres inférieurs. Si cela se produit, il est important d'en identifier la cause, comme par exemple un hématome, un abcès du canal rachidien ou une lésion directe de la moelle épinière. Dans ce cas, la patiente doit être rapidement orientée vers un spécialiste en neurochirurgie, si disponible.

Fuites (matières fécales) : Lors de la réparation d'une fistule vésico-vaginale, il existe un risque de passer à côté d'une fistule recto-vaginale haute et concomitante. En cas de doute, un test au bleu de méthylène doit toujours être effectué dans le bloc opératoire. Si l'on observe des bulles de gaz dans le vagin au moment de l'opération, la présence d'une fistule recto-vaginale haute est probable.

Fuites (urine) : Ces fuites peuvent provenir d'un échec de la réparation, autour de la sonde de Foley, d'un uretère hors de la vessie ou d'une fistule non détectée. Un test au bleu de méthylène révélera s'il y a échec de la réparation ou si l'urine contourne la sonde. Le traitement adapté dépendra de la cause de la fuite. En cas d'échec de la réparation, laissez en place la sonde de Foley pendant une période plus longue (au-delà des 10 à 14 jours habituels après l'opération). Afin d'éviter la présence d'urine au niveau du site de réparation dans la vessie, certains professionnels de santé préfèrent soigner la patiente en décubitus ventral dans les jours suivant l'opération. Si des

fuites urinaires se produisent autour de la sonde de Foley, placez la patiente en observation, car cela peut signaler le développement d'une incontinence d'effort après le retrait de la sonde. En présence d'autres causes, la patiente devra subir une nouvelle intervention chirurgicale. Voir également **Incontinence urétrale après retrait de la sonde** ci-dessous et consultez la section 5.2. *Évaluation des résultats chirurgicaux* (voir page 253).

Hématome : Les hématomes peuvent se produire n'importe où dans le site opératoire et peuvent être évités grâce à une hémostase méticuleuse pendant l'opération. Malgré cela, ils peuvent toujours se produire. La plupart des hématomes disparaissent spontanément et se résorbent avec le temps. S'ils sont de taille importante, et bien entendu, si celle-ci augmente, il faut alors les drainer, puis ligaturer ou coaguler tout point hémorragique actif.

Hématurie : Il s'agit peut-être de la complication la plus courante, qui peut être évitée en fermant méticuleusement le muscle détroisor, afin qu'aucun point hémorragique du muscle ne reste exposé et ne s'ouvre dans la vessie. Une hématurie peut être traitée par une bonne irrigation de la vessie et une prise orale importante de liquides, ou par voie intraveineuse si nécessaire. Purgez la sonde à l'aide d'une seringue de sérum physiologique (voir la section **Sonde vésicale obstruée** ci-dessous) puis aspirez pour récupérer les éventuels caillots. L'acide tranéxamique peut aider à réduire les hémorragies.

Hémorragies : Afin d'éviter les hémorragies, faites très attention à l'hémostase pendant l'opération.

- Si l'hémorragie est légère et que la patiente est stable sur le plan hémodynamique, elle doit être surveillée de près.
- Si l'hémorragie est modérée et que la patiente est stable sur le plan hémodynamique, examinez la source de l'hémorragie sous un bon éclairage.
- En cas de suintement général de sang provenant du vagin, tamponnez celui-ci avec/sans adrénaline.
- S'il existe une hémorragie active, ramenez rapidement la patiente au bloc opératoire pour examiner et traiter la source d'hémorragie.
- Si l'hémorragie est importante et que la patiente est ou n'est pas stable sur le plan hémodynamique, il faut entamer les mesures de réanimation et ramener immédiatement la patiente au bloc opératoire pour évacuer les caillots et suturer les points hémorragiques actifs.

Une hémorragie secondaire peut survenir plus de 24 heures et jusqu'à 7 jours après l'intervention, ce qui peut être dû à une infection s'attaquant aux vaisseaux sanguins. Cette complication est généralement prise en charge de manière conservatrice, en tamponnant le vagin et en traitant l'infection. Dans de rares cas, elle nécessite la ligature des vaisseaux sanguins concernés dans le bloc opératoire.

Infection : Afin d'éviter les infections, utilisez une technique aseptique, administrez des antibiotiques prophylactiques lors de l'induction de l'anesthésie et n'opérez que sur des tissus sains lors de l'intervention. Pour prendre en charge toute infection, prélevez et mettez en culture les écoulements des plaies, ainsi que les urines. Faites un bilan de la fièvre (hémogramme, écouvillonnage et cultures si nécessaire), traitez avec les antibiotiques appropriés et nettoyez les

plaies opératoires de manière aseptique. Voir également **Contamination par contenu intestinal** dans la section 4.1 *Complications peropératoires* (voir la page 245).

Sonde vésicale obstruée : Il s'agit d'une urgence, car la vessie peut se remplir rapidement, se dilater excessivement et, par conséquent, rompre la réparation de la fistule. Vérifier régulièrement que la sonde urétrale a un bon drainage, que les tubes ne sont pas entortillés et que la poche d'urine/le seau de collecte se trouve sous le niveau de la vessie afin de permettre le bon drainage de la sonde. En cas de signes d'obstruction, irriguez la sonde immédiatement avec 10 à 20 ml de liquide stérile pour éliminer tout blocage. Il faut faire très attention à ne pas trop dilater la vessie pendant cette tâche. Sinon, remplacez la sonde immédiatement.

Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire : Ces affections sont rares, mais nécessitent des stratégies préventives telles qu'une bonne hydratation, des activités de physiothérapie au lit et une mobilisation postopératoire précoce. Si la patiente présente un risque élevé, envisagez alors d'utiliser des anticoagulants et des bas de contention, si disponibles.

4.3. Complications postopératoires tardives

Aménorrhée/infertilité secondaires : Cette complication peut avoir plusieurs causes. Afin d'éviter la cryptoménorrhée, assurez-vous que la perméabilité du vagin est préservée à l'aide de techniques de reconstruction vaginale, si nécessaire. D'autres causes, comme le syndrome de Sheehan, découlant d'un choc prolongé pendant un long travail peuvent être évitées par un accès précoce à des soins obstétricaux d'urgence. Sinon, un traitement hormonal substitutif à vie sera nécessaire. Le syndrome d'Asherman peut entraîner la présence d'urine dans la cavité utérine et/ou des infections à répétition de l'endomètre. Le traitement peut consister en une hystéroscopie opératoire pour retirer les adhérences utérines et en une thérapie hormonale séquentielle avec des doses élevées d'œstrogènes pour éviter la reformation des adhérences et nourrir les cryptes endométriales fragiles. L'infertilité/l'aménorrhée peuvent également être dues à un faible indice de masse corporelle et, dans ce cas, la patiente doit être encouragée et soutenue dans des démarches de prise de poids.

Apareunie : Cette affection survient lorsque le vagin est totalement obstrué par du tissu cicatriciel. Cela peut être évité en effectuant une reconstruction vaginale lors de la première opération. Toutefois, dans les cas les plus graves, la création d'un néovagin complet à partir du péritoine ou du côlon lors d'une opération secondaire peut être la meilleure option.

Calculs vésicaux : Des calculs peuvent se former sur une suture à l'intérieur de la vessie. Afin d'éviter la formation postopératoire de calculs, utilisez des sutures resorbables, comme celles en acide polyglycolique 2-0. Placez les sutures en dehors de la muqueuse et encouragez une consommation importante de liquides. Pour traiter les calculs vésicaux, écrasez-les et éliminez-les à l'aide d'un cystoscope, si disponible ; dans le cas contraire, effectuez une cystotomie.

Dyspareunie : En prévention, réséquez ou excisez du tissu cicatriciel du vagin, ainsi qu'une bonne couverture muqueuse, procédez à une dilatation vaginale et conseillez une lubrification artificielle. L'utilisation d'une greffe de Martius pour éviter la dyspareunie est controversée.

Échec de la réparation : L'échec de la réparation peut être évité par des techniques opératoires méticuleuses et des soins infirmiers attentifs. En cas de suspicion, effectuez un test au bleu de méthylène pour confirmer l'échec et exclure l'incontinence d'effort. Celle-ci peut être si importante que la patiente a l'impression que la fistule est toujours présente. Si un échec est diagnostiqué peu après le retrait de la sonde, envisagez de la réinsérer et de la laisser en drainage prolongé, si cela n'a pas déjà été fait. Au cours des 7 jours suivants, observez si les fuites urinaires diminuent par le vagin et augmentent par la sonde de Foley. Si tel est le cas, la sonde à demeure doit rester en place jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de fuite par le vagin. Une fois qu'il n'y a plus de fuites par le vagin, la sonde à demeure doit rester en place pendant 7 jours supplémentaires. Effectuez un autre test au bleu de méthylène pour confirmer la fermeture de la réparation. Si, au cours des 7 premiers jours, les fuites s'intensifient ou persistent en quantité similaire par le vagin, et s'atténuent par la sonde de Foley, retirez cette dernière ; vous pouvez alors confirmer l'échec de la réparation. Envisagez de répéter l'opération au bout de 3 mois et proposez à la patiente une aide à l'hygiène et un soutien émotionnel continu.

Hématométrie : Cette complication peut se produire si la voie d'écoulement des menstruations est obstruée par du tissu cicatriciel. Afin d'éviter l'hématométrie, ouvrez chirurgicalement le vagin/col de l'utérus lors de l'opération, en vous assurant d'avoir une bonne couverture épithéliale et en posant une endoprothèse dans l'orifice cervical à l'aide d'une sonde de Foley ou d'un dispositif intra-utérin avec des attaches dans le canal cervical. Retirez l'endoprothèse au bout de 2 à 4 semaines. Si la patiente ne prévoit pas de grossesse, les menstruations peuvent alors être interrompues temporairement, voire définitivement, à l'aide de différentes méthodes contraceptives telles que la prise de pilule contraceptive en continu, la progestérone injectable, voire une hystérectomie si la patiente le souhaite.

Incontinence urétrale après retrait de la sonde de Foley

L'incontinence urétrale doit être examinée et sa cause identifiée. Parmi les causes se trouvent :

- **Hyperactivité du détroisor :** Malheureusement, il n'existe aucune méthode préventive connue. Le traitement recommandé comprend l'administration d'anticholinergiques avec une rééducation de la vessie, bien que les anticholinergiques n'aient pas démontré leur efficacité dans le traitement de l'hyperactivité du détroisor après une réparation de fistule. Si des anticholinergiques ne sont pas disponibles, la patiente doit apprendre des exercices de rééducation de la vessie (*voir la section Programme d'administration de liquides et d'évacuation de la vessie ; page 258*).
- **Incontinence d'effort :** Cette complication peut être évitée en maintenant la longueur et la largeur de l'urètre pendant la réparation de la fistule, en soutenant l'urètre endommagé avec une bandelette, en refixant le fascia pubo-cervical à l'arc tendineux des deux côtés de l'urètre et en s'assurant que le vagin est réparé sans tension. L'incontinence urétrale est plus courante si le col vésical et l'urètre sont touchés par des lésions fistuleuses. Les exercices du plancher pelvien doivent être enseignés à toutes les patientes, en accordant une attention particulière à celles qui sont atteintes d'une incontinence d'effort. Si l'incontinence urinaire est persistante, d'autres interventions de reconstruction peuvent s'avérer nécessaires.

- **Rétention urinaire par regorgement :** La rétention urinaire par regorgement est plus fréquente après des opérations pour traiter l'incontinence d'effort qu'après les réparations de la fistule⁹⁵ et il n'existe aucune méthode préventive connue. Si la rétention urinaire par regorgement n'est pas traitée, elle peut entraîner une stase urinaire, des calculs vésicaux, des infections de l'appareil urinaire et une incontinence par regorgement. Pour traiter cette complication, montrez à la patiente comment effectuer un auto-cathétérisme propre intermittent trois fois par jour, jusqu'à ce qu'elle puisse vider la vessie totalement ou que le volume résiduel soit inférieur à 100 ml et inférieur à 50 % de la quantité évacuée.⁹⁶

Rétrécissements urétraux : La réparation méticuleuse des fistules urétrales réduira les risques chez les patientes de développer des rétrécissements urétraux. S'ils se produisent, ils peuvent être traités par excision/dilatation. Les rétrécissements ont tendance à réapparaître, mais cette récurrence peut être évitée en montrant à la patiente comment effectuer un auto-cathétérisme propre, grâce auquel elle sera en mesure d'auto-dilater le rétrécissement 2 à 3 fois par semaine. Si l'incontinence urinaire persiste, un bouchon urétral (si disponible) permettra à la patiente de récupérer sa continence pendant de courtes périodes et d'éviter la reformation du rétrécissement.

Rétrécissements vaginaux : On peut les éviter en excisant le tissu cicatriciel pendant l'opération et en assurant une bonne couverture épithéliale de la lésion à l'aide de lambeaux vaginaux et parfois de lambeaux labiaux, de lambeaux du pli de l'aîne et/ou de lambeaux fessiers (*voir la section Reconstruction vaginale à la page 152*). Le traitement des rétrécissements vaginaux consiste à ouvrir chirurgicalement le vagin en excisant le tissu cicatriciel et en dilatant le vagin après l'opération.

⁹⁵ Browning. Risk Factors for Developing Residual Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair.

⁹⁶ Dans un premier temps, certains chirurgiens traitent également cette affection en réinsérant la sonde de Foley et en encourageant la rééducation de la vessie avec la sonde de Foley et un embout. La sonde est obstruée et libérée toutes les 2 heures pendant 2 jours (généralement laissée en drainage libre pendant la nuit). Elle est ensuite retirée et l'essai d'évacuation répété. Il est nécessaire d'être strict dans cette tâche, car il est important de ne pas surdistendre la vessie et, par conséquent, risquer de provoquer l'échec de la réparation. Il existe peu de preuves documentées, mais les expériences anecdotiques montrent que cette technique peut être bénéfique pour les patientes atteintes d'une rétention urinaire par regorgement.

5. Soins postopératoires

5.1. Prise en charge postopératoire

Des soins postopératoires méticuleux sont essentiels pour le bien-être et le résultat chirurgical des patientes atteintes de fistule.⁹⁷ Il est donc très important que les membres de l'équipe responsable de cette phase soient compétents et connaissent bien le suivi des patientes atteintes de fistules, ainsi que leurs besoins spécifiques. Une attention particulière doit être accordée au sondage et à l'hygiène, à l'alimentation et aux tests de continence.

5.1.1. Prise en charge postopératoire immédiate

- Mesurez les signes vitaux de la patiente et surveillez son état général.
- Veillez à ce que des médicaments antiémétiques et analgésiques appropriés soient fournis après l'opération, selon les besoins. En général, l'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et de paracétamol suffit. Cependant, des narcotiques peuvent parfois être ajoutés, notamment si une large épisiotomie ou une intervention abdominale ont été pratiquées.
- Surveillez les patientes pour détecter des signes d'hémorragie postopératoire excessive.

Veillez noter que les narcotiques provoquent une constipation, ce qui doit être évité chez les patientes atteintes de fistule recto-vaginale.

- Assurez-vous que le drainage s'effectue correctement par la sonde vésicale et que les tubes de raccordement ne sont pas tordus, pliés, ni comprimés.
- Administrez à la patiente une hydratation suffisante par voie intraveineuse afin de garantir une urine complètement claire en permanence.
- Surveillez et enregistrez les apports et évacuations de liquides.
- Surveillez et enregistrez tout signe d'incontinence urinaire ou fécale, par exemple sur les draps de la patiente.
- Effectuez une toilette vulvaire (asperger légèrement d'eau claire et sécher en tapotant) toutes les 8 heures, et selon les besoins.

5.1.2. Prise en charge postopératoire ultérieure

- Continuez à surveiller les signes vitaux et l'état de la patiente comme indiqué et selon les protocoles du centre.
- On peut interrompre l'administration de liquides intraveineux lorsque la patiente tolère des liquides mixtes par voie orale, généralement dans les 12 à 24 heures qui suivent l'opération.
- Faites marcher la patiente dès le premier jour après l'opération.
- S'il est présent, retirez le tampon vaginal 24 à 72 heures après l'opération, selon les préférences du chirurgien.

⁹⁷ Campbell and Asimwe. *Nursing Care For Women With Childbirth Injuries*.

5. Soins postopératoires

5.1. Prise en charge postopératoire

- Effectuez une toilette vulvaire (asperger légèrement d'eau claire et sécher en tapotant) après le retrait du tampon.

5.1.3. *Prise en charge postopératoire spécifique à la fistule vésico-vaginale*

Sondage et hygiène : Après l'opération, la/les sonde(s) urétérale(s) peuvent être laissées en place pendant 3 à 10 jours en fonction de la proximité de l'orifice urétéral par rapport à la marge de la fistule. La sonde de Foley doit rester en place pendant 10 à 14 jours, en drainage libre. Vérifiez tous les jours que le lit de la patiente est sec, qu'elle boit suffisamment d'eau pour assurer un écoulement d'urine claire et que la sonde de Foley évacue correctement et sans obstruction. Une fois que la patiente récupère sa mobilité, il est recommandé qu'elle prenne des douches ou se baigne avec des seaux, si possible, pour garder la zone vulvaire propre et sèche.

Alimentation : La patiente peut reprendre une alimentation normale le lendemain de l'opération, à condition qu'elle soit cliniquement apte à le faire. En outre, elle doit être encouragée à continuer de boire assez de liquides pour garantir une urine claire en permanence.

5.1.4. *Prise en charge postopératoire spécifique à la fistule recto-vaginale*

Sondage et hygiène : Après l'opération, la sonde de Foley doit rester en place, en drainage libre. Si la patiente a subi une réparation de fistule vésico-vaginale concomitante, la sonde doit rester en place pendant 10 à 14 jours, selon le protocole pour les fistules vésico-vaginales. Dans le cas d'une fistule recto-vaginale isolée, la sonde peut être retirée lorsque la patiente aura récupéré sa mobilité, en général le lendemain, et le tampon vaginal pourra être enlevé en même temps. Une fois que la patiente récupère sa mobilité, il est recommandé qu'elle prenne des douches ou se baigne avec des seaux pour garder la zone vulvo-anale propre et sèche.

Alimentation : Il est important de réduire le risque de constipation chez la patiente afin d'éviter tout effort de poussée de selles solides au niveau de la réparation, ce qui risquerait d'endommager les tissus en guérison et de provoquer une éventuelle déhiscence de la suture. Après l'opération, la patiente doit faire l'objet d'une réhydratation par voie intraveineuse jusqu'à ce qu'elle puisse tolérer des liquides mixtes par voie orale. Une alimentation légère peut être entamée le jour suivant, et ce, pendant 6 à 7 jours avant de réintroduire une alimentation normale. Afin d'éviter toute constipation de la patiente, un laxatif (par exemple, du bisacodyl) doit être prescrit lorsqu'elle commence l'alimentation légère, et ce, pendant une semaine environ. Si les selles deviennent trop liquides, l'administration de laxatifs doit être interrompue.

5.1.5. *Prise en charge postopératoire spécifique à la réparation de fistules par voie abdominale*

- En cas de laparotomie ou d'opération sous anesthésie générale, surveillez les signes vitaux de la patiente toutes les 30 minutes jusqu'à ce qu'elle soit complètement réveillée. Par la suite, ces observations doivent être effectuées toutes les 4 heures.

- Les liquides par voie orale peuvent être introduits le lendemain de l'opération, en fonction de l'état de la patiente.
- Pour d'autres soins de routine, *veuillez consulter le module 5.1.1. Prise en charge postopératoire immédiate* (page 251).
- Le premier jour et les jours suivants pendant la période postopératoire immédiate, examinez l'abdomen pour détecter une éventuelle distension et douleur. Écoutez les bruits intestinaux et demandez à la patiente si elle a eu des flatulences. Si c'est le cas et que vous entendez des bruits intestinaux, elle peut commencer la prise de liquides par voie orale. Continuez l'administration de liquides par voie intraveineuse pendant un jour supplémentaire.
- Faites marcher la patiente dès que possible, normalement le lendemain de l'intervention.
- Le surlendemain de l'opération, si l'état de la patiente est stable, il est possible d'interrompre l'administration intraveineuse de liquides et de commencer une alimentation légère, selon les protocoles de l'hôpital.
- Continuez à surveiller les signes vitaux et l'état de la patiente comme indiqué et selon les protocoles du centre.

5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux

Après l'intervention, il est extrêmement important d'évaluer méticuleusement les résultats de la réparation en utilisant un protocole standardisé basé sur l'expérience clinique et les meilleures pratiques des chirurgiens experts en fistules, comme présenté dans cette section. L'évaluation précise des résultats est une composante essentielle des soins postopératoires. Elle permet de garantir que les cas postopératoires présentant toujours des difficultés, notamment une incontinence persistante ou un échec de la réparation, reçoivent un diagnostic correct et opportun, ainsi qu'un traitement approprié et de qualité.

Une documentation méticuleuse joue un rôle fondamental dans ce processus, tout comme une relation de confiance entre le médecin et la patiente. Celle-ci doit se sentir capable d'exprimer toute préoccupation ou tout problème non résolu, sans quoi il serait difficile de les déceler. Il faut faire preuve d'une grande vigilance lors de l'évaluation des résultats chirurgicaux, car les patientes peuvent ne pas répondre de manière précise aux questions concernant leur incontinence. Cela peut se produire parce qu'elles souhaitent satisfaire le personnel médical en donnant une réponse positive, notamment en cas de traitement gratuit. Il est donc essentiel d'évaluer chaque patiente de façon clinique et objective, plutôt que de se fier uniquement à ses réponses.

Afin de déterminer les résultats de l'intervention chirurgicale, il faut évaluer si la fistule a été fermée avec succès et si la patiente est continente. Les résultats peuvent être classés de la manière suivante :

- Fistule fermée et patiente continente.
- Fistule fermée et patiente incontinente.
- Fistule non fermée et patiente incontinente.

5.2.1. Évaluation des résultats après réparation d'une fistule vésico-vaginale

Pour standardiser les meilleures pratiques dans l'évaluation des résultats chirurgicaux après la réparation d'une fistule vésico-vaginale, le Groupe consultatif d'experts de la FIGO composé de chirurgiens spécialistes de la fistule, et l'équipe de la FIGO pour l'Initiative de formation en chirurgie de la fistule, ont élaboré le protocole ci-dessous, ainsi que l'organigramme correspondant, page 256.⁹⁸

Une réparation de fistule vésico-vaginale peut être considérée comme réussie, c'est-à-dire lorsque la fistule est fermée et la patiente continente, si :

- ✓ Le **résultat du test au bleu de méthylène est négatif** avant le retrait de la sonde de Foley (généralement de 10 à 14 jours après l'opération).
- ✓ Après le retrait de la sonde de Foley, le **volume résiduel post-mictionnel d'urine est inférieur à 100 ml et inférieur à 50 % de la quantité évacuée.**
- ✓ La **bande hygiénique est sèche** le lendemain du retrait de la sonde de Foley.

Réalisation d'un test au bleu de méthylène

Effectuez un test au bleu de méthylène (*voir la section* Test au bleu de méthylène pour les fistules vésico-vaginales ; page 17) au bout de 10 à 14 jours après l'opération, avant de retirer la sonde de Foley.

- Si le résultat du test au bleu de méthylène est positif, **laissez** la sonde de Foley en place pendant **7 jours supplémentaires**. Pendant cette période, **observez** si la patiente présente des fuites d'urine en marchant, en position assise et/ou couchée. **Envisagez** de soigner la patiente en décubitus ventral lorsqu'elle est alitée.
 - En l'absence de fuites, **laissez** la sonde de Foley en place jusqu'à ce que l'absence de fuites soit constatée pendant **7 jours**. En cas de diminution des fuites, **envisagez de laisser** la sonde de Foley en place pendant 4 semaines jusqu'à ce qu'une absence de fuite soit constatée, puis **laissez-la** in situ pendant **7 jours supplémentaires**. Lorsqu'une absence de fuite est constatée pendant 7 jours avec la sonde de Foley en place, répétez le test au bleu de méthylène.
 - Si les fuites s'intensifient ou persistent et que le volume d'urine dans la poche/le seau de drainage diminue ou reste inchangé, il est peu probable que la fistule se ferme avec un nouveau sondage vésical. **Retirez** la sonde de Foley.
- ❖ **Résultat : Vous pouvez conclure que la fistule n'est ni fermée ni réparée et que la patiente présente une incontinence urinaire.** La réparation ayant échoué, il faudra **programmer** une nouvelle opération, généralement dans un délai de 3 mois. L'échec de la réparation peut s'avérer très décevant pour la patiente. Les patientes doivent donc recevoir un **counselling approfondi**, avec un soutien émotionnel continu et une aide à l'hygiène appropriée.
- Si le résultat du test au bleu de méthylène est négatif, **retirez** la sonde de Foley et **mesurez** le volume résiduel post-mictionnel.

⁹⁸ L'organigramme peut être téléchargé en plusieurs formats sur le Centre de ressources de la FIGO (www.figo.org/fistula-resources), afin qu'il puisse être affiché et consulté dans les milieux cliniques des unités de traitement de la fistule.

Mesure du volume résiduel post-mictionnel

Demandez à la patiente de boire suffisamment de liquides pour garantir une urine claire. Au cours des 24 à 48 heures suivantes, **mesurez** et **enregistrez** le volume mictionnel de la patiente et le volume résiduel post-mictionnel d'urine 3 fois (même en présence évidente de fuite chez la patiente). Si le volume résiduel est à peine suffisant et qu'il ne correspond pas aux catégories décrites ci-dessous, la patiente devra renouveler la mesure à quelques reprises.

- Si le volume résiduel post-mictionnel est supérieur à 100 ml ou supérieur à 50 % de la quantité évacuée :
 - ❖ **Résultat : Vous pouvez conclure que la fistule est fermée, mais que la patiente présente une rétention urinaire. Montrez** à la patiente comment effectuer un auto-cathétérisme propre intermittent 3 fois par jour jusqu'à ce qu'elle puisse vider sa vessie totalement ou que le volume résiduel soit inférieur à 100 ml et inférieur à 50 % de la quantité évacuée. À ce stade, **effectuez** un test de bande hygiénique.
- Si le volume résiduel post-mictionnel est inférieur à 100 ml et inférieur à 50 % de la quantité évacuée :
 - Le lendemain du retrait de la sonde de Foley, **effectuez** un test de bande hygiénique.

Réalisation d'un test de bande hygiénique

C'est une technique standardisée et utile pour obtenir une évaluation et une mesure objectives des fuites urinaires.

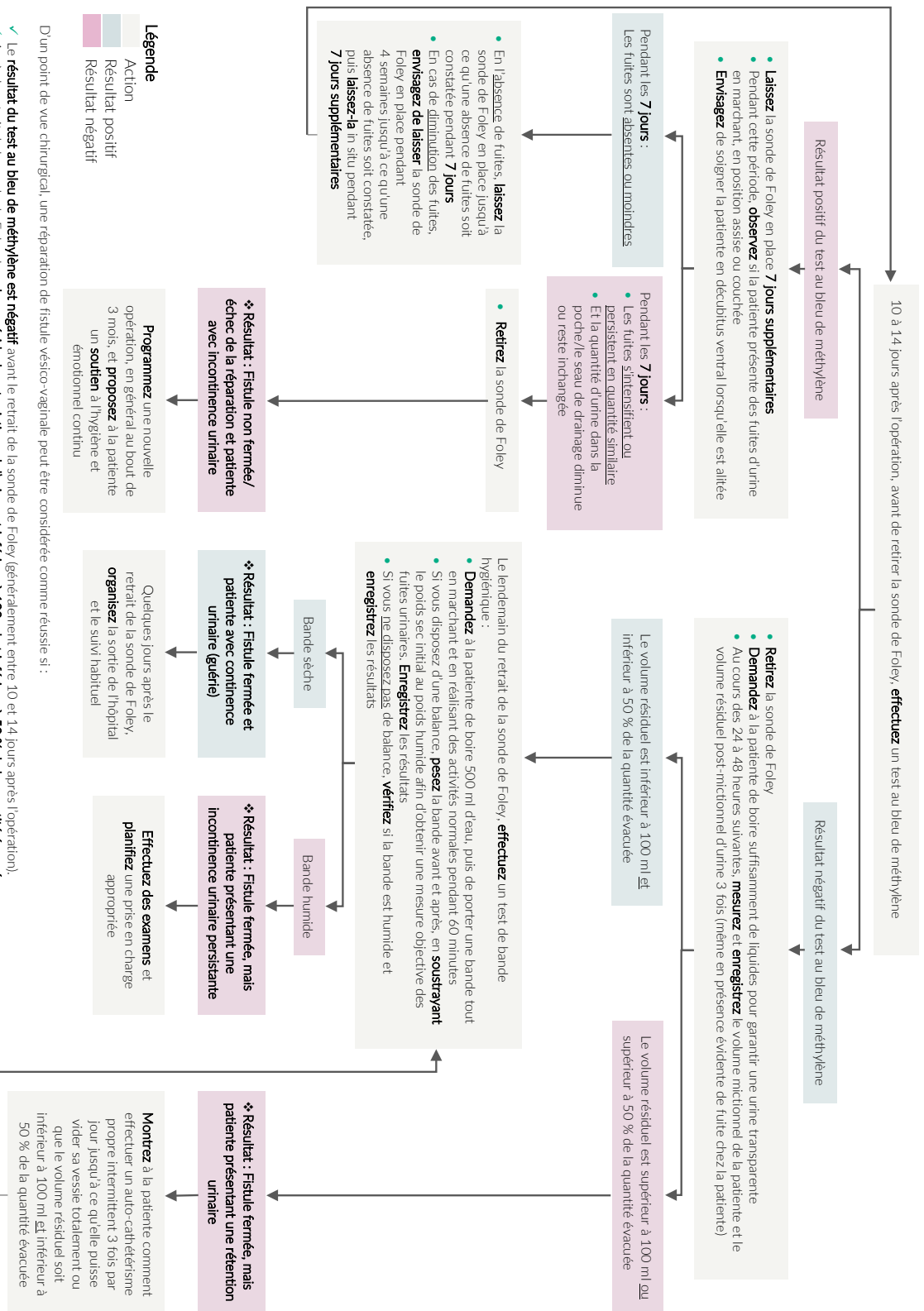
Demandez à la patiente de boire 500 ml d'eau, puis de porter une bande tout en marchant et en réalisant des activités normales pendant 60 minutes. Si une simple balance de cuisine est disponible, **pesez** la bande avant et après, **en soustrayant** le poids sec initial au poids humide. Si aucune balance n'est disponible, **vérifiez** si la bande est humide. **Assurez-vous** que tous les résultats sont enregistrés.

- Si la bande est humide :
 - ❖ **Résultat : Vous pouvez conclure que la fistule est fermée, mais que la patiente présente une incontinence urinaire persistante. Effectuez des examens et planifiez** la prise en charge appropriée.
- Si la bande est sèche :
 - ❖ **Résultat : Vous pouvez conclure que la fistule est fermée et que la patiente est continente (guérie).** Quelques jours après le retrait de la sonde de Foley, **organisez** la sortie de l'hôpital et le suivi habituel, à condition qu'il n'y ait pas de contre-indication médicale.

5. Soins postopératoires

5.2. Évaluation des résultats chirurgicaux

Évaluation des résultats après réparation d'une fistule vésico-vaginale



5.2.2. Évaluation des résultats après réparation d'une fistule recto-vaginale

En cas de fistule vésico-vaginale concomitante, les résultats de la patiente doivent être évalués après le retrait de la sonde de Foley, 10 à 14 jours après l'intervention. Dans le cas d'une fistule recto-vaginale isolée, les résultats de la réparation doivent être évalués lorsque la patiente évacuera normalement ses selles, 4 à 5 jours après l'intervention. Après une opération de fistule recto-vaginale, il est nécessaire d'interroger la patiente quant à une éventuelle incontinence intestinale et de l'examiner à cet égard. La présence de matières fécales dans le vagin est généralement suffisante pour confirmer le diagnostic de fistule recto-vaginale. En cas de doute, un test rectal au bleu de méthylène doit être effectué (voir Test au bleu de méthylène pour fistules recto-vaginales ; page 18). La plupart des patientes atteintes de fistule recto-vaginale présentent une fistule vésico-vaginale concomitante. Cette évaluation est donc généralement repoussée jusqu'au retrait de la sonde de Foley, de sorte que les fistules recto-vaginale et vésico-vaginale puissent être évaluées conjointement. Cependant, si la patiente se plaint du passage de selles à travers le vagin avant le retrait de la sonde de Foley, un examen en douceur peut être effectué plus tôt.

5.3. Physiothérapie pour l'incontinence persistante

Incontinence urinaire persistante

Bien que la fistule ait été fermée avec succès, selon la nature et l'ampleur de la lésion initiale, on estime qu'après l'opération, 15 à 33 % des femmes présenteront toujours différents degrés d'incontinence urinaire.⁹⁹ La physiothérapie peut réduire, voire guérir cette affection.¹⁰⁰

L'identification de la cause de l'incontinence persistante permettra de déterminer le traitement à suivre le plus approprié. Les types les plus communs sont les suivants :¹⁰¹

- Incontinence d'effort provoquée par une pression accrue de la vessie (par exemple, le fait de tousser, de rire, de s'exercer ou de soulever des objets).
- Incontinence impérieuse (ou besoin impérieux) provoquée par une vessie hyperactive, généralement accompagnée de fréquence urinaire.
- Une combinaison d'incontinence d'effort et d'incontinence impérieuse.
- Incontinence par regorgement provoquée par une rétention de l'urine.

La physiothérapie pour l'incontinence persistante peut inclure des exercices réguliers du plancher pelvien¹⁰² et/ou un programme de rééducation de la vessie. Cette dernière option, la rééducation de la vessie, sert à augmenter graduellement le volume d'une vessie de petite taille et/ou cicatricielle afin que la patiente puisse retenir l'urine en plus grande quantité et pendant plus

⁹⁹ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*. 45.

¹⁰⁰ L. Keyser, J. McKinney, C. Salmon, C. Furaha, R. Kinsindja, N. Benfield. Analysis of a Pilot Program to Implement Physical Therapy for Women with Gynecologic Fistula in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* (2014); Y.J. Castille, C. Avocetien, D. Zaongo, J.M. Colas, J.O. Peabody, C.H. Rochat CH. Impact of a Program of Physiotherapy and Health Education on the Outcome of Obstetric Fistula Surgery. *Int J Gynecol Obstet* (2014).

¹⁰¹ Lewis and de Bernis. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*.

¹⁰² Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*. 106–19.

longtemps, sans gêne ni fuite, avant d'avoir besoin d'uriner. Il s'agit également de la première ligne de prise en charge conservatrice pour l'incontinence impérieuse et les besoins impérieux.

Keyser et McKinney¹⁰³ recommandent que toutes les patientes suivent un programme d'administration de liquides et d'évacuation de la vessie après le retrait de la sonde, bien qu'il soit important de l'adapter aux besoins de chaque patiente.

Programme d'administration de liquides et d'évacuation de la vessie

Tableau 1. Mise en œuvre des services de réadaptation physique dans les soins holistiques des fistules et de maternité : Guide de formation pour les professionnels de la santé.¹⁰⁴

| Mictions programmées ou planifiées (émission d'urine programmée) |
|---|
| <p>Un programme mictionnel peut être bénéfique pour les patientes atteintes de besoins impérieux, d'une fréquence urinaire accrue/réduite, et pour celles qui ne ressentent pas le besoin régulier d'uriner.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juste après le retrait de la sonde, la patiente doit aller aux toilettes toutes les heures, même si elle n'en ressent pas le besoin. Il n'est pas nécessaire de continuer la nuit, sauf si elle ressent le besoin d'uriner. • Au bout de 5 à 7 jours, le temps de miction doit être augmenté de 15 minutes chaque semaine : semaine 1 = 60 minutes, semaine 2 = 75 minutes, semaine 3 = 90 minutes. • En procédant ainsi, la patiente peut s'entraîner à uriner toutes les 2 à 4 heures. |
| Programme d'administration de liquides |
| <ul style="list-style-type: none"> • Il est important que les patientes restent hydratées en buvant assez d'eau ou de liquides régulièrement tout au long de la journée. Les patientes doivent noter leur consommation d'eau et il leur est souvent conseillé de boire 2 à 3 litres d'eau par jour ou 250 ml toutes les heures.¹⁰⁵ • Le programme d'administration de liquides peut être synchronisé au programme de mictions, en encourageant les patientes à boire un verre d'eau après être allées aux toilettes. • Les patientes doivent diminuer leur consommation d'eau 2 heures avant de se coucher pour prévenir la nycturie ou l'énurésie nocturne. |
| Triple miction |
| <p>Cette technique peut aider les patientes qui ne parviennent pas à évacuer ou qui ont de l'urine résiduelle dans la vessie après la miction.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lorsque les patientes ressentent le besoin d'uriner, il leur est conseillé d'essayer de vider leur vessie trois fois dans un délai de 10 à 15 minutes. Après avoir vidé sa vessie une première fois autant que possible, la patiente doit marcher un peu, puis essayer d'uriner à nouveau au bout de 3 à 5 minutes. Cette opération doit ensuite être répétée une troisième fois. |

¹⁰³ Keyser et McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*. 102–3.

¹⁰⁴ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*. 102–3.

¹⁰⁵ Selon les recommandations de la FIGO, la patiente doit boire suffisamment de liquides pour garantir une urine toujours claire.

Incontinence fécale persistante

L'incontinence fécale persistante après l'opération peut découler d'une déficience du sphincter anal interne, qui peut être difficile à traiter. Les patientes peuvent alors bénéficier d'une approche multidisciplinaire, comprenant l'intervention de physiothérapeutes, de diététiciens et de gynécologues. Toutefois, si une équipe de ce type n'est pas disponible, la délégation de tâches au sein du personnel existant peut être très bénéfique, par exemple en formant les infirmières à la rééducation du plancher pelvien. En général, le traitement doit comprendre des exercices du plancher pelvien¹⁰⁶ et une prise en charge de la douleur. Une modification alimentaire visant à rendre les selles plus volumineuses peut également contribuer à réduire l'incontinence fécale persistante, mais elle ne doit être effectuée qu'une fois les tissus cicatrisés, idéalement 3 mois après la réparation.

5.4. Conseils antérieurs à la sortie

La période entourant la sortie de l'hôpital est une phase cruciale dans le parcours de guérison d'une patiente atteinte de fistule. Outre tous les contrôles de santé postopératoires nécessaires visant à s'assurer que la patiente est prête à sortir, des conseils complets doivent être prodigués pour garantir une transition réussie, y compris l'autogestion des soins à la sortie de l'hôpital, la planification familiale et le suivi.

Les informations et les conseils doivent être scrupuleusement communiqués à toutes les patientes et à leurs accompagnants (le cas échéant), et cela est tout particulièrement important pour les patientes atteintes de fistule obstétricale. Ce moment doit également servir à planifier les visites de suivi. Les points ci-dessous doivent être abordés en détail lors des discussions avec la patiente avant la sortie de l'hôpital et doivent être adaptés en fonction de la lésion, du type et de l'étiologie de la fistule ou d'autres interventions reconstructives décrites dans ce manuel.

Autogestion des soins

- Pour les patientes ayant eu une fistule vésico-vaginale, veiller à consommer suffisamment de liquides afin de s'assurer que l'urine reste toujours claire, et à uriner fréquemment, ou selon les recommandations si elles suivent un programme d'entraînement de la vessie.
- Pour les patientes ayant souffert d'une fistule recto-vaginale ou d'une déchirure périnéale, suivre une alimentation adaptée pour éviter la constipation et les efforts de poussée de selles solides au niveau de la réparation, notamment dans les 3 premiers mois pendant la guérison des tissus. Le cas échéant, il est conseillé de prendre un laxatif (bisacodyl) comme prescrit. Veuillez noter que ce conseil devra éventuellement être adapté chez les patientes atteintes d'incontinence fécale persistante.
- Continuer les exercices de physiothérapie recommandés, notamment des exercices de rééducation motrice, d'ambulation, de rééducation de la vessie et du plancher pelvien, selon les instructions données.

¹⁰⁶ Keyser and McKinney. *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers*. 106–19.

- Éviter de soulever des charges lourdes et de faire des travaux pénibles pendant 3 mois.
- S'abstenir de tout rapport sexuel pendant 3 à 6 mois afin d'éviter l'échec de la réparation, et idéalement éviter une grossesse pendant 1 an (si la patiente n'a pas subi d'hystérectomie et n'est pas ménopausée).
- Survenue et gestion des troubles sexuels, par exemple de sténose vaginale.
- Comment prévenir la survenue d'une fistule obstétricale ultérieure.

Planification familiale, futures grossesses et fertilité (pour les patientes qui n'ont pas fait l'objet d'une hystérectomie et qui ne sont pas ménopausées)

- Informations sur les services de planification familiale et proposition d'une méthode de contraception adaptée.
- Informations sur une éventuelle infertilité due à la fistule.

Pour toutes les femmes qui ont encore ou ont eu une fistule obstétricale (que la réparation ait été réussie, partiellement réussie, non réussie ou qu'aucune réparation n'ait été effectuée), indiquer la nécessité d'un accouchement par césarienne programmée pour toutes les grossesses ultérieures.

Communication et soutien

- Les coordonnées du centre de traitement (et/ou celles des principaux membres du personnel) doivent être systématiquement communiquées aux patientes en cas de développement d'incontinence, de problèmes postopératoires ou de futures grossesses.
- Les coordonnées d'autres services de soutien et de counselling doivent toujours être communiquées au cas où un soutien émotionnel et social supplémentaire serait nécessaire.
- Certains établissements peuvent aborder la question de savoir si la patiente souhaite sensibiliser sa communauté à la fistule obstétricale, afin d'en limiter l'incidence et/ou d'aider d'autres femmes souffrant de cette affection en les orientant vers des centres de traitement appropriés.

Rendez-vous de suivi et retour au domicile

- Les rendez-vous de suivi doivent être fixés à 3, 6 et 12 mois après l'opération et clairement expliqués à la patiente avant sa sortie.
- Il convient d'insister sur l'importance du respect des rendez-vous de suivi et d'aborder tout obstacle potentiel qui pourrait affecter le suivi, par exemple en fournissant une aide financière pour les déplacements vers et depuis l'hôpital.

Après l'opération, de nombreux centres organisent également le transport pour que les patientes puissent rentrer chez elles sans frais supplémentaires. Il est très important de conseiller à la patiente d'effectuer des arrêts fréquents pour aller aux toilettes lors du retour afin d'éviter la surdistension de la vessie et un éventuel échec de la réparation de la fistule vésico-vaginale.

- Tous les détails opératoires et postopératoires doivent être consignés sur une fiche de sortie, qu'il faut conseiller à la patiente de conserver précieusement et de présenter aux équipes de santé lors de toutes les futures grossesses.

6. Audit et recherche

Ce chapitre fournit des informations sur les principaux éléments nécessaires à la réalisation d'un audit clinique et de recherches rigoureuses. L'audit clinique est désormais obligatoire dans nombre de contextes et de recherches. Bien que facultatif, il peut contribuer à renforcer la base de données existantes et à faire avancer la pratique clinique.

6.1. Audit

L'audit clinique est un aspect essentiel d'une bonne gouvernance clinique en ce qui concerne l'amélioration et le maintien de normes cliniques élevées et de la sécurité des patientes. L'audit clinique doit faire partie intégrante des activités cliniques et doit être réalisé à intervalles réguliers pour contrôler la pratique et les performances cliniques. Ces derniers temps, les bonnes pratiques en matière d'audit clinique ont évolué d'une perspective purement centrée sur la profession vers une approche centrée sur les patientes. De ce fait, les audits cliniques visent à améliorer la qualité des soins et des résultats pour les patientes en examinant systématiquement la qualité des soins par rapport à des critères convenus et, par conséquent, en apportant des changements à la pratique clinique.¹⁰⁷

Les audits cliniques doivent suivre un processus systématique,¹⁰⁸ mais peuvent varier en fonction du lieu, de la terminologie et des étapes. Les cinq étapes principales sont décrites ci-dessous.

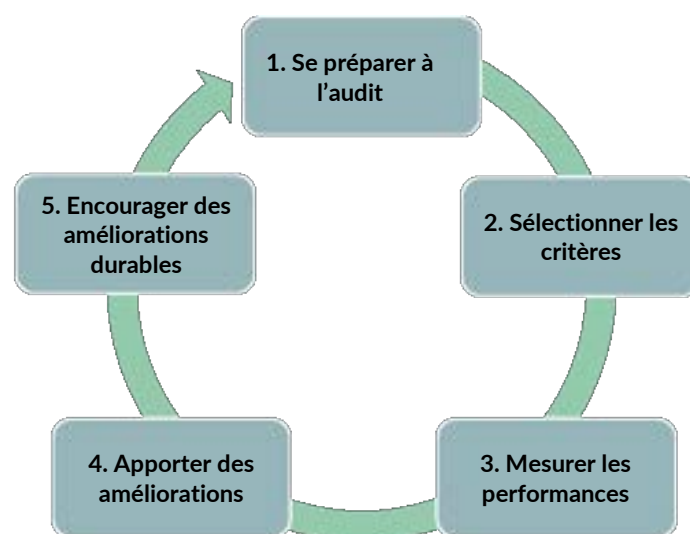


Figure 77. Étapes chronologiques impliquées dans un audit clinique systématique.

1. Se préparer à l'audit : La première étape consiste à identifier un problème qui demande une amélioration. Les plaintes ou les incidents critiques peuvent être utiles pour identifier les problèmes. Une tenue rigoureuse et honnête des dossiers cliniques facilitera ce processus.

¹⁰⁷ National Institute for Clinical Excellence. *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Abingdon: Radcliffe Medical Press (2002).

¹⁰⁸ National Institute for Clinical Excellence. *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Abingdon : Radcliffe Medical Press (2002).

2. Sélectionner les critères : Les critères de l'audit établissent des résultats mesurables et les normes établissent le niveau de soins que doit atteindre chaque audit. Les critères et les normes d'audit doivent toujours être objectifs, fixés à l'avance, fondés sur les meilleures données disponibles, et réalisables dans le contexte local.¹⁰⁹

3. Mesurer les performances : Il est essentiel d'identifier de façon claire les sources d'information, les techniques de collecte de données et les participants (par exemple, les patientes et les professionnels de santé) nécessaires pour établir avec précision les normes en vigueur. Les informations collectées doivent couvrir une période suffisamment longue pour permettre d'identifier et de suivre les tendances. Les aspects éthiques et la confidentialité des patientes doivent être respectés tout au long du processus de collecte de données. Analyser les données collectées et comparer les performances avec les critères et les normes identifiés au préalable. Cette comparaison révélera les possibilités d'amélioration dans les soins cliniques et les résultats, et devra orienter l'application de changements.

4. Faire des améliorations : Un plan d'action pour mettre en œuvre les changements nécessaires devra être élaboré, centré sur les résultats, limité dans le temps, réaliste et objectif. Il est de bonne pratique que le plan d'action soit approuvé à tous les niveaux avant d'être signé et mis en œuvre.

5. Encourager des améliorations durables : Il est essentiel de s'assurer que les améliorations sont durables. Par conséquent, chaque audit clinique doit inclure des plans de suivi et de maintien des changements, par exemple par le biais de nouveaux audits.

6.2. Recherche

Comme pour toute sous-spécialité médicale, une recherche rigoureuse et actualisée est nécessaire pour le développement des connaissances, de nouvelles techniques chirurgicales, ainsi que pour améliorer les pratiques et les résultats des patientes. Dans le domaine de la fistule obstétricale, le nombre de nouvelles recherches reste limité. Il est donc recommandé que les chirurgiens mènent leurs propres études et tentent de les publier afin d'accroître la base de données probantes.¹¹⁰ Même si les projets de recherche ne sont pas publiés, le processus peut aider à améliorer les pratiques et les résultats des chirurgiens. Avant d'entamer un projet de recherche, une révision systématique de la littérature liée au sujet est nécessaire pour comprendre les données probantes actuelles et identifier les lacunes.

Les participantes à la recherche revêtent une importance vitale et les chercheurs ont le devoir de les protéger, ainsi que leurs droits. Afin de protéger les patientes participantes et de préserver l'intégrité de la recherche, il est très important de respecter les aspects éthiques de la recherche généralement acceptés ainsi que les directives éthiques institutionnelles.

Il y a quelques principes clés qui peuvent aider à mener une recherche éthique :¹¹¹

¹⁰⁹ W. Graham, P. Wagaarachchi, G. Penney, A. McCaw-Binns, K.Y. Antwi, M.H. Hall. Criteria for Clinical Audit of the Quality of Hospital-Based Obstetric Care in Developing Countries. *Bull World Health Organ* (2000).

¹¹⁰ R. Pope and M. Beddow. A Review of Surgical Procedures to Repair Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* (2020).

¹¹¹ E.J. Emanuel. What Makes Clinical Research Ethical? *JAMA* (2000).

Valeur socioclinique : L'objectif de la recherche doit tendre vers l'amélioration de la prise en charge ou des soins prodigués aux patientes afin de justifier l'exposition des participantes au risque et aux contraintes de la recherche.

Rapport bénéfices-risques : Les risques et les inconvénients liés à la recherche doivent être atténués autant que possible, et dans l'ensemble, les avantages doivent l'emporter sur les risques.

Approbation éthique : Toutes les recherches impliquant la participation de personnes exigent une approbation éthique accordée par un comité d'éthique compétent et qualifié. Ce processus protège à la fois les chercheurs et les participants. Sans approbation éthique, le concept de l'étude devra alors être modifié.

Validité : La recherche doit se fonder sur des objectifs réalistes et raisonnables, et les méthodes doivent être valides, claires et praticables. La recherche doit toujours être menée dans le respect des limites éthiques. L'analyse approfondie et rigoureuse des données est essentielle à la validité de toute recherche. Si le chercheur ne dispose pas de ces compétences, il est conseillé de travailler avec des analystes de données compétents. Il est crucial de rendre les données disponibles, ainsi que de les stocker, les partager et les réutiliser de façon appropriée, afin d'exploiter le véritable potentiel de la recherche.

Respect et sélection des participants : La sélection des participants doit être pertinente et impartiale, et ils doivent recevoir suffisamment d'informations pour pouvoir prendre une décision autonome et éclairée. La vie privée et confidentialité des participants doivent être respectées à tout moment, et ils doivent avoir le droit de quitter l'étude à tout moment. Ils doivent également recevoir le soutien approprié en cas de réactions adverses ou d'effets inattendus. Les participants doivent également être informés des résultats de la recherche.

6.3. Méthodes de recherche

Diverses méthodes de recherche peuvent être utilisés à des fins d'audit et de recherche, et elles doivent être sélectionnées selon leur adéquation aux objectifs de la recherche.

Méthodes quantitatives

Les méthodes quantitatives se centrent sur la collecte de données numériques, par exemple, à travers des sondages, des questionnaires et des enquêtes, qui peuvent être menés en personne, par téléphone ou par courrier électronique, sur papier ou à l'aide de logiciels disponibles gratuitement, tels que SurveyMonkey, Google Forms et SurveyPlanet.¹¹² Les données sont généralement analysées avec Excel (Microsoft) ou des logiciels statistiques plus sophistiqués, comme SPSS, R ou STATA.¹¹³ La recherche quantitative utilise souvent des échantillons de plus grande taille afin de généraliser les résultats à toute une population et/ou pour tester une hypothèse ou une intervention concrète, c'est-à-dire déterminer si un traitement spécifique est

¹¹² SurveyMonkey. www.surveymonkey.co.uk. Accessed November 5, 2020; Google Forms. www.google.co.uk/forms/about. Consulté le 5 novembre 2020 ; surveyplanet. www.surveyplanet.com. Consulté le 5 novembre 2002.

¹¹³ IBM SPSS software. www.ibm.com/analytics/spss-statistics-software. Accessed November 5, 2020; The R Project for Statistical Computing. www.r-project.org. Accessed November 5, 2020; STATA software. www.stata.com. Accessed November 5, 2020.

efficace ou non. Cette dernière fonction est particulièrement pertinente dans la réalisation d'essais contrôlés randomisés.

La recherche quantitative présente l'avantage de suivre des normes établies et de pouvoir être reproduite et comparée à d'autres études. Elle est généralement considérée comme plus objective, car elle réduit le risque de partialité du chercheur et de violation de la confidentialité des participants. Toutefois, les méthodes quantitatives ont une capacité limitée en termes de recherche plus approfondie et d'explications des raisons à l'origine de résultats imprévus.

Méthodes qualitatives

La recherche qualitative étudie la nature de la réalité, centrée sur les processus, le sens et la reconnaissance des relations entre le chercheur et les participants. Les données qualitatives peuvent être collectées à l'aide de plusieurs méthodes créatives, le plus souvent par le biais de groupes de discussions et d'entretiens approfondis, semi ou non structurés, en face à face, par courrier électronique ou par téléphone. Pendant l'analyse, le chercheur vise à identifier des thèmes émergents pour étayer les résultats, ce qui peut se faire manuellement ou à l'aide d'un logiciel, tels que ATLAS.ti ou NVivo.¹¹⁴ En raison de la taille relativement réduite des échantillons souvent utilisés dans la recherche qualitative, la plupart des recherches de ce type doivent être traitées comme des études de cas et les résultats ne peuvent pas être généralisés à une population plus large.

Les méthodes qualitatives ont l'avantage de permettre la collecte de données approfondies, favorisant ainsi l'obtention de réponses plus détaillées aux sujets de la recherche et de résultats inattendus. Toutefois, ces méthodes ont tendance à être chronophages et à mobiliser beaucoup de ressources.

Méthodes de recherche mixtes

Cette approche combine à la fois des méthodes qualitatives et quantitatives au sein d'un même projet de recherche afin de tirer parti des points forts et de limiter les faiblesses de chaque approche, améliorant ainsi la validité et la fiabilité de la recherche.

Publication des recherches

La publication de leurs recherches peut être une possibilité pour les médecins intéressés par la recherche, et qui en ont acquis une bonne compréhension des méthodologies et de l'analyse. La littérature existante dans le domaine de la fistule obstétricale est très réduite, c'est pourquoi de nouvelles recherches menées correctement sont nécessaires pour améliorer les pratiques cliniques et les soins aux patientes atteintes de fistule.

Lorsque l'on cherche à publier un article dans une revue, il est important de trouver une revue scientifique adaptée au sujet de recherche, évaluée par des pairs, de bonne réputation et d'une portée relativement étendue. Chaque revue possède des directives à l'intention des auteurs qu'il

¹¹⁴ ATLAS.ti. www.atlasti.com. Accessed November 11, 2020; NVivo. www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home. Accessed November 5, 2020.

convient de suivre attentivement. Il est généralement interdit de soumettre un article à plus d'une revue à la fois.

La revue peut demander à l'auteur de réviser l'article après examen par les pairs avant que l'article ne soit accepté, puis publié. Si l'article est refusé en premier lieu, il peut être possible d'en rectifier les problèmes et de le soumettre à nouveau selon la politique de chaque revue. Dans les deux scénarios, il est essentiel pour les auteurs d'être réactifs, et de maintenir de bonnes relations avec les éditeurs. Il est également recommandé d'accepter les invitations à participer à l'examen par les pairs d'autres travaux de recherches.

Par ailleurs, il existe souvent des possibilités de présenter les recherches lors de réunions et de conférences sur le sujet. Les auteurs sont généralement invités à soumettre un résumé pour une présentation orale ou par affiche, qui sera révisé puis accepté ou refusé par le comité organisateur.

Ressources d'apprentissage

Centre de ressources FIGO sur la fistule

Pour une liste complète des ressources d'apprentissage, mise à jour régulièrement afin d'y inclure les dernières publications, visitez le Centre de ressources FIGO sur la fistule

<https://www.figo.org/fr/ce-que-nous-faisons/fistule-obstetrique/ressources-fistule>.

Ouvrages sur la chirurgie de la fistule

Breen M. (2019). *Manual of Obstetric Fistula Surgery*. Carlisle : The Foundation for the Global Library of Women's Medicine.*

Breen M. (2020). *Manuel de Chirurgie de la Fistule Obstétricale*. Carlisle : The Foundation for the Global Library of Women's Medicine.*

Chassar Moir J. (2006). *The Vesico-vaginal Fistula, 2^e édition*. Londres : Bailliere 1967.

Hancock B. (2005). *First Steps in Vesico-Vaginal Fistula Surgery*. Londres : Royal Society of Medicine Press Ltd.*

Hancock B. (2013). *An Introduction to Obstetric Fistula Surgery*. Londres : Sapiens Publishing Ltd.*

Hancock B, Browning A. (2009). *Practical Obstetric Fistula Surgery*. Londres : Royal Society of Medicine Press Ltd.*

Hancock B, Browning A. (2022). *Practical Obstetric Fistula Surgery, 2e édition*. Sydney : Halstead Press.*

Waldijk K. (1989). *The (Surgical) Management of Bladder Fistula in 775 Women in Northern Nigeria*. Thèse de doctorat. Université d'Utrecht.

Waldijk K. (1994). *Step-by-step Surgery of Vesicovaginal Fistulas*. Cheltenham : Nelson Thornes Ltd.

Waldijk K. (2015). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: Sphincter Ani Rupture, Cut-thru Trauma*. Limbourg : Printmarkt.

Waldijk K. (2016). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: Functional Pelvis Anatomy in the Female*. Limbourg : Printmarkt.

Waldijk K. (2018). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: Corpus Intrapelvinum, Connective Tissue Body of Pelvis with Endopelvis Diaphragm*. Limbourg : Printmarkt.

Waldijk K. (2018). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: Yankan Gishiri Fistula, Kees Continent Urethra Reconstruction*. Limbourg : Printmarkt.

Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 028 Kees Ic Stool Fistulas*. Limbourg : Printmarkt.

Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 027 Kees Ib Stool Fistulas*. Limbourg : Printmarkt.

* Accès gratuit.

- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 026 Kees la Stool Fistulas*. Limbourg : Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 025 Kees Stool Fistula Classification*. Limbourg : Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 024 Kees I Urine Fistulas*. Limbourg : Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 023 Kees Ilbb Urine Fistulas*. Limbourg : Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 022 Kees Ilba Urine Fistulas*. Limbourg : Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: 021 Kees Ilab Urine Fistulas*. Limbourg : Printmarkt.
- Waldijk K. (2020). *Obstetric Trauma Surgery, Art and Science, Setting Standards by Evidence-based Practice: Postpartum Hypotonic Bladder, Postpartum Urine Retention with Overflow Incontinence*. Limbourg : Printmarkt.
- Zacharin R. (1988). *Obstetric Fistula*. Vienne : Springer-Verlag.

Ouvrages sur les soins infirmiers et livres connexes

- Drew LB, Ruder B, Schwartz DA. (2022). *A Multidisciplinary Approach to Obstetric Fistula in Africa – Public Health, Anthropological, and Medical Perspectives*. Cham : Springer Nature Switzerland AG.
- Campbell IM, Asimwe IS. (2021). [Nursing Care for Women with Childbirth Injuries](#). Édimbourg : Uganda Childbirth Injury Fund ; Londres : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique.*
- Organisation mondiale de la santé. (2009). [Fistule obstétricale : Principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes](#). Genève : Organisation mondiale de la santé.*
- Organisation mondiale de la santé. (2006). [Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development](#). Genève : Organisation mondiale de la santé.*

Ouvrages sur la physiothérapie

- Keyser L, McKinney J. (2019). *Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Workers*. Mama LLC, EngenderHealth/Fistula Care Plus. Disponible en anglais, en français, en portugais et en swahili.†

Journaux et publications

- [International Journal of Gynecology & Obstetrics](#) (IJGO)
 - Numéro spécial : [Obstetric Fistula: Where We Currently Stand](#) (2020). Volume 148, Numéro S1.*

* Accès gratuit.

† Accès gratuit, mais inscription en ligne nécessaire.

- Numéro spécial : [Prevention and Treatment of Obstetric Fistula: Identifying Research Needs and Public Health Priorities](#) (2007). Volume 99, Numéro S1.

Vidéos de formation chirurgicale disponibles sur la plateforme Global Library of Women's Medicine (GLOWM)*

- Breen, Michael (2021)
 - [Discussion on Gracilis Muscle Flaps and Skin Flaps in Fistula Repair.](#)
 - [Mini-Singapore Flap for Vaginal Reconstruction – With Commentary.](#)
 - [Singapore Flap for Vaginal Reconstruction in a Case of Vesicovaginal Fistula.](#)
- Browning, Andrew: Fistula Repair Series (2018)
 - [Episode 1 Basic Principles: Tricks & Traps.](#)
 - [Episode 2 Perineal Tear Repair and Variations.](#)
 - [Episode 3 Circumferential Fistula Repair.](#)
 - [Episode 4 Ongoing Incontinence After Fistula Repair.](#)
 - [Episode 5 Singapore Neovagina.](#)

Sites web*

- [Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique \(FIGO\)](#)
- [International Society of Obstetric Fistula Surgeons \(ISOFS\)](#)
- [Global Library of Women's Medicine \(GLOWM\)](#)
- [EngenderHealth](#)

* Accès gratuit.

Bibliographie

- Adler AJ, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. (2013). Estimating the Prevalence of Obstetric Fistula: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 13:246. doi: 10.1186/1471-2393-13-246.
- Ahmed S, Holtz SA. (2007). Social and Economic Consequences of Obstetric Fistula: Life Changed Forever? *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl. 1):S10–5. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.011.
- Arrowsmith SD. (2007). Urinary Diversion in the Vesico-Vaginal Fistula Patient: General Considerations Regarding Feasibility, Safety, and Follow-Up. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl. 1):S65–8. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.028.
- Arrowsmith S, Hamlin EC, Wall LL. (1996). Obstructed Labor Injury Complex: Obstetric Fistula Formation and the Multifaceted Morbidity of Maternal Birth Trauma in the Developing World. *Obstet Gynecol Surv* 51:568–74. doi: 10.1097/00006254-199609000-00024.
- Baragine JK. (2015). Genital Fistula among Ugandan Women: Risk Factors, Treatment Outcomes, and Experiences of Patients and Spouses [Thèse de doctorat]. Université Makerere (Kampala) et Institut Karolinska (Stockholm). <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/44861>. Consulté le 22 juillet 2021.
- Breen M. (2019). *Manual of Obstetric Fistula Surgery*. Carlisle : The Foundation for the Global Library of Women's Medicine.
- Breen M, Ingber M. (2019). Controversies in the Management of Vesicovaginal Fistula. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 54:61–72. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.06.005.
- Browning A. (2006). A New Technique for the Surgical Management of Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair. *BJOG* 113:475–8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00847.x.
- Browning A. (2007). The Circumferential Obstetric Fistula: Characteristics, Management and Outcomes. *BJOG* 114:1172–6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01329.x.
- Browning A. (2004). Prevention of Residual Urinary Incontinence Following Successful Repair of Obstetric Vesico-Vaginal Fistula Using a Fibro-Muscular Sling. *BJOG* 111:357–61. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00080.x.
- Browning A. (2006). Risk Factors for Developing Residual Urinary Incontinence after Obstetric Fistula Repair. *BJOG* 113:482–5. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00875.x.
- Browning A. (2012). The Problem of Continuing Urinary Incontinence after Obstetric Vesicovaginal Surgery. RCOG International News, septembre 2012. <https://www.rcog.org.uk/en/global-network/global-health-news/international-news/international-news-september-2012/the-problem-of-continuing-urinary-incontinence-after-obstetric-vesicovaginal-surgery>. Consulté le 22 juillet 2021.

- Browning A, Whiteside S. (2015). Characteristics, Management, and Outcomes of Repair of Rectovaginal Fistula among 1100 Consecutive Cases of Female Genital Tract Fistula in Ethiopia. *Int J Gynecol Obstet* 131:70–3. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.05.012.
- Campaign to End Fistula [site web]. Fistula NGO Receives Health Award in Nigeria. 10 janvier 2012. <http://www.endfistula.org/news/fistula-ngo-receives-health-award-nigeria>. Consulté le 22 juillet 2021.
- Campbell IM, Asimwe IS. (2021). *Nursing Care For Women With Childbirth Injuries*. Carlisle : UCIF, FIGO.
- Capes T, Ascher-Walsh C, Abdoulaye I, Brodman M. (2011). Obstetric Fistula in Low and Middle Income Countries. *Mt Sinai J Med* 78:352–61. doi: 10.1002/msj.20265.
- Carey MP, Goh JT, Fynes MM, Murray CJ. (2002). Stress Urinary Incontinence after Delayed Primary Closure of Genitourinary Fistula: A Technique for Surgical Management. *Am J Obstet Gynecol* 186:948–53. doi: 10.1067/mob.2002.122247.
- Castille YJ, Avocetien C, Zaongo D, Colas JM, Peabody JO, Rochat CH. (2015). One-Year Follow-up of Women Who Participated in a Physiotherapy and Health Education Program Before and After Obstetric Fistula Surgery. *Int J Gynecol Obstet* 128:264–6. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.09.028.
- Castille YJ, Avocetien C, Zaongo D, Colas JM, Peabody JO, Rochat CH. (2014). Impact of a Program of Physiotherapy and Health Education on the Outcome of Obstetric Fistula Surgery. *Int J Gynecol Obstet* 124:77–80. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.06.032.
- Catherine Hamlin Fistula Foundation [site web]. Rehabilitation and Reintegration. www.hamlin.org.au/what-we-do/rehabilitation-and-reintegration/. Consulté le 5 novembre 2020.
- Cockshott WP. (1973). Pubic Changes Associated with Obstetric Vesico Vaginal Fistulae. *Clin Radiol* 24:241–7. doi: 10.1016/S0009-9260(73)80091-1.
- Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania (CCBRT) [site web]. Towards a Fistula-Free Generation. www.ccbt.or.tz/programmes/disability/fistula/. Consulté le 5 novembre 2020.
- De Ridder D, Badlani GH, Browning A, Singh P, Sombie I, Wall LL. (2009). Fistulas in the developing world. Dans : Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*, 4e éd. Paris : Health Publications Ltd. Royaume-Uni. <https://www.ics.org/committees/developingworld/professionaleducation/internationalconsultationincontinence>
- El Ayadi AM, Painter CE, Delamou A, et al. (2020). Rehabilitation and Reintegration Programming Adjunct to Female Genital Fistula Surgery: A Systematic Scoping Review. *Int J Gynecol Obstet*. 148(Suppl. 1):42–58. doi: 10.1002/ijgo.13039.

- El-Azab AS, Abolella HA, Farouk M. (2019). Update on vesicovaginal fistula: A systematic review. *Arab J Urol* 17:61–8. doi: 10.1080/2090598X.2019.1590033.
- Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. (2000). What Makes Clinical Research Ethical? *JAMA* 283:2701–11. doi: 10.1001/jama.283.20.2701.
- Fisch M, Hohenfellner R. (2007). Sigma-Rectum Pouch (Mainz Pouch II). *BJU Int* 99:945–60. doi: 10.1111/j.1464-410X.2007.06810.x.
- Frajzyngier V, Li G, Larson E, Ruminjo J, Barone MA. (2013). Development and Comparison of Prognostic Scoring Systems for Surgical Closure of Genitourinary Fistula. *Am J Obstet Gynecol* 208:112.e1–11. doi: 10.1016/j.ajog.2012.11.040.
- Freedom From Fistula [site web]. Fistula Ambassadors. www.freedomfromfistula.org.uk/programmes/fistula-ambassadors. Consulté le 5 novembre 2020.
- Goh JT. (2004). A New Classification for Female Genital Tract Fistula. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 44:502–4. doi: 10.1111/j.1479-828X.2004.00315.x.
- Goh JT, Browning A, Berhan B, Chang A. (2008). Predicting the Risk of Failure of Closure of Obstetric Fistula and Residual Urinary Incontinence Using a Classification System. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 19:1659–62. doi: 10.1007/s00192-008-0693-9.
- Graham W, Wagaarachchi P, Penney G, et al. (2000). Criteria for Clinical Audit of the Quality of Hospital-Based Obstetric Care in Developing Countries. *Bull World Health Organ* 78:614–20.
- Hancock B, Browning A. (2009). *Practical Obstetric Fistula Surgery*. Londres : Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Hawkins L, Spitzer RF, Christoffersen-Deb A, Leah J, Mabeya H. (2013). Characteristics and Surgical Success of Patients Presenting for Repair of Obstetric Fistula in Western Kenya. *Int J Gynecol Obstet* 120:178–82. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.08.014.
- Hillary CJ, Osman NI, Hilton P, Chapple CR. (2016). The Aetiology, Treatment, and Outcome of Urogenital Fistulae Managed in Well- and Low-Resourced Countries: A Systematic Review. *Eur Urol* 70:478–92. doi: 10.1016/j.eururo.2016.02.015.
- Hilton P, Ward A. (1998). Epidemiological and Surgical Aspects of Urogenital Fistulae: A Review of 25 Years' Experience in Southeast Nigeria. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 9:189–94. doi: 10.1007/BF01901602.
- Hilton P. (2016). Trends in the Aetiology of Urogenital Fistula: A Case of 'Retrospective Evolution'? *Int Urogynecol J* 27:831–7. doi: 10.1007/s00192-015-2919-y.
- Hinman F, Jr. (1989). Bladder Flap Repair (Boari). Dans : *Atlas of Urologic Surgery*. Philadelphie : Saunders.

- Kelly J, Winter HR. (2007). Reflections on the Knowledge Base for Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl. 1):S21–4. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.017.
- Keyser L, McKinney J. (2020). Implementing Physical Rehabilitation Services into Comprehensive Fistula and Maternity Care: A Training Guide for Health Care Workers. USAID, EngenderHealth, Fistula Care Plus, Mama LLC. <https://www.themamas.world/training-guide>. Consulté le 22 juillet 2021.
- Keyser L, McKinney J, Salmon C, Furaha C, Kinsindja R, Benfield N. (2014). Analysis of a Pilot Program to Implement Physical Therapy for Women with Gynecologic Fistula in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* 127:127–31. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.05.009.
- Lawal O, Bello O, Morhason-Bello I, Abdus-Salam R, Ojengbede O. (2019). Our Experience with Iatrogenic Ureteric Injuries among Women Presenting to University College Hospital, Ibadan: A Call to Action on Trigger Factors. *Obstet Gynecol Int* 2019:6456141 doi: 10.1155/2019/6456141.
- Lawson JB. (1968). Tropical Gynaecology: Birth-Canal Injuries. *Proc R Soc Med* 61:368–70. doi: 10.1177/003591576806100424.
- Lewis G, De Bernis L, eds. (2006). *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development Documents*. Genève : OMS.
- Longombe AO, Claude KM, Ruminjo J. (2008). Fistula and Traumatic Genital Injury from Sexual Violence in a Conflict Setting in Eastern Congo: Case Studies. *Reprod Health Matters* 16:132–41. doi: 10.1016/S0968-8080(08)31350-0.
- Lyimo MA, Mosha IH. (2019). Reasons for Delay in Seeking Treatment among Women with Obstetric Fistula in Tanzania: A Qualitative Study. *BMC Womens Health* 19:93. doi: 10.1186/s12905-019-0799-x.
- Maheu-Giroux M, Filippi V, Samadoulougou S, et al. (2015). Prevalence of Symptoms of Vaginal Fistula in 19 Sub-Saharan Africa Countries: A Meta-Analysis of National Household Survey Data. *Lancet Glob Health* 3:e271–8. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70348-1.
- Maroyi R, Keyser L, Hosterman L, Notia A, Mukwege D. (2020). The Mobile Surgical Outreach Program for Management of Patients with Genital Fistula in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* 148(Suppl. 1):27–32. doi: 10.1002/ijgo.13036.
- Mohammad RH. (2007). A Community Program for Women's Health and Development: Implications for the Long-Term Care of Women with Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl. 1):S137–42. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.035.
- Morgan MA, Polan ML, Melecot HH, Debru B, Sleemi A, Husain A. (2009). Experience with a Low-Pressure Colonic Pouch (Mainz II) Urinary Diversion for Irreparable Vesicovaginal Fistula and Bladder Extrophy in East Africa. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 20:1163–8. doi: 10.1007/s00192-009-0936-4.

- Mpunga Mafu M, Banze DF, Nembunzu D, *et al.* (2020). Frequency and Management of Non-Obstetric Fistula in the Democratic Republic of Congo: Experience from the Fistula Care Plus Project. *Trop Med Int Health* 25:687–94. doi: 10.1111/tmi.13394.
- Mselle LT, Moland KM, Evjen-Olsen B, Mvungi A, Kohi TW. (2011). 'I Am Nothing': Experiences of Loss among Women Suffering from Severe Birth Injuries in Tanzania. *BMC Womens Health* 11:49. doi: 10.1186/1472-6874-11-49.
- Muleta M, Rasmussen S, Kiserud T. (2010). Obstetric Fistula in 14,928 Ethiopian Women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 89:945–51. doi: 10.3109/00016341003801698.
- Muleta M, Williams G. (1999). Postcoital Injuries Treated at the Addis Ababa Fistula Hospital, 1991–97. *Lancet* 354:2051–2. doi: 10.1016/S0140-6736(99)05161-2.
- National Institute for Clinical Excellence. (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Oxford : Radcliffe Medical Press Ltd. <https://www.nice.org.uk/media/default/About/what-we-do/Into-practice/principles-for-best-practice-in-clinical-audit.pdf>. Consulté le 22 juillet 2021.
- O'Connor VJ Jr, Sokol JK, Bulkley GJ, Nanninga JB. (1973). Suprapubic closure of vesicovaginal fistula. *J Urol* 109(1):51–4. doi:10.1016/s0022-5347(17)60345-8.
- Ojengbede OA, Baba Y, Morhason-Bello IO, *et al.* (2014). Group Psychological Therapy in Obstetric Fistula Care: A Complementary Recipe for the Accompanying Mental Ill Health Morbidities? *Afr J Reprod Health* 18:155–9.
- Onsrud M, Sjøveian S, Mukwege D. (2009). O722 Sexual Violence-Related Fistulas in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* 107(Suppl. 2). Abstracts of XIX FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. doi: 10.1016/s0020-7292(09)61095-x.
- Onsrud M Sjøveian S, Mukwege D. (2011). Cesarean Delivery-Related Fistulae in the Democratic Republic of Congo. *Int J Gynecol Obstet* 114:10–4. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.01.018.
- Padmanabhan P. (2019). Bladder Flap Repair (Boari). Dans : Smith JA, Howards SS, Preminger GM, Dmochowski RR, eds. *Hinman's Atlas of Urologic Surgery*. 4e édition. Elsevier. 293.
- Pope R, Beddow M. (2020) A Review of Surgical Procedures to Repair Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* 148(Suppl. 1):22–6. doi: 10.1002/ijgo.13035.
- Pope R, Ganesh P, Wilkinson J. (2018). Pubococcygeal Sling versus Refixation of the Pubocervical Fascia in Vesicovaginal Fistula Repair: A Retrospective Review. *Obstet Gynecol Int* 2018:6396387. doi: 10.1155/2018/6396387.
- Premium Times Nigeria [website]. How Thousands of Women Get VVF Treatment in North-West Nigeria. 6 mai 2018. <https://www.premiumtimesng.com/health/health-features/267412-how-thousands-of-women-get-treatment-from-vvf-in-north-west-nigeria.html>. Consulté le 22 juillet 2021.

- Raassen TJ, Ngongo CJ, Mahendeka MM. (2018). Diagnosis and Management of 365 Ureteric Injuries Following Obstetric and Gynecologic Surgery in Resource-Limited Settings. *Int Urogynecol J* 29:1303–9. doi: 10.1007/s00192-017-3483-4.
- Raassen TJ, Ngongo CJ, Mahendeka MM. (2014). Iatrogenic Genitourinary Fistula: An 18-Year Retrospective Review of 805 Injuries. *Int Urogynecol J* 25:1699–706. doi: 10.1007/s00192-014-2445-3.
- Raassen TJ, Verdaasdonk EG, Vierhout ME. (2008). Prospective Results after First-Time Surgery for Obstetric Fistulas in East African Women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 19:73–9. doi: 10.1007/s00192-007-la0389-6.
- Ramsey K, Iliyasu Z, Idoko L. (2007). Fistula Fortnight: Innovative Partnership Brings Mass Treatment and Public Awareness towards Ending Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl. 1):S130–6. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.034.
- Rosa W, éd. (2018), Annexe : Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Dans : A New Era in Global Health. Springer Publishing Company : New York. doi: 10.1891/9780826190123.ap02
- Seim AR, Alassoum Z, Bronzan RN, Mainassara AA, Jacobsen JL, Gali YA. (2014). Pilot Community-Mobilization Program Reduces Maternal and Perinatal Mortality and Prevents Obstetric Fistula in Niger. *Int J Gynecol Obstet* 127:269–74. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.06.016.
- Sih AM, Kopp DM, Tang JH, et al. (2016). Association between Parity and Fistula Location in Women with Obstetric Fistula: A Multivariate Regression Analysis. *BJOG* 123:831–6. doi: 10.1111/1471-0528.13901.
- Slinger G, Trautvetter L. (2020). Addressing the Fistula Treatment Gap and Rising to the 2030 Challenge. *Int J Gynecol Obstet* 148(Suppl. 1):9–15. doi: 10.1002/ijgo.13033.
- Slinger G, Trautvetter L, Browning A, Rane A. (2018). Out of the Shadows and 6000 Reasons to Celebrate: An Update from FIGO's Fistula Surgery Training Initiative. *Int J Gynecol Obstet* 141, n° 3: 280–83. doi: 10.1002/ijgo.12482
- Stanton C, Holtz SA, Ahmed S. (2007). Challenges in Measuring Obstetric Fistula. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl. 1):S4–9. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.010.
- Tasnim N, Bangash K, Amin O, Luqman S, Hina H. (2020). Rising Trends in Iatrogenic Urogenital Fistula: A New Challenge. *Int J Gynecol Obstet* 148(Suppl. 1):33–6. doi: 10.1002/ijgo.13037.
- Tebeu PM, Fomulu JN, Khaddaj S, de Bernis L, Delvaux T, Rochat CH. (2012). Risk Factors for Obstetric Fistula: A Clinical Review. *Int Urogynecol J* 23:387–94. doi: 10.1007/s00192-011-1622-x.
- Tennfjord MK, Muleta M, Kiserud T. (2014). Musculoskeletal Sequelae in Patients with Obstetric Fistula – a Case–Control Study. *BMC Womens Health* 14:136. doi: 10.1186/s12905-014-0136-3.

- TERREWODE [site web]. Social Reintegration. www.terrewode.com/social-reintegration/. Consulté le 5 novembre 2020.
- Tsui AO, Creanga AA, Ahmed S. (2007). The Role of Delayed Childbearing in the Prevention of Obstetric Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl. 1):S98–107. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.024.
- Tunçalp Ö, Tripathi V, Landry E, Stanton CK, Ahmed S. (2015). Measuring the Incidence and Prevalence of Obstetric Fistula: Approaches, Needs and Recommendations. *Bull World Health Organ* 93:60–2. doi: 10.2471/BLT.14.141473.
- UNFPA. (2002). Second Meeting of the Working Group for the Prevention and Treatment of Obstetric Fistula. Addis-Abeba, 30 octobre-1er novembre 2002. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fistula_meeting02_eng.pdf. Consulté le 22 juillet 2021.
- Waldijk K. (1995). Surgical Classification of Obstetric Fistulas. *Int J Gynecol Obstet* 49:161–3. doi: 10.1016/0020-7292(95)02350-l.
- Waldijk K. (1994). The Immediate Surgical Management of Fresh Obstetric Fistulas with Catheter and/or Early Closure. *Int J Gynecol Obstet* 45:11–6. doi: 10.1016/0020-7292(94)90759-5.
- Waldijk K, Armiya'u YD. (1993). The Obstetric Fistula: A Major Public Health Problem Still Unsolved. *Int Urogynecol J* 4:126–8. doi: 10.1007/BF00376428.
- Waldijk K, Elkins TE. (1994). The Obstetric Fistula and Peroneal Nerve Injury: An Analysis of 947 Consecutive Patients. *Int Urogynecol J* 5:12–4. doi: 10.1007/BF00451704.
- Waldijk K. (2018). Obstetric Trauma Surgery Art and Science: post fistula repair urine incontinence; kees urethralization plus refixation. <https://isofs-global.org/public/uploads/file-15.pdf>. Consulté le 22 juillet 2021.
- Waldijk K. (2004). The Immediate Management of Fresh Obstetric Fistulas. *Am J Obstet Gynecol* 191:795–9. doi: 10.1016/j.ajog.2004.02.020.
- Wall LL. (2007). Ethical Issues in Vesico-Vaginal Fistula Care and Research. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl. 1):S32–9. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.020.
- Wall LL. (2007). Where Should Obstetric Vesico-Vaginal Fistulas Be Repaired: At the District General Hospital or a Specialized Fistula Center? *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl. 1):S28–31. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.019.
- Wall LL. (2006). Obstetric Vesicovaginal Fistula as an International Public-Health Problem. *Lancet* 368:1201–9. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69476-2.
- Wall LL, Karshima JA, Kirschner C, Arrowsmith SD. (2004). The Obstetric Vesicovaginal Fistula: Characteristics of 899 Patients from Jos, Nigeria. *Am J Obstet Gynecol* 190:1011–9. doi: 10.1016/j.ajog.2004.02.007.

- Wall LL, Arrowsmith SD, Hancock BD. (2008). Ethical Aspects of Urinary Diversion for Women with Irreparable Obstetric Fistulas in Developing Countries. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 19:1027–30. doi: 10.1007/s00192-008-0559-1.
- Watt MH, Moshia MV, Platt AC, *et al.* (2017). A Nurse-Delivered Mental Health Intervention for Obstetric Fistula Patients in Tanzania: Results of a Pilot Randomized Controlled Trial. *Pilot Feasibility Stud* 3:35. doi: 10.1186/s40814-017-0178-z.
- Watt MH, Wilson SM, Sikkema KJ, *et al.* (2015). Development of an Intervention to Improve Mental Health for Obstetric Fistula Patients in Tanzania. *Eval Program Plann* 50:1–9. doi: 10.1016/j.evalproplan.2015.01.007.
- Wegner MN, Ruminjo J, Sinclair E, Pessa L, Mehta M. (2007). Improving Community Knowledge of Obstetric Fistula Prevention and Treatment. *Int J Gynecol Obstet* 99(Suppl. 1):S108–11. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.06.030.
- Weston K, Mutiso S, Mwangi JW, Qureshi Z, Beard J, Venkat P. (2011). Depression among Women with Obstetric Fistula in Kenya. *Int J Gynecol Obstet* 115:31–3. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.04.015.
- Wilkinson J, Pope R, Kammann TJ, *et al.* (2016). The Ethical and Technical Aspects of Urinary Diversions in Low-Resource Settings: A Commentary. *BJOG* 123:1273–7. doi: 10.1111/1471-0528.13934.
- Williams G, Broughton S, Worku H, Tekle H. (2010). Five Years Experience of Ureterovaginal Fistulae Following Obstetric or Gynecological Intervention in Ethiopia. *Afr J Urol* 16:17–9. doi: 10.1007/s12301-010-0004-9.
- Wright J, Ayenachew F, Ballard KD. (2016). The Changing Face of Obstetric Fistula Surgery in Ethiopia. *Int J Womens Health* 8:243–8. doi: 10.2147/IJWH.S106645.

Index

- accouchement
 - futur, déchirures périnéales et 33
 - lieu et mode 15
 - troubles neurologiques provoqués par 16
- accueil 240
- activités génératrices de revenus 25, 243
- administration 243
- Afrique 129
 - subsaharienne 1, 2
- alimentation (postopératoire)
 - calculs vésicaux 145
 - déchirures périnéales 33
 - dérivation urinaire 199
 - fistule recto-vaginale 54, 252
 - cicatricielle et haute 92-93
 - sténosée ou circonférentielle 227
 - fistule urétérale 133
 - fistule urétrale 172
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 105
 - fistule vésico-vaginale 43, 252
 - circonférentielle 80
 - du dôme 67
 - fistules angulaires et résiduelles 121
 - incontinence (persistante) 184
 - néovagin (colique) 212
 - reconstruction urétrale 172
 - reconstruction vaginale 160
 - voir également* malnutrition
- allaitement 26, 30, 243
- améliorations, les apporter et les maintenir 262
- aménorrhée secondaire 248
- analyses de sang 25-6
- anastomoses
 - fistule recto-vaginale (sténosée ou circonférentielle) 223, 225, 226, 232
 - fistule vésico-vaginale circonférentielle 76, 78, 80, 83
 - néovagin colique 210, 211, 217
- antécédents
 - d'interventions chirurgicales 16
 - de maladies antérieures 16
 - personnels 15
- antérieurs à la sortie, conseils *voir* conseils (spécifiques) pour la sortie des patientes
- anurie 246
- anus, toucher rectal 16, 53
- apareunie 248
- appareil génital/reproducteur, examen digital et perméabilité 16, 17
- artère colique gauche 216
- artère hémorroïdale 216
- Asie du Sud-Est 1, 2
- audit 261-63
- autogestion des soins 259-60
- bandelettes
 - fistule urétrale et reconstruction urétrale 170
 - fistule vésico-vaginale circonférentielle 77, 84
 - incontinence (persistante) 180, 182, 183, 188
- besoin impérieux et incontinence par impériosité 257
- bloc opératoire 241
- calculs
 - vésicaux 140-151
 - vaginaux *voir* lithiase vaginale
- camp/campagnes sur le thème de la fistule 238-239
- carnet de bord des modules xi
- carnet de bord général xi
- causes non obstétricales des fistules 4-5

- causes obstétricales des fistules 3–4
 - voir également* accouchement ; travail (prolongé et obstructif) ; service d'attente de maternité ; service de surveillance postcésarienne ; grossesse
- cavité péritonéale
 - calculs vésicaux 142, 144
 - réparation des fistule recto-vaginale et cicatricielle et haute 89, 92
 - sténosée ou circonférentielle 224-26
 - réparation des fistule vésico-vaginale du dôme et 64, 66, 70
- centre de formation FIGO, devenir un 244
- centres spécialisés et dédiés 239–42
- cicatrice *voir* sténose (fistules obstétricales)
- classification de Waaldijk 8–10, 12
- classification des fistules obstétricales 7–12
- clinique de la stomie 243
- col de l'utérus
 - communication fistuleuse entre la vessie et (la fistule vésico-cervicale) 100-112
 - mobilisation de la vessie à partir de 109
 - réparation 110
- côlon (sigmoïde)
 - dérivation urinaire à partir de 204
 - néovagin à partir de 208–220
- colostomie 26, 88, 93, 222, 227
 - de décharge 227, 230
- communication 260
- comorbidités dans l'évaluation des patientes 13–15
 - soins holistiques 21–24
- compétences chirurgicales
 - évaluation et perfectionnement xi
 - niveaux *voir* niveaux
- complications (de l'intervention chirurgicale) 245–250
 - calculs vésicaux 144, 149
 - déchirures périnéales 32, 36
 - dérivation urinaire 198, 205
 - fistule recto-vaginale 54, 59
 - cicatricielle et haute 92, 97
 - sténosée ou circonférentielle 226, 233
 - fistule urétérale 132–133, 137
 - fistule urétrale 171–172, 176
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 105, 111
 - fistule vésico-vaginale 43, 47
 - circonférentielle 80, 84
 - du dôme 66, 71
 - fistules angulaires et résiduelles 121, 125
 - incontinence (persistante) 184, 189
 - néovagin (colique) 212, 218
 - période postopératoire immédiate 246-248
 - période postopératoire tardive 248–250
 - peropératoires 245
 - reconstruction urétrale 171–172, 176
 - reconstruction vaginale 160, 165
- complications liées à l'anesthésie
 - peropératoires 245
 - postopératoires 246
- conduit iléal 194
- conseils (spécifiques) pour la sortie des patientes 259–260
 - calculs vésicaux 145
 - déchirures périnéales 33, 259
 - dérivation urinaire 199–200
 - fistule recto-vaginale 54–55, 259
 - cicatricielle et haute 93
 - sténosée ou circonférentielle 227–228
 - fistule urétérale 133
 - fistule urétrale 172
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 105–106
 - fistule vésico-vaginale 43, 259
 - circonférentielle 80
 - du dôme 67
 - fistules angulaires et résiduelles 121
 - incontinence (persistante) 184–185
 - néovagin (colique) 212–213
 - reconstruction urétrale 172

- reconstruction vaginale 161
- conseils antérieurs à la sortie *voir* conseils (spécifiques) pour la sortie des patientes
- continence *voir* mécanisme anti-incontinence ; incontinence
- cystoscopie 26
- déchirures périnéales 4, 29–38
 - 1er/2e/3e/4e degré 29–30
 - autogestion des soins 259–260
 - fistule recto-vaginale après une mauvaise réparation de 54
- dérivation urinaire (par poche de Mainz II) 193–207
 - counselling 199, 203
 - déséquilibre électrolytique 198
- diagnostic (dans l'évaluation des patientes) 15–18
 - calculs vésicaux 141
 - déchirures périnéales 30
 - fistule recto-vaginale 51
 - cicatricielle et haute 88
 - sténosée ou circonférentielle 222
 - fistule urétérale 129
 - fistule urétrale 169
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 101
 - fistule vésico-vaginale 40
 - circonférentielle 76
 - du dôme 63
 - fistules angulaires et résiduelles 115
 - incontinence (persistante) 180–181
 - pour poche de Mainz II (dérivation urinaire) 195
 - sténose vaginale 153, 209
- diamètre (taille), fistules obstétricales 8–11
- domicile
 - accouchement à, non assisté 7
 - retour 260
- dossiers médicaux et enregistrement médical 240
- dyspareunie 248
- échec de la réparation 249
- échographie 26, 242
- éducation
 - communautaire/académique 25, 243
 - prévention des fistules 6–7
- embolie pulmonaire 248
- émission d'urine *voir* miction
- emplacement (site), fistules obstétricales 8–11
- enregistrement 240
- épidémiologie 1–2
 - voir également* prévalence
- épisiotomie
 - fistule recto-vaginale (cicatricielle et haute) 90
 - fistules angulaires et résiduelles 116–119, 124
- espace paravésical, fistule angulaire et mobilisation de la vessie dans 124
- espace rectovésical 164, 216
- étiopathogénie 2
- Évaluation Basée sur la Performance xi
 - calculs vésicaux 146–150
 - déchirures périnéales 34–37
 - dérivation urinaire 201–206
 - fistule recto-vaginale 56–60
 - cicatricielle et haute 94–98
 - sténosée ou circonférentielle 229–235
 - fistule urétérale 134–138
 - fistule urétrale 173–177
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 107–112
 - fistule vésico-vaginale 44–48
 - circonférentielle 81–85
 - du dôme 68–72
 - fistules angulaires et résiduelles 122–126
 - incontinence (persistante) 186–190
 - néovagin (colique) 214–219
 - reconstruction urétrale 173–177
 - reconstruction vaginale 162–166

- évaluation des résultats (chirurgicaux)
 - 253-257
 - calculs vésicaux 145
 - déchirures périnéales 33
 - dérivation urinaire 199
 - fistule recto-vaginale 54, 257
 - cicatricielle et haute 93
 - sténosée ou circonférentielle 227, 233
 - fistule urétérale 133
 - fistule urétrale 172
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 105
 - fistule vésico-vaginale 43, 254-256
 - algorithme 256
 - circonférentielle 80
 - du dôme 67
 - fistules angulaires et résiduelles 121
 - incontinence (persistante) 184
 - néovagin (colique) 212
 - reconstruction urétrale 172
 - reconstruction vaginale 160
- évaluation préopératoire 13-18
 - calculs vésicaux 141-142
 - déchirures périnéales 30
 - dérivation urinaire 195
 - fistule recto-vaginale 51
 - cicatricielle et haute 87-88
 - sténosée ou circonférentielle 222
 - fistule urétérale 129
 - fistule urétrale 169
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 101
 - fistule vésico-vaginale 40
 - circonférentielle 76
 - du dôme 63
 - fistules angulaires et résiduelles 115
 - incontinence (persistante) 180-181
 - néovagin (colique) 208-209
 - reconstruction urétrale 169
 - reconstruction vaginale 153
- évaluation
 - compétences chirurgicales xi
 - basée sur la performance
 - voir* Évaluation Basée sur la Performance
 - des patientes 13-18
 - préopératoire *voir* évaluation préopératoire
 - résultats *voir* évaluation des résultats
 - examen au spéculum 17
 - examen digital de l'appareil génital 16
 - anus 16, 53
 - examen physique 16-17
- facteurs étiologiques 3-5
- fascia pubocervical 9
- fèces *voir* matières fécales
- fermeture sans tension (vagin)
 - fistule recto-vaginale 52-53
 - sténosée ou circonférentielle 223, 225, 232
 - cicatricielle et haute 89, 90, 97
 - fistule urétrale 170
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 102, 110
 - fistule vésico-vaginale 41, 46, 47
 - circonférentielle 78, 80, 84
 - du dôme 64, 71
 - fistules angulaires et résiduelles 116, 118, 119, 124, 125
 - incontinence (persistante) 180, 249
 - néovagin (colique) 210
 - reconstruction urétrale 170
- fertilité 260
 - problèmes (secondaires) postopératoires 248
- finances 243
- fistule (notions de base) 1-27
 - définition 1-2
 - épidémiologie *voir* épidémiologie ; prévalence
 - étiopathogénie 2-3
 - facteurs étiologiques 3-5
 - non obstétricale, causes 4-5

- obstétricale *voir* fistules obstétricales
- prévention 5-7
- soins/services/centres de traitement 236-244
 - choix d'un modèle de prestation 237-240
 - déterminer les besoins en matière de prestation 236-237
 - élaborer des propositions pour 244
 - maintien 243-244
 - mise en place 240-243
 - services de base 240-242
 - services supplémentaires 242-243
 - centres spécialisés et dédiés 242-244
- fistule angulaire 114-127
- fistule génito-anorectale *voir* fistule recto-vaginale
- fistule génito-urinaire *voir* fistule vésico-vaginale
- fistules obstétricales (notions de base)
 - cause de lésion *voir* lésion
 - classification 7-11
 - épidémiologie 1
 - déterminer la prévalence 236
 - évaluation des patientes 13-27
 - mise en place d'un centre de traitement 240-243
- fistule recto-vaginale (génito-anorectales)
 - 1, 50-61, 88-99, 252, 257
 - autogestion des soins 259
 - sténosée ou circonférentielle 221-235
 - classification 11
 - par emplacement 10
 - colostomie *voir* colostomie
 - conseils pour la sortie des patientes *voir*
 - conseils pour la sortie des patientes
 - évaluation des résultats *voir* évaluation des résultats
 - fistule vésico-vaginale et, concomitante 1, 54, 92, 222, 226, 246, 252, 257
 - cicatricielle et haute 87-99, 221, 223
 - simple 50-61
 - test au bleu de méthylène 17-18
- fistule recto-vaginale sténosée ou circonférentielle 221-235
- fistule résiduelle 114-127
 - voir aussi les entrées sous* fistules angulaires et résiduelles
- fistule urétéro-vaginale 26, 128-129
- fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 100-113
- fistule vésico-vaginale (génito-urinaires) 1, 39-49, 62-73, 75-86, 252, 254
 - circonférentielle *voir* fistule vésico-vaginale circonférentielle
 - classification 9, 11
 - conseils pour la sortie des patientes *voir*
 - conseils pour la sortie des patientes du dôme 62-73
 - évaluation des résultats *voir* évaluation des résultats
 - fistule recto-vaginale et, concomitante 1, 54, 88, 92, 222, 224, 226, 246, 252, 257
 - fistule urétérale et, concomitante 128-129
 - prise en charge conservatrice 18-21
 - résiduelles (après réparation) 114-117
 - simple 39-49
 - test au bleu de méthylène 17, 47, 51, 54, 64, 71, 77, 84
- fistule vésico-vaginale circonférentielle 75-86
 - fistule angulaire après réparation de 115, 120
- greffes
 - cutanées 153, 154, 157
 - de Martius (greffe de tissu adipeux) 119-120, 126
 - fistules angulaires et résiduelles 119-120, 126
 - incontinence persistante 184
 - reconstruction vaginale 157, 160

- grossesse
 future 260
 et accouchement avec déchirures
 périnéales antérieures 33
 test 25
voir également accouchement ; travail ;
 service d'attente de maternité ;
 causes obstétricales ; fistules
 obstétricales ; service de
 surveillance postcésarienne
- hématome 247
 hématométrie 249
 hématurie 247
 hémorragie (saignement)
 peropératoires 245
 postopératoire 247
 secondaire 247
 hygiène (postopératoire)
 déchirures périnéales 33
 fistule recto-vaginale 252
 fistule vésico-vaginale 252
 hyperactivité du détrusor 249
- imagerie (radiologie) 242
 incontinence anale (incontinence **fécale**) 96,
 200, 205, 231, 232, 242, 246, 259
 incontinence d'effort 249
 épreuve d'effort 17
 incontinence des flatulences 96, 231, 232,
 242, 253
 incontinence et fuites 179-193, 246-247
 clinique 242
 des matières fécales 96, 231, 232, 242,
 246, 259
 des flatulences 96, 231, 232, 242, 259
 impérieuse 257
 persistante 175, 179-191, 249-250
 urinaire *voir* incontinence urinaire
voir également mécanisme anti-
 incontinence
- incontinence urinaire/urétrale (y compris
 fuites) 179-191, 249-250
 après retrait de la sonde 247, 249-250
 avec fistule vésico-vaginale
 prise en charge conservatrice en
 absence de fuites 19
 prise en charge conservatrice en
 présence de fuites 20-21
 effort *voir* incontinence d'effort
 persistante/résiduelle 179-191, 249-250
- infection
 fistule provoquée par 4-5
 hémorragie secondaire causée par
 247-248
 rénale, dérivation urinaire et 198
- infertilité secondaire 248
- intervention chirurgicale (y compris principes
 chirurgicaux)
 approche chirurgicale 26
 calculs vésicaux 142-144, 147-149
 classification et valeur prédictive de 9
 complications *voir* complications
 déchirures périnéales 31, 35-36
 dérivation urinaire 196-197, 203-205
 échec de la réparation 249
 fistule angulaire 117-120, 123-125
 bilatérale 119-120
 unilatérale 117-118
 fistule recto-vaginale 52-54, 57-58
 sténosée ou circonférentielle 223-226
 cicatricielle et haute 88-92, 95-97,
 221, 223
 fistule résiduelle 116-117
 fistule urétérale 130-132, 135-137
 fistule urétrale 169-171, 174-176
 fistule vésico-utérine/vésico-cervicale
 101-105, 108-110
 fistule vésico-vaginale 40-42, 45-47
 circonférentielle 76-79, 82-84
 du dôme 63-66, 69-71
 incontinence (persistante) 181-183,
 187-188

- néovagin (colique) 209–211, 215–217
niveaux d'aptitude *voir* niveaux
obtention des antécédents d'interventions
 chirurgicales 16
poche de Mainz II 196–197, 203
préparation de la patiente pour 26–27
reconstruction urétrale 169–171,
 174–176
reconstruction vaginale 154–159,
 163–165
résultats *voir* évaluation des résultats
- intestinale *voir* intestins
intestins (préopératoire)
 préparation 27, 245
 vides (défécation) 30, 51, 88, 153, 195,
 209, 222
voir également côlon ; matières fécales
- lambeaux
 de rotation, reconstruction vaginale 158
 de Singapour ou lambeau pudendal 155-6
 fistule recto-vaginale (haute/cicatricielle)
 89, 90, 97
 fistule urétérale 130
 fistule vésico-vaginale (circonférentielle)
 78, 80
 incontinence (persistante) 183–184
 péritonéal 159–160
 reconstruction vaginale 153, 157-160
 cutanés, 153, 157
 labiaux, reconstruction vaginale 157-58
 vaginaux, pour la fistule et la
 reconstruction urétrales 170, 172,
 175
- lésion/traumatisme
 des vaisseaux iliaques 133
 iatrogène 245
 fistule provoquée par 2, 4
 non obstétricale (fistule, provoquée par)
 4–5
 obstétricale (fistule, provoquée par) 3–4
 grave/inopérable 193
- ligament pubo-urétral comme mécanisme
 anti-incontinence 170, 182
ligament vertébral
 longitudinal antérieur 217
 longitudinal inférieur 210
lithiase vaginale 14, 16, 26
- maladies congénitales 5, 153
malnutrition 22
matières fécales (selles)
 contamination peropératoire 245
 examen 26
 fuites 51–52, 89
 incontinence/fuites (incontinence anale)
 195, 222, 224, 246, 259
 souillure du périnée 32-33
planification familiale 260
mécanisme anti-incontinence 175, 188
 ligament pubo-urétral comme 170, 182
médicaments
 pharmacie 241
 postopératoires 251
mesure du volume résiduel post-mictionnel
 255
méthodes de recherche mixtes 264
miction/émission d'urine
 mesure du volume résiduel post 255
 programmées ou planifiées 258
mobilisation (de la patiente) 244
- néovagin
 colique 208–220
 péritonéal 159
niveaux (d'aptitude) xii
 niveau 1 xii, 28–73
 niveau 2 xii, 74–191
 niveau 3 xii, 192–244
nutrition ; *voir* régime ; malnutrition
- observations de référence 25
obtention d'antécédents 15–16
 calculs vésicaux 141

- déchirures périnéales 30
- dérivation urinaire 195
- fistule recto-vaginale 51
 - cicatricielle et haute 87–88
 - sténosée ou circonférentielle 222
- fistule urétérale 129
- fistule urétrale 169
- fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 101
- fistule vésico-vaginale 40
 - circonférentielle 76
 - du dôme 63
- fistules angulaires et résiduelles 115
- incontinence (persistante) 180
- reconstruction urétrale 169
- sténose vaginale 153, 208–209

- patientes
 - au cœur du processus de prise de décision 237
 - communication et soutien 260
 - dossiers médicaux et enregistrement médical 240
 - évaluation *voir* évaluation préopératoire
 - mobilisation 244
 - préparation de *voir* préparation
 - respect des participantes à la recherche 263
- perfectionnement du personnel de santé 243–244
- performance, mesure 262
- pharmacie 241
- physiothérapie 22–24, 242
 - incontinence persistante 257–259
- planification (préopératoire) 25–27
 - calculs vésicaux 141–142
 - déchirures périnéales 30
 - dérivation urinaire 195
 - fistule recto-vaginale 51–52
 - cicatricielle et haute 88
 - sténosée ou circonférentielle 222
 - fistule urétérale 129
 - fistule urétrale 169
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 101
 - fistule vésico-vaginale 40
 - circonférentielle 76
 - du dôme 63
 - fistules angulaires et résiduelles 115
 - incontinence (persistante) 181
 - néovagin (colique) 209
 - reconstruction urétrale 169
 - reconstruction vaginale 153
- prise en charge conservatrice 18–21
 - sténose vaginale 153
- prise en charge postopératoire 251–253
 - fistule urétrale 169
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 101
 - fistule vésico-vaginale 40
 - circonférentielle 76
 - du dôme 63
 - fistules angulaires et résiduelles 115
 - incontinence (persistante) 181
 - néovagin (colique) 209
 - reconstruction urétrale 169
 - reconstruction vaginale 153
- poche, dérivation urinaire 193–207
- préparation (des patientes) 26–27
 - service/salle 240–241
- prévalence des fistules obstétricales 1
 - difficultés pour déterminer 236
- prévention clinique des fistules 5–6
- prévention des fistules 5–7
- prise de décision 26
 - patiente au cœur du processus 237
- prise en charge clinique préopératoire 13–27
 - calculs vésicaux 141–142
 - déchirures périnéales 30
 - dérivation urinaire 195
 - fistule recto-vaginale 51–52
 - cicatricielle et haute 88
 - sténosée ou circonférentielle 222
 - fistule urétérale 129
 - fistule urétrale 169
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 101
 - fistule vésico-vaginale 40
 - circonférentielle 76
 - du dôme 63
 - fistules angulaires et résiduelles 115
 - incontinence (persistante) 181
 - néovagin (colique) 209
 - reconstruction urétrale 169
 - reconstruction vaginale 153

- calculs vésicaux 144–145, 149
- déchirures périnéales 33, 37
- dérivation urinaire 199, 205
- fistule recto-vaginale 54, 59, 252
 - cicatricielle et haute 92–93, 97–98
 - sténosée ou circonférentielle 226–227, 233
- fistule urétérale 133, 137
- fistule urétrale 172, 176
- fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 105, 111
- fistule vésico-vaginale 43, 47, 252
 - circonférentielle 80, 84–85
 - du dôme 67, 72
- fistules angulaires et résiduelles 121, 125
- incontinence (persistante) 184, 189
- néovagin (colique) 212, 218
- reconstruction urétrale 172, 176
- reconstruction vaginale 160, 165
- service 238
- programme d'administration de liquides 258
- programme de sensibilisation 244
- programme de vulgarisation 244
- programmes d'ambassadrices (de la fistule) 25
- pronostic de fistules obstétricales,
 - classification et 12
- publication des recherches 264–265
- questions de genre 6
- radiologie 242
- rapport bénéfices-risques 263
- rapport sexuel 152–153, 161, 209, 212, 260
 - dyspareunie et apareunie 248
- recherche 262–265
 - éthique 263–264
 - méthodes 263–264
 - qualitative 264
 - quantitative 263–264
- réflexe anal, évaluation 16
- réimplantation abdominale des uretères 130
- rein (dans dérivation urinaire)
 - infection 198
 - santé/fonction 195, 198, 199
- rénal(e)... *voir* rein
- rendez-vous de suivi 260
 - néovagin colique 212
- rétention urinaire par regorgement 250
- saignement *voir* hémorragie
- selles *voir* matières fécales
- séquelles maternelles et fœtales d'un travail
 - prolongé et obstructif 3
- service d'attente de maternité 241
- service de surveillance postcésarienne 241
- services de laboratoire 241
- site (emplacement), fistules obstétricales 8–11
- soins et soutien psychologiques 24
- soins holistiques 21–25, 239–243
- sondage (vessie/urètre)
 - calculs vésicaux 142, 144
 - déchirures périnéales 33, 37
 - dérivation urinaire 199
 - fistule recto-vaginale 54, 252
 - cicatricielle et haute 92
 - sténosée ou circonférentielle 226, 227
 - fistule urétérale 131, 132, 133
 - fistule urétrale 170, 172
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 102, 103–104, 105, 109
 - fistule vésico-vaginale 41, 43, 252
 - circonférentielle 77, 80, 83
 - du dôme 64, 67, 70
 - fistules angulaires et résiduelles 116, 118, 119, 121
 - incontinence après retrait de la sonde 247, 249–250
 - néovagin (colique) 210, 212
 - pour incontinence (persistante) 181, 182, 184
 - reconstruction urétrale 170, 172
 - reconstruction vaginale 154, 160

- sonde obstruée 248
- soutien (aux patientes) 260
- soutien psychosocial 242
- sphincter anal 16
 - déchirures périnéales et 36
 - dérivation urinaire et 195–196
 - fistule rectovaginale et 58
 - cicatricielle et haute 96
 - sténosée ou circonférentielle 224, 225, 231
- sténose (fistules obstétricales)
 - classification 8, 11
 - étendue et situation 16
 - fistule recto-vaginale 87–99, 221, 223
 - fistules angulaires et résiduelles et excision de tissu cicatriciel 124
 - vaginal 16–17, 164, 216
- surveillance postcésarienne, service de 241
- symptômes dans l'évaluation des patientes 13, 15
- syndrome d'Asherman 14, 209, 248
- syndrome de Sheehan 14, 248
- système de classification Goh 10–11
- système de classification Waaldijk 8–10
- systèmes d'évaluation du pronostic 12
- systèmes de santé, locaux 236–237
- taille (diamètre), fistules obstétricales 8, 11
- technique d'Abbè-McIndoe 157–8
- technique de Davydov (lambeau péritonéal) 159
- test au bleu de méthylène 17–18, 254–256
 - dérivation urinaire 195
 - fistule urétérale 129, 132, 137
 - fistule urétrale 170
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 101, 102, 110
 - fistule recto-vaginale 18, 51, 54, 257
 - cicatricielle et haute 88, 93
 - sténosée ou circonférentielle 227
 - fistule vésico-vaginale 17, 254–256
 - circonférentielle 76, 77, 84
 - du dôme 63, 64, 71
 - simple 40, 41, 47
 - fistules angulaires et résiduelles 115, 116, 118, 119, 124
 - reconstruction urétrale 170
 - reconstruction vaginale 154
- thrombose veineuse profonde 248
- traumatisme *voir* lésion
- travail (prolongé et obstructif) 1–3, 6
 - évaluation des patientes 13–15
 - fistule vésico-vaginale et 39, 40
 - prise en charge conservatrice 18–21
 - séquelles maternelles et fœtales 3
 - troubles neurologiques provoqués par 14, 16
- triple miction 248
- troubles acido-basiques, dérivation urinaire 195, 198, 199
- unités intégrées de traitement de la fistule 239
- uretère(s)
 - dans dérivation urinaire 195, 196, 197, 204
 - fistule urétérale 128–139
 - réimplantation abdominale 130–131
 - réimplantation vaginale 131–133
 - réparation de fistule vésico-utérine/vésico-cervicale et 101, 102, 109
 - réparation de fistule vésico-vaginale et 41, 42, 46
 - circonférentielle 77, 79, 83
 - du dôme 63, 65, 70
 - réparation de fistules angulaires et résiduelles et 115, 116, 121, 124
- urètre
 - direction de la fermeture 9
 - examen 16
 - fistule, et reconstruction 168–178
 - méat externe 11

- réparation de fistule vésico-vaginale
 - circonférentielle et 83
- rétrécissements 76
 - comme complication 80, 172, 250
- sondes *voir* sondage
- urine
 - dans le sang (hématurie) 247
 - mesure du volume résiduel post-mictionnel 255
 - production, manque de (anurie) 246
 - rétenion 255
 - par regorgement 250
- utérus
 - mobilisation de la vessie à partir de 109
 - réparation 110
- vagin 152-167
 - calculs dans le 140-142
 - cicatrice 16, 164, 216
 - dilatation 153, 160, 165
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale et fermeture du 110
 - fistule vésico-vaginale et fermeture du circonférentielle 84
 - du dôme 71
 - simple 47
 - fistules angulaires et résiduelles et fermeture de 125
 - lambeaux 175, 188
 - lithiase vaginale 14, 16
 - reconstruction (en cas de sténose grave) 152-167
 - réimplantation urétérale dans 131-133
 - rétrécissements 250
 - sténose, diagnostic 153, 209
 - voir également* néovagin ; fistule recto-vaginale ; fistule vésico-vaginale
- vaisseaux mésentériques 132, 210, 216
- valeur socioclinique 263
- validité 263
- vessie
 - calculs vésicaux 140-151
 - postopératoires 248
 - capacité, évaluation 16
 - direction de la fermeture 9
 - fistule angulaire et mobilisation de la vessie dans l'espace paravésical 124
 - fistule vésico-vaginale du dôme 62-73
 - miction *voir* miction
 - programme de rééducation et programme 257-258
 - réparation de fistule urétérale et 136
 - réparation de fistule vésico-utérine/vésico-cervicale et 109-110
 - réparation de fistule vésico-vaginale et circonférentielle 78, 83
 - du dôme 65, 71
 - simple 46
 - sondes *voir* sondage
 - voir également* cystoscopie et les entrées commençant par vésico-
- voie abdominale
 - calculs vésicaux 142-144, 148
 - fistule recto-vaginale (haute/cicatricielle) 91-92, 96, 97
 - fistule urétérale 136
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale 103-104, 110
 - fistule vésico-vaginale (du dôme) 65-66, 70, 71
 - néovagin 209-210
 - prise en charge postopératoire des réparations par 252-253
- voie abdomino-vaginale, fistule recto-vaginale sténosée ou circonférentielle 225-226, 231, 232
- voie suspubienne, calculs vésicaux 143, 148
- voie vaginale
 - calculs vésicaux 142, 148
 - fistule urétérale 136-137
 - fistule recto-vaginale
 - cicatricielle et haute 89-90, 96, 97

- sténosée ou circonférentielle
223-224, 231
 - fistule vésico-utérine/vésico-cervicale
102, 110
 - fistule vésico-vaginale (du dôme) 63-64,
70, 71
 - néovagin 209-210
 - voir également* voie abdomino-vaginale
- zone ambulatoire 240

La FIGO est une organisation professionnelle qui regroupe plus de 130 associations de gynécologie-obstétrique du monde entier. La FIGO a pour vision d'offrir aux femmes du monde entier le plus haut niveau possible de santé et de bien-être sur les plans physique, mental, reproductif et sexuel tout au long de leur vie.

La FIGO est le chef de file des activités de programmes à l'échelle mondiale, et met plus particulièrement l'accent sur l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud-Est. L'un de ces programmes est l'Initiative de formation en chirurgie de la fistule, un projet axé sur la formation de davantage de chirurgiens de la fistule et d'équipes pluridisciplinaires dans les pays touchés par ces affections, afin d'élargir considérablement l'accès des femmes concernées à des soins spécialisés de qualité.

Ce manuel, compilé par des experts dans le domaine, sert de ressource de formation standardisée pour l'Initiative de formation en chirurgie de la fistule, ainsi que pour l'ensemble de la communauté de la fistule. Il entend doter les chirurgiens des connaissances et des compétences nécessaires pour fournir des soins holistiques et chirurgicaux spécialisés aux femmes atteintes de fistule obstétricale.



ISBN 978-0-9929457-0-1

Numéro d'organisation caritative : 1113263

Numéro d'immatriculation de la société : 05498067

© 2023 Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique.