

Chapitre 8

Sortie de l'hôpital

Retrait des sondes

Les sondes urinaires sont généralement retirées environ 10 à 14 jours après l'opération. Quelques-unes devront rester plus longtemps à l'hôpital sur recommandation spécifique du chirurgien.

Les patientes doivent rester à l'hôpital pendant 2 à 3 jours après le retrait de la sonde, afin de s'assurer qu'il n'y a pas de complications avant de rentrer chez elles.

Le réentraînement vésical est effectué après le retrait de la sonde. Il est destiné à rééduquer la vessie à se remplir et à se vider à nouveau, et augmente progressivement le volume de la vessie. La plupart des patientes ayant présenté une fistule n'ont pas fait fonctionner leur vessie normalement pendant plusieurs années en raison de fuites urinaires continues. Il faut donc parfois du temps pour que la vessie retrouve un fonctionnement normal.

Une méthode simple consiste à conseiller à la patiente d'uriner toutes les heures après le retrait de sa sonde, puis d'espacer progressivement les mictions toutes les deux heures, puis toutes les trois heures au cours des jours suivants.

Le volume résiduel de toutes les patientes doit être évalué le jour du retrait de la sonde. Pour cela, la patiente doit uriner dans un seau et le volume émis est mesuré. Une sonde intermittente doit ensuite être mise en place et le volume résiduel dans la vessie est mesuré.

Si le volume résiduel est supérieur à 100 ml ou supérieur au volume urinaire évacué, la patiente présente une rétention urinaire. Dans ce cas, le volume résiduel de la patiente doit être contrôlé pendant les jours suivants avant sa sortie de l'hôpital.

Si la rétention urinaire persiste, la patiente doit apprendre à pratiquer l'auto-sondage intermittent avant sa sortie de l'hôpital afin qu'elle puisse rester continente.

Si la patiente urine normalement sans rétention urinaire, elle peut rentrer chez elle. Pendant le trajet, il est conseillé à la patiente de s'arrêter toutes les deux heures, si possible, pour uriner si elle parcourt une longue distance. S'il n'est pas possible de s'arrêter pour uriner, il faut encourager les patientes à uriner dans les vêtements qu'elles portaient lorsqu'elles étaient incontinentes à leur arrivée à l'hôpital. Il faut les avertir que, si elles laissent leur vessie se remplir et se distendre pendant le voyage, elles risquent d'endommager la réparation et d'être incontinentes à nouveau.

Il incombe aux infirmières de contrôler individuellement chaque patiente avant leur retour à domicile. Les patientes souffrant de rétention chronique doivent être identifiées et doivent apprendre à pratiquer l'auto-sondage intermittent afin de réduire le risque qu'elles redeviennent incontinentes après leur retour à domicile.

Si les patientes sont incontinentes avant le retrait de la sonde, les chances de fermeture de la fistule seront alors faibles. Il est donc conseillé de retirer la sonde urinaire et de demander à la patiente de revenir pour un examen pour envisager éventuellement une intervention chirurgicale supplémentaire à l'avenir.

Tests au colorant (bleu de méthylène ou violet de gentiane)

Un test au colorant (bleu de méthylène ou violet de gentiane) est généralement effectué pendant le dépistage afin de vérifier la présence et l'emplacement d'une fistule. La procédure peut également être réalisée au bloc opératoire avant la réparation d'une fistule. De plus, quelques centres effectuent des tests au colorant avant de laisser sortir la patiente. Une grande prudence s'impose lors d'un test au colorant juste après la réparation. Il faut en effet veiller à ne pas endommager ou traumatiser la fistule nouvellement réparée, par exemple en utilisant de manière inappropriée le spéculum Sims ou en remplissant excessivement la vessie avec la solution colorante.

Il est donc préférable que ce soient les chirurgiens qui réalisent les tests au colorant. Ils sont susceptibles d'avoir de l'expérience dans ce domaine et peuvent ensuite donner des conseils sur les soins et la prise en charge appropriés pour chaque patiente.

Tests de bande hygiénique

Les tests de bande hygiénique constituent un moyen simple de vérifier si une patiente est incontinente après le retrait de la sonde urinaire ou peuvent être utilisés lors d'un dépistage pour confirmer si une patiente présente des fuites urinaires.

Pour effectuer un test de bande hygiénique, la serviette sèche est tout d'abord pesée, puis on demande à la patiente de boire 500 ml d'eau. Elle doit ensuite placer la serviette hygiénique dans ses sous-vêtements, marcher pendant une heure, fléchir les jambes ou sauter à cinq reprises, puis monter quelques marches. Après une heure, la serviette est pesée à nouveau et la différence de poids entre la serviette avant et après le test permet de déterminer l'ampleur de la fuite urinaire.

Incontinence d'effort

Chez un petit nombre de patientes, la fistule aura été réparée avec succès, mais elles resteront incontinentes au niveau de l'urètre (incontinence d'effort) après l'intervention chirurgicale. Cela peut être décevant pour la patiente, car elle peut avoir l'impression que ses symptômes persistent. L'incontinence d'effort peut avoir plusieurs causes, la principale étant la destruction du tissu urétral ou du col vésical suite à un traumatisme lors de l'accouchement, ce qui rend difficile une continence complète de la patiente. La lésion peut avoir laissé à la patiente une vessie extrêmement petite, ce qui rend difficile le maintien de la continence. Le réentraînement de la vessie est important chez toutes les patientes. Cette procédure consiste à augmenter progressivement l'intervalle entre les mictions afin d'augmenter lentement la capacité de la vessie.

Un chirurgien expérimenté dans le traitement des fistules peut proposer d'autres interventions chirurgicales utilisant des lambeaux cutanés ou musculaires, une intervention de pose d'une bandelette sous-urétrale et des procédures d'agrandissement de la vessie afin d'essayer d'améliorer l'incontinence d'effort. Cependant, ce type d'intervention ne convient pas à toutes les patientes.

Les exercices du plancher pelvien, s'ils sont effectués correctement et régulièrement, peuvent aider certaines femmes présentant une incontinence d'effort et peuvent être enseignés par les infirmières avant

que la patiente ne rentre chez elle. Ces exercices devront être poursuivis pendant 3 à 6 mois ou jusqu'à leur prochaine grossesse (Annexe C).

Les femmes qui ont bénéficié de nombreuses interventions chirurgicales et qui présentent toujours une incontinence urinaire sont souvent considérées comme incurables. Cependant, quelques options sont disponibles pour éviter les fuites urinaires et ces patientes doivent être informées des dérivations urinaires.

Conseils prodigués lors de la sortie des patientes traitées pour des fistules

Il est conseillé à toutes les patientes ayant bénéficié d'une réparation de fistule de s'abstenir de toute activité sexuelle pendant 3 à 5 mois après leur retour à domicile et d'utiliser un moyen de contraception afin de retarder une nouvelle grossesse pendant un an si possible.

Il leur est également recommandé de ne pas soulever de charges lourdes pendant au moins trois mois après leur retour à domicile. Ces instructions peuvent être difficiles à suivre chez certaines d'entre elles, si elles sont des agricultrices de subsistance, mais il faut insister sur le risque d'être à nouveau incontinentes si elles ne suivent pas ces conseils.

En présence de signes d'infection, qu'il s'agisse d'une infection urinaire ou d'écoulements vaginaux, la patiente doit consulter un médecin, car un traitement antibiotique pourrait être nécessaire.

Toute grossesse future nécessitera un accouchement par césarienne. Ce point doit être parfaitement compris par la femme et sa famille, car les risques de développer une nouvelle fistule lors d'un prochain accouchement par voie basse sont élevés. Si elle devient incontinente à nouveau, il lui est conseillé de contacter le centre de réparation des fistules et de se présenter pour un examen.

Conseils prodigués lors de la sortie des patientes traitées par réparation d'une déchirure de 3e et 4e degrés

La plupart des patientes peuvent rentrer chez elles 2 à 3 jours après une réparation du sphincter anal. Si la fonction intestinale est normale et que la plaie est propre et sèche, elles peuvent rentrer chez elles avec un traitement par des antibiotiques et un laxatif émollient, par exemple le bisacodyl 5 mg pendant 10 jours, et elles doivent continuer à boire beaucoup de liquides.

Après chaque selle, les patientes doivent toujours nettoyer la plaie afin d'éviter qu'elle ne s'infecte et ne se désunisse. Les bains de siège ne sont pas recommandés, sauf en cas d'infection de la plaie. Il suffit de nettoyer à l'eau et de sécher la peau après être allée à la selle. Si la plaie présente des écoulements, une petite compresse devra être portée sur la plaie afin de la maintenir aussi propre que possible.

Il est déconseillé d'avoir des relations sexuelles pendant les trois premiers mois, car une reprise précoce des rapports sexuels peut entraîner une dégradation de la réparation et une nouvelle incontinence fécale chez la patiente. Les patientes doivent être informées que, même si la peau a commencé à cicatriser à l'extérieur, la guérison complète de leur plaie prendra plus de temps.

Un régime riche en fibres permettra de s'assurer que les selles sont molles. Boire beaucoup de liquide aide également à éviter la constipation. Si une patiente souffre de constipation, les selles volumineuses et dures ainsi que les efforts pour aller à la selle exerceront une pression sur la plaie, ce qui peut entraîner un échec de la réparation.

Pour une femme qui a fait l'objet d'une réparation de déchirure de 4e degré, tous les accouchements futurs doivent être pratiqués par césarienne élective et sa famille doit être informée afin de s'y préparer. Ils doivent comprendre que si la femme accouche à nouveau par voie basse, le risque de déchirure de 4e degré est élevé et que les réparations ultérieures n'ont pas le même taux de réussite. Cependant, si la femme ne peut pas se rendre à l'hôpital assez rapidement pour subir une césarienne et accouche par voie basse, il faut lui conseiller de pousser doucement pendant l'accouchement, son périnée étant protégé par une sage-femme, afin que l'accouchement soit aussi lent et contrôlé que possible et que le risque d'une nouvelle déchirure de 3e ou 4e degré soit moindre. Les patientes ayant déjà fait l'objet d'une réparation de déchirure de 3e degré peuvent, quant à elles, accoucher par voie basse sous la supervision d'un personnel médical dûment formé.

Suivi

Dans certains centres, les patientes seront invitées à consulter le médecin pour un suivi quelques mois après leur retour à domicile, afin de vérifier qu'elles n'ont pas développé d'autres problèmes ou complications après l'opération. L'infirmière responsable du service doit également tenir

un registre contenant les noms et les coordonnées des patientes. Les téléphones portables sont un bon moyen de rester en contact avec les patientes qui ont dû parcourir une longue distance pour accéder à la chirurgie. Il est également utile de leur donner le numéro de téléphone du centre de traitement des fistules, au cas où elles rencontreraient des problèmes une fois rentrées chez elles.

Si une patiente présentant une fistule se rend à l'hôpital mais qu'il n'est pas possible d'effectuer l'intervention chirurgicale à ce moment-là, son nom et ses coordonnées doivent être consignés dans un registre afin qu'elle puisse être rappelée lorsqu'une intervention chirurgicale pourra être réalisée. Il est important de ne jamais fermer la porte à une femme présentant une fistule, en tenant compte du traumatisme qu'elle a déjà subi et des difficultés qu'elle a rencontrées pour se rendre à l'hôpital afin de se faire soigner.