

ANNEXE 3

PROTOCOLES PRE ET POST-OPERATOIRES POUR LES SOINS DE FVV

Bilan pré-opératoire avant cure de fistule (les plus importants en gras.)

Taux d'hémoglobine et groupe sanguin.	TEST HIV
<i>Test de grossesse:</i> L'historique des cycles menstruels et l'activité sexuelle peuvent tromper.	<i>Paludisme (Malaria):</i> Goutte épaisse ou Test de Diagnostic Rapide.
<i>Sucre sanguin:</i> les diabétiques ont un risque accru d'échec de la cure. Ce n'est pas un test de routine il doit être considéré en cas de cures répétées.	<i>Fonction rénale:</i> si disponibles, la créatinine et l'urée sont utiles particulièrement s'il y a hydronéphrose. Mais ils ne sont pas disponibles dans la majorité des centres.
<p>Echographie rénale pour rechercher une hydronéphrose ou une atrophie rénale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>FVV:</i> L'échographie peut être utile si vous ne pouvez pas retrouver un des uretères au cours de la chirurgie. • <i>Fistule urétéro-vaginale:</i> L'hydronéphrose accompagne souvent la fistule urétéro-vaginale qui peut dans certains se présenter en même temps que la FVV, l'urine qui coule par la FVV rend difficile le diagnostic de la fistule urétéro-vaginale jusqu'à ce que la FVV soit fermée. Un nombre important de FVV post-chirurgicales ont une lésion urétérale associée. 	
<p><i>Urine:</i> La culture de l'urine (ECBU) n'est pas nécessaire car les résultats peuvent tromper à cause de la contamination. Puisque l'urine coule constamment, les patientes avec FVV ont rarement une infection du tractus urinaire en pré-opératoire sauf en cas de lithiase. Toutefois, en zones endémiques, le dépistage de la schistosomiase est important et en cas de positivité, l'urine doit être recontrôler avant la chirurgie.</p>	

Routine du jour pré-opération

- Numération de formule sanguine (NFS)
- Patiente à jeun après minuit.

Jour de l'opération: Routine avant l'opération

- Débuter les solutés IV au moins 1 heure avant l'opération: Ringer Lactate or Solution salée.
- Antibiothérapie prophylactique selon le protocole de l'hôpital.

Jour de l'opération : routine post-opératoire (Après le retour du bloc opératoire):

- *En salle de récupération:* Contrôlez la Tension artérielle et le pouls chaque 15 durant 1 heure. Si elle est stable, transférer en salle d'hospitalisation
- *En sale d'hospitalisation:* Contrôlez la Tension artérielle et le pouls chaque 30 minutes durant 2 heures, chaque heure durant 4 heures, puis toutes les 4 heures.
- *Solutés IV:* Soit du Ringer Lactate ou Solution salée 100 ml/ h. Continuez jusqu'à la matinée de J1. Elle peut prendre des liquides par voie orale après 6 heures si elle tolère.
- *soins du cathéter:* Le cathéter ne doit pas se tordre et la patiente ne doit pas se coucher là-dessus. Rassurez-vous que le cathéter est au-dessus et pas en dessous de ses jambes. Videz la poche collectrice toutes les 2 heures et contrôlez le débit urinaire toutes les 2 heures. Voir l'encadre ci-dessous si l'urine ne draine pas.
- Recherchez un saignement vaginal. S'il y a un saignement, contrôlez les paramètres vitaux: TA, Pouls, Fréquence respiratoire, saturation d'oxygène, et informez au chirurgien.

Routine de J1 post-opératoire et plus tard

- 3 litres/jour de liquides par voie orale et alimentation normale. Si elle boit bien, arrêtez les solutés intraveineux
- Retirez le tampon vaginale et nettoyez la région périnéale externe 1-2 fois/jour tant que la sonde de Foley est en place.
- Contrôlez les 3 D comme dans l'encadre. Videz la poche collectrice toutes les 4 heures à J1 et J2. A partir de J3, la patiente peut vider la poche elle-même quand elle est à moitié pleine, mais elle doit montrer d ; abord à l'infirmière.
- Observations : Toutes les 4 heures à J1 et toutes les 8 heures à partir de J2 si elle est stable.

 **Conseil!** Si vous suspectez une obstruction du cathéter, élevez le tube de drainage au-dessus du niveau de l'abdomen de la patiente et recherchez un flux libre. S'il y a un retour libre d'urine vers la vessie, il est probable que le cathéter soit obstrué.

Tous les jours post-opératoires: Contrôlez les 3 D:

Drainage: Si l'urine ne draine pas par le cathéter a tout moment ou la patiente a une douleur sus-pubienne :

- Recherchez des coudures ou torsion du cathéter et du tube de drainage qui peuvent bloquer le flux d'urine.
- Rincer le cathéter avec 10 ml de soluté sale 3 fois et retirer le liquide après chaque rinçage. Le liquide doit entrer et sortir. Si vous ne pouvez pas rincer le cathéter ou retirer le liquide, le médecin devrait changer le cathéter de préférence en position de lithotomie au bloc.
- Après le rinçage, connectez la poche collectrice et observez le flux d'urine. Informez au médecin s'il n'y a toujours pas d'urine ou s'il y a juste du sang.
- S'il y a des caillots visibles, continuez de rincer jusqu'à ce qu'ils disparaissent. Appelez le médecin si les caillots persistent.
- Si les sondes urétérales drainent bien mais il y a juste un peu ou pas d'urine par la sonde vésicale, rincez juste la sonde vésicale avec 10 ml.
- Si les sondes urétérales ne drainent pas mais il y a un bon débit urinaire par la sonde vésicale, rincez juste les sondes urétérales avec 2 ml et observez.
- Si les sondes urétérales ne drainent pas et il y a peu ou pas d'urine par la sonde vésicale, informez au médecin.

Dry (Sèche): S'il y a fuite d'urine à n'importe quel moment, recherchez une obstruction de la sonde en la rinçant. Si elle n'est pas obstruée, observez juste la patiente.

Drinking (Boire) bien pour prévenir une obstruction de la sonde: l'urine doit être Claire comme l'eau. Encouragez l'ingestion d'au moins 3 litres/jour.

En cas de saignement vaginal à n'importe quel moment: Si le médecin ne pas disponible immédiatement: placez un tampon serré dans le vagin. Placez un soluté IV (salé). Elevez les pieds du lit. Contrôlez les paramètres vitaux et informez au médecin.

Si fièvre après J1: > 38 degrés C ou > 100 degrés F: Exclure un paludisme. Recherchez une infection urinaire.

Le jour du retrait de la sonde (suivant les instructions post-opératoires): Faites un test au bleu.

- S'il y a cicatrisation et le test au bleu est négatif, retirez la sonde.
- Si le test au bleu est positif, gardez la sonde 2-4 semaines de plus et répétez le test au bleu avant de la retirer.

PROTOCOLE DE TEST DE GARNITURE

C'est une manière de mesurer objectivement combien humide ou sèche la patiente est après la cure de VVF ou toute opération pour incontinence d'effort. Il est mieux de le faire 2 -3 jours après le retrait du cathéter car certaines fuites son fréquentes juste après le retrait du cathéter.

Vous avez besoin pour cela d'une infirmière, d'une garniture et d'une balance de cuisine. Il est souvent plus facile de tester plusieurs patientes à la fois.

- Fournissez à la patiente une garniture que vous avez pesée avant qu'elle l'utilise. Pesez également le récipient (e.g, gant d'examen) dans lequel sera mise la garniture.
- Demander à la patiente de boire 500 ml d'eau en 'une courte période de temps (pas plus de 15 minutes), puis s'asseoir ou se reposer pendant quelques minutes.
- Elle devrait se promener et uriner quand elle sentira le besoin (en prenant soins de ne pas mouiller la garniture en urinant)
- Après une heure, demandez-lui de revenir chez l'infirmière qui pèsera encore la garniture pour noter le changement de poids. Le gain de poids en gramme=Perte d'urine en ml. Une augmentation de :
 - 1 to 10g = incontinence legere
 - 11 to 50 g = incontinence moderee
 - > 50 g = incontinence severe.

NOTE: Si la patiente sent que sa garniture est imbibée, elle doit revenir chez l'infirmière pour qu'elle la lui remplace par une nouvelle et qu'elle place l'ancienne dans un récipient hermétique.

NOTE: Si la patiente a besoin d'uriner, elle doit revenir chez l'infirmière. Si elle ne peut pas y parvenir avant d'uriner, dites-lui de retirer la garniture avant d'uriner et qu'elle ramène la garniture à l'infirmière après qu'elle ait uriné.