

Soins périopératoires

Préparation préopératoire, antibiothérapie, mèche vaginale, sonde urinaire

Bruno Deval

PLAN DU CHAPITRE

Ambulatoire	18
Préparation	19
Anesthésie	19
Douleurs	20
Surveillance postopératoire	20



Pistes de lecture

- Citer les précautions d'usage utilisées avant une chirurgie pelvienne bénigne.
- Connaître les antiseptiques devant être utilisés avant une chirurgie pelvienne.
- Citer les pathologies qui doivent être recherchées devant une douleur péritonéale persistante.

Les soins périopératoires doivent respecter des protocoles établis et être suivis par l'ensemble des médecins du service. Entre autres, la préparation psychologique, les soins la veille de l'intervention, la surveillance postopératoire doivent être surveillés suivant le même protocole.

La préparation à l'intervention chirurgicale est avant tout informative; cette étape est réalisée dès la consultation préopératoire. Elle permet d'informer des différentes voies d'abord, de la durée opératoire, de la durée d'hospitalisation, des conséquences à long terme de l'intervention (ces informations étant consignées sur le dossier et remises en double exemplaire à la patiente). Le concours de l'équipe soignante, l'unité de l'équipe médicale en particulier, la collaboration avec l'équipe d'anesthésie, et l'existence de protocoles de soins prédéfinis permettent de constituer un tissu de soutien et de confiance grâce auquel la patiente abordera le geste chirurgical en toute sérénité. L'examen clinique préopératoire s'attarde au détail des cicatrices cutanées, ombilicales ou périnéales. C'est dans ce temps de la prise en charge clinique que le détail des voies d'abord chirurgicales peut être donné. La prescription d'une œstrogénothérapie avant toute chirurgie permet d'améliorer la trophicité des tissus, le geste opératoire et d'accélérer la cicatrisation.



Information périopératoire idéale de la patiente

- Information et discussion lors de la consultation
- Prise en compte du calendrier mictionnel ou des scores symptômes et questionnaires de qualité de vie (PFDI : *Pelvic Floor Distress Inventory*, PFIQ : *Pelvic Floor Impact Questionnaire*, Wexner, MHU : mesure du handicap urinaire, ou Ditrovie)
- Délai de réflexion d'au moins un mois
- Prise en compte de l'imagerie (échographie, IRM dynamique, colpocystogramme) et du bilan urodynamique

- Double du courrier adressé au médecin traitant et aux médecins spécialistes (radiologue, gynécologue médical, médecin de rééducation)
- Dessin sur l'enveloppe de l'imagerie, ou sur papier libre, du type d'intervention réalisé
- Remise de la fiche d'information préopératoire
- Remise de la fiche de sortie, conseils à respecter et conduite à tenir en cas d'anomalie

Ambulatoire

Le Royaume-Uni est le pays d'Europe où la chirurgie ambulatoire est la plus développée, 95 % du réseau de soins appartient au secteur public et est géré par le *National Health Service* (NHS). Il semble plus facile, dans ce contexte, de coordonner les soins hospitaliers et les soins de ville, d'intégrer, sans surcharge de travail massif, le médecin généraliste dans le suivi des patients après chirurgie ambulatoire.

Le système de soin français est éloigné dans sa conception de ce modèle avec un secteur privé très développé, qui s'organise par lui-même sans concertation avec le système hospitalier public. Dans ces conditions, où les différents acteurs de santé n'ont que trop peu l'habitude de travailler ensemble, un partenariat plus rapproché doit être mis en place, notamment pour gérer les retours précoces au domicile.

Une éducation des patientes sur l'importance de ces documents pour le bon fonctionnement du réseau ville – hôpital semble fondamentale pour un relais correct entre les différents interlocuteurs.

La sortie précoce des patientes entraîne un recours au médecin traitant équivalent à celui de patientes plus à risque avec une prise en charge conventionnelle et des interventions plus lourdes. La chirurgie ambulatoire est probablement source d'angoisse et de gestion à domicile de symptômes liés à la sortie précoce qui conduisent à la consultation du médecin de ville. Le correspondant privilégié pour le suivi postopératoire reste le médecin traitant, c'est aussi vers lui que les patientes se tournent pour les prolongations d'arrêt de travail au décours de l'intervention.

Aujourd'hui, un grand nombre d'interventions chirurgicales peuvent être réalisées sous anesthésie de courte durée. Ceci permet au patient de quitter l'hôpital quelques heures seulement après son intervention, dans des conditions de grande sécurité. Les suivantes peuvent être réalisées en chirurgie ambulatoire : chirurgie d'incontinence urinaire d'effort de la femme type bandelette de 1^{re} (TVT[®] – *Tension-free Vaginal Tape*) ou de 2^e génération (TVT0[®], TOT[®] – *Trans*

Obturator Tape), injection périurétrale, colposuspension de Burch par voie coelioscopique. L'extension à la chirurgie du prolapsus génital a été discutée et présentée mais il n'existe actuellement aucune recommandation pour sa prise en charge en ambulatoire.

Conditions requises pour une chirurgie ambulatoire

- Intervention de courte durée ne nécessitant aucun soin particulier en postopératoire
- Patiente en bon état général
- Consultation de chirurgie et d'anesthésie au préalable autorisant la chirurgie ambulatoire
- Patiente accompagnée à la sortie par un adulte et lors de la première soirée et la première nuit passée à la maison
- Patiente ayant reçu toutes les consignes de sortie et prête à revenir en urgence si besoin
- Patiente pouvant bénéficier d'un suivi en externe par son médecin traitant

Préparation

Lorsque les patientes ne décrivent aucun antécédent chirurgical, la grande préparation digestive n'est pas indiquée car elle entraîne une dilatation des anses grêles pouvant gêner le geste laparoscopique ou laparotomique. Tout au plus, la veille de l'intervention, les patientes bénéficient d'un petit lavement (encadré 3.1); la vacuité du rectum permet, en cas de plaie rectale, d'effectuer une suture,

ENCADRÉ 3.1 Préparation préopératoire standard

- Petit lavement la veille de l'intervention (Normacol® – phosphates monosodique dihydrate et disodique dodécahydrate) en fonction des protocoles de service
- Passage de l'anesthésiste
- Passage du chirurgien
- Douche à la povidone iodée (Bétadine Scrub®) la veille et le matin de l'intervention
- Rasage pubien et des organes génitaux externes si nécessaire
- Bas de contention
- Prémédication

ENCADRÉ 3.2 Préparation au bloc opératoire

- Vérification de l'identité de la patiente
- Vérification veineuse
- Préparation de l'anesthésie
- Anesthésie
- Installation de la patiente et évacuateur de la vessie ± laissé à demeure
- Lavage au sérum bétadiné au bloc opératoire en cas de rectopexie ventrale
- Badigeon et mise en place des champs
- Check-list au bloc opératoire avant de démarrer l'intervention

minimisant le risque de fistule rectovaginale. Le matin et la veille de l'intervention, la patiente prend une douche antiseptique cutanée et vaginale. Bijoux et vernis doivent être ôtés. La toilette vaginale fait également partie des règles d'asepsie et de la prévention des infections. L'antibioprophylaxie est systématiquement réalisée, en utilisant des antibiotiques actifs sur les germes anaérobies et Gram négatifs. Dans ces voies d'abord, la poursuite des antibiotiques ne se justifie pas.

La préparation au bloc opératoire est décrite dans l'encadré 3.2.

Anesthésie

Elle peut être locale, générale ou locorégionale. La mise en place de bandelette sous-urétrale peut être réalisée sous anesthésie locale. La chirurgie vaginale se prête particulièrement bien à la rachianesthésie. Les tractions sur les pédicules lombo-ovariens et les manœuvres intrapéritonéales peuvent être douloureuses si l'anesthésie est basse. La surveillance est une surveillance standard, mais il faut prendre garde aux périodes de variation de retour veineux que sont l'installation et la remise en place des membres inférieurs. Lorsque l'intervention est réalisée par voie coelioscopique ou laparotomique, l'anesthésie est générale. Il est habituel de terminer une procédure chirurgicale en infiltrant de la lidocaïne dans les sites où sont mis en place les trocarts, les incisions cutanées ou les points d'abord vaginaux. Il est également possible d'injecter de la lidocaïne en intrapéritonéal ou rétropéritonéal afin d'améliorer le confort postopératoire.

Douleurs

Le bien-être opératoire dépend essentiellement de la prise en charge de la douleur périopératoire. Quelle que soit la voie d'abord utilisée, les gestes de dissection, de suspension et de traction sont vecteurs de douleur ou d'inconfort postopératoire. Il faut toujours se méfier des recrudescences douloureuses, résistantes aux antalgiques prescrits; ils signalent un hématome périnéal ou pariétal. Devant une douleur périnéale persistante, il faut savoir rechercher un hématome ou une poussée hémorroïdaire compliquant les suites de la chirurgie.

La prise en charge de la douleur est de la responsabilité de l'équipe d'anesthésie. La chirurgie du prolapsus est souvent douloureuse; l'auto-administration de drogues intraveineuses (PCA) ou épidurales (PCEA) doit être envisagée dès la consultation préopératoire d'anesthésie.

Le retentissement psychologique, la position sur la table d'intervention, les fortes tractions, les décollements étendus et les sutures de rapprochement sont autant de facteurs de risques de douleurs postopératoires qui ne doivent pas être négligés au motif de la chirurgie minimale invasive.

La prescription de sortie doit tenir compte de la recrudescence douloureuse à domicile; des antalgiques simples peuvent alors être donnés à la patiente.

Surveillance postopératoire (encadré 3.3)

Elle tient compte du retour du transit, de l'état abdominal, de la qualité du retour à la miction, des variations de la pression artérielle et de l'existence de troubles thermiques. Le retour du transit est, dans la chirurgie du prolapsus, parfois extrêmement difficile en fonction de l'intervention réalisée. La constipation terminale peut être prévenue par la prescription de gels. La sonde vésicale est habituellement gar-

ENCADRÉ 3.3 Suivi postopératoire

- Mise en place de la sonde urinaire simultanée à la mèche vaginale en chirurgie vaginale, pas de méchage en chirurgie coelioscopique
- Mèche vaginale enlevée à J1 ou J2 en chirurgie vaginale, 2 heures en postopératoire en cas de chirurgie ambulatoire
- Drain enlevé selon l'évolution postopératoire
- Lever le jour même de l'opération
- Habituellement sortie à J1, J2 postopératoire
- Surveillance des mictions et vérification de l'absence de résidu post mictionnel : contrôle une fois pour les cures de prolapsus et à deux reprises pour les cures d'incontinence urinaire

dée 24 heures dans la chirurgie du prolapsus. Actuellement, notre prise en charge de l'incontinence urinaire est effectuée en ambulatoire, nous ne sondons plus à demeure les femmes après la mise en place de bandelette sous-urétrale. La reprise de la miction spontanée est conditionnée à la quantité du résidu postmictionnel :

- lorsque le résidu est inférieur pour deux mictions à 150 mL, la patiente est libre de sortir sans prescription de sondage itératif;
- lorsque le résidu est supérieur sur deux mictions à 150 mL, la patiente sort du service avec une prescription de sondage itératif.

Nous ne considérons pas l'autosondage comme étant une voie de recours. Lever et alimentation précoces sont habituellement la règle : la patiente est au fauteuil et se réaligne dès le lendemain de la procédure.

Bien qu'il n'existe aucune règle préétablie en termes de durée d'hospitalisation, nous avons pour habitude d'effectuer notre chirurgie d'incontinence en hospitalisation ambulatoire et d'hospitaliser notre chirurgie de prolapsus entre 1 et 5 jours.