



MANUEL DE FORMATION À LA CHIRURGIE REPARATRICE DE LA FISTULE

FIGO et ses partenaires

Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO)

Société Internationale des Chirurgiens Obstétriques de la Fistule (ISOFS)

Fond des Nations Unies Pour la Population (UNFPA)

EngenderHealth

Collège Royal des Obstétriciens et des Gynécologues (RCOG)

Financé par l'UNFPA



REMERCIEMENTS

Ce manuel a été conçu en collaboration avec des chirurgiens de la fistule, des organisations professionnelles et des organisations spécialisées de la santé, basées en Afrique, en Asie, en Europe et aux États-Unis. Ce manuel n'aurait pas pu être complet sans l'apport personnel de chaque membre du comité.

Nos sincères remerciements pour leur engagement et leur dévouement au comité de la Fistule de la FIGO et à chacun de ses membres, notamment:

Lord Naren Patel *(Président du Comité de la Fistule – FIGO)*

Professeur Hamid Rushwan *(PDG – FIGO)*

Dr Sohier Elneil *(Auteur/Éditeur du manuel – FIGO)*

Membres du Comité

Professeur S. Akhter *(Comité exécutif – ISOFS)*

Dr A. Browning *(Chirurgien spécialisé dans le traitement de la fistule)*

Dr L. de Bernis *(Conseiller en santé maternelle – UNFPA)*

Professeur S. Gueye *(Professeur en Urologie – Université de Cheikh Anta Diop, Sénégal)*

Dr M. Muleta *(Trésorier – ISOFS)*

Dr T. Raassen *(Vice-président – ISOFS)*

Professeur C-H. Rochat *(Directeur – Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales)*

Dr J. Ruminjo *(Directeur clinique sur le Project Fistula Care – EngenderHealth)*

Dr K. Waaldijk *(Président – ISOFS)*

Professeur G. Williams *(Directeur médical – Hôpital de la fistule d'Addis Abeba)*

TABLE DES MATIERES

1.	Introduction	2
2.	Guide d'application	3
3.	Structure du manuel sur la fistule	11
4.	Modules d'enseignement	13
5.	Registre des compétences	43
6.	Évaluation basée sur la performance (PBA)	66
7.	Documents supports d'évaluation	98
8.	Références	108
9.	Annexe A : Modules d'enseignement par les ouvrages	124
10.	Annexe B : Support d'enseignement : Outils	150
11.	Annexe C : La documentation PBA et les guides chirurgicaux	167
12.	Annexe D : Outils d'évaluation	186

INTRODUCTION

Il existe un nombre considérable de décès qui pourraient être évités pendant la grossesse et l'accouchement dans les pays en voie de développement, où on estime que le taux de mortalité maternelle oscille entre 500 et 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes. De plus, pour chaque femme qui décède, on estime que 16 à 30 femmes survivent avec des complications, pourtant évitables, et souvent dans des conditions terribles. La fistule obstétricale est certainement la plus tragique de ces complications liées à l'accouchement, les femmes qui en souffrent se retrouvent souvent abandonnées par leurs maris, mises à l'écart par les autres, et contraintes de vivre dans la honte. Par ailleurs, les femmes et les enfants victimes des guerres ou des déplacements de populations sont exposés à de terribles attaques, et une augmentation alarmante du nombre de cas de fistules obstétricales liés à des violences, a été constatée dans les zones de conflits.

Trop peu de médecins ont les compétences nécessaires pour traiter la fistule génitale et pour effectuer un suivi des patientes après l'opération chirurgicale. La plupart des traitements sont effectués en Afrique et en Asie par des chirurgiens locaux, avec un soutien technique fourni par les chirurgiens de pays développés, où les cas de fistules sont rares. Il faudrait de nombreuses années aux médecins actuellement capables de traiter les fistules obstétricales pour opérer toutes les femmes qui ont besoin de leurs expertises, ces femmes qui sont chaque jour de plus en plus nombreuses. Bien que le besoin de chirurgiens formés au traitement de la fistule soit reconnu, il n'existait pas jusque là aucun manuel de formation standard. Le présent manuel a été conçu pour pallier à ce manque.

GUIDE D'APPLICATION

Objectif du manuel

Permettre aux médecins concernés d'acquérir les connaissances, les compétences et le professionnalisme nécessaires pour prévenir les fistules obstétricales et pour fournir des soins chirurgicaux, médicaux et psychosociaux adaptés aux femmes qui présentent des fistules, que ce soit pendant l'accouchement ou suite à des violences subies.

Groupes cibles

Les médecins concernés par la prévention et la prise en charge de fistules de l'appareil génital féminin. L'approche proposée par cette formation est multidisciplinaire et repose sur une équipe de chirurgiens spécialistes du traitement de la fistule, d'infirmières, de physiothérapeutes et d'autres professionnels spécialisés qui contribueront activement à la formation. Le manuel permet d'atteindre trois niveaux de compétences chirurgicales : standard (S), avancé (A) et expert (E).

Ce manuel sera constamment utilisé pendant la formation. Cependant, les médecins concernés devront avoir pris connaissance de ce manuel et des ouvrages spécialisés sur la question, ainsi qu'avoir lu les articles de journaux et autres manuels recommandés, avant le début de la formation.

Formation et animations de groupe

Les formateurs et facilitateur sont des chirurgiens spécialisés dans le traitement de la fistule, des infirmières et d'autres professionnels de la santé.

Évaluations des performances

Chaque centre de formations accueillera au maximum trois apprenants à la fois.

La formation devra durer au moins 3 mois pour pouvoir acquérir les compétences suffisantes à la prise en charge standard de la fistule obstétricale, 12 mois pour la prise en charge avancée et 24 mois pour atteindre un niveau expert. Ce programme est en conformité avec les directives mondiales pour la formation des chirurgiens spécialistes, mais il ne se présente en aucun cas comme la formation officielle par excellence.

Les apprenants progresseront en fonction de leurs compétences et non selon une chronologie définie, ainsi le temps nécessaire pour atteindre le niveau supérieur sera déterminé par les apprenants et par leurs formateurs.

Les apprenants devront participer activement à leur propre formation grâce aux guides d'apprentissage recommandés. Ils seront évalués tout au long du cursus par des groupes de discussions (dans la mesure du possible), ainsi que par des évaluations fonction de la performance et des rapports des formateurs. Des listes de contrôle et des formulaires d'évaluation seront utilisés et un registre des compétences sera maintenu, pour chaque apprenant, et signé lors de chaque étape par le formateur. De même, les apprenants devront contribuer à la qualité du programme en évaluant leurs formateurs et leurs centres de formation

CENTRES DE FORMATION, FORMATEURS ET APPRENANTS

Centres de formation

Les centres de formation seront sélectionnés par l'Équipe d'Éducation Globale, qui sera composée de membres de la FIGO et d'ISOFS.

Chaque centre disposera des installations nécessaires à la formation et traitera chaque année un nombre suffisant de cas de fistules.

Formateurs

1. Chaque formateur aura au préalable suivi des cours de « Formation des Formateurs ». Dispensés par les membres de l'Équipe d'Éducation Globale, ces cours permettront aux formateurs de se familiariser avec le manuel et ils s'engageront à en suivre la progression.
2. Les informations suivantes doivent être communiquées aux futurs apprenants par les centres de formation ou par le formateur principal de ces centres :
 - Nom du formateur principal
 - Nom du centre et nombre de lits
 - Nombre de cas de fistules par an et résultats obtenus
 - Types de fistules traitées et leur complexité
 - La durée de la formation
 - Types de physiothérapie, de conseils et d'audits pratiqués.
3. Les futurs apprenants recevront une liste de centres où ils pourront être formés. Cette liste sera établie par l'Équipe d'Éducation Globale et inclura les noms des formateurs des centres.

Apprenants

1. La plupart des apprenants seront formés dans leur pays d'origine et/ou dans les pays voisins. Les candidats sélectionnés pour un centre particulier recevront une vue d'ensemble du lieu en question.
2. Avant de commencer la formation, les candidats sélectionnés confirmeront à l'Équipe d'Éducation Globale leur engagement sur le long terme dans le domaine du traitement chirurgical de la fistule.
3. Dans tous les centres la formation inclura :
 - Une journée d'initiation, avec la présentation de l'équipe et une visite des locaux.
 - Visite des patientes non hospitalisées avec le formateur principal du service.
 - Observation des performances lors des interventions chirurgicales simples et avancées des fistules.
 - Assister les formateurs pendant l'intervention chirurgicale.
 - Réaliser des opérations de fistules simples ou complexes sous la supervision du formateur.
4. Chaque pays déterminera la sélection des candidats pour la formation. Actuellement, ce sont les ministères de la santé, les agences non gouvernementales de la santé ou les universités qui sélectionnent les candidats. Cependant, le formateur est celui qui prend la décision finale.

5. En plus des formations chirurgicales, les apprenants seront formés à auditer leur propre travail (ils mettront en pratique ces mêmes compétences après la formation). Une fois la formation terminée, ils devront envoyer une évaluation de leur formateur et du centre de formation à l'Équipe d'Éducation Globale.



COMMENT UTILISER LE MANUEL?

Le manuel est divisé en cinq sections principales :

Section 1 : Modules d'enseignement

Chaque module fournit les grandes lignes du contenu, qui devront être apprises par l'apprenant. Les modules sont utilisés avec des ouvrages de référence recommandés. Dans certains cas, l'achèvement d'un module requiert une formalisation telle qu'une évaluation fonction de la performance.

Il y a sept modules d'enseignement.

Section 2 : Registre de compétences

Il y a un registre de suivi du travail mené par les apprenants. Il doit être signé par le formateur après que l'apprenant ait observé une intervention, qu'il ait participé à une intervention ou qu'il ait réalisé une intervention individuellement. Le formateur devra aussi indiquer dans ce registre si l'apprenant a besoin d'une formation complémentaire dans un domaine en particulier. Ce registre est très complet et chaque section doit être soigneusement renseignée (voir les informations ci-dessous).

Les sept registres qui seront complétés pour chaque apprenant constituent les dossiers des protocoles, des processus et des audits qui auront été réalisés pendant les évaluations de compétence.

Section 3 : Évaluation basée sur la performance (PBA)

Chaque aspect de la formation chirurgicale sera évalué séparément et de façon spécifique. Les apprenants devront passer par une PBA à chaque niveau, standard, avancé ou expert. Les apprenants étant encouragés à venir se former dans plusieurs centres, deux formateurs ou plus, venant de deux centres différents ou plus, devront probablement signer chaque PBA (voir les informations ci-dessous).

L'apprenant devra réussir 15 PBA avant d'être considéré comme un expert de la chirurgie de la fistule et pour cela il faudra généralement avoir suivi les 24 mois de formation, en totalité. Cependant, la durée nécessaire pour atteindre chaque niveau d'expertise variera en fonction de chaque apprenant.

Section 4 : Les outils d'évaluation

Ces outils permettent d'obtenir une approche structurée de l'évaluation de chaque apprenant par chaque formateur. Après avoir suivi une initiation et un processus d'évaluation, les apprenants arrivant dans un nouveau centre devront rapidement concevoir un plan de développement personnel avec l'aide de leurs formateurs.

Section 5 : Annexes

Les annexes proposent des informations de fond et de soutien.

SUPPORT DE FORMATION ET D'ÉVALUATION

1. Emploi du temps de la formation et liste de contrôle

Les apprenants suivront un emploi du temps détaillé et organiseront leur planning en conséquence. Ils devront consulter leurs agendas, leurs registres et les outils d'évaluation pour résumer leurs expériences en détails.

Sessions de formation	Étapes	Liste de contrôle
Cours théoriques	Niveau standard de la formation au traitement de la fistule	
Techniques de laboratoire (si disponible)	Niveau standard de la formation au traitement de la fistule	
Groupe de travail avec les infirmières, physiothérapeutes et conseillers	Niveau standard de la formation au traitement de la fistule	
Enseignement pratique au chevet des patientes	Niveau standard de la formation au traitement de la fistule	
Discussions de groupe	Niveau standard de la formation au traitement de la fistule	
Sessions de formation vidéo	Niveau standard de la formation au traitement de la fistule	
Sessions de formation analytique	Niveau standard de la formation au traitement de la fistule	
Études de cas	Niveau standard de la formation au traitement de la fistule	
Effectuer des interventions chirurgicales	Niveau standard/avancé/expert de la formation au traitement de la fistule	
Carnet de données confidentielles et tenue du registre	Niveau standard/avancé/expert de la formation au traitement de la fistule	
Démonstration et participation	Niveau avancé/expert de la formation au traitement de la fistule	
Visites des unités obstétriques environnantes	Niveau avancé/expert de la formation au traitement de la fistule	
Démonstration chirurgicale	Niveau avancé/expert de la formation au traitement de la fistule	

2. Bilans

Des examens ou revues de la progression de la formation seront réalisés un mois après la phase d'initiation au centre et lors de l'accomplissement des exigences d'enseignements du centre. Ces examens seront réalisés après discussion entre les formateurs et les apprenants. L'objectif ici sera d'assurer une communication régulière entre les parties prenantes dans le cadre de la progression structurée de l'apprenant, afin d'identifier rapidement les problèmes concernant son développement et d'évaluer le degré de satisfaction de l'apprenant face à son programme de formation. Ces examens seront envoyés à l'Equipe d'Education Globale de la FIGO et d'ISOFS.

3. Apprentissage analytique personnel

Être directement impliqué dans la résolution de cas cliniques difficiles et être capable de prendre du recul et réfléchir sur les décisions prises et les résultats obtenus, sont les qualités essentielles d'un bon médecin. Les apprenants doivent comprendre qu'ils vont beaucoup apprendre en discutant entre eux et en prenant des notes, et que pour acquérir de la confiance, ils doivent continuellement réfléchir à leurs pratiques et apprendre de leurs erreurs, même les plus anciennes. Prendre des notes peut permettre de dissiper des angoisses, tout comme échanger des idées résultantes de leurs apprentissages analytiques. Les apprenants seront encouragés à tenir un carnet personnel.

4. Planning de développement personnel (PDP)

Le PDP est un processus de développement structuré et renforcé, qui reflète la progression de chaque individu, ses performances et/ou ses résultats et ses projets de développement personnel, éducationnel et professionnel.

Le PDP couvre tout un éventail de méthodes d'apprentissage liées au planning (les objectifs individuels et leurs intentions d'apprentissage ou résultats); aux réalisations (concordance entre les faits et les intentions); aux dossiers (pensées, idées et expériences pour mieux comprendre le processus d'apprentissage et déterminer ses résultats); et à la réflexion (révision et évaluation des expériences et des résultats d'apprentissage). Lors de l'évaluation de la progression d'un apprenant, différentes formes de PDP doivent être utilisées en fonction des différents aspects du travail réalisé.

5. Évaluations

a. Outils de discussion des cas (CbD)

Un outil générique de CbD formalise les discussions sur les cas avec le formateur. Les compétences qui pourront être évaluées à l'aide de cet outil, seront indiquées dans les modules d'enseignement. Les apprenants utilisent cet outil de discussion afin de documenter les évaluations objectives des discussions des cas, mais cet outil peut aussi être utilisé pour évaluer les prises de décisions cliniques, ainsi que les connaissances et la mise en pratique de ces mêmes connaissances. Chaque discussion de cas devra impliquer des situations cliniques diverses dans l'éventail des domaines de compétences évalués. La discussion des cas avec le formateur se concentrera sur les informations données aux patientes et que l'apprenant aura prises en note. Ces discussions pourront avoir lieu dans la salle d'opération, dans les cliniques de consultations externes ou directement auprès des patientes, mais elles doivent être formellement rédigées.

b. Le registre de compétences

De l'observation à la pratique autonome, en passant par la supervision directe, le niveau de compétences le plus élevé est atteint en plusieurs étapes. Chaque module d'enseignement présente des objectifs de formation spécifiques et le registre de compétences est un moyen simple d'effectuer un suivi des acquis et des compétences, décrits dans les modules.

i. Observation

Avant chaque nouvelle intervention sous supervision directe, l'apprenant aura eu l'occasion d'observer cette même intervention à plusieurs reprises et aura fait preuve d'une compréhension détaillée de ses principes, indications et complications possibles. Ce n'est seulement qu'après cela, que le formateur donnera son accord, en signant et indiquant la date dans la case appropriée, et que l'apprenant pourra réaliser une intervention sous supervision directe.

ii. Supervision directe

La durée nécessaire à l'acquisition des compétences pour réaliser une intervention sous supervision directe dépendra de la complexité de l'intervention et de l'aptitude de l'apprenant. Il est également important que l'apprenant soit sûr de ses capacités car lorsqu'il devra réaliser une intervention de façon autonome, il devra aussi pouvoir faire face aux complications éventuelles et savoir qui appeler en cas d'urgence.

iii. Pratique autonome

La progression vers le niveau qui permet la pratique autonome est la plus difficile. Une fois avoir obtenu l'autorisation de pratiquer des interventions chirurgicales sous supervision directe, l'apprenant doit s'attendre à être de moins en moins supervisé lors des interventions. De plus, l'apprenant obtiendra l'autorisation de pratiquer seul, une fois que lui et le formateur seront certains qu'il puisse pratiquer les interventions de façon autonome. Une fois ce niveau de compétences atteint, l'apprenant devra établir une liste de suivi de toutes les interventions qu'il aura réalisées et, le cas échéant, des complications qu'il aura rencontrées.

c. Outil d'évaluation basée sur la performance (PBA)

Certaines interventions et étapes de l'intervention sont fondamentales dans la chirurgie de la fistule, si bien qu'un outil objectif a été développé et validé pour aider à l'évaluation des performances. L'outil PBA évalue les compétences techniques que l'apprenant doit acquérir avant la pratique autonome, lors de procédures particulières, ou lors d'une étape particulière d'une procédure complexe.

Avant que les compétences ne soient officiellement considérées comme acquises dans le registre, chaque formulaire doit avoir été complété avec succès (c'est-à-dire que chaque case doit avoir été cochée pour la pratique autonome) lors d'au moins trois occasions particulières. Les formateurs réaliseront des PBA de leurs apprenants quand ces derniers se sentiront prêts.

Lorsqu'un formulaire PBA est signé, la date doit être inscrite dans la section du registre correspondante du module approprié. Étant donné que la plupart des apprenants seront formés dans plusieurs institutions, deux évaluateurs ou plus signeront souvent le même formulaire.

d. D'autres objectifs de l'évaluation de l'expérience

Les taux d'apprentissage et les cas cliniques varient considérablement, il est donc impossible d'être prescriptif concernant le nombre d'interventions que chaque apprenant devra réaliser au cours des 24 mois. Cependant, chaque fois qu'un apprenant terminera un niveau avec l'accord du formateur, il devra faire face à plus de responsabilités dans la pratique des interventions, listées dans les formulaires PBA, pour accéder à un nouveau niveau de compétences. Les formulaires contribuent à rendre cette attente explicite.

Un nouveau formulaire devra être complété pour chaque procédure sélectionnée. Dans chaque cas, les apprenants devront indiquer le niveau de supervision dont ils ont bénéficié (par un collègue, par un formateur senior ou par un chirurgien intervenant). Un espace est prévu pour

les commentaires pour toutes les caractéristiques particulières du cas, comme le degré de difficulté de l'intervention ou l'étendue de l'implication du superviseur. Ces commentaires devront permettre de mieux identifier la responsabilité clinique assumée par l'apprenant par rapport à des chiffres isolés. Un bon apprenant devrait être autorisé à prendre davantage de responsabilités, même s'il n'a pas encore l'autorisation de réaliser toute l'intervention de façon autonome.

STRUCTURE DU MANUEL SUR LA FISTULE

Ce manuel est structuré de telle sorte que, selon le niveau d'expertise de l'apprenant, chaque section soit utilisée indépendamment ou en tandem avec les autres composantes du manuel. Les composantes théoriques de chaque module devront être étudiées avant toute formation chirurgicale pratique. Une fois la formation commencée, les modules seront utilisés en combinaison avec les formulaires de PBA spécifiques afin d'optimiser leur utilité respective. Les combinaisons sont expliquées ci-dessous :

Module 1

Épidémiologie des fistules de l'appareil génital féminin (FGF) : Utilisé avec tous les PBA.

Module 2

Introduction aux FGF : diagnostics, classification, pronostiques et résultats : Utilisé avec tous les PBA.

Module 3

Prise en charge des fistules vésico-vaginales (FVV) : Utilisé avec les PBA 1 et 2.

Module 4

Prise en charge des fistules recto-vaginales (FRV) et des déchirures du troisième et quatrième degré : Utilisé avec les PBA 1, 8 et 9.

Module 5

Prise en charge des cas de fistules compliqués/complexes : Utilisé avec les PBA 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11 et 12.

Module 6

Prise en charge des complications de la réparation de la fistule : Utilisé avec tous les PBA.

Module 7

Anesthésie pour la chirurgie de la fistule : Utilisé avec les PBA 13,14 et 15.

SECTION UN

MODULES D'ENSEIGNEMENT

Module 1 : Épidémiologie des fistules de l'appareil génital féminin (FGF) [Niveau d'enseignement : standard]

Enjeux et objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devra être capable de :

- Définir la FGF et discuter de l'incidence
- Expliquer l'étiologie et la pathogénèse des FGF
- Décrire les complications génitales et extra-génitales liées à la dystocie

Critère de connaissance	Compétence clinique	Aptitudes et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Connaissances des définitions de la fistule obstétricale	Capacité à planifier la prise en charge d'une patiente de façon appropriée	Capacité à reconnaître les besoins de compassion, de respect de la vie privée, de confidentialité et de dignité	Manuel de formation et guides recommandés Travaux dirigés	Observation directe Registre des compétences actualisé dans la pratique, au chevet des patientes, en consultation externe et en salle d'opération
Connaissances des différents types de fistules	Capacité à examiner, à identifier correctement et à évaluer les dommages au niveau de l'appareil génital	Prise de conscience sur les différents conseils suite à une intervention pour FVV et FRV (évaluée par le formateur)	Visite des laboratoires d'anatomie Participation aux consultations externes	Discussions des cas (CdD) dans la pratique, au chevet des patientes, en consultation externe et en salle d'opération
Connaissance de l'incidence et facteurs déterminants	Capacité à identifier et prendre en charge les symptômes non associés à l'appareil génital	Capacité à reconnaître la nécessité de planifier les consultations avec les formateurs	Participation aux visites de service Participation aux opérations chirurgicales	Carnet de suivi analytique des expériences bien tenu
Connaissances de l'étiologie et de la pathogénèse des fistules génitales	Capacité à planifier la prise en charge à long terme et à court terme	Sensibilisation aux différences culturelles, sociales et ethniques.		

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Compréhension des causes non obstétricales des fistules	Capacité à déterminer et organiser des bilans préopératoires	Capacité à travailler dans un environnement inconnu et au contact de langues étrangères	Contribuer aux soins holistiques du patient avec les infirmières, physiothérapeutes et autres membres de l'équipe	
Connaissance des autres complications possibles d'un travail prolongé	Capacité à conseiller, surtout quand il y a des barrières linguistiques	Capacité à communiquer et à travailler avec des collègues qui dispensent des soins holistiques	Planning et entretiens avec le superviseur pédagogique	
Connaissances des conséquences d'une incontinence totale		Capacité à comprendre les rôles des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire, en particulier le rôle des infirmières, des physiothérapeutes et des psychologues	Assistance et observation des formateurs	
Connaissance et compréhension des conséquences psychosociales de vivre avec une fistule	Capacité à obtenir le consentement des patientes	Capacité à faire preuve de compassion envers les patientes		

Module 2: Introduction à la fistule de l'appareil génital féminin (FGF) : Diagnostic, Classification, Facteurs pronostiques et Résultats [Niveau d'enseignement : standard]

Enjeux et objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devra être capable de :

- Diagnostiquer une FGF
- Connaître la classification de la FGF
- Comprendre comment évaluer les résultats des interventions chirurgicales de la fistule
- Identifier les facteurs pronostiques des résultats chirurgicaux

Que ce soit au niveau standard (S), avancé (A) ou expert (E), les apprenants doivent tous avoir des connaissances et maîtriser les compétences nécessaires pour ce module (le niveau de compétence est déterminé par le formateur).

Critère de connaissance	Compétence clinique	Aptitudes et comportements professionnels	Support de formation	Evaluation des connaissances et des évidences
<p>DIAGNOSTIC</p> <p>Capacité à comprendre les procédures de collecte de données et l'évaluation de l'historique des patientes</p> <p>Connaissances des exigences en matière de tenue de dossiers, à usage personnel, institutionnel ou national</p> <p>Compréhension des examens de laboratoire de base ou complémentaires</p>	<p>Capacité à collecter des données à partir de l'historique de la patiente</p> <p>Capacité à collecter des données à partir de l'examen clinique de la patiente</p> <p>Capacité à répertorier les résultats lors des visites de suivi de la patiente</p>	<p>Capacité à reconnaître les besoins de compassion, de respect de la vie privée, de la confidentialité et de la dignité</p> <p>Capacité à conseiller en particulier en présence de barrières linguistiques</p>	<p>Manuel de formation et manuels recommandés</p> <p>Travaux dirigés</p> <p>Visite des laboratoires d'anatomie</p>	<p>Observation directe</p> <p>Registre des compétences actualisé dans la pratique, au chevet des patientes, en consultation externe et en salle d'opération</p>

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Connaissances des procédures de consentement nécessaires des patientes pour certains tests laboratoires	Capacité à construire une base de données pour les dossiers personnels, les audits institutionnels et les études multicentriques	Capacité à : <ul style="list-style-type: none"> • Planifier des consultations avec le formateur • Être attentif aux sensibilités culturelles, ethniques et sociales et aux différences linguistiques 	Participation aux consultations externes Participation aux visites de service Participation aux activités du bloc opératoire	Études de cas (CbD) au chevet des patientes, lors de consultations externes et au bloc opératoire Tenue d'un registre analytique d'expériences
Connaissance des tests de coloration	Capacité à examiner toutes les fistules à l'œil nu, en utilisant un colorant si nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler dans un environnement inconnu et dans des langues différentes • Communiquer et travailler en équipe avec des collègues qui dispensent des soins holistiques 	Contribuer aux soins holistiques de la patiente avec les infirmières, les physiothérapeutes et les autres membres de l'équipe	

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
		<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre les rôles des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire, surtout ceux des infirmières, physiothérapeutes et psychologues • Montrer de la compassion envers les patientes • Prendre en compte les répercussions culturelles et socio-économiques 		
<p>FACTEURS PRONOSTIQUES et RESULTATS</p> <p>Compréhension du processus d'audit</p>	<p>Capacité à auditer pour s'assurer que la patiente reçoit des soins appropriés</p>	<p>Capacité à reconnaître l'importance de la planification avec le formateur</p>		
<p>Connaissances des résultats attendus de la chirurgie de la fistule:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fermeture avec continence 	<p>Capacité à organiser et à gérer efficacement les dossiers de patientes</p>			

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<ul style="list-style-type: none"> • Fermeture avec incontinence • Fistule non fermée <p>Conscience du pronostic selon l'étiologie et la classification</p> <p>Conscience du pronostic selon les actes chirurgicaux antérieurs, les techniques disponibles, les facteurs de cicatrisation, la disponibilité et la qualité des soins postopératoires</p> <p>Connaissances des processus de recueil de données utilisées pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller la prestation des services • Développer des protocoles • Gérer les données épidémiologiques <p>Connaissances de l'évaluation des outils appropriés pour la chirurgie de la fistule</p>	<p>Capacité à développer des nouveaux processus et protocoles basés sur l'évolution de la pratique et la disponibilité des nouveaux équipements</p> <p>Capacité à assurer la qualité de l'enseignement et de l'évaluation des apprenants</p> <p>Capacité à réaliser un audit</p>			

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Connaissances et compréhension des conséquences psycho-sociales de la fistule dans la vie des patientes	Capacité à obtenir des informations auprès des patientes	Capacité à montrer de l'empathie pour les patientes		

Module 3 : Prise en charge des fistules vésico-vaginales (FVV) [Niveau d'enseignement : standard]

Enjeux et objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devra être capable de :

- Décrire les approches pour une prise en charge immédiate de la FVV
- Décrire et fournir des traitements préopératoires
- Décrire les techniques chirurgicales de la FVV et réaliser une intervention simple
- Fournir les soins postopératoires de base et identifier les complications

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Connaissances des traitements préventifs appropriés, à prescrire immédiatement après un travail prolongé ou compliqué	Capacité à réaliser la cathétérisation de la vessie Capacité à enseigner les exercices du plancher pelvien	Capacité à reconnaître les besoins empathiques, d'isolement, de respect de la confidentialité et de dignité Capacité à conseiller en particulier lors de barrières linguistiques	Manuel de formation et manuels recommandés Tutoriels	Observation directe Registre de compétences actualisé
Connaissances de la prise en charge appropriée des patientes après leur accouchement	Capacité à assurer une hygiène périnéale en organisant des bains de siège	Conscience des sensibilités sociales, culturelles ou ethniques et des barrières linguistiques	Visite des laboratoires d'anatomie	Présentation orale ou discussion des cas dans le registre réflexif d'expériences
Avoir conscience des incontinences secondaires liées à la rétention urinaire post-partum		Capacité à travailler dans un environnement inconnu et au contact de langues étrangères	Participation aux consultations externes	Autres discussion de cas

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<p>Connaissances des moyens de prise en charge immédiate de la VVF</p> <p>Compréhension de ce qu'il est nécessaire de faire ou de s'assurer la veille d'une chirurgie de la VVF:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen clinique • Tests urinaires et sanguins • Consentement éclairé • Nécessités pré-anesthésie • Prescription antibiotique, selon indication • Avoir conscience des sensibilités culturelles relatives au traitement <p>Connaissances des techniques chirurgicales abdominales et vaginales appropriées</p> <p>Connaissances du bon positionnement de la patiente</p>	<p>Capacité à réaliser des examens physiques et pelviens complets, et:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examiner les infections cutanées au niveau génital • Évaluer l'état de la muqueuse vaginale • Confirmer la classification de la fistule <p>Capacité à réaliser une anesthésie (le cas échéant) – elle doit être soigneusement évaluée</p> <p>Capacité à sélectionner une voie chirurgicale appropriée</p> <p>Capacité à positionner la patiente de manière à ce que la fistule soit exposée</p>	<p>Capacité à communiquer et à travailler en équipe avec les collègues qui dispensent les soins holistiques</p> <p>Capacité à comprendre le rôle des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaires, en particulier le celui des infirmières, physiothérapeutes et psychologues</p> <p>Capacité à montrer de l'empathie aux patientes</p>	<p>Participation aux visites de services</p> <p>Participation aux activités de la salle d'opération</p> <p>Apprendre les soins holistiques auprès des infirmières, physiothérapeutes et autres membres de l'équipe hospitalière</p>	<p>PBA des soins pré et péri-opératoires</p> <p>PBA de l'anesthésie rachidienne et de la sédation</p> <p>PBA des principes basiques des techniques chirurgicales</p> <p>PBA des différentes étapes de fermeture de la fistule</p> <p>Tous les chirurgiens devraient mettre en rédaction les cas traités pour publication</p>

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Connaissances des instruments, équipements et des matériels de suture appropriés	Capacité à réaliser une infiltration hémostatique en utilisant l'ocytocine/l'adrénaline			
Compréhension des principes usuels des techniques chirurgicales	Capacité à réaliser un examen préliminaire sous anesthésie: vérifier l'étendue cicatricielle, la position des uretères, et en externe, si un globe vésical a été manqué; à utiliser un test au colorant si nécessaire pour localiser le VVF, à débrider le tissu cicatriciel et à insérer les cathéters urétéraux			
Connaissance des étapes initiales de la fermeture de la fistule				
Connaissances des étapes finales de la fermeture de la fistule				
Connaissances standards et intermédiaires et compréhension des soins postopératoires, dont la prise en charge du fluide	Capacité à réaliser les étapes opératoires suivantes pour la fermeture de la fistule:			
Connaissances et compréhension des soins postopératoires tardifs, dont la prise en charge du fluide/régime, de la physiothérapie, des tests colorants et la suppression des sutures	<ul style="list-style-type: none"> • Test de coloration pour vérifier la fermeture • Vérifier le cathéter de drainage de la vessie • Appliquer des packs vaginaux, en utilisant l'adrénaline quand c'est nécessaire 			

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<p>Connaissances des protocoles de déchargement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retirer les cathéters urétéraux, quand c'est nécessaire • Sécuriser le cathéter urétéral <p>Capacité à réaliser les étapes postopératoires suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge de la douleur, du fluide et des intestins • Prise en charge/gestion du cathéter • Retirer préalablement la suture pour décharger, si ce sont des sutures non résorbables (ou greffons en mono filaments) 			

Module 4: Prise en charge des fistules recto-vaginales (FRV) et des déchirures du troisième et quatrième degré [Niveau d'enseignement : standard]

Le module 4 n'est accessible qu'aux apprenants qui auront acquis la maîtrise de la fermeture d'une fistule simple et qui auront atteint les points suivants :

- Nombre de cas traités (selon le formateur)
- Résultats des patientes
- Audits de tous les cas traités

Les apprenants doivent simultanément compléter et gagner de l'expérience, à partir du module 3.

Enjeux et objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devra être capable de :

- Décrire et prendre en charge les traitements préopératoires des FRV
- Réparer une FRV simple et les déchirures du troisième et quatrième degré (traumatisme du sphincter anal)
- Décrire les techniques chirurgicales pour les FRV compliquées
- Décrire et fournir les traitements postopératoires

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Capacité à diagnostiquer et à comprendre les autres causes de la RVF, comme le viol, les traumatismes, la tuberculose, lymphogranulomatose vénérienne et les cancers	Capacité à recueillir le témoignage des patientes de manière compatissante Savoir quand réaliser une colostomie	Capacité à reconnaître les besoins empathiques, d'isolement, de respect de la confidentialité et de dignité Capacité à conseiller, surtout quand il y a des barrières linguistiques	Manuel de formation et manuels recommandés Tutoriels Visite des laboratoires d'anatomie	Observation directe PBA sur les déchirures au troisième et au quatrième degré PBA sur la chirurgie des FRV
Connaissances de l'anatomie du sphincter anal	Capacité à guider une infirmière à effectuer des soins périnéaux			

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<p>Connaissances de la classification de la RVF</p> <p>Connaissances de la prise en charge préopératoire, dont la colostomie</p> <p>Conscience des signes qui requièrent une colostomie, dont:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Défauts recto-vaginaux importants/très importants • Inflammations • Présence de cicatrices autour de la fistule <p>Capacité à prendre en charge une colostomie temporaire</p> <p>Capacité à fournir des soins périnéaux appropriés</p> <p>Connaissances en recherches laboratoires appropriées, dont:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémogramme • Groupes sanguin et rhésus 	<p>Coordonner les tests laboratoires et voir leur achèvement dans les cas suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémogramme • Groupes sanguin et rhésus • Présence d'œufs et de parasites dans un échantillon de selles <p>Capacité à coordonner une préparation appropriée des intestins</p> <p>Capacité à garantir le respect des normes élevées dans la réparation de la RVF et du sphincter anal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sécuriser une bonne exposition avec un maximum d'accès • Maintenir l'asepsie • Localiser la fistule et déterminer sa taille • La réalisation d'une fermeture hermétique et sans tension 	<p>Capacité à reconnaître la nécessité de planifier les consultations avec le formateur</p> <p>Conscience des sensibilités sociales, culturelles ou ethniques et des barrières linguistiques</p> <p>Capacité à communiquer et à travailler efficacement en équipe avec les collègues qui dispensent les soins holistiques</p> <p>Capacité à comprendre les rôles des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire, en particulier les rôles des infirmières, des physiothérapeutes et des psychologues</p>	<p>Participation aux visites de service</p> <p>Participation à la ronde du département</p> <p>Participation aux activités de la salle d'opérations</p> <p>Apprendre les soins holistiques auprès des infirmières, physiothérapeutes et autres membres de l'équipe hospitalière</p>	<p>PBA sur la chirurgie des injures au sphincter anal associé avec les RVF</p> <p>Registre de compétences actualisé de façon appropriée</p> <p>Présentation orale ou discussion des cas basée sur le registre réflexif des expériences</p> <p>Tous les chirurgiens seront encourager à mettre en rédaction les cas traités pour publication</p>

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'œufs et de parasites dans un échantillon de selles <p>Conscience des options disponibles pour la préparation des intestins (car il n'y a pas d'accord sur le sujet)</p> <p>Conscience des principes à la base de la réparation de la RVF et du sphincter anal</p> <p>Bonnes connaissances des techniques associées à la chirurgie réparatrice de RVF et de la blessure du sphincter anal</p> <p>Capacité à fournir des soins postopératoires de la RVF, comprendre les différences dans les soins postopératoires des VVF et des RVF</p> <p>Savoir quand il faut inverser la colostomie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer des antibiotiques, quand c'est nécessaire <p>Capacité à coordonner la prise en charge postopératoire de la douleur, du fluide, de la vessie et des intestins</p> <p>Capacité à conduire un test de colorant avant la fermeture de la colostomie</p> <p>Capacité à déterminer si une colostomie inversée est appropriée; si oui, capacité à coordonner une préparation appropriée des intestins</p>	<p>Capacité à montrer de l'empathie aux patientes</p>		

Module 5 : Prise en charge des fistules compliquées/complexes

[Niveaux d'enseignement : avancé et expert]

Le module 5 n'est accessible qu'aux apprenants qui auront acquis la maîtrise de la fermeture d'une fistule simple et qui auront atteint les points suivants :

- Nombre de cas traités (selon le formateur)
- Résultats des patientes
- Audits de tous les cas traités

(A noter : certains apprenants resteront au niveau de compétences standard.)

Enjeux et objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devra être capable de :

- Identifier les différents types de fistules compliquées/complexes
- Décrire les techniques chirurgicales pour la réparation des fistules urinaires compliquées/complexes
- Réparer les fistules urinaires compliquées/complexes

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Capacité à identifier et à comprendre la complexité de la fistule en fonction de sa location: <ul style="list-style-type: none"> • Fistule urétrale • Dommage urétral • Fistule vésico-cervicale, vésico-utérine et du dôme vaginale • Fistule urétérale 	Capacité à réparer les fistules urétrales (approche vaginale) Capacité à réparer une fistule circonférentielle Capacité à réparer une fistule vésico-cervicale et vésico-utérine	Capacité à reconnaître les besoins empathiques, d'isolement, de respect de la confidentialité et de dignité Capacité à conseiller en particulier lors de barrières linguistiques et pour obtenir des informations consenties	Manuel de formation et manuels recommandés Tutoriels Visite des laboratoires d'anatomie Participation aux visites de service	Observation directe PBA sur les opérations chirurgicales de la fistule urétrale PBA sur la chirurgie réparatrice de l'urètre PBA sur la chirurgie de la fistule vésico-cervicale et vésico-utérine

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<ul style="list-style-type: none"> • Fistules minuscules • Fistules de la circonférentielles de la vessie • Fistules avec une petite vessie ou pas de vessie (la diversion urinaire peut être nécessaire) • Fistules urinaires avec une cicatrice vaginale étendue • Fistules résiduelles • Fistules récurrentes • Fistules latérales • Fistules urétéro-(cervico)-vaginales • Fistules complexes associées au prolapsus de la vessie <p>Capacité à réaliser une chirurgie vaginale pour la réparation urétrale</p> <p>Capacité à réaliser une réparation de la fistule circonférentielle</p>	<p>Capacité à réparer une fistule urétéro-cervico-vaginale</p> <p>Capacité à réaliser une reconstruction urétrale (approche vaginale)</p> <p>Capacité à réaliser une réimplantation urétérale (approche abdominale – le type sera défini avec le formateur)</p> <p>Capacité à réparer une fistule urinaire quand la cicatrice vaginale est étendue</p> <p>Capacité à réparer une combinaison de deux fistules urinaires ou plus</p> <p>Prise en charge de la post réparation de l'incontinence urinaire</p>	<p>Capacité à reconnaître la nécessité de planifier des consultations avec le formateur</p> <p>Conscience des sensibilités sociales, culturelles ou ethniques et des barrières linguistiques</p> <p>Capacité à communiquer et à travailler efficacement en équipe avec les collègues qui dispensent les soins holistiques</p> <p>Capacité à comprendre les rôles des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire, en particulier les rôles des infirmières, des physiothérapeutes et psychologues</p> <p>Capacité à montrer de l'empathie aux patientes</p>	<p>Participation aux activités de la salle d'opération</p> <p>Contribuer aux soins holistiques des patientes avec les infirmières, physiothérapeutes et autres membres de l'équipe</p>	<p>PBA sur la chirurgie de la fistule du dôme vaginale en utilisant la voie vaginale ou abdominale (après une hystérectomie)</p> <p>PBA sur la chirurgie de la fistule urétérale avec une réimplantation urétérale (approche abdominale, le type sera déterminé par le formateur)</p> <p>PBA sur la chirurgie de la fistule urinaire avec des cicatrices vaginales étendues</p> <p>Registre de compétences correctement actualisé</p> <p>Présentation orale ou discussion des cas basée sur le registre réflexif des expériences</p> <p>Autres discussions de cas (étude de cas)</p> <p>Les chirurgiens aux niveaux avancé et expert seront encouragés à mettre en rédaction les cas rencontrés pour publication</p>

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<p>Capacité à identifier et à réparer les fistules vesico-cervicales et vesico-utérines</p> <p>Capacité à identifier et à réparer une fistule du dôme vaginale (après une hystérectomie)</p> <p>Capacité à identifier et à réparer une fistule urétéro-cervico-vaginale (approche vaginale)</p> <p>Capacité à déterminer quand une reconstruction urétrale est nécessaire, en utilisant une approche vaginale</p> <p>Capacité à identifier une blessure urétérale (location et champ) et savoir quand réaliser une réimplantation urétérale (approche abdominale – le type sera déterminé par le formateur)</p>	<p>Capacité à établir un diagnostic clinique en fonction de l'histoire de la maladie et l'examen physique, en utilisant des tests (comme les teste urodynamiques) si nécessaire et disponibles au centre</p> <p>Capacité à prendre en charge l'incontinence urinaire en général à la suite d'une opération:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinence par regorgement • Thérapie d'essai sur l'incontinence première urgence, si des détails pertinents ont été relevés pendant le recueil de l'histoire de la maladie • Diagnostic de l'hyperactivité du détrusor et la traiter avec des anti-cholinergiques 			

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<p>Capacité à réparer une fistule urinaire avec une cicatrice vaginale étendue</p> <p>Capacité à réparer une combinaison de deux fistules urinaires plus compliquées ou plus</p> <p>Connaissances des méthodes de diagnostics postopératoires de l'incontinence urinaire</p> <p>Conscience des moyens vigilants de prise en charge qui suivent l'opération:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinence liée au stress • Incontinence par regorgement • Incontinence de première urgence ou hyperactivité du détrusor • Incontinence urinaire mixte 	<p>Capacité à enseigner aux patientes comment utiliser le bouchon/plug urétral en cas d'incontinence urinaire qui persiste même après l'opération (si le formateur le juge nécessaire)</p>			

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<p>Capacité à comprendre les mesures chirurgicales pour traiter l'incontinence urinaire persistante liée au stress. Quelques exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urétralisation et bretelle pubo-coccygienne • Uréthrolyse rétro-pubienne et opération de la bretelle (rare) • Urétralisation et facio-colposuspension (rare) • Autres: colposuspension de Burch, Bretelle mi-urétrale/*bandes (*Sous la supervision de formateurs spécifiques en raison du risque élevé d'érosion vaginale/érosion urétrale chez les patients VVF) <p>Capacité à comprendre la prise en charge de l'incontinence urinaire persistante, en utilisant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un bouchon/plug urétral • Médicaments (anti-cholinergiques) • Chirurgie 				

Module 6 : Prise en charge des complications lors de l'opération de la fistule

[Niveaux d'enseignement : standard, avancé et expert]

Le module 6 devra être suivi par les apprenants tout au long de la formation, en même temps que les modules précédents. Les apprenants fourniront les éléments suivants :

- Nombre de cas traités (selon le formateur)
- Résultats des patientes
- Audits de tous les cas traités

Les apprenants des niveaux standard et avancé devront obligatoirement avoir acquis les connaissances de ce module, ceux au niveau expert devront l'avoir entièrement assimilé.

Enjeux et objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant doit être capable de :

- Prévenir les complications préopératoires, les détecter quand elles surviennent et déterminer leur prise en charge
- Identifier les complications postopératoires immédiatement et savoir les prendre en charge
- Identifier les complications postopératoires tardives et savoir les prendre en charge

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Capacité à détecter et prendre en charge les complications liées à: <ul style="list-style-type: none"> • L'anesthésie • La chirurgie Capacité à gérer les complications anesthésiques	Capacité à déterminer les problèmes et s'assurer que le traitement est approprié Capacité à gérer les complications anesthésiques	Capacité à reconnaître les besoins empathiques, d'isolement, de respect de la confidentialité et de dignité	Manuel de formation et manuels recommandés Tutoriels Visite des laboratoires d'anatomie	Observation directe Registre des compétences actualisé auprès des patientes, lors des consultations externes en clinique et dans les salles d'opérations

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Capacité à prévenir les hémorragies	Capacité à détecter les troubles de la coagulation à partir de l'historique de la patiente ou des tests laboratoires	Capacité à conseiller en particulier lors de barrières linguistiques et pour obtenir des informations consenties	Participation aux visites de service	Présentation orale ou revue de cas sur le registre d'expériences réflexif
Capacité à prendre en charge les légères hémorragies	Capacité à maintenir l'hémostase	Capacité à reconnaître la nécessité de planifier des consultations avec le formateur	Participation aux activités de la salle d'opération	Recherches appropriées
Capacité à prendre en charge les hémorragies modérées des patientes qui présentent : <ul style="list-style-type: none"> • Un état hémodynamique stable • Un état hémodynamique instable 	Capacité à maintenir l'hémostase et à prendre en charge les hémorragies légères/modérées <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des paquets vaginaux, notamment avec de l'adrénaline si nécessaire 	Capacité à reconnaître les besoins empathiques, d'isolement, de respect de la confidentialité et de dignité	Contribuer aux soins holistiques des patientes avec les infirmières, physiothérapeutes et autres membres de l'équipe	Revue de cas (Etude de cas)
Capacité de prendre en charge les hémorragies sévères, avec réanimation et transfusions de sang si nécessaire	Capacité à prendre les mesures nécessaires en cas de réanimation (commander du sang, et organiser des transfusions sanguines)	Capacité à conseiller en particulier lors de barrières linguistiques et pour obtenir des informations consenties	Planning et compte rendus avec le superviseur éducatif	Les chirurgiens aux niveaux avancé et expert seront encouragés à mettre en rédaction les cas rencontrés pour publication
Capacité à prendre en charge et prévenir les injuriers à l'uretère	Capacité à prendre en charge les dommages urétraux	Capacité à reconnaître la nécessité de planifier des consultations avec le formateur	Observation et assistance du formateur	

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Capacité à gérer les dommages urétraux et vésicaux	Capacité à gérer les dommages urétraux et vésicaux	Conscience des sensibilités sociales, culturelles ou ethniques et des barrières linguistiques		
Capacité à prendre en charge l'anurie	Capacité à prendre en charge l'anurie			
Capacité à localiser un cathéter urétéral mal placé	Capacité à localiser un cathéter urétéral mal placé	Capacité à communiquer et à travailler efficacement en équipe avec les collègues qui dispensent les soins holistiques		
Capacité à gérer de façon précoce une répartition des lignes de suture, comme une perte d'urine qui conduit à l'infection de la blessure	Capacité à gérer de façon précoce une répartition des lignes de suture, comme une perte d'urine qui conduit à l'infection de la blessure	Capacité à comprendre les rôles des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire, en particulier les rôles des infirmières, physiothérapeutes et psychologues		
Capacité à prendre en charge la thrombose veineuse profonde et l'embolisme pulmonaire	Capacité à prendre en charge la thrombose veineuse profonde et l'embolisme pulmonaire			
Capacité à prendre en charge les dommages intestinaux	Capacité à prendre en charge les dommages intestinaux	Capacité à montrer de l'empathie pour les patientes		
Capacité à retirer une aiguille brisée	Capacité à retirer une aiguille brisée			

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<p>Capacité à identifier et à prendre en charge les complications tardives, comme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une répartition tardive du traitement de la blessure • Rétrécissement urétral • Rétrécissement du vagin • Calculs de la vessie • Hématométrie • Menourie • Aménorrhée secondaire et infertilité (se référer à un spécialiste) 	<p>Capacité à identifier et à prendre en charge les complications tardives, comme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une répartition tardive du traitement des plaies • Rétrécissement urétral • Rétrécissement du vagin • Calculs de la vessie • Hématométrie • Méno-urie • Aménorrhée secondaire et infertilité (se référer à un spécialiste) 			

Module 7: Anesthésie pour les chirurgies de la fistule [Niveaux d'enseignement : avancé et expert]

Le module 7 est accessible aux apprenants affectés dans des centres où ce sont les chirurgiens qui administrent les anesthésies eux-mêmes. Les formateurs sont des anesthésistes.

Chaque apprenant doit fournir les éléments suivants:

- Nombre de cas traités (selon le formateur)
- Résultats des patientes
- Audits de tous les cas traités

Enjeux et objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant doit être capable de :

- Comprendre les principes de sédation, d'anesthésie spinale et d'anesthésie générale
- Identifier et prendre en charge les cas de co-morbidités préopératoires et prévenir les complications préopératoires
- Identifier et prendre en charge les complications préopératoires et postopératoires

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
ANESTHESIE RACHIDIENNE				
Capacité à connecter les dispositifs de suivi à la patiente et obtenir l'accès intraveineux	Capacité à déterminer les problèmes préopératoires et s'assurer du traitement approprié	Capacité à reconnaître les besoins empathiques, d'isolement, de respect de la confidentialité et de dignité	Manuel de formation et manuels recommandés	Observation directe
Connaissance du bon positionnement de la patiente	Capacité à gérer les complications dues à l'anesthésie	Capacité à conseiller en particulier lors de barrières linguistiques et pour obtenir des informations consenties	Tutoriels	Registre
Connaissances des techniques aseptiques			Visite des laboratoires d'anatomie	Présentation orale ou discussion de cas sur le registre d'expériences réflexif
				Recherches appropriées

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
Capacité à mettre en place des équipements et à préparer les médicaments (à vérifier avec un assistant)	Capacité à prendre des mesures de réanimation (comme avoir une bouteille d'oxygène à portée de mains)	Capacité à reconnaître la nécessité de planifier des consultations avec le formateur	Participation aux visites de service	Discussion de cas (Etude de cas)
Connaissance des différents types d'anesthésie locale (avec lidocaïne ou bupivacaïne)	Capacité à s'assurer que tous les médicaments ont été correctement sélectionnés et étiquetés pour la patiente, et qu'ils ne soient pas expirés	Conscience des sensibilités sociales, culturelles ou ethniques et des barrières linguistiques	Contribuer aux soins holistiques des patientes avec les infirmières, physiothérapeutes et autres membres de l'équipe	Les chirurgiens aux niveaux avancé et expert seront encouragés à mettre en rédaction les cas rencontrés pour publication
Capacité à identifier correctement l'espace inter-épineux	Capacité à réaliser les éléments suivants pour une anesthésie rachidienne:	Capacité à communiquer et à travailler efficacement en équipe avec les collègues qui dispensent les soins holistiques	Planning et compte rendus avec le superviseur éducatif	
Capacité à préparer la peau avec une anesthésie locale	• Bien positionner la patiente sur la table d'opération	Capacité à comprendre les rôles des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire, en particulier les rôles des infirmières, physiothérapeutes et psychologues	Observation et assistance du formateur	
Capacité à évaluer le niveau du bloc vertébral	• Infiltrer la peau et les tissus sous-cutanés avec un anesthésique local			
Capacité à gérer un suivi continu	• Insérer une aiguille rachidienne (avec ou sans introducteur) jusqu'à ce que la libre circulation du CSF soit notifiée	Capacité à montrer de l'empathie pour les patientes		
Connaissances des complications relevant de:				
<ul style="list-style-type: none"> • L'anesthésie • La chirurgie 				

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<p>Capacité à gérer les complications anesthésiques</p> <p>ANESTHESIE GENERALE</p> <p>Connaissances de l'appareil d'anesthésie, de l'équipement de suivi, et des médicaments utilisés</p> <p>Savoir être doté des médicaments nécessaires à portée de main, dont ceux d'urgence</p> <p>Capacité à mettre en place les équipements et à préparer les médicaments (à vérifier avec un assistant)</p> <p>Capacité à pré-oxygéner la patiente</p> <p>Capacité à administrer l'anesthésie (intraveineuse ou gazeuse)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Injecter des médicaments dans l'espace intrathécal • Utiliser un fluide froid pour identifier le niveau du bloc vertébral <p>Capacité à identifier et à prendre en charge les complications préopératoires tardives</p> <p>Capacité à vérifier les équipements avec un assistant pour s'assurer que tous les éléments fonctionnent</p> <p>Capacité à déterminer les problèmes préopératoires et s'assurer d'un traitement approprié</p> <p>Capacité à mettre en place des mesures de réanimation (comme avoir une bouteille d'oxygène à portée de mains)</p>			

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<p>Capacité à établir un conduit respiratoire et à ventiler la patiente</p> <p>Capacité à veiller sur une ventilation des voies respiratoires permanente</p> <p>Capacité à insérer d'autres voies vasculaires, si nécessaire (un autre accès par voie intraveineuse, une voie artérielle ou un cathéter veineux central)</p>	<p>Capacité à s'assurer que tous les médicaments ont été correctement sélectionnés et étiquetés pour la patiente, et qu'ils ne soient pas expirés</p>			
<p>Capacité à prendre en charge le suivi de la patiente pendant toute la durée de l'opération</p>	<p>Capacité à utiliser des produits colloïdaux/cristallin ou dérivés du sang de manière appropriée</p>			
<p>Capacité à prévenir les complications pendant la période préopératoire</p>	<p>Capacité à utiliser efficacement les médicaments opioïdes</p>			
<p>Capacité à réaliser l'extubation des voies respiratoires de manière compétentes pour une douce émergence de l'anesthésie</p>	<p>comme les AINS et les autres analgésiques non-opioïdes</p>			

Critère de connaissance	Compétence clinique	Compétences et comportements professionnels	Support de formation	Évaluations des connaissances et des évidences
<p>Capacité à administrer efficacement des fluides postopératoires</p> <p>Capacité à prendre en charge la douleur postopératoire</p>				

SECTION DEUX

REGISTRES DE COMPETENCES

Registre du Module 1 : Épidémiologie de la fistule de l'appareil génital

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à planifier efficacement une prise en charge			
Capacité à examiner et à évaluer les dommages pour l'appareil génital			
Capacité à identifier et à prendre en charge les symptômes non associés à l'appareil génital			
Capacité à planifier une prise en charge à long terme et à court terme			
Capacité à conseiller surtout lorsqu'il y a la barrière de la langue			
Capacité d'obtenir un consentement éclairé pour les formulaires hospitaliers			
Date et signature (apprenant) :		Date et signature (formateur) :	

Registre du Module 2 :

Fistule de l'appareil génital féminin : diagnostique, classification, facteurs pronostiques et résultats

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à collecter des données à partir de l'historique du patient			
Capacité à collecter des données à partir des examens cliniques			
Capacité à enregistrer des résultats à partir des examens de suivi			
Capacité à auditer et à veiller à ce que les soins de la patiente soient appropriés			
Capacité à examiner visuellement toutes les fistules, en utilisant un colorant si nécessaire			
Capacité à construire une base de données pour les dossiers personnels, les audits institutionnels et les études multicentriques			
Capacité à organiser et à gérer de façon appropriée les dossiers des patientes			
Capacité à développer de nouveaux processus et protocoles basés sur l'évolution de la pratique et sur la disponibilité de nouveaux équipements			

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à fournir des enseignements de qualité et à évaluer les apprenants			
Capacité à réaliser un audit et à compléter le cycle d'audits			
Signature et date (apprenant) :		Signature et date (formateur) :	

Registre du Module 3 : Prise en charge des fistules vésico-vaginales (FVV)

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à placer un cathéter (et s'assurer que la vessie est cathétérisée)			
Capacité à garantir un bon niveau d'hygiène périnéale et organiser des bains de siège			
Capacité à enseigner les exercices du plancher pelvien			
Capacité à réaliser un examen approfondi de la zone génitale, sans oublier : <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher les infections cutanées dans les zones génitales • Vérifier l'état de la muqueuse vaginale • Confirmer la classification de la fistule 			
Capacité à choisir l'approche chirurgicale appropriée			
Savoir bien positionner la patiente de manière à ce que la fistule soit bien exposée			
Capacité à réaliser une anesthésie rachidienne			

	Observation du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à réaliser un examen sous anesthésie, ce qui inclut l'examen de l'étendue de la cicatrice, les positions urétrales et, lors des consultations externes, l'absence de calculs vésicaux, la capacité de débrider le tissu cicatriciel, insérer les cathéters urétéraux et, si nécessaire, réaliser un test de coloration pour déterminer la localisation de la FVV			
Capacité à réaliser des infiltrations hémostatiques en utilisant de l'ocytocine/adrénaline			
Capacité à réaliser les étapes initiales de la fermeture de la fistule			
Capacité à réaliser les étapes finales de la fermeture de la fistule			
Capacité à réaliser un test de coloration pour s'assurer de la fermeture étanche de la fistule			
Capacité à prendre en charge la douleur postopératoire			
Capacité à prendre en charge l'administration de fluides			

	Observation du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à gérer les soins postopératoires du cathéter			
Capacité à prendre en charge les traitements antibiotiques			
Capacité à retirer les sutures (si elles sont non résorbables) avant leur rejet			
Signature et date (apprenant) :		Signature et date (formateur) :	

Registre du Module 4 :

Prise en charge des fistules recto-vaginales (FRV) et des déchirures du troisième et quatrième degré

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à comprendre et enseigner les soins périnéaux à tous les membres de l'équipe			
Capacité à coordonner et gérer le déroulement de tous les tests de laboratoires nécessaires à l'opération			
Capacité à superviser efficacement la préparation des intestins			
Capacité à décrire et à classer les déchirures du troisième et quatrième degré			
Capacité à réaliser des examens sous anesthésie, vérifier les types de déchirures périnéales, l'étendue de la cicatrice et les troubles du sphincter anal et rectal			
Capacité à réaliser des examens sous anesthésie, vérifier l'étendue de la cicatrice, la hauteur et la profondeur de la FRV, l'étendue de la perturbation du sphincter anal et la présence d'autres fistules			
Capacité à réaliser une colostomie			

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à réaliser des infiltrations hémostatiques en utilisant de l'ocytocine/adrénaline			
Capacité à suivre les étapes suivantes pendant la fermeture de la fistule :			
<ul style="list-style-type: none"> • Bonne exposition de la fistule 			
<ul style="list-style-type: none"> • Technique aseptique 			
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la localisation et de la taille de la fistule 			
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation adéquate pour s'assurer un accès maximum 			
<ul style="list-style-type: none"> • Incision circulaire autour de la fistule 			
<ul style="list-style-type: none"> • Une dissection correcte de la paroi vaginale à partir de la paroi rectale sous-jacente et inspection du sphincter anal : s'il est endommagé, le réparer correctement 			
<ul style="list-style-type: none"> • Excision du tissu cicatriciel à partir du bord de la fistule (facultatif) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Éviter la muqueuse rectale pendant la fermeture, si possible 			

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
• Fermeture hermétique, sans tension			
Capacité à prendre en charge les soins postopératoires des patientes atteintes d'une FRV			
Capacité à prendre en charge la douleur postopératoire			
Capacité à prendre en charge l'administration de fluides postopératoires			
Capacité à gérer la prise en charge postopératoire du cathéter			
Capacité à prendre en charge les traitements antibiotiques			
Capacité à superviser efficacement la prise en charge postopératoire des intestins			
Capacité à retirer les sutures (si elles sont non résorbables) avant leur Rejet			
Capacité à déterminer si la colostomie est inversée le cas échéant			

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à réaliser des tests de coloration avant la fermeture de la colostomie			
Signature et date (apprenant) :		Signature et date (formateur) :	

Registre du Module 5 : Prise en charge des fistules compliquées/complexes

■ = Pas obligatoire dans tous les centres de formation	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Prise en charge des fistules compliquées/complexes			
Capacité à réaliser une opération de la fistule urétrale			
Capacité à réaliser une chirurgie de la fistule circonférentielle			
Capacité à réaliser une chirurgie des fistules vésico-cervicales et vésico-utérines			
Capacité à réaliser une chirurgie de la fistule du dôme vaginal (après une hystérectomie)			
Capacité à réaliser une reconstruction urétrale (approche vaginale)			
Capacité à réaliser une réimplantation urétérale, par exemple avec un lambeau Boari (approche abdominale – doit être déterminée avec le formateur)			
Capacité à traiter une fistule urinaire avec présence de cicatrices vaginales étendues			

■ = Pas obligatoire dans tous les centres de formation	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à traiter une combinaison de deux fistules urinaires compliquées ou plus			
Évaluation de l'incontinence urinaire après la chirurgie :			
Capacité à établir des diagnostics à partir de l'historique de la patiente, l'examen clinique, des tests laboratoires, des tests cliniques et des tests spécialisés			
Capacité à gérer les différents types d'incontinence urinaire suite à une opération :			
<ul style="list-style-type: none"> • Incontinence urinaire liée au stress 			
<ul style="list-style-type: none"> • Incontinence par regorgement 			
<ul style="list-style-type: none"> • Hyperactivité du détrusor ou incontinence pressante 			
<ul style="list-style-type: none"> • Incontinence urinaire mixte (incontinence pressante et liée au stress) 			

■ = Pas obligatoire dans tous les centres de formation	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
<p>Capacité à enseigner à la patiente comment insérer un tampon urétral pour l'incontinence urinaire persistante (si ces mêmes tampons sont utilisés dans le centre ou par le formateur)</p> <p>Capacité à prendre en charge chirurgicalement l'incontinence urinaire persistante, en utilisant (à déterminer avec le centre de formation ou le formateur) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urethralization et une bretelle pubo-coccygienne 			
<ul style="list-style-type: none"> • ■ Urethralization et fascio-colposuspension 			
<ul style="list-style-type: none"> • ■ Urethrolyses retro-pubique et opération de la bretelle 			
<ul style="list-style-type: none"> • ■ Autre: Burch colposuspension et bretelle/*bande mi-urétrale 			
<p><i>*(Sous la stricte supervision du formateur à cause d'un risque élevé d'érosion vaginale/urétrale chez les patientes atteintes de VVF)</i></p>			
<p>Signature et date (apprenant) :</p>		<p>Signature et date (formateur) :</p>	

Registre du Module 6 : Prise en charge des complications de la chirurgie de la fistule

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à détecter les troubles de la coagulation à partir d'un bon historique de la patiente et des tests sanguins correctement réalisés, quand c'est possible			
Capacité à comprendre et à prendre en charge les hémorragies légères et modérées (sera évaluée à la fin des 24 mois de formation):			
<ul style="list-style-type: none"> Chez les patientes en état hémodynamique stable 			
<ul style="list-style-type: none"> Chez les patientes en état hémodynamique instable 			
<ul style="list-style-type: none"> Maintenir l'hémostase 			
<ul style="list-style-type: none"> Utilise des paquets vaginaux, dont l'adrénaline quand c'est nécessaire 			
<ul style="list-style-type: none"> Prise de mesures nécessaires à la réanimation (comme la transfusion sanguine) 			
Capacité à identifier et à prendre en charge les blessures aux organes environnants :			

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
<ul style="list-style-type: none"> Déterminer les problèmes urétéraux (en utilisant urographie en IV, quand c'est possible) et les traiter efficacement sous anesthésie (comme réaliser des cystoscopies et des cautérisations urétrales) 			
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge de l'anurie 			
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des blessures vésicales et urétrales 			
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des blessures intestinales 			
Capacité à identifier et à gérer les problèmes chirurgicaux associés (certains de ces troubles n'arrivent que rarement, mais ce qu'il faut faire s'ils surviennent, doit être étudié avec le formateur)			
<ul style="list-style-type: none"> Gérer les complications anesthésiques 			
<ul style="list-style-type: none"> Traiter l'état septique 			
<ul style="list-style-type: none"> Gérer les thromboses veineuses profondes et l'embolie pulmonaire 			

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
<ul style="list-style-type: none"> Gérer de façon précoce une réparation des lignes de suture, comme une perte d'urine qui conduit à l'infection de la blessure 			
<ul style="list-style-type: none"> Localiser et retirer un cathéter urétral/urétéral mal placé 			
<ul style="list-style-type: none"> Retirer une aiguille brisée 			
Capacité à identifier et à prendre en charge les complications tardives : <ul style="list-style-type: none"> Soin des sutures rompues 			
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des restrictions urétrales 			
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des restrictions vaginales 			
<ul style="list-style-type: none"> Retirer les calculs vésicaux 			
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge de l'hématométrie 			
<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge de la menourie 			
<ul style="list-style-type: none"> Comprendre les questions relatives à l'aménorrhée secondaire et à l'infertilité, savoir référer la patiente vers un spécialiste, le cas échéant 			

	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
<p>Capacité à enregistrer des données de complications, des facteurs pronostiques et des résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser et gérer efficacement les dossiers et les données des patientes 			
<ul style="list-style-type: none"> • Développer de nouveaux processus et protocoles basés sur l'évolution de la pratique et la disponibilité de nouveaux équipements pour réduire les taux de complications 			
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la qualité de l'enseignement et de l'évaluation de chaque membre de l'équipe 			
<ul style="list-style-type: none"> • Etre capable de réaliser et de présenter un audit 			
Signature et date (l'apprenant) :		Signature et date (formateur) :	

Registre du Module 7 : Anesthésie pour la chirurgie de la fistule

■ = Pas obligatoire dans tous les centres de formation	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
Capacité à réaliser une anesthésie spinale <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser correctement les dispositifs de surveillance et sécuriser l'accès intraveineux 			
<ul style="list-style-type: none"> • Positionner correctement la patiente pour l'anesthésie spinale, en assurant une flexion complète de la colonne vertébrale afin d'accéder facilement aux vertèbres lombaires 			
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les techniques aseptiques 			
<ul style="list-style-type: none"> • Préparer les équipements et les médicaments (doivent être vérifiés par un assistant) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les différents types d'anesthésies locales (avec la lidocaïne ou la bupivacaïne par exemple) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier correctement l'espace inter-épineux 			
<ul style="list-style-type: none"> • Préparer correctement la peau en utilisant l'anesthésie locale 			

■ = Pas obligatoire dans tous les centres de formation	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
<ul style="list-style-type: none"> • Administrer l'anesthésie spinale 			
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer correctement le niveau du blocage vertébral 			
<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une surveillance continue efficace 			
<ul style="list-style-type: none"> • Etre conscient des complications possibles de l'anesthésie spinale (par exemple, insuffisance respiratoire résultant du blocage supérieur ou céphalée causées par la ponction) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Préparer les sédatifs pertinents et les médicaments d'urgence pour une utilisation avec l'anesthésie spinale ou séparément (si nécessaire) 			
<p>Capacité à induire une sédation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier correctement les équipements (système d'apport d'oxygène, équipement de surveillance et d'aspiration) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser correctement les dispositifs de surveillance et sécuriser l'accès intraveineux 			

■ = Pas obligatoire dans tous les centres de formation	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
<ul style="list-style-type: none"> • Administrer correctement de l'oxygène à la patiente 			
<ul style="list-style-type: none"> • Administrer correctement le sédatif choisi 			
<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer régulièrement la patiente et administrer d'autres médicaments, si nécessaire 			
<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller continuellement la patiente en cas de complications pendant l'opération 			
<p>Capacité à réaliser une anesthésie générale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier les appareils d'anesthésie et les équipements de surveillance 			
<ul style="list-style-type: none"> • Préparer les médicaments nécessaires, dont ceux d'urgence 			
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser correctement les dispositifs de surveillance et sécuriser l'accès intraveineux 			
<ul style="list-style-type: none"> • Etre capable de pré-oxygéner la patiente 			
<ul style="list-style-type: none"> • Induire une anesthésie par la méthode choisie (intraveineuse ou gazeuse) 			

■ = Pas obligatoire dans tous les centres de formation	Observations du formateur	Supervision directe du formateur	Pratique autonome
<ul style="list-style-type: none"> • Etablir une voie respiratoire et ventiler manuellement la patiente 			
<ul style="list-style-type: none"> • Etablir et sécuriser une ventilation des voies respiratoires permanente 			
<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à insérer d'autres voies vasculaires, si nécessaire (un autre accès par voie intraveineuse, une voie artérielle ou une voie centrale) 			
<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller continuellement la patiente en cas de complications pendant l'opération 			
<ul style="list-style-type: none"> • Etre capable d'extuber des voies respiratoires de manière compétente pour une sortie en douceur de l'anesthésie 			
<p>Gérer l'administration de liquide postopératoire des colloïdes, cristalloïdes ou de produits sanguins, le cas échéant</p>			
<p>Utiliser correctement les médicaments opioïdes comme les AINS et autres analgésiques non opioïdes</p>			
<p>Signature et date (apprenant) :</p>		<p>Signature et date (formateur) :</p>	

SECTION TROIS

EVALUATION BASÉE SUR LA PERFORMANCE (PBA)

Les formulaires de PBA sont conçus pour examiner les nuances de la formation chirurgicale. Ils sont utilisés pour évaluer les compétences et voir si celles-ci sont correctement mises en application. Par exemple, les formulaires prennent en compte si l'apprenant manipule soigneusement les tissus, s'il est conscient des complications possibles et s'il a préparé tout l'équipement nécessaire.

Les formulaires PBA ont été groupés par localisation de la fistule :

LES FISTULES DE LA VESSIE et DE L'URÈTRE :

1. Les principes fondamentaux des techniques chirurgicales
2. Les étapes de base de la fermeture des fistules
3. La réparation des fistules urinaires avec les cicatrices extensives
4. La réparation des fistules de l'urètre
5. La reconstruction de l'urètre
6. La réparation des fistules vésico-vaginales circonférentielles

LA CHIRURGIE URÉTÉRALE :

7. La réparation et la réimplantation des fistules urétérales

LES FISTULES RECTALES :

8. La réparation des déchirures du troisième et du quatrième degré
9. La réparation des fistules recto-vaginales et des blessures du sphincter anal
10. La réparation des fistules recto-vaginales circonférentielles

LES FISTULES UTÉRINES/DU COL DE L'UTÉRUS ET FISTULES DE LA VOUTE VAGINALE :

11. La réparation des fistules de la voute vaginale en utilisant la voie abdominale ou vaginale
12. La réparation des fistules vésico-cervicales et vésico-utérines

L'ANESTHÉSIE :

13. L'anesthésie spinale
14. Les techniques de sédation
15. L'anesthésie générale

PBA 1 : LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA CHIRURGIE DES FISTULES

(Niveau d'enseignement : standard)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat sur chacun des facteurs suivants :

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Manipulation systématique des tissus de manière appropriée, avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Utilisation de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure avec une fluidité parfaite entre chaque étape
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvais placement des sutures, l'apprenant a fait des nœuds mal assurés et/ou portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nœuds mais quelques maladresses	Positionnement systématique des sutures avec précision, l'apprenant a fait des nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

PBA 2 : LES ETAPES STANDARDS DANS LA FERMETURE DES FISTULES

(Niveau d'enseignement : standard)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat sur chacun des facteurs suivants :

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Manipulation systématique des tissus de manière appropriée, avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Utilisation de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure avec une fluidité parfaite entre chaque étape
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvais placement des sutures, l'apprenant a fait des nœuds mal assurés et/ou portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nœuds mais quelques maladresses	Positionnement systématique des sutures avec précision, l'apprenant a fait des nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

PBA 3 : LA RÉPARATION DES FISTULES URINAIRES AVEC LES CICATRICES EXTENSIVES

(Niveau d'enseignement : avancé et expert)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat sur chacun des facteurs suivants :

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Manipulation systématique des tissus de manière appropriée, avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

Soutien technique des assistants	L'apprenant a systématiquement mal placé les assistants ou ne les a jamais sollicité	L'apprenant a souvent sollicité les assistants de façon appropriée	L'apprenant a systématiquement sollicité les assistants de la meilleure manière
Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale	La communication avec l'équipe était inadéquate ou trop fréquente L'apprenant ne semblait pas conscient des besoins de la patiente ou de l'équipe	Bonne communication avec l'équipe médicale L'apprenant a démontré une conscience des besoins de la patiente et/ou de l'équipe	Communication systématiquement efficace L'apprenant a montré une vive conscience des besoins des patientes et/ou de l'équipe
Perspicacité/attitude	Connaissance inadéquate de ses faiblesses	Connaissance modeste de ses faiblesses	Connaissance approfondie de ses faiblesses
La documentation des procédures	Documentation limitée et mal écrite	Documentation adéquate, mais avec des omissions ou des zones incomplètes qui nécessitent des informations supplémentaires	Documentation claire et compréhensive, présentant les constats, les procédures et la prise en charge postopératoire

COCHEZ

L'apprenant est compétent dans tous les domaines pour cette procédure

L'apprenant travaille pour gagner en compétences

L'apprenant a encore besoin de soutien (points suivants):*

L'apprenant est capable d'effectuer l'intervention complète sans supervision:*

Date:

Date (1):

Date (2):

Signature (formateur):

Signature (formateur 1):

Signature (formateur 2):

Signature (apprenant):

Signature (apprenant):

Signature (apprenant):

*Rayez la mention inutile et signez dans la case correspondante

PBA 4 : LA RÉPARATION DES FISTULES DE L'URÈTRE

(Niveaux d'enseignement : standard/avancé ou expert)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants :

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Manipulation systématique des tissus de manière appropriée, avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Soutien technique des assistants	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

PBA 5 : LA RECONSTRUCTION DE L'URÈTRE

(Niveaux d'enseignement: standard/avancé et expert)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants :

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Utilisation systématique des tissus de manière appropriée avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

PBA 6 : LA RÉPARATION DES FISTULES VESICO-VAGINALES CIRCONFÉRENTIELLES

(Niveaux d'enseignements : avancé et expert)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants:

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Utilisation systématique des tissus de manière appropriée avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

Soutien technique des assistants	L'apprenant a systématiquement mal placé les assistants ou ne les a jamais sollicité	L'apprenant a souvent sollicité les assistants de façon appropriée	L'apprenant a systématiquement sollicité les assistants de la meilleure manière
Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale	La communication avec l'équipe était inadéquate ou trop fréquente L'apprenant ne semblait pas conscient des besoins de la patiente ou de l'équipe	Bonne communication avec l'équipe médicale L'apprenant a démontré une conscience des besoins de la patiente et/ou de l'équipe	Communication systématiquement efficace L'apprenant a montré une vive conscience des besoins des patientes et/ou de l'équipe
Perspicacité/attitude	Connaissance inadéquate de ses faiblesses	Connaissance modeste de ses faiblesses	Connaissance approfondie de ses faiblesses
La documentation des procédures	Documentation limitée et mal écrite	Documentation adéquate, mais avec des omissions ou des zones incomplètes qui nécessitent des informations supplémentaires	Documentation claire et compréhensive, présentant les constats, les procédures et la prise en charge postopératoire

COCHEZ

L'apprenant est compétent dans tous les domaines pour cette procédure

L'apprenant travaille pour gagner en compétences

L'apprenant a encore besoin de soutien (points suivants):*

L'apprenant est capable d'effectuer l'intervention complète sans supervision:*

Date:

Date (1):

Date (2):

Signature (formateur):

Signature (formateur 1):

Signature (formateur 2):

Signature (apprenant):

Signature (apprenant):

Signature (apprenant):

*Rayez la mention inutile et signez dans la case correspondante

PBA 7 : LA RÉPARATION DES FISTULES URÉTÉRALES ET LA RÉIMPLANTATION URÉTÉRALES

(Niveaux d'enseignement : avancé et expert)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants:

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Utilisation systématique des tissus de manière appropriée avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

PBA 8 : LA RÉPARATION DES DÉCHIRURES DU TROISIÈME ET DU QUATRIÈME DEGRÉ

(Niveau d'enseignement : standard)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants:

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Utilisation systématique des tissus de manière appropriée avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

Soutien technique des assistants	L'apprenant a systématiquement mal placé les assistants ou ne les a jamais sollicité	L'apprenant a souvent sollicité les assistants de façon appropriée	L'apprenant a systématiquement sollicité les assistants de la meilleure manière
Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale	La communication avec l'équipe était inadéquate ou trop fréquente L'apprenant ne semblait pas conscient des besoins de la patiente ou de l'équipe	Bonne communication avec l'équipe médicale L'apprenant a démontré une conscience des besoins de la patiente et/ou de l'équipe	Communication systématiquement efficace L'apprenant a montré une vive conscience des besoins des patientes et/ou de l'équipe
Perspicacité/attitude	Connaissance inadéquate de ses faiblesses	Connaissance modeste de ses faiblesses	Connaissance approfondie de ses faiblesses
La documentation des procédures	Documentation limitée et mal écrite	Documentation adéquate, mais avec des omissions ou des zones incomplètes qui nécessitent des informations supplémentaires	Documentation claire et compréhensive, présentant les constats, les procédures et la prise en charge postopératoire

COCHEZ

L'apprenant est compétent dans tous les domaines pour cette procédure

L'apprenant travaille pour gagner en compétences

L'apprenant a encore besoin de soutien (points suivants):*

L'apprenant est capable d'effectuer l'intervention complète sans supervision:*

Date:

Date (1):

Date (2):

Signature (formateur):

Signature (formateur 1):

Signature (formateur 2):

Signature (apprenant):

Signature (apprenant):

Signature (apprenant):

*Rayez la mention inutile et signez dans la case correspondante

PBA 9 : LA RÉPARATION DES FISTULES RECTO-VAGINALES ET LES BLESSURES AU SPHINCTER ANAL

(Niveau d'enseignement : standard)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants:

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Utilisation systématique des tissus de manière appropriée avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

PBA 10 : LA RÉPARATION DES FISTULES RECTO-VAGINALES CIRCONFÉRENTIELLES

(Niveau d'enseignement : avancé et expert)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants:

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Utilisation systématique des tissus de manière appropriée avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

Soutien technique des assistants	L'apprenant a systématiquement mal placé les assistants ou ne les a jamais sollicité	L'apprenant a souvent sollicité les assistants de façon appropriée	L'apprenant a systématiquement sollicité les assistants de la meilleure manière
Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale	La communication avec l'équipe était inadéquate ou trop fréquente L'apprenant ne semblait pas conscient des besoins de la patiente ou de l'équipe	Bonne communication avec l'équipe médicale L'apprenant a démontré une conscience des besoins de la patiente et/ou de l'équipe	Communication systématiquement efficace L'apprenant a montré une vive conscience des besoins des patientes et/ou de l'équipe
Perspicacité/attitude	Connaissance inadéquate de ses faiblesses	Connaissance modeste de ses faiblesses	Connaissance approfondie de ses faiblesses
La documentation des procédures	Documentation limitée et mal écrite	Documentation adéquate, mais avec des omissions ou des zones incomplètes qui nécessitent des informations supplémentaires	Documentation claire et compréhensive, présentant les constats, les procédures et la prise en charge postopératoire

COCHEZ

L'apprenant est compétent dans tous les domaines pour cette procédure

L'apprenant travaille pour gagner en compétences

L'apprenant a encore besoin de soutien (points suivants):*

L'apprenant est capable d'effectuer l'intervention complète sans supervision:*

Date:

Date (1):

Date (2):

Signature (formateur):

Signature (formateur 1):

Signature (formateur 2):

Signature (apprenant):

Signature (apprenant):

Signature (apprenant):

*Rayez la mention inutile et signez dans la case correspondante

PBA 11 : LA RÉPARATION DES FISTULES DE LA VOUTE (APRÈS UNE HYSTÉRECTOMIE) EN UTILISANT LA VOIE ABDOMINALE OU VAGINALE

(Niveaux d'enseignement : avancé et expert)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants:

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Utilisation systématique des tissus de manière appropriée avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

PBA 12 : LA RÉPARATION DES FISTULES VESICO-CERVICALES ET VESICO-UTÉRINES

(Niveaux d'enseignement : avancé et expert)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants:

Respect des tissus	Utilisation fréquente de la force quand ce n'était pas nécessaire ou lésions des tissus après utilisation d'instruments inadaptés	Manipulation soigneuse des tissus, mais quelques lésions par inadvertance	Utilisation systématique des tissus de manière appropriée avec un minimum de lésions tissulaires
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié l'intervention donc une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et manipulation des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

PBA 13 : L'ANESTHÉSIE SPINALE (Formation par un anesthésiste)

(Niveau d'enseignement : standard)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants :

Connaissance et manipulation de l'équipement anesthésique et des instruments chirurgicaux	Manque de connaissance de l'équipement anesthésique et des instruments	Utilisation compétente de l'équipement et des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de l'équipement et de tous les instruments
Connaissance et manipulation des produits anesthésiques	Manque de connaissance des produits	Utilisation compétente des produits mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée des produits
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements inutiles et/ou arrêts fréquents de l'opération et/ou besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progression raisonnable mais utilisation de mouvements inutiles. L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié l'intervention donc une fluidité parfaite entre chaque démarche

Soutien technique des assistants	L'apprenant a systématiquement mal placé les assistants ou ne les a jamais sollicité	L'apprenant a souvent sollicité les assistants de façon appropriée	L'apprenant a systématiquement sollicité les assistants de la meilleure manière
Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale	La communication avec l'équipe était inadéquate ou trop fréquente L'apprenant ne semblait pas conscient des besoins de la patiente ou de l'équipe	Bonne communication avec l'équipe médicale L'apprenant a démontré une conscience des besoins de la patiente et/ou de l'équipe	Communication systématiquement efficace L'apprenant a montré une vive conscience des besoins des patientes et/ou de l'équipe
Perspicacité/attitude	Connaissance inadéquate de ses faiblesses	Connaissance modeste de ses faiblesses	Connaissance approfondie de ses faiblesses
La documentation des procédures	Documentation limitée et mal écrite	Documentation adéquate, mais avec des omissions ou des zones incomplètes qui nécessitent des informations supplémentaires	Documentation claire et compréhensive, présentant les constats, les procédures et la prise en charge postopératoire

COCHEZ

L'apprenant est compétent dans tous les domaines pour cette intervention

L'apprenant travaille pour gagner en compétences

L'apprenant a besoin d'aide sur les points suivants:*	L'apprenant est capable d'effectuer l'intervention complète sans supervision:*
---	--

Date:	Date (1):	Date (2):
-------	-----------	-----------

Signature (formateur):	Signature (formateur 1):	Signature (formateur 2):
------------------------	--------------------------	--------------------------

Signature (apprenant):	Signature (apprenant):	Signature (apprenant):
------------------------	------------------------	------------------------

*Rayez la mention inutile et signez dans la case correspondante

PBA 14 : LES TECHNIQUES DE SÉDATION (Formation par une anesthésiste)

(Niveaux d'enseignement : avancé et expert)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants:

Connaissance et traitement de la machine anesthésique et les instruments chirurgicaux	Le candidat manquait une bonne connaissance de la machine et des instruments	Utilisation compétente de la machine et des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de la machine et tous les instruments
Connaissance et traitement des drogues anesthésiques	Le candidat manquait une bonne connaissance des drogues	Utilisation compétente des drogues mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée des drogues
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements non-nécessaires et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progrès notables mais usages de mouvements non-nécessaires L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et prise en charge des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité.	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses.	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

Gestion des assistants	L'apprenant a systématiquement mal placé les assistants ou ne les a jamais sollicité	L'apprenant a souvent sollicité les assistants de façon appropriée	L'apprenant a systématiquement sollicité les assistants de la meilleure manière
Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale	La communication avec l'équipe était inadéquate ou trop fréquente L'apprenant ne semblait pas conscient des besoins de la patiente ou de l'équipe	Bonne communication avec l'équipe médicale L'apprenant a démontré une conscience des besoins de la patiente et/ou de l'équipe	Communication systématiquement efficace L'apprenant a montré une vive conscience des besoins des patientes et/ou de l'équipe
Perspicacité/attitude	Connaissance inadéquate de ses faiblesses	Connaissance modeste de ses faiblesses	Connaissance approfondie de ses faiblesses
La documentation des procédures	Documentation limitée et mal écrite	Documentation adéquate, mais avec des omissions ou des zones incomplètes qui nécessitent des informations supplémentaires	Documentation claire et compréhensive, présentant les constats, les procédures et la prise en charge postopératoire

COCHEZ

L'apprenant est compétent dans tous les domaines pour cette procédure

L'apprenant travaille pour gagner en compétences

L'apprenant a besoin d'aide sur les points suivants:*	L'apprenant est capable d'effectuer la procédure entière sans supervision:*
Date:	Date (1): Date (2):
Signature (formateur):	Signature (formateur 1): Signature (formateur 2):
Signature (apprenant):	Signature (apprenant): Signature (apprenant):

*Rayez la mention inutile et signez dans la case correspondante

PBA 15 : L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE (Formation par une anesthésiste)

(Niveaux d'enseignement : avancé et expert)

Évaluateurs, marquez la performance du candidat pour chacun des facteurs suivants :

Connaissance et traitement de la machine anesthésique et les instruments chirurgicaux	Le candidat manquait une bonne connaissance de la machine et des instruments	Utilisation compétente de la machine et des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de la machine et tous les instruments
Connaissance et traitement des drogues anesthésiques	Le candidat manquait une bonne connaissance des drogues	Utilisation compétente des drogues mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée des drogues
Durée, mouvement, flux opératoire et planification	Usages de mouvements non-nécessaires et/ou arrêts fréquents de l'opération L'apprenant avait besoin d'explication avant la prochaine démarche	Progrès notables mais usages de mouvements non-nécessaires L'apprenant a démontré une bonne connaissance générale de la procédure mais la fluidité de ses mouvements a été parfois désordonnée	Excellente économie de mouvement pour une efficacité maximale L'apprenant a bien planifié la procédure dont une fluidité parfaite entre chaque démarche
Connaissance et prise en charge des instruments	Manque de connaissance des instruments	Utilisation compétente des instruments mais quelques maladresses	Utilisation visiblement aisée de tous les instruments
Compétences de suture et de nouage	Mauvaise disposition des sutures, l'apprenant a attaché les nœuds de façon insécurisée, et portait peu d'attention aux règles de sécurité.	Fiabilité de la plupart des sutures et des nouages, mais quelques maladresses.	Disposition systématique des sutures avec précision, l'apprenant a attaché les nœuds de façon sécurisée et portait une forte attention aux règles de sécurité

Gestion des assistants	L'apprenant a systématiquement mal placé les assistants ou ne les a jamais sollicité	L'apprenant a souvent sollicité les assistants de façon appropriée	L'apprenant a systématiquement sollicité les assistants de la meilleure manière
Relations avec la patiente et l'équipe chirurgicale	La communication avec l'équipe était inadéquate ou trop fréquente L'apprenant ne semblait pas conscient des besoins de la patiente ou de l'équipe	Bonne communication avec l'équipe médicale L'apprenant a démontré une conscience des besoins de la patiente et/ou de l'équipe	Communication systématiquement efficace L'apprenant a montré une vive conscience des besoins des patientes et/ou de l'équipe
Perspicacité/attitude	Connaissance inadéquate de ses faiblesses	Connaissance modeste de ses faiblesses	Connaissance approfondie de ses faiblesses
La documentation des procédures	Documentation limitée et mal écrite	Documentation adéquate, mais avec des omissions ou des zones incomplètes qui nécessitent des informations supplémentaires	Documentation claire et compréhensive, présentant les constats, les procédures et la prise en charge postopératoire

COCHEZ

L'apprenant est compétent dans tous les domaines pour cette procédure

L'apprenant travaille pour gagner en compétences

L'apprenant a besoin d'aide sur les points suivants:*	L'apprenant est capable d'effectuer la procédure entière sans supervision:*
---	---

Date:	Date (1):	Date (2):
-------	-----------	-----------

Signature (formateur):	Signature (formateur 1):	Signature (formateur 2):
------------------------	--------------------------	--------------------------

Signature (apprenant):	Signature (apprenant):	Signature (apprenant):
------------------------	------------------------	------------------------

*Rayez la mention inutile et signez dans la case correspondante

SECTION QUATRE

LES OUTILS D'APPRENTISSAGE POUR SOUTENIR L'ÉVALUATION

Les outils ont été développés pour structurer l'évaluation de chaque apprenant par chaque formateur. A leur arrivée dans un nouveau centre de formation, un processus d'initiation complet sera mis en place pour l'apprenant et les étapes de ce processus seront regroupées dans un formulaire. Ils seront également soumis à un processus d'évaluation complet dans un délai d'un mois suivant la formation d'initiation ainsi qu'à la fin de leur formation au centre, et ces évaluations doivent également être répertoriées. De plus, les apprenants développeront des plans de développement personnel avec leur formateur et rédigeront et enregistreront des rapports par cas.

L'apprentissage analytique doit s'opérer tout au long de la formation.

Les outils suivant sont inclus :

- Une initiation, à utiliser :
 - Suivant l'initiation, chaque fois que l'apprenant rejoint un nouveau centre de formation
 - Pour l'évaluation dans le premier mois de formation dans ce centre
 - Pour l'évaluation à la fin de la formation dans ce centre
- Un formulaire pour le plan de développement personnel
- Un formulaire pour les discussions des cas
- Un formulaire pour l'apprentissage analytique

INITIATION ET EVALUATION

Date de l'évaluation	<input type="text"/>
Nom de l'apprenant	<input type="text"/>
Nom du formateur	<input type="text"/>
Centre de formation	<input type="text"/>
Poste de l'apprenant (standard, avancé ou expert)	<input type="text"/>
Lieu de l'évaluation	<input type="text"/>
Type de rendez vous (initiation ou évaluation)	<input type="text"/>

Attitude et attributs

(ex : fiabilité, enthousiasme, capacités de communication, relations avec les collègues, relations avec les patients, les familles et l'équipe).

Activités et connaissances

Énumérez les projets complétés, les responsabilités d'enseignement assumés et les présentations données depuis la dernière évaluation.

Revue des registres

Problèmes ou questions actuels, ex : la santé personnelle

Énumérez les domaines qui posent problème à discuter.

Suggestions de cours à enseigner et de travail à planifier

Domaines qui posent problème et les solutions possibles

Quand il y a des préoccupations, le superviseur doit mettre en place un plan d'action.

Planification de la prochaine étape de formation

Nom et signature de l'évaluateur

Position de l'évaluateur

Nom et signature de l'apprenant

Date de la prochaine réunion

PLAN DE DEVELOPPEMENT PERSONNEL

Date de l'évaluation	<input type="text"/>
Nom de l'apprenant	<input type="text"/>
Nom du formateur	<input type="text"/>
Centre de formation	<input type="text"/>
Poste de l'apprenant (standard, avancé ou expert)	<input type="text"/>
Lieu de l'évaluation	<input type="text"/>

Titre du plan

Think SMART!

Vous retrouverez des objectifs plus spécifiques pour vous aider à répondre à vos besoins en matière de formation. Ces objectifs devraient être :

- **Spécifiques** – Vous devriez définir clairement les objectifs que vous voudriez atteindre.
- **Mesurables** – Il est important que vous puissiez mesurer si vous avez atteint ces objectifs.
- **Réalisables** – Ces objectifs sont-ils réalisables?
- **Réalistes** – Pouvez-vous atteindre ces objectifs de manière objective avec les ressources à votre disposition?
- **Délais** – Quand voulez vous atteindre ces objectifs?

Quels objectifs spécifiques souhaitez-vous atteindre?

Comment allez-vous réaliser ces objectifs ?

Programme

Évaluation et résultats (Avez-vous réussi à atteindre vos objectifs?)

Nom et signature de l'évaluateur

Position de l'évaluateur

Nom et signature de l'apprenant

Date de la prochaine réunion

REVUE DES CAS (CbD)

DOSSIER

D'ÉVALUATION

Date de l'évaluation

Nom de l'apprenant

Nom du formateur

Centre de formation

Poste de l'apprenant (standard, avancé ou expert)

Lieu de l'évaluation

Contexte clinique (cabinet de consultation, salle d'hôpital ou salle d'opération)

Problème clinique

Problème (entourez la bonne réponse)	FVV (cochez la case correspondante)	FRV (cochez la case correspondante)	Niveau de complexité : simple, moyen, complexe (cochez la case correspondante)
Réparation simple/standard			
Fistule minuscule			
Fistule avec des cicatrices extensives			
Fistule circonférentielle			
Fistule avec vessie petite ou aucune vessie			
Fistule résiduelle			
Fistule récurrente			
Fistule latérale			
Chirurgie de reconstruction			
Sling opération			
Opération détournée			
Autre (précisez)			

Classement de la performance (l'apprenant tiendra un registre séparé)

Évaluez les domaines suivants en utilisant l'échelle de classement ci-dessous	Niveau de base	Travail vers l'acquisition des compétences	Compétent	N/C
1. Le tenu des dossiers médicaux				
2. L'évaluation clinique				
3. Investigation et procédures de renvoi				
4. Traitement				
5. Suivi et planification				
6. Professionnalisme				
7. Jugement clinique général				

Commentaires sur la performance

Points positifs

Suggestions pour de développement

Plan d'action convenu pour la prochaine évaluation

Durée de l'observation (en minutes)

Durée du feedback (en minutes)

Nom et signature de l'évaluateur

Position de l'évaluateur

Nom et signature de l'apprenant

Date de la prochaine réunion

PRATIQUE ANALYTIQUE

Date de l'évaluation

Nom de l'apprenant

Nom du formateur

Centre de formation

Poste de l'apprenant (standard, avancé ou expert)

Lieu de l'évaluation

Contexte clinique (cabinet de consultation, salle d'hôpital ou salle d'opération)

Domaines de réflexion (entourez le(s) domaine(s) correspondant(s))

- Compétences cliniques
- Jugement
- Communication
- Prise de décision
- Travail en équipe

Situation

Quel est l'objet de votre réflexion?

Quel est la chose la plus importante que vous ayez retiré de cette expérience ?

Que feriez-vous la prochaine fois?

Cette expérience a-t-elle mis en lumière des carences dans votre formation ? Si oui, veuillez les noter afin de pouvoir en discuter avec vos formateurs et superviseurs le moment venu.

Commentaires/conseils des formateurs dans la situation

Nom et signature de l'évaluateur

Position de l'évaluateur

Nom et signature de l'apprenant

Date de la prochaine réunion

REFERENCES RECOMMENDEES

Publications de référence

Ci-dessous, vous retrouverez les différents mots clés de recherche utilisés pour répertorier les publications pertinentes et localiser les articles de journaux pertinents.

MOTS CLES DE RECHERCHE :

- *Obstetric Fistulae* (Okusanya and Garba; Yeakey, Chipeta et al.; Trotnow 1977; Wadhawan and Wacha 1983; Tachev and Petrov 1989; Waaldijk 1994; Rathee and Nanda 1995; Waaldijk 1995; Wall 1996; Vangeenderhuysen, Prual et al. 2001; Waaldijk 2004; Okonofua 2005; Ramphal and Moodley 2006; Reimers 2006; Ramsey, Iliyasu et al. 2007; Shittu, Ojengbede et al. 2007; Sombie, Kambou et al. 2007; Stanton, Holtz et al. 2007; Thomson 2007; Tsui, Creanga et al. 2007; Turan, Johnson et al. 2007; Velez, Ramsey et al. 2007; Wall 2007; Wall 2007; Wall and Arrowsmith 2007; Wegner, Ruminjo et al. 2007; Williams 2007; Onsrud, Sjoveian et al. 2008; Onsrud, Sjoveian et al. 2008; Raassen, Verdaasdonk et al. 2008; Ramphal, Kalane et al. 2008; Semere and Nour 2008; Tebeu, de Bernis et al. 2008; Wall, Arrowsmith et al. 2008; Wall, Wilkinson et al. 2008; Olusegun, Akinfolarin et al. 2009; Peterman and Johnson 2009; Roush 2009; Shefren 2009; Singh, Chandhiok et al. 2009; Tebeu, de Bernis et al. 2009; Tsu and Coffey 2009; Wall, Arrowsmith et al. 2009; Yeakey, Chipeta et al. 2009; Zheng and Anderson 2009).
- *Vesico-vaginal Fistula* (Wall 2005; Onuora, Oguike et al. 2006; Ray, Esen et al. 2006; Sharma, Seth et al. 2006; Wall, Arrowsmith et al. 2006; Arrowsmith 2007; Arrowsmith 2007; vans and Moore 2007; Mohammad 2007; Nafiou, Idrissa et al. 2007; Ojengbede and Morhason-Bello 2007; Ojengbede, Morhason-Bello et al. 2007; Ojenuwah and Olowosulu 2007; Padhye 2007; Popli, Ranka et al. 2007; Siddiqui and Paraiso 2007; Wall 2007; Wall 2007; Yang, Xu et al. 2007; Audu, Kullima et al. 2008; Goh and Krause 2008; Jatoi, Jatoi et al. 2008; Obi, Ozumba et al. 2008; Schindlbeck, Klauser et al. 2008; Uthman 2008; Akporiaye, Oguike et al. 2009; Gharoro and Agholor 2009; Hadzi-Djokic, Pejic et al. 2009; Igberase, Gharoro et al. 2009; Porgiglia, Fiori et al. 2009; Sachdev, Hassan et al. 2009).
- *Recto-vaginal Fistula* (Frileux, Berger et al. 1994; Gleeson, Baile et al. 1994; Ayhan, Tuncer et al. 1995; Parra and Kellogg 1995; Bankole Sanni, Denoulet et al. 1997; Lasser, Doidy et al. 1999; Udom, Umoh et al. 1999; Falandry 2000; Henrich, Meckies et al. 2000; Soriano, Lemoine et al. 2001; Murray, Goh et al. 2002; Onuora, Oguike et al. 2006; Oom, Gosselink et al. 2006; Sathappan and Rica 2006; Zhang, Li et al. 2006; Chawla, Smart et al. 2007; Genadry, Creanga et al. 2007; Kelly and Winter 2007; Ojengbede, Morhason-Bello et al. 2007; Rijken and Chilopora 2007; Wall 2007).
- *Childbirth Injury* (Bangser, Mehta et al.; Moir 1947; Camargos 1950; Morgan and Cadger 1964; Aimakhu 1974; Regent, Hodez et al. 1977; Russell and Gallagher 1977; Evoh and Akinla 1978; Bourrel 1983; Saldana, Rivera-Alsina et al. 1983; Petrov, Tachev et al. 1989; Tahzib 1989; 1991; Ojanuga 1991; Giebel and Karanjia 1993; Leke, Oduma et al. 1993; Ojanuga 1994; 1995; Kelly 1995; Taniguchi, Hamasaki et al. 1995; Onuora, al Ariyan et al. 1997; 1999; 1999; Hodges 1999; Ojanuga Onolemhemen and Ekwempu 1999; Angioli, Gomez-Marin et al. 2000; Falandry 2000; Wall, Karshima et al. 2004; Nour 2006; Wall 2006; Aina 2007; Wall 2007; Wittman and Wall 2007; Gharoro and Agholor 2009; Leung and Chung 2009; Ndiaye, Amoul Kini et al. 2009; Olusegun, Akinfolarin et al. 2009).
- *Classification of fistulae* (Coetzee and Lithgow 1966; Gray 1970; Lawson 1972; Schmidt 1979; Rosenshein, Genadry et al. 1980; Couvelaire 1982; Otte 1983; Gallot, Malafosse et

al. 1991; Sale, Claude et al. 1991; Falandry 1992; Gueye, Ba et al. 1992; Elkins 1994; Frileux, Berger et al. 1994; Guirassy, Diallo et al. 1995; Waaldijk 1995; Menefee and Elkins 1996; Mensah, Ba et al. 1996; Nikiteas, Korsgen et al. 1996; Farthmann and Ruf 1997; Veronikis, Nichols et al. 1998; Barisic, Krivokapic et al. 2000; Moudouni, Nouri et al. 2001; Tazi, el Fassi et al. 2001; Benchekroun, el Alj et al. 2003; Cron 2003; Charua Guindic, Retama Velasco et al. 2004; Waaldijk 2004; VanBibber, Zuckerman et al. 2006; Arrowsmith 2007; Bazi 2007; Creanga and Genadry 2007; Genadry, Creanga et al. 2007; Zeidan and Abdella 2007; Goh, Browning et al. 2008; Moore, Alexander et al. 2008; Nardos, Browning et al. 2008).

LISTE DES PUBLICATIONS DE REFERENCE (par ordre alphabétique)

- (1991). "Obstetric fistula." *Newsl Womens Glob Netw Reprod Rights*(37): 8-9.
- (1995). "Fistula – a disaster for teenage mothers." *AIDS Anal Afr* 5(5): 3.
- (1999). "Vesico-vaginal fistula – a major cause of unnecessary and avoidable suffering." *Safe Mother*(27): 1.
- (1999). "Vesico-vaginal fistula. What is an obstetric fistula?" *Safe Mother*(27): 4, 8.
- Aimakhu, V. E. (1974). "Reproductive functions after the repair of obstetric vesicovaginal fistulae." *Fertil Steril* 25(7): 586-91.
- Aina, O. F. (2007). "An overview of the socio-cultural and psychiatric aspects of women's reproductive health in West Africa." *Niger Postgrad Med J* 14(3): 231-7.
- Akporiaye, L. E., T. C. Oguike, et al. (2009). "Genito-urinary reconstruction in southern Nigeria." *West Afr J Med* 28(2): 126-9.
- Allen, A. M., T. Lakin, et al. (2011). "Transmural vaginal-to-bladder injury from an obstructed labor pattern." *Obstet Gynecol* 117(2 Pt 2): 468-70.
- Amor, M. S. and B. Charbagi (1972). "[Vesico-vaginal fistulae of traumatic origin]." *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1(5 Suppl 2): 391-2.
- Angioli, R., O. Gomez-Marin, et al. (2000). "Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience." *Am J Obstet Gynecol* 182(5): 1083-5.
- Arrowsmith, S., E. C. Hamlin, et al. (1996). "Obstructed labor injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world." *Obstet Gynecol Surv* 51(9): 568-74.
- Arrowsmith, S. D. (2007). "The classification of obstetric vesico-vaginal fistulae: a call for an evidence-based approach." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S25-7.
- Arrowsmith, S. D. (2007). "Urinary diversion in the vesico-vaginal fistula patient: general considerations regarding feasibility, safety, and follow-up." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S65-8.
- Ascher-Walsh, C. J., T. L. Capes, et al. (2010). "Sling procedures after repair of obstetric vesicovaginal fistula in Niamey, Niger." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 21(11): 1385-90.
- Audu, B. M., A. A. Kullima, et al. (2008). "Epidemiology of vesico-vaginal fistula: no longer a calamity of teenagers." *J Obstet Gynaecol* 28(4): 432-3.
- Avery, J. C., T. K. Gill, et al. (2004). "The impact of incontinence on health-related quality of life in a South Australian population sample." *Aust N Z J Public Health* 28(2): 173-9.
- Avery, K. and J. M. Blazeby (2006). "Quality of life assessment in surgical oncology trials." *World J Surg* 30(7): 1163-72.
- Avery, K., J. Donovan, et al. (2004). "ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence." *Neurourol Urodyn* 23(4): 322-30.

- Awonuga, A., L. Greenbaum, et al. (2007). "Vesicovaginal fistula associated with cytomegalovirus infection in an HIV-infected patient." *Gynecol Obstet Invest* 63(3): 143-5.
- Ayhan, A., Z. S. Tuncer, et al. (1995). "Results of treatment in 182 consecutive patients with genital fistulae." *Int J Gynaecol Obstet* 48(1): 43-7.
- Bangser, M., M. Mehta, et al. "Childbirth experiences of women with obstetric fistula in Tanzania and Uganda and their implications for fistula program development." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*.
- Bankole Sanni, R., C. Denoulet, et al. (1997). "[Acquired recto-vaginal fistula in children: is HIV infection a cause?]." *Bull Soc Pathol Exot* 90(2): 111-2.
- Barisic, G., Z. Krivokapic, et al. (2000). "The role of overlapping sphincteroplasty in traumatic fecal incontinence." *Acta Chir Iugosl* 47(4 Suppl 1): 37-41.
- Bazi, T. (2007). "Spontaneous closure of vesicovaginal fistulae after bladder drainage alone: review of the evidence." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 18(3): 329-33.
- Benchekroun, A., H. A. el Alj, et al. (2003). "[Vesico-vaginal fistula: report of 1050 cases]." *Ann Urol (Paris)* 37(4): 194-8.
- Birkhoff, J. D., M. Wechsler, et al. (1977). "Urinary fistulae: vaginal repair using a labial fat pad." *J Urol* 117(5): 595-7.
- Blaivas, J. G., D. M. Heritz, et al. (1995). "Early versus late repair of vesicovaginal fistulae: vaginal and abdominal approaches." *J Urol* 153(4): 1110-2; discussion 1112-3.
- Bourrel, P. (1983). "[Problems related to African customs and ritual mutilations]." *Contracept Fertil Sex (Paris)* 11(12): 1351-8.
- Browning, A. (2006). "Risk factors for developing residual urinary incontinence after obstetric fistula repair." *BJOG* 113(4): 482-5.
- Bump, R. C., A. Mattiasson, et al. (1996). "The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction." *Am J Obstet Gynecol* 175(1): 10-7.
- Camargos, A. L. (1950). "[Vesicovaginal fistula operated on after childbirth.]." *Rev Ginecol Obstet (Sao Paulo)* 44(6 Pt 2): 458-62.
- Candler, P. L. (1960). "Stress incontinence of urine following successful repair of vaginal urinary fistulae." *East Afr Med J* 37: 645-9.
- Charlewood, G. P. (1954). "Use of anal sphincter in stress incontinence." *S Afr Med J* 28(1): 15-7.
- Charua Guindic, L., L. Retama Velasco, et al. (2004). "[Management of the rectovaginal fistula. A review of five years at the Colon and Rectal Unit of the General Hospital of Mexico City]." *Ginecol Obstet Mex* 72: 209-14.
- Chawla, S., C. J. Smart, et al. (2007). "Recto-vaginal fistula: a refractory complication of Behcet's disease." *Colorectal Dis* 9(7): 667-8.
- Coetzee, T. and D. M. Lithgow (1966). "Obstetric fistulae of the urinary tract." *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 73(5): 837-44.
- Couvelaire, R. (1982). "[Complex vesicovaginal fistulae]." *J Urol (Paris)* 88(6): 353-8.
- Cox, R. and P. H. Worth (1987). "Ileal loop diversion in women with incurable stress incontinence." *Br J Urol* 59(5): 420-2.
- Creanga, A. A. and R. R. Genadry (2007). "Obstetric fistulae: a clinical review." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S40-6.
- Cron, J. (2003). "Lessons from the developing world: obstructed labor and the vesico-vaginal fistula." *MedGenMed* 5(3): 24.

- Di Marco, M. (2008). "[Vesicovaginal fistulae – birth complications which can lead to death. The risk of developing fistulae in Western Africa]." *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch* 48(3): 143-5.
- Donnelly V, F. M., Campbell D, Johnson H, O'Connell PR, O'Herlihy C. (1998). "Obstetric events leading to anal sphincter damage" *Obstet Gynecol* 92(955-961).
- Donovan J., B. J., Gotoh M., et al. (2005). Symptom and quality of life assessment. Incontinence. C. L. Abrams P, Khoury S, Wein A. Plymouth, Plymouth: Health Publication Ltd,; 519-584.
- Elkins, T. E. (1994). "Surgery for the obstetric vesicovaginal fistula: a review of 100 operations in 82 patients." *Am J Obstet Gynecol* 170(4): 1108-18; discussion 1118-20.
- Elkins, T. E., T. S. Ghosh, et al. (1992). "Transvaginal mobilization and utilization of the anterior bladder wall to repair vesicovaginal fistulae involving the urethra." *Obstet Gynecol* 79(3): 455-60.
- Evans, D. A. and A. T. Moore (2007). "The first case of vesico-vaginal fistula in a patient with primary lymphoma of the bladder - a case report." *J Med Case Reports* 1: 105.
- Evoh, N. J. and O. Akinla (1978). "Reproductive performance after the repair of obstetric vesico-vaginal fistulae." *Ann Clin Res* 10(6): 303-6.
- Falandry, L. (1992). "[Vesicovaginal fistula in Africa. 230 cases]." *Presse Med* 21(6): 241-5.
- Falandry, L. (2000). "[Vaginal route treatment for residual urinary incontinence after closing an obstetrical fistula: apropos of 49 cases]." *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 29(4): 393-401.
- Farthmann, E. H. and G. Ruf (1997). "[Preserving continence in treatment of inflammatory bowel disease associated anal fistulae]." *Praxis (Bern 1994)* 86(25-26): 1068-70.
- Fitzpatrick M, B. M., O'Connell PR, O'Herlihy C (2000b). "A randomised clinical trial comparing primary overlap with approximation repair of third degree tears." *Am J Obstet Gynecol* 183: 1220-1224.
- Fitzpatrick M, F. M., Cassidy M, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C (2000a). "Prospective study of the influence of parity and operative technique on the outcome of primary anal sphincter repair following obstetrical injury." *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 89: 159-163.
- Frileux, P., A. Berger, et al. (1994). "[Rectovaginal fistulae in adults]." *Ann Chir* 48(5): 412-20.
- Gallot, D., M. Malafosse, et al. (1991). "[Local surgical treatment of anal-perineal lesions in Crohn's disease. Retrospective study of 68 cases]." *Ann Gastroenterol Hepatol (Paris)* 27(6): 243-8.
- Gardener N, A. K., Abrams P & Norton C. (2005). "Methods of development of a symptom and quality of life measure for bowel symptoms: ICIQ-BS." *Neurourol Urodyn* 100(Abstract).
- Genadry, R. R., A. A. Creanga, et al. (2007). "Complex obstetric fistulae." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S51-6.
- Gharoro, E. P. and K. N. Agholor (2009). "Aspects of psychosocial problems of patients with vesico-vaginal fistula." *J Obstet Gynaecol* 29(7): 644-7.
- Giebel, G. D. and N. D. Karanjia (1993). "[Deep rectovaginal fistula and incontinence after labor trauma]." *Zentralbl Chir* 118(2): 84-8; discussion 89.
- Gleeson, N., W. Baile, et al. (1994). "Surgical and psychosexual outcome following vaginal reconstruction with pelvic exenteration." *Eur J Gynaecol Oncol* 15(2): 89-95.
- Goh, J. (2004). "A new classification for female genital tract fistula." *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 44(6): 502-504.
- Goh, J. and H. Krause (2008). "Modified vaginal surgical technique for the management of the lateral vesico-vaginal fistulae." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 19(5): 677-80.
- Goh, J. T., A. Browning, et al. (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(12): 1659-62.

Gray, P. H. (1970). "Obstetric vesicovaginal fistulae." *Am J Obstet Gynecol* 107(6): 898-901.

Gueye, S. M., M. Ba, et al. (1992). "[Vesicovaginal fistulae: etiopathogenic and therapeutic aspects in Senegal]." *Med Trop (Mars)* 52(3): 257-61.

Guirassy, S., I. S. Diallo, et al. (1995). "[Epidemiologic and therapeutic features of urogenital fistulae in Guinea (Conakry)]." *Prog Urol* 5(5): 684-9.

Gutman, R. E., J. L. Dodson, et al. (2007). "Complications of treatment of obstetric fistula in the developing world: gynatresia, urinary incontinence, and urinary diversion." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S57-64.

Hadzi-Djokic, J., T. P. Pejicic, et al. (2009). "Vesico-vaginal fistula: report of 220 cases." *Int Urol Nephrol* 41(2): 299-302.

Hassim, A. M. and C. Lucas (1974). "Reduction in the incidence of stress incontinence complicating fistula repair." *Br J Surg* 61(6): 461-5.

Henrich, W., J. Meckies, et al. (2000). "Demonstration of a recto-vaginal fistula with the ultrasound contrast medium Echovist." *Ultrasound Obstet Gynecol* 15(2): 148-9.

Hilton, P. (1998). "Urodynamic findings in patients with urogenital fistulae." *Br J Urol* 81(4): 539-42.

Hilton, P., A. Ward, et al. (1998). "Periurethral injection of autologous fat for the treatment of post-fistula repair stress incontinence: a preliminary report." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 9(2): 118-21.

Hodges, A. M. (1999). "Vesico-vaginal fistula associated with uterine prolapse." *Br J Obstet Gynaecol* 106(11): 1227-8.

Igberase, G. O., E. P. Gharoro, et al. (2009). "Vesico-vaginal fistula following insertion of herbs in the vagina by a traditional medical practitioner in the Niger delta of Nigeria." *J Obstet Gynaecol* 29(4): 356-8.

Ijaiya, M. A., A. G. Rahman, et al. (2010). "Vesicovaginal fistula: a review of nigerian experience." *West Afr J Med* 29(5): 293-8.

Jackson, S., Donovan, J., Brookes, S., Eckford, S., Swithinbank, L., & Abrams, P. (1996). "The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing." *BJU Int* 77: 805-812.

Jatoi, N., N. M. Jatoi, et al. (2008). "Key to successful vesico-vaginal fistula repair—an experience of urogenital fistula surgeries and outcome at gynaecological surgical camp-2005." *J Ayub Med Coll Abbottabad* 20(2): 125-7.

Kalilani-Phiri, L. V., E. Umar, et al. (2010). "Prevalence of obstetric fistula in Malawi." *Int J Gynaecol Obstet* 109(3): 204-8.

Kelleher, C. J., L. D. Cardozo, et al. (1997). "A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women." *Br J Obstet Gynaecol* 104(12): 1374-9.

Kelly, J. (1995). "Ethiopia: an epidemiological study of vesico-vaginal fistula in Addis Ababa." *World Health Stat Q* 48(1): 15-7.

Kelly, J. and H. R. Winter (2007). "Reflections on the knowledge base for obstetric fistula." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S21-4.

Kent, A. (2010). "Working in a fistula hospital." *Pract Midwife* 13(4): 15-6.

Kettle C, J. R. (2004). "Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair (Cochrane review)." *The Cochrane Library Issue 3 Update Software*(3).

Kettle, C. J., P; Hills, R.K; Darby; L, Johnanson, R. (2002). "Continuous Versus Interrupted

- Perineal Repair with Standard or Rapidly Absorbed Sutures after Spontaneous Vaginal Birth: A Randomised Controlled Trial." *The Lancet* 359:325: 2217-2223.
- Kirschner, C. V., K. J. Yost, et al. (2010). "Obstetric fistula: the ECWA Evangel VVF Center surgical experience from Jos, Nigeria." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 21(12): 1525-33.
- Lasser, P., L. Doidy, et al. (1999). "[Total pelvic exenteration and rectal cancer. Apropos of 20 cases]." *Chirurgie* 124(3): 252-7.
- Lawson, J. (1972). "Rectovaginal fistulae following difficult labour." *Proc R Soc Med* 65(3): 283-6.
- Leke, R. J., J. A. Oduma, et al. (1993). "Regional and geographical variations in infertility: effects of environmental, cultural, and socioeconomic factors." *Environ Health Perspect* 101 Suppl 2: 73-80.
- Leung, T. Y. and T. K. Chung (2009). "Severe chronic morbidity following childbirth." *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 23(3): 401-23.
- Mann, T. (2001). "Clinical Guideline: using guidelines to improve patient care within the NHS. NHS Executive."
- McCandlish R, B. U., Van Asten H, Berridge G, Winter C. (1998). "A randomised controlled trial of care of the perineum during the second stage of normal labour." *Br J Obstet Gynaecol* 105: 1262-1272.
- Menefee, S. A. and T. Elkins (1996). "Urinary fistula." *Curr Opin Obstet Gynecol* 8(5): 380-3.
- Mensah, A., M. Ba, et al. (1996). "[Neurologic aspects of vesico-vaginal fistula of obstetrical origin]." *Prog Urol* 6(3): 398-402.
- Mohammad, R. H. (2007). "A community program for women's health and development: implications for the long-term care of women with fistulae." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S137-42.
- Moir, J. C. (1947). "Urinary incontinence following childbirth, including vesico-vaginal fistulae." *Edinb Med J* 54(7): 368-81.
- Moore, S. W., A. Alexander, et al. (2008). "The spectrum of anorectal malformations in Africa." *Pediatr Surg Int* 24(6): 677-83.
- Morgan, J. and D. Cadger (1964). "Arteriovenous Fistula of the Internal Iliac Artery and Vein, Related to Trauma at Childbirth." *Can Med Assoc J* 91: 920-5.
- Moudouni, S., M. Nouri, et al. (2001). "[Obstetrical vesico-vaginal fistula. Report of 114 cases]." *Prog Urol* 11(1): 103-8.
- Muleta, M., S. Rasmussen, et al. (2010). "Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women." *Acta Obstet Gynecol Scand* 89(7): 945-51.
- Murray, C., J. T. Goh, et al. (2002). "Urinary and faecal incontinence following delayed primary repair of obstetric genital fistula." *BJOG* 109(7): 828-32.
- Nafiou, I., A. Idrissa, et al. (2007). "Obstetric vesico-vaginal fistulae at the National Hospital of Niamey, Niger." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S71-4.
- Narcisi, L., A. Tieniber, et al. (2011). "The fistula crisis in sub-Saharan Africa: an ongoing struggle in education and awareness." *Urol Nurs* 30(6): 341-6.
- Nardos, R., A. Browning, et al. (2008). "Duration of bladder catheterization after surgery for obstetric fistula." *Int J Gynaecol Obstet* 103(1): 30-2.
- Ndiaye, P., G. Amoul Kini, et al. (2009). "[Epidemiology of women suffering from obstetric fistula in Niger]." *Med Trop (Mars)* 69(1): 61-5.

- Nikiteas, N., S. Korsgen, et al. (1996). "Audit of sphincter repair. Factors associated with poor outcome." *Dis Colon Rectum* 39(10): 1164-70.
- Nour, N. M. (2006). "Health consequences of child marriage in Africa." *Emerg Infect Dis* 12(11): 1644-9.
- Obi, S. N., B. C. Ozumba, et al. (2008). "Decreasing incidence and changing aetiological factors of vesico-vaginal fistula in south-east Nigeria." *J Obstet Gynaecol* 28(6): 629-31.
- Ojanuga, D. (1991). "Preventing birth injury among women in Africa: case studies in northern Nigeria." *Am J Orthopsychiatry* 61(4): 533-9.
- Ojanuga, D. (1994). "Social work practice with childbirth-injured women in Nigeria." *Health Soc Work* 19(2): 120-4.
- Ojanuga Onolemhemhen, D. and C. C. Ekwempu (1999). "An investigation of sociomedical risk factors associated with vaginal fistula in northern Nigeria." *Women Health* 28(3): 103-16.
- Ojengbede, O. A. and I. O. Morhason-Bello (2007). "Local anesthesia: an appropriate technology for simple fistula repair." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S75-8.
- Ojengbede, O. A., I. O. Morhason-Bello, et al. (2007). "One-stage repair for combined fistulae: myth or reality?" *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S90-3.
- Ojenuwah, S. A. and R. O. Olowosulu (2007). "Surgical management of ruptured gravid uterus in Bida, North Central Nigeria." *Trop Doct* 37(4): 219-21.
- Okonofua, F. (2005). "Reducing the scourge of obstetric fistulae in sub-Saharan Africa: a call for a global repair initiative." *Afr J Reprod Health* 9(2): 7-13.
- Okusanya, B. O. and K. K. Garba "Vesico-vaginal Fistula in a Patient with Meyer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome." *Niger Postgrad Med J* 17(1): 64-6.
- Olusegun, A. K., A. C. Akinfolarin, et al. (2009). "A review of clinical pattern and outcome of vesicovaginal fistula." *J Natl Med Assoc* 101(6): 593-5.
- Onsrud, M., S. Sjoveian, et al. (2008). "Sexual violence-related fistulae in the Democratic Republic of Congo." *Int J Gynaecol Obstet* 103(3): 265-9.
- Onsrud, M., S. Sjoveian, et al. (2008). "Complete destruction of urethra and bladder neck following symphysiotomy and results of attempted corrective surgery." *Acta Obstet Gynecol Scand* 87(5): 574-6.
- Onuora, V. C., R. al Ariyan, et al. (1997). "Major injuries to the urinary tract in association with childbirth." *East Afr Med J* 74(8): 523-6.
- Onuora, V. C., T. C. Oguike, et al. (2006). "Appendico-vesicostomy in tile management of complex vesico-vaginal fistulae." *Niger J Clin Pract* 9(1): 89-90.
- Oom, D. M., M. P. Gosselink, et al. (2006). "Puborectal sling interposition for the treatment of rectovaginal fistulae." *Tech Coloproctol* 10(2): 125-30; discussion 130.
- Otte, J. B. (1983). "[Imperforate anus. Various Belgian epidemiologic data]." *Acta Chir Belg* 82(3): 158-62.
- Padhye, S. M. (2007). "Rupture uterus in primigravida: morbidity and mortality." *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 5(4): 492-6.
- Parra, J. M. and N. D. Kellogg (1995). "Repair of a recto-vaginal fistula as a result of sexual assault." *Semin Perioper Nurs* 4(2): 140-5.
- Peterman, A. and K. Johnson (2009). "Incontinence and trauma: sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula." *Soc Sci Med* 68(5): 971-9.
- Petrov, P., S. Tachev, et al. (1989). "[The clinical course and diagnosis of urogenital fistulae of obstetrico-gynecologic origin]." *Khirurgiia (Sofia)* 42(5): 18-24.

- Popli, K., P. Ranka, et al. (2007). "Massive vesico-vaginal fistula caused by a shelf pessary." *J Obstet Gynaecol* 27(6): 635-6.
- Porpiglia, F., C. Fiori, et al. (2009). "Laparoscopic vesico-vaginal fistula repair: our experience and review of the literature." *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 19(5): 410-4.
- R.C.O.G (2004). "Methods and Material Used in Perineal Repair" Guideline No. 23 London(RCOG).
- R.C.O.G (2007). "The management of third- and fourth-degree perineal tears." Guideline No. 29 London (RCOG).
- Raassen, T. J., E. G. Verdaasdonk, et al. (2008). "Prospective results after first-time surgery for obstetric fistulae in East African women." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 19(1): 73-9.
- Ramphal, S. and J. Moodley (2006). "Vesicovaginal fistula: obstetric causes." *Curr Opin Obstet Gynecol* 18(2): 147-51.
- Ramphal, S. R., G. Kalane, et al. (2008). "An audit of obstetric fistulae in a teaching hospital in South Africa." *Trop Doct* 38(3): 162-3.
- Ramsey, K., Z. Iliyasa, et al. (2007). "Fistula Fortnight: innovative partnership brings mass treatment and public awareness towards ending obstetric fistula." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S130-6.
- Rathee, S. and S. Nanda (1995). "Vesicovaginal fistulae: a 12-year study." *J Indian Med Assoc* 93(3): 93-4.
- Ray, A., U. Esen, et al. (2006). "Iatrogenic vesico-vaginal fistula caused by shelf pessary." *J Obstet Gynaecol* 26(3): 275-6.
- Regent, D., C. Hodez, et al. (1977). "[Splenic arterial aneurysm rupturing into the splenic vein. A rare cause of acute portal hypertension in the post-partum period (author's transl)]." *J Radiol Electrol Med Nucl* 58(2): 151-4.
- Reimers, C. (2006). "[Surgical treatment of obstetric fistulae]." *Tidsskr Nor Laegeforen* 126(19): 2554-6.
- Rijken, Y. and G. C. Chilopora (2007). "Urogenital and recto-vaginal fistulae in southern Malawi: a report on 407 patients." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S85-9.
- Rosenshein, N. B., R. R. Genadry, et al. (1980). "An anatomic classification of rectovaginal septal defects." *Am J Obstet Gynecol* 137(4): 439-42.
- Roush, K. M. (2009). "Social implications of obstetric fistula: an integrative review." *J Midwifery Womens Health* 54(2): e21-33.
- Rudnicki, P. M. (2006). "[Vaginal fistula surgery after traumatic births in Gimbe, West Ethiopia]." *Ugeskr Laeger* 168(20): 1997.
- Russell, T. R. and D. M. Gallagher (1977). "Low rectovaginal fistulae. Approach and treatment." *Am J Surg* 134(1): 13-8.
- Sachdev, P. S., N. Hassan, et al. (2009). "Genito-urinary fistula: a major morbidity in developing countries." *J Ayub Med Coll Abbottabad* 21(2): 8-11.
- Saldana, L. R., M. E. Rivera-Alsina, et al. (1983). "Home birth: negative implications derived from a hospital-based birthing suite." *South Med J* 76(2): 170-3.
- Sale, J. M., R. Claude, et al. (1991). "[Simple vesico-vaginal fistulae. Repair technique. Discussion on case reports]." *Prog Urol* 1(6): 1069-72.
- Sathappan, S. and M. A. Rica (2006). "Pudendal thigh flap for repair of rectovaginal fistula." *Med J Malaysia* 61(3): 355-7.
- Schindlbeck, C., K. Klauser, et al. (2008). "Comparison of total laparoscopic, vaginal and abdominal hysterectomy." *Arch Gynecol Obstet* 277(4): 331-7.

- Schmidt, H. (1979). "[Operative treatment of vesico-vaginal fistulae in the University Hospital, Lome (Togo, West Africa) (author's transl)]." *Wien Klin Wochenschr* 91(11): 380-8.
- Semere, L. and N. M. Nour (2008). "Obstetric fistula: living with incontinence and shame." *Rev Obstet Gynecol* 1(4): 193-7.
- Shah, S. J. (2010). "Role of day care vesicovaginal fistula fulguration in small vesicovaginal fistula." *J Endourol* 24(10): 1659-60.
- Sharma, J. B., A. Seth, et al. (2006). "Transvaginal repair of a vesico-vaginal fistula using a mobilised vaginal flap to form the bladder base: a case report." *Arch Gynecol Obstet* 273(6): 378-80.
- Shefren, J. M. (2009). "The tragedy of obstetric fistula and strategies for prevention." *Am J Obstet Gynecol* 200(6): 668-71.
- Shittu, O. S., O. A. Ojengbede, et al. (2007). "A review of postoperative care for obstetric fistulae in Nigeria." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S79-84.
- Shoukry, M. S., M. E. Hassouna, et al. (2010). "Vaginal flap re-enforcement of vesico-vaginal fistula repair." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 21(7): 829-33.
- Siddiqui, N. Y. and M. F. Paraiso (2007). "Vesicovaginal fistula due to an unreported foreign body in an adolescent." *J Pediatr Adolesc Gynecol* 20(4): 253-5.
- Singh, O., S. S. Gupta, et al. (2010). "Urogenital fistulae in women: 5-year experience at a single center." *Urol J* 7(1): 35-9.
- Singh, S., N. Chandhiok, et al. (2009). "Obstetric fistula in India: current scenario." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 20(12): 1403-5.
- Sombie, I., T. Kambou, et al. (2007). "[Retrospective study of urogenital fistula in Burkina Faso from 2001 to 2003]." *Med Trop (Mars)* 67(1): 48-52.
- Soriano, D., A. Lemoine, et al. (2001). "Results of recto-vaginal fistula repair: retrospective analysis of 48 cases." *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 96(1): 75-9.
- Stanton, C., S. A. Holtz, et al. (2007). "Challenges in measuring obstetric fistula." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S4-9.
- Sultan AH, K. M., Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. (1993). "Anal sphincter disruption during vaginal delivery." *N Engl J Med* 329: 1905-1911.
- Tachev, S. and P. Petrov (1989). "[Causes of the occurrence of urogenital fistulae in obstetrics and gynecology]." *Khirurgiia (Sofia)* 42(5): 29-31.
- Tafesse, B. (2008). "A two-staged classification system for genital tract fistulae."
- Tahzib, F. (1989). "An initiative on vesicovaginal fistula." *Lancet* 1(8650): 1316-7.
- Taniguchi, T., Y. Hamasaki, et al. (1995). "[Vesico-uterine fistula after delivery: a case report]." *Hinyokika Kyo* 41(6): 475-8.
- Tazi, K., J. el Fassi, et al. (2001). "[Complex vesicovaginal fistula. Report of 55 cases]." *Ann Urol (Paris)* 35(6): 339-43.
- Tebeu, P. M., L. de Bernis, et al. (2008). "[Knowledge, attitude and perception about obstetric fistula by Cameroonian women]." *Prog Urol* 18(6): 379-89.
- Tebeu, P. M., L. de Bernis, et al. (2009). "Risk factors for obstetric fistula in the Far North Province of Cameroon." *Int J Gynaecol Obstet* 107(1): 12-5.
- Thomson, A. M. (2007). "Women with obstetric fistula in Ethiopia." *Midwifery* 23(4): 335-6.
- Tran, V. Q., M. Ezzat, et al. (2010). "Repair of giant vesico-vaginal fistulae using a rotational bladder flap with or without a gracilis flap." *BJU Int* 105(5): 730-9.

- Trotnow, S. (1977). “[Short and long-term results of the treatment of vesicovaginal fistula by the vaginal approach (author’s transl)].” *Urologe A* 16(5): 267-71.
- Tsu, V. D. and P. S. Coffey (2009). “New and underutilised technologies to reduce maternal mortality and morbidity: what progress have we made since Bellagio 2003?” *BJOG* 116(2): 247-56.
- Tsui, A. O., A. A. Creanga, et al. (2007). “The role of delayed childbearing in the prevention of obstetric fistulae.” *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S98-107.
- Turan, J. M., K. Johnson, et al. (2007). “Experiences of women seeking medical care for obstetric fistula in Eritrea: implications for prevention, treatment, and social reintegration.” *Glob Public Health* 2(1): 64-77.
- Udom, E. J., M. S. Umoh, et al. (1999). “Recto-vaginal fistula following coitus: an aftermath of vaginal douching with aluminium potassium sulphate dodecahydrate (potassium alum).” *Int J Gynaecol Obstet* 66(3): 299-300.
- Uthman, O. A. (2008). “Geographical variations and contextual effects on age of initiation of sexual intercourse among women in Nigeria: a multilevel and spatial analysis.” *Int J Health Geogr* 7: 27.
- VanBibber, M., R. S. Zuckerman, et al. (2006). “Rural versus urban inpatient case-mix differences in the US.” *J Am Coll Surg* 203(6): 812-6.
- Vangeenderhuysen, C., A. Prual, et al. (2001). “Obstetric fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa.” *Int J Gynaecol Obstet* 73(1): 65-6.
- Velez, A., K. Ramsey, et al. (2007). “The Campaign to End Fistula: what have we learned? Findings of facility and community needs assessments.” *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S143-50.
- Veronikis, D. K., D. H. Nichols, et al. (1998). “The Noble-Mengert-Fish operation-revisited: a composite approach for persistent rectovaginal fistulae and complex perineal defects.” *Am J Obstet Gynecol* 179(6 Pt 1): 1411-6; discussion 1416-7.
- Waldijk, K. (1990). “A classification of vesico-vaginal fistulae according to its anatomic location with regards to operation technique and prognosis: a personal experience in 1250 patients.” *European Journal of Urology* 18(S1): 33.
- Waldijk, K. (1994). “The immediate surgical management of fresh obstetric fistulae with catheter and/or early closure.” *Int J Gynaecol Obstet* 45(1): 11-6.
- Waldijk, K. (1995). “Surgical classification of obstetric fistulae.” *Int J Gynaecol Obstet* 49(2): 161-3.
- Waldijk, K. (2004). “The immediate management of fresh obstetric fistulae.” *Am J Obstet Gynecol* 191(3): 795-9.
- Wadhawan, S. and D. S. Wacha (1983). “A review of urinary fistulae in a university teaching hospital.” *Int J Gynaecol Obstet* 21(5): 381-5.
- Wall, L. L. (1996). “Obstetric fistulae in Africa and the developing world: new efforts to solve an age-old problem.” *Womens Health Issues* 6(4): 229-34.
- Wall, L. L. (2005). “Dr. George Hayward (1791-1863): a forgotten pioneer of reconstructive pelvic surgery.” *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 16(5): 330-3.
- Wall, L. L. (2006). “Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem.” *Lancet* 368(9542): 1201-9.
- Wall, L. L. (2007). “Ethical issues in vesico-vaginal fistula care and research.” *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S32-9.

- Wall, L. L. (2007). "Where should obstetric vesico-vaginal fistulae be repaired: at the district general hospital or a specialized fistula center?" *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S28-31.
- Wall, L. L. and S. D. Arrowsmith (2007). "The "continence gap": a critical concept in obstetric fistula repair." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 18(8): 843-4.
- Wall, L. L., S. D. Arrowsmith, et al. (2009). "Ethical aspects of urinary diversion for women with irreparable obstetric fistulae in developing countries: response to comments by Morgan and Husain." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*.
- Wall, L. L., S. D. Arrowsmith, et al. (2008). "Ethical aspects of urinary diversion for women with irreparable obstetric fistulae in developing countries." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 19(7): 1027-30.
- Wall, L. L., S. D. Arrowsmith, et al. (2006). "Humanitarian ventures or 'fistula tourism?': the ethical perils of pelvic surgery in the developing world." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 17(6): 559-62.
- Wall, L. L., J. A. Karshima, et al. (2004). "The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria." *Am J Obstet Gynecol* 190(4): 1011-9.
- Wall, L. L., J. Wilkinson, et al. (2008). "A code of ethics for the fistula surgeon." *Int J Gynaecol Obstet* 101(1): 84-7.
- Wegner, M. N., J. Ruminjo, et al. (2007). "Improving community knowledge of obstetric fistula prevention and treatment." *Int J Gynaecol Obstet* 99 Suppl 1: S108-11.
- Williams, G. (2007). "The Addis Ababa fistula hospital: an holistic approach to the management of patients with vesicovaginal fistulae." *Surgeon* 5(1): 54-7.
- Wittman, A. B. and L. L. Wall (2007). "The evolutionary origins of obstructed labor: bipedalism, encephalization, and the human obstetric dilemma." *Obstet Gynecol Surv* 62(11): 739-48.
- Yang, Y., Y. Xu, et al. (2007). "[Usage of acellular dermal matrix allograft in surgical treatment of vesico-vaginal fistula and anterior urethral stricture: report of 9 cases]." *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 87(24): 1693-4.
- Yeakey, M. P., E. Chipeta, et al. "Experiences with fistula repair surgery among women and families in Malawi." *Glob Public Health*: 1-15.
- Yeakey, M. P., E. Chipeta, et al. (2009). "The lived experience of Malawian women with obstetric fistula." *Cult Health Sex* 11(5): 499-513.
- Zeidan, A. and A. Abdella (2007). "Destructive vaginal deliveries at a teaching hospital in Addis Ababa, Ethiopia." *Ethiop Med J* 45(1): 39-45.
- Zhang, D. K., X. Y. Li, et al. (2006). "[Study on causes and treatment of repeated vulvovaginitis in girlhood]." *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 41(7): 452-4.
- Zheng, A. X. and F. W. Anderson (2009). "Obstetric fistula in low-income countries." *Int J Gynaecol Obstet* 104(2): 85-9.

Livres de référence

FISTULE OBSTETRICALE ET FISTULE GENITO-URINAIRE

Vesico-Vaginal Fistula from Parturition and Other Causes: With Cases of Recto-Vaginal Fistula. (2010):
Thomas Addis Emmet

**25 Years of Obstetric Fistula Surgery: Evaluation Report (2008).*
National VVF Project Nigeria, WAHA-International (2010):
Kees Waaldijk

Practical Obstetric Fistula Surgery. (2009):
Brian Hancock and Andrew Browning

Obstetric Fistula. (2008):
Lambert M. Surhone, Miriam T. Timpledon, and Susan F. Marseken

**Obstetric Fistula Surgery Art and Science: The Basics. WAHA-International.* (2008):
Kees Waaldijk

**Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development.* (2006):
Kees Waaldijk

First Steps in Vesico-Vaginal Fistula Repair. (2005):
Brian Hancock

**Obstetric Fistula Training: Guidelines. UNFPA Report (2005);*
reprint WAHA-International:
Kees Waaldijk

**Step-by-Step Surgery of Vesico-vaginal Fistulae. Campion press (1994);*
reprint WAHA-International (2010):
Kees Waaldijk

**Clinical and Epidemiologic Baseline Data of 2,500 VVF/RVF Patients with Special Emphasis on the obstetric Fistula.* (1992); reprint WAHA-International (2010):
Kees Waaldijk

**The (surgical) management of bladder fistula in 775 women in Northern Nigeria.*
PhD thesis, University of Utrecht. (1989); reprint WAHA-International (2010):
Kees Waaldijk

*Sims and the Treatment of Vesico-Vaginal Fistula:
An Extract from the Autobiography of James Marion Sims (1813-1883).* (1992):
James Marion Sims

Obstetric Fistula. (1988):
Robert F. Zacharin

FISTULE RECTO-VAGINALE

The Pathology and Treatment of Stricture of the Urethra and Urinary Fistula. (2010):
Henry Thompson

Anal Fistula: A Medical Dictionary, Bibliography, and Annotated Research Guide to Internet References. (2004):
ICON Health Publications

The Diagnosis and Treatment of Diseases of the Rectum: Being a Practical Treatise on Fistula, Piles, Fissure and Painful Ulcer, Procidentia, Polypus, Stricture, Cancer, Etc. (2010):
Herbert William Allingham

Faecal Incontinence: Diagnosis and Treatment. (2007):
A.C. Lowry, L. Pahlman, G. Romano, and Carlo Ratto

URO-GYNECOLOGIE ET CHIRURGIE RECONSTRUCTIVE DU PLANCHER PELVIEN

General Obstetrics, Gynaecology and Urogynaecology
Hacker and Moore's Essentials of Obstetrics and Gynaecology. (2009):
Neville F. Hacker MD, Joseph C. Gambone DO, and Calvin J. Hobel

Gynaecology for Postgraduates and Practitioners. (2007):
Sengupta Chattopadhyay Varma

Urogynaecology and Female Pelvic Reconstructive Surgery: Just the Facts. (2006):
Sam Siddighi and Jeff Hardesty

Multidisciplinary Management of Female Pelvic Floor Disorders. (2006):
Christopher R. Chapple, Philippe E. Zimmern, Linda Brubaker MD, and Anthony R. B. Smith MD

Vaginal Surgery for Incontinence and Prolapse. (2006):
Philippe E. Zimmern, Peggy A. Norton, Francois Haab, and C.R. Chapple

Female Pelvic Medicine and Reconstructive Pelvic Surgery. (2005):
Harold P. Drutz, Sender Herschorn, and Nicholas E. Diamant

Women's Health in the Majority World: Issues and Initiatives. (2007):
Laurie Elit, Jean Chamberlain Froese

**Plan for a VVF Service for (Northern) Nigeria and (West) Africa.* (1990); reprint WAHA-
International (2010):
Kees Waaldijk

*Ces livres et ces rapports sont disponibles en format PDF électronique et peuvent être commandés en ligne avec WAHA-International sans frais.

SECTION CINQ

ANNEXES

Annexe A : Modules d'enseignement

- A1 Module 1 : Épidémiologie des fistules de l'appareil génital féminin (FGF) (Rapport tiré de la littérature médicale)
- A2 Module 2 : Introduction aux FGF: diagnostiques, classification, pronostiques et résultats
- A3 Module 3 : Prise en charge de la fistule vésico-vaginale (FVV)
- A4 Module 4 : Prise en charge de la fistule recto-vaginale (FRV)
- A5 Module 5 : Prise en charge des cas de fistules compliquées/complexes
- A6 Module 6 : Prise en charge des complications de la réparation des fistules
- A7 Module 7 : Anesthésie pour les chirurgies de la fistule

Annexe B : Outils de support

- B1 La classification des fistules obstétricales
- B2 Les instruments chirurgicaux utilisés pour la réparation des fistules
- B3 La physiothérapie du plancher pelvien

Annexe C : Documentation PBA et guides chirurgicaux

LES FISTULES DE LA VESSIE et DE L'URÈTRE :

- C1 Les principes fondamentaux des techniques chirurgicales
- C2 Les étapes standards de la fermeture des fistules
- C3 La réparation des fistules urinaire avec les cicatrices extensives
- C4 La réparation des fistules de l'urètre
- C5 La reconstruction de l'urètre
- C6 La réparation des fistules vesico-vaginales circonférentielles

LA CHIRURGIE URÉTÉRALE

- C7 La réparation des fistules urétérales et la réimplantation

LES FISTULES RECTALES

- C8 La réparation des déchirures du troisième et du quatrième degré
- C9 La réparation des fistules recto-vaginales et les blessures au sphincter anal
- C10 La réparation des fistules recto-vaginales circonférentielles

LES FISTULES UTÉRINES/DU COL DE L'UTÉRUS ET FISTULES DE LA VOUTE VAGINALE

- C11 La réparation des fistules de la voute vaginale en utilisant la voie abdominale ou vaginale
- C12 La réparation des fistules vésico-cervicales et vésico-utérines

L'ANESTHÉSIE

- C13 L'anesthésie spinale
- C14 Les techniques de sédation
- C15 L'anesthésie générale

Annexe D : Outils d'évaluation

- D1 Formulaire d'audit général pour les patientes souffrant de fistule
- D2 Historique du traumatisme post-partum et formulaire d'examen
- D3 Historique uro-gynécologique et formulaire d'examen
- D4 Questionnaires sur la fonction de la vessie
 - a. Questionnaire de gêne urogénitale (QoL)
 - b. Consultation Internationale sur l'Incontinence Questionnaire Femme: Symptômes du module inférieur des voies urinaires (ICIQ-FLUTS)
 - c. Consultation Internationale sur l'Incontinence Questionnaire: Incontinence Urinaire Formulaire court (ICIQ-UI Short Form)
 - d. Consultation Internationale sur l'Incontinence Questionnaire: Incontinence Urinaire Module de Qualité de Vie (ICIQ-LUTSqol)
- D5 Questionnaire sur la fonction de l'intestin
Questionnaire Wexner sur la fonction intestinale
- D6 Questionnaire sur le fonctionnement sexuel
Consultation Internationale sur l'Incontinence Questionnaire: Questions Sexuelles de femmes Associé à des Symptômes du module inférieur des voies urinaires (ICIQ-FLUTSsex)

ANNEXE A

ANNEXE A1:

Module un : Épidémiologie des fistules de l'appareil génital féminin (FGF)

Veillez consulter et lire les livres et articles recommandés afin d'obtenir une vision d'ensemble sur ce thème.

Objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devrait être en mesure de :

1. Définir les fistules de l'appareil génital féminin (FGF) et discuter de leur incidence
2. Expliquer l'étiologie du FGF et la pathogénèse de la fistule obstétricale
3. Expliquer toutes les complications génitales et extra génitales d'un accouchement prolongé

Définition et incidence des fistules de l'appareil génital féminin

Fistule : communication anormale entre deux surfaces épithéliales. Une fistule peut se créer entre deux organes internes creux ou entre un organe interne creux et l'épithélium externe du corps.

Fistule génitale : communication de l'urètre, la vessie, l'uretère et/ou le rectum avec l'utérus, le col de l'utérus et/ou le vagin. De telles communications sont donc génito-urinaires et/ou recto-vaginales (cette dernière étant presque toujours due à des causes obstétricales).

Incidence : alors que les fistules génito-urinaires provenant de causes non obstétricales peuvent se retrouver partout dans le monde, les fistules obstétricales se retrouvent presque exclusivement dans les pays en voie de développement. Leur incidence est insuffisamment étudiée et les taux disponibles se basent principalement sur des études faites en milieu hospitalier. Cependant, on estime généralement qu'au moins 3 millions de nouveaux cas de fistules obstétricales apparaissent chaque année, principalement en Afrique sub-saharienne (Obi, Ozumba et al. 2008; Ndiaye, Amoul Kini et al. 2009; Yeakey, Chipeta et al. 2009).

Nombre de nouveaux cas par an, selon les chiffres de quatre pays :

Nigéria	250.000–300.000
Éthiopie	>25.000
Mali/Niger	>50.000
Bangladesh	>75.000

Les facteurs épidémiologiques rapportés dans la littérature

Age au moment de la grossesse : plutôt jeunes, la plupart des patientes ont moins de 20 ans quand elles présentent une fistule génitale. Pourtant, l'âge moyen est de 22 ans en Éthiopie et 28 ans au Nigéria (Thomson 2007; Olusegun, Akinfolarin et al. 2009). Les autres facteurs sont :

1. La parité: en Éthiopie, plus de 60% des femmes sont primipares quand elles subissent une fistule génitale.
2. La durée de l'accouchement : en Éthiopie, la durée moyenne est de 3,9 jours.
3. Résultat fœtal: en Éthiopie, le taux d'enfants mort-nés est d'environ 93% chez les femmes qui subissent une fistule à cause d'un accouchement prolongé.
4. Situation sociale et culturelle : en Éthiopie, 92% des femmes qui souffrent d'une fistule sont illettrées et 52% sont divorcées (1995; Kelly 1995; Murray, Goh et al. 2002; Thomson 2007; Williams 2007; Zeidan and Abdella 2007).

Étiologie et pathogénèse des fistules génitales

Les causes obstétricales

1. L'accouchement prolongé est la cause prédominante de la fistule obstétricale (1995; Kelly 1995; Murray, Goh et al. 2002; Thomson 2007; Williams 2007; Zeidan and Abdella 2007).
2. Autres causes :
 - i. Accouchement destructif
 - ii. Accouchement par voie vaginale de manière instrumentale
 - ii. Césarienne, avec ou sans hystérectomie
 - iv. Des pratiques traditionnelles (ex. quand la défibulation avant l'accouchement est nécessaire pour les femmes ayant subi une circoncision pharaonique)
 - v. La symphyséotomie est liée aux fistules urétéro-vaginales

Les causes non obstétricales

1. Traumatisme (Amor and Charbagi 1972; Rudnicki 2006)
 - i. Les rapports sexuels (cause de nombreuses fistules recto-vaginales)
 - ii. Les violences sexuelles (ex. les rapports forcés et/ou l'insertion d'objets dans le vagin)
 - iii. Des traumatismes accidentels (ex. tomber sur un bâton)
 - iv. La mutilation génitale des femmes
2. Infection (Awonuga, Greenbaum et al. 2007)
 - i. Infection granulomateuse
 - ii. La tuberculose
 - iii. VIH
3. Congénitale (rare)
4. La malignité (surtout le cancer du col de l'utérus avancé)
5. Iatrogène (pendant la chirurgie pelvienne)
6. La radiothérapie

La pathogénèse des fistules génitales

La cause la plus commune des fistules génitales dans les pays en voie de développement, et donc de la plupart des cas de fistules rencontrés par les apprenants, est l'accouchement prolongé.

Quand l'accouchement est prolongé, la tête du fœtus exerce une pression au niveau du pelvis de la mère, interrompt l'afflux du sang et entraîne la nécrose des tissus.

Après la naissance de l'enfant, qui est généralement mort-né, le tissu nécrosé mue, ce qui entraîne une communication directe entre deux ou plusieurs organes. Ce processus se déroule sur une période de plusieurs jours ou semaines et entraîne la création d'une fistule.

D'autres conséquences possibles d'un accouchement prolongé

Le processus ischémique affecte non seulement les tissus de l'appareil génito-urinaire et du rectum et/ou de l'anus mais aussi les autres tissus pelviens, entraînant toute une panoplie de blessures.

Complications génitales

1. La rupture utérine
2. Le mort du fœtus
3. La septicémie post-partum
4. Un processus ischémique des tissus des organes pelviens
5. La symphysiolyse spontanée

Complications après la scarification du vagin

1. La dyspareunie, qui peut entraîner l'apareunie

2. L'aménorrhée : elle peut être liée à un syndrome d'Asherman, syndrome de Sheehan, des conditions de malnutrition ou supra tensorielles, mais est souvent due au fait que la scarification du vagin a engendré l'occlusion
3. La stérilité : elle peut être liée à un syndrome d'Asherman ou syndrome de Sheehan
4. Le dysfonctionnement de la vessie : il peut comprendre une vessie neuropathique

Associations rares

1. L'incompétence cervicale (du col)
2. Le prolapsus utérin

Les dommages extra-génitaux

1. Dommages gastro-intestinaux
2. Dommages du sphincter anal : occulte ou provenant d'une déchirure du troisième ou du quatrième degré
3. Dommages musculo-squelettiques : comprenant l'endommagement des fibres du plancher pelvien du releveur de l'anus et des contractures secondaires au pied ou causées par la position assise ou accroupie trop longtemps pendant l'accouchement
4. Dommages neurologiques chez 20% – 65% des patientes. Cela peut être dû à des blessures lombo-sacrées causées par le fœtus, le prolapsus d'un disque vertébral ou l'empiètement du nerf fibulaire commun à la tête du péroné pendant l'accroupissement prolongé. Une amélioration a été rapportée après deux ans pour 87% des patientes.

Les conséquences de l'incontinence

1. Les blessures dermatologiques : la 'dermatite de l'urine' lorsque les phosphates urinaires et les nitrates/nitrites engendrent l'irritation de la peau.
2. Excoriation chronique de la peau de la vulve : une condition liée à la dermatite urinaire
3. Les calculs vésicaux ou dans le vagin : les femmes présentant des fistules urinaires réduisent souvent la quantité de liquide consommée afin de moins uriner, mais des calculs se forment dans l'urine concentrée. Ces femmes insèrent également des tissus ou des plantes dans leurs vagins pour empêcher l'écoulement de l'urine et ces obstacles entraînent aussi la formation de calculs.

Les conséquences psycho-sociales de l'incontinence

1. Une réduction de l'espérance de vie
2. L'isolement social et la blessure corporelle
3. Divorce
4. La dépression : 97% des femmes présentant une incontinence urinaire sont également touchées par un trouble psychiatrique
5. Les pensées ou les tentatives de suicide pour 40% de ces femmes

ANNEXE A2 :

Module deux :

Introduction aux FGF : diagnostiques, classification, pronostiques et résultats

Veillez consulter et lire les livres et articles recommandés afin d'obtenir une vision d'ensemble sur ce thème.

Objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devrait pouvoir être en mesure de :

1. Diagnostiquer les fistules de l'appareil génital féminin (FGF)
2. Exposer brièvement une classification des FGF

Présentation clinique et examen

Les données doivent être recueillies lors de la première visite de la patiente à l'hôpital ou à la clinique et tout au long des processus relatifs à l'admission, le traitement, la sortie de l'hôpital et le suivi médical. La collecte des données permet de réaliser des audits et des évaluations qui représentent la base d'une formation de bonne qualité, et est donc la première étape vers des soins de bonne qualité proposés aux patientes.

La collecte des données de base comprend les éléments suivants :

1. Répertoire les données sur les antécédents médicaux et personnels de la patiente
2. Répertoire les données de l'examen de la patiente
3. Répertoire les données provenant de l'admission de la patiente, la procédure chirurgicale, la prise en charge postopératoire et la sortie de l'hôpital
4. Répertoire les données provenant des visites de suivi
5. Effectuer les audits
6. Construire une base de données pour les dossiers personnels ainsi que pour les audits institutionnels et les études multicentriques

Les éléments suivants doivent faire partie des dossiers médicaux :

1. Les caractéristiques de la patiente :
 - i. Nom
 - ii. Age et âge au mariage. Si la patiente ne connaît pas son âge (ce qui arrive fréquemment), on lui demande si elle s'est mariée avant ou après l'apparition des premières règles, et/ou combien de fois a-t-elle eu ses règles avant de tomber enceinte
 - iii. Adresse
 - iv. Etat civil
2. Problème
 - i. Problème principal
 - ii. Durée du problème principal
3. Parité, sexes des enfants (vivants et morts)
4. Antécédents sociaux
 - i. Membres du foyer de la patiente
 - ii. Éducation de la patiente
 - iii. Métier, si la patiente travaille actuellement hors du foyer
5. Comment elle a connu/a été envoyée au centre
6. Antécédents obstétricaux :
 - i. La durée de l'accouchement
 - ii. Le lieu de l'accouchement (chez elle, centre de santé, autre)
 - iii. La durée de l'accouchement et temps passé chez elle sans aide, qui l'a aidée chez elle. La durée passée au centre de santé avant d'être aidée

- iv. Modalité d'accouchement : accouchement par voie vaginale spontanée; accouchement nécessitant l'utilisation d'instruments (forceps ou ventouse obstétricale); accouchement destructif; symphyséotomie; césarienne, avec ou sans hystérectomie.
- v. Résultat : naissance de l'enfant vivant, mort-né, mortalité précoce du nouveau-né, sexe du bébé
- vi. Autres problèmes, comme par exemple, les écoulements ou saignements vaginaux, l'incapacité à marcher correctement, l'absence de règles. Si les règles ont recommencé, combien de temps était-ce après l'accouchement ?
- vii. Antécédents de fistule : a-t-elle déjà subi une opération pour réparer une fistule ? Où était-ce ? Était-ce un succès ? (ici la réponse devrait pouvoir indiquer si la fistule actuelle est nouvelle, ou s'il s'agit d'une fistule que les opérations précédentes n'ont pas réussi à réparer).

Examen physique

1. Général : pour établir la santé nutritionnelle, le stade de développement et l'état mental.
2. Systémique : examen des fonctions respiratoires, cardiaques, abdominales et musculo-squelettiques.
3. Le système neurologique peut être affecté par les symptômes causés par l'accouchement prolongé (ex. le pied tombant et anesthésie du col). De plus, si le réflexe anal et la fonction du nerf pudental sont affaiblis, les selles résiduelle et/ou l'incontinence flatale peuvent continuer à troubler la patiente, malgré une bonne réparation anatomique.
4. L'appareil génitale externe est examiné pour :
 - i. Les signes d'ulcération ou d'excoriation (la 'dermatite urinaire')
 - ii. Les saignements, les calculs urinaires, les déchirures périnéales
5. Examen digital et en utilisant le spéculum
 Cette partie de l'examen nous permet de diagnostiquer la FGF et de répertorier toutes les caractéristiques qui peuvent affecter le traitement et le résultat. Les éléments suivants sont vérifiés :
 - i. La perméabilité de l'appareil génital (le vagin, l'utérus ou le col de l'utérus peuvent être obstrués et le col de l'utérus pourrait être absent).
 - ii. La localisation (antérieure et/ou postérieure) et l'étendue de la scarification vaginale; la scarification se présente souvent sous la forme d'une bande épaisse sur la paroi postérieure du vagin.
 - iii. Nombre de fistules (il est possible de voir plus d'une fistule vaginale ou rectale); la taille de la fistule et sa localisation; la longueur de l'urètre; si l'urètre est circonférentiel (il est possible de sentir une structure osseuse antérieurement quand l'urètre a été coupé de la vessie); la présence des calculs vésicaux; le statut du sphincter anal; d'autres anomalies relatives à l'appareil génital.
 - iv. Capacité de la vessie (difficile à évaluer avant l'opération, mais une estimation est possible en utilisant un cathéter ou une sonde en métal).
 - v. S'il n'y existe aucune fistule apparente, le médecin demande à la patiente de tousser et répertorie tout signe d'incontinence (pour cela, il faut que la vessie contienne de l'urine).
 - vi. Bien que la plupart des fistules soient diagnostiquées par un examen digital, il est souvent utile de les examiner directement en utilisant un spéculum.
 - vii. Un test au colorant est effectué quand il n'est pas possible de détecter une fistule n'est ni par un examen digital, ni par un examen visuel :
 - a. Un test au colorant permet de détecter une fistule petite ou anormale, en particulier les fistules utéro-vaginales et cervico-vaginales.
 - b. Le test au colorant consiste à insérer cotons-tiges dans le vagin (en général trois), et à injecter du bleu de méthylène ou une autre solution stérile et coloré dans la vessie en utilisant un cathéter. Les cotons-tiges sont retirés après quelques minutes.

Si le coton-tige qui était placé le plus bas dans le vagin est taché, la patiente présente une fistule uréthro-vaginale (il faut faire attention à exclure le colorant versé au niveau de l'urètre) si le coton-tige moyen est taché, la patiente présente une fistule vésico-vaginale, et si le coton-tige qui était placé le plus haut dans le vagin est taché, la patiente présente une fistule juxta-cervicale, une fistule de la voue vaginale, une fistule urétéro-vésicale ou une fistule cervico-vésicale. Si le coton-tige le plus haut est taché avec de l'urine mais pas de colorant, la patiente présente une fistule urétéro-vaginale.

6. Les examens de laboratoire

Les examens suivants ne seront pas disponibles dans tous les centres :

- i. Hématocrite, groupe sanguin, groupe Rh
- ii. Examens supplémentaires :
 - a. Analyses de sang pour le VIH, la syphilis, l'hépatite et le fonctionnement rénal.
 - b. Analyses des selles pour toute trace de sang, ovules et parasites.
 - c. Echographie des reins, de l'uretère et de la vessie. Recherche de calculs ou d'obstructions, surtout si la patiente a déjà subi une réparation de la fistule ou une opération abdominale (et en particulier en cas de césarienne ou d'hystérectomie).
 - d. Exploration radiologique: urographie intraveineuse pour identifier les calculs et les obstructions, afin d'évaluer la fonction rénale.
 - e. Test de carmen indigo pour chercher les fistules urétérales.
 - f. Endoscopie : cystoscopie et uréthroscopie.

Classification

Il existe différents systèmes de classification des fistules génito-urinaires et la plupart se basent sur la localisation de la fistule. En l'absence de classification standardisée, la communication entre les chirurgiens et les centres de soins peut être imprécise.

Un système de classification devrait :

1. Être descriptif, indicatif ainsi que pronostique (c'est-à-dire présenter une description, indiquer la technique chirurgicale à appliquer et le résultat attendu).
2. Être un outil fiable pour l'étude et la communication.
3. Aider les formateurs à sélectionner les cas destinés aux apprenants et aider les chirurgiens à identifier les cas à prendre en charge en fonction de leurs compétences.

Ce que l'on sait jusqu'à présent :

L'incontinence persistante après la réparation peut être prédite par :

1. L'implication urétrale (risque relatif (RR) = 8,4).
2. La scarification importante (RR = 2,4).
3. La dimension du défaut (RR augmente de 1,34 pour chaque augmentation de 1cm de la dimension du défaut).
4. La capacité de la vessie (RR = 4,2 si la vessie est incapable de contenir 100ml d'urine après l'opération)¹.

Les systèmes actuels

1. Le Système Waaldijk dépend de savoir si le mécanisme de continence a été endommagé et des dommages circonférentiels. Des études ont été menées pour évaluer ce système, qui est actuellement utilisé en l'Afrique de l'Ouest et de l'Est (Waaldijk 1990; Waaldijk 1995).
2. Le Système Goh se base sur l'implication de l'urètre, la dimension du défaut, l'étendue de la scarification, si la scarification est circonférentielle et si une réparation a déjà été tentée (Goh, Browning et al 2008).
3. Le Système Francophone a été partiellement validé et est utilisé en Afrique francophone.
4. The Système Tafesse en deux étapes, s'appuie sur l'implication de l'urètre, la

scarification, si le mécanisme de continence est touché et la capacité de la vessie. Le système n'a été ni testé ni validé (Tafesse 2008).

Il n'est possible de recommander un système par rapport à un autre tant qu'il n'y aura pas de système de classification standardisé et accepté. Pourtant, un système unique devrait être utilisé afin de permettre une amélioration de la communication, de la tenue de dossiers, des audits, de la sélection des cas et des études.

ANNEXE A3 :

Module trois :

Prise en charge de la fistule vésico-vaginale (FVV)

Veillez consulter et lire les livres et articles recommandés afin d'obtenir une vision d'ensemble sur ce thème (Ijaiya, Rahman et al. 2010; Kalilani-Phiri, Umar et al. 2010; Kent 2010; Kirschner, Yost et al. 2010; Muleta, Rasmussen et al. 2010; Shah 2010; Shoukry, Hassouna et al. 2010; Singh, Gupta et al. 2010; Tran, Ezzat et al. 2010; Allen, Lakin et al. 2011; Narcisi, Tieniber et al. 2011).

Objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devrait être en mesure de :

1. Décrire les méthodes pour la prise en charge immédiate des fistules vésico-vaginales
2. Décrire et effectuer les soins préopératoires
3. Décrire les techniques chirurgicales pour la réparation des fistules vésico-vaginales simples, et les effectuer
4. Effectuer les soins de bases postopératoires et prédire/identifier les complications postopératoires
5. Discuter de la prévention des FRV et FVV

Prise en charge immédiate de la FVV

Les étapes suivantes devraient être considérées lorsqu'une FVV est identifiée dans le mois suivant le traumatisme :

Cathérisez la vessie :	Une fois que la fistule est diagnostiquée, cathéteriser la vessie continuellement pendant 3–4 semaines, afin de favoriser la guérison de la fistule.
Augmentez la prise de fluides :	Recommandation jusqu'à 5l de fluide par jour.
Encouragez l'hygiène périnéale :	Les bains de siège ou de sel deux fois par jour, afin de favoriser la guérison du périnée.
Déterminez la date de la chirurgie :	L'opération doit être déterminée après évaluation clinique et excision du tissu nécrotique, si nécessaire. La chirurgie aura lieu après que l'inflammation et/ou l'infection ait été éradiquée de la zone de la fistule.
Réévaluez la situation clinique :	Le vagin et le périnée devraient être évalués régulièrement, de préférence une fois par semaine.

Évaluation postopératoire de la patiente

Un historique détaillé des antécédents est répertorié à l'arrivée de la patiente et une deuxième fois avant l'intervention, pour s'assurer que tous les problèmes potentiels aient bien été identifiés. Ensuite, le chirurgien :

1. Effectue un examen complet de l'appareil génital,
 - en vérifiant la condition de la muqueuse vaginale,
 - à la recherche des infections dermatologiques
 - classant (ou confirmant la classification) de la fistule, sous anesthésie si nécessaire
2. Vérifie les résultats des tests de laboratoire et traite l'anémie, le cas échéant
3. Considère une vérification croisée dans la possibilité d'une transfusion sanguine
4. Vérifie que la patiente ait été conseillée et a donné son consentement éclairé
5. Organise un lavement (optionnel pour la FVV, essentiel pour la FRV)

6. Évalue la patiente avant d'administrer l'anesthésie
7. Administre les antibiotiques prophylactiques, en tenant compte des éléments suivants :
 - a. La préférence du chirurgien/formateur
 - b. Traitement antibiotique en cours pour d'autres maladies, le cas échéant
 - c. Modèles de sensibilité des organismes présents dans la culture

Les principes chirurgicaux

Toutes les approches et les techniques utilisées pour la réparation des FVV partagent les mêmes principes

Toutefois, les éléments suivants doivent être considérés en fonction du cas à traiter :

- La meilleure approche chirurgicale
 - Voie vaginale ou abdominale
- Positionnement de la patiente
 - Position gynécologique extrême
 - Position genou-poitrine
- Type d'équipement utilisé
 - Voir Annexe B
- Types de sutures utilisées
 - Résorbables (0, 2/0, 3/0 et 4/0)

Étapes et principes de base de la chirurgie de la fistule

- L'administration de l'anesthésie
- Le positionnement de la patiente
- L'ajustement de la lumière
- L'exposition de la fistule; cela pourrait exiger :
 - Maintenir les lèvres ouvertes
 - L'utilisation de spéculums Auvard et Sims
 - L'utilisation des écarteurs Lone Star
 - Une épisiotomie
 - La traction des tissus vaginaux
 - Pendant l'examen préliminaire le chirurgien
 - Cherche les calculs urinaires
 - Effectue un test au colorant pour identifier les fistules minuscules ou inhabituelles
 - Effectue une infiltration hémostatique

Étapes pour la fermeture des fistules

Ensuite, le chirurgien effectue les étapes initiales pour la fermeture de la fistule :

- L'incision autour du bord de la fistule et la recherche des orifices urétéraux (et leur cathérisation, si nécessaire)
- La mobilisation de la vessie et le rognage du bord de la fistule, si nécessaire
- La fermeture de la fistule, sans tension, en une ou deux couches
- L'introduction d'un cathéter (14F–18F) et la réalisation d'un test au colorant pour vérifier la fermeture et révéler toute FVV manquante
- La mesure des longueurs de l'urètre et de la vessie et l'enregistrement des valeurs
- La fermeture de la muqueuse vaginale

Les dernières étapes pour la fermeture des fistules sont les suivantes :

- La vérification de la perméabilité du cathéter urétral
- L'application d'un tampon vaginal (optionnel)
- L'enlèvement des cathéters urétéraux
- Le réglage des problèmes associés aux cathéters (le cas échéant et si indiqué)

Les soins postopératoires

Les soins postopératoires sont divisés en soins immédiats et soins tardifs.

Les soins postopératoires immédiats :

- Vérifier les signes vitaux de la patiente et l'évaluation de son état de santé général
- La prise en charge de la douleur
- L'identification de saignements
- Assurer le bon drainage des cathéters
- Assurer que la quantité de fluide est d'environ 5 litres oralement ou 3 litres par voie intraveineuse
- Enregistrer l'entrée et la sortie des fluides

Soins postopératoires postérieurs :

- Vérifier les signes vitaux de la patiente et l'évaluation de son état de santé général
- Retirer le tampon vaginal (le cas échéant) après 24–72 heures
- L'irrigation des cathéters urétéraux, si nécessaire, et les retirer 3 à 7 jours après la pose (selon les préférences du chirurgien)
- Retirer le cathéter urétral 7 à 28 jours après sa pose (selon les préférences du chirurgien)
- La prise en charge des fluides et du régime alimentaire
 - Encourager la patiente à boire 3 à 5 litres par jour
 - L'encourager à manger normalement après un retour à la normale des mouvements intestinaux
 - Mobiliser la patiente et l'encourager à exercer une activité physique
 - Organiser la possibilité d'avoir des sessions de physiothérapie au lit
 - Encourager la patiente à marcher le plus tôt possible
- A la sortie de la patiente de l'hôpital
 - Considérer un test au colorant
 - Enlever les sutures, si nécessaire
 - Effectuer l'évaluation de sortie et conseiller la patiente
 - S'assurer que l'évaluation de sortie est complète
 - Rédiger toutes les informations opératoires et postopératoires sur le dossier relatif à la sortie de l'hôpital

La prévention de la fistule

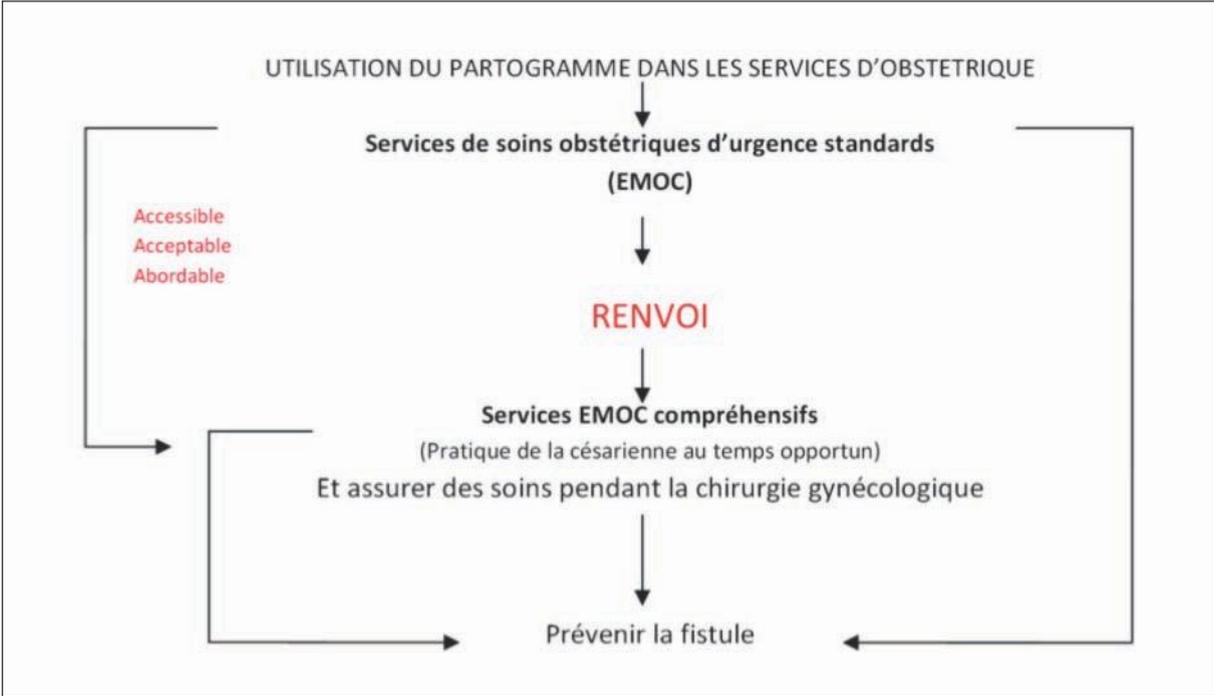
En cas d'accouchement prolongé ou difficile, les étapes suivantes doivent être suivies :

- Poser un cathéter urétral pour drainer la vessie et le maintenir en place
- Demander à la patiente de commencer à boire au moins 5 litres de fluide par jour
- Enseigner à la patiente les exercices du plancher pelvien après l'accouchement
- Prendre des rendez-vous pour effectuer des visites de suivi

Avec ce traitement, il est possible d'éviter ou de soigner environ 20% des fistules.

L'incontinence de stress qui se présente immédiatement après l'accouchement s'améliore normalement avec la physiothérapie du plancher pelvien, mais il y a une possibilité d'incontinence liée à la rétention aiguë d'urine postpartum.

Algorithme pour la prévention de la fistule:



ANNEXE A4 :

Module quatre :

Prise en charge de la fistule recto-vaginale (FRV) et des déchirures au troisième et quatrième degré

Veillez consulter et lire les livres et articles recommandés afin d'obtenir une vision d'ensemble sur ce thème (Sultan AH 1993; Donnelly V 1998; McCandlish R 1998; Fitzpatrick M 2000a; Fitzpatrick M 2000b; Mann 2001; Kettle 2002; Kettle C 2004; R.C.O.G 2004; R.C.O.G 2007).

Objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devrait être en mesure de :

1. Décrire et faire une prise en charge préopératoire des déchirures au troisième et quatrième degré et les FRV
2. Réparer les FRV simples et les traumatismes du sphincter anal
3. Décrire les techniques chirurgicales pour le traitement des RVF compliquées
4. Décrire et effectuer les soins postopératoires

Évaluation préopératoire des déchirures au troisième et quatrième degré et FRV

La nécessité d'effectuer une colostomie doit soigneusement être évaluée avant l'intervention :

- Une colostomie est n'est que rarement indiquée.
- Les indications possibles comprennent :
 - Les défauts recto-vaginaux localisés très hauts et/ou très grands (plus de 4 cm)
 - L'inflammation/l'infection continuelle et une ou plusieurs tentatives de réparation qui ont précédemment échouées
 - La scarification importante autour de la fistule

Colostomie temporaire

Une colostomie temporaire peut être réalisée dans le colon transverse ou sigmoïde pour aider à résorber l'inflammation et pour encourager la guérison. Pourtant, cela requière :

- Expliquer l'objectif et la nature d'une stomie à la patiente
- Choisir l'emplacement de la stomie et enseigner à la patiente les soins liés à la colostomie

La chirurgie de la FRV est habituellement pratiquée environ six semaines après la formation de la colostomie, mais cette durée dépend de l'état de l'infection et l'inflammation.

Soins périnéaux

La lacération, l'ulcération et la macération de la peau de la vulve et du périnée sont souvent observées chez les patientes présentant une FRV et des mesures spécifiques sont nécessaires, comme :

- Les douches vaginales et les bains de siège
- L'application de pommades ou de crèmes contenant de l'oxyde de zinc et de la lanoline
- Le traitement des infections cervicales ou vaginales

Prise en charge des déchirures au troisième et quatrième degré

Les déchirures périnéales sont associées à un handicap important pour la santé, causé par la dyspareunie et les problèmes psychologiques, accrus par la suite par l'incontinence anale. Il est estimé que plus que 85% des femmes qui subissent une blessure vaginale subissent aussi un traumatisme périnéal, et parmi celles-ci 60%–70% ont besoin de suture.

Les déchirures au troisième et quatrième degré sont observées chez approximativement 0,6%–0,9% des femmes qui subissent une épisiotomie médio latérale pendant un

accouchement par voie vaginale (Thacker et Banta 1983). Dans les études prospectives, des dommages cachés au niveau du sphincter anal ont été identifiés chez 36% des femmes après un accouchement vaginal (Sultan et al 1993; Faltin et al 2000; Donnelly et al 1998). De plus, dans 25% à 57% des cas, la réparation primaire des dommages au niveau sphincter anal est associée à des signes d'incontinence fécale.

Classification des déchirures périnéales

<i>Déchirure au premier degré :</i>	Implique uniquement la peau
<i>Déchirure au deuxième degré :</i>	Se définit comme une blessure au niveau du périnée impliquant la fourchette et les muscles superficiels et transverses du périnée et qui s'étend du périnée à la tubérosité ischiatique. Une épisiotomie représente une déchirure au deuxième degré.
<i>Déchirure au troisième degré :</i>	Une blessure qui implique le sphincter anal externe (EAS) <ul style="list-style-type: none">• 3a: une déchirure impliquant moins de 50% de l'épaisseur de l'EAS• 3b: une déchirure impliquant plus que 50% de l'épaisseur de l'EAS• 3c: une déchirure impliquant l'EAS ainsi que le sphincter anal interne (IES)
<i>Déchirure au quatrième degré :</i>	Une blessure qui implique l'EAS, l'IAS et la muqueuse rectale

La connaissance des facteurs de risque pour les déchirures au troisième et quatrième degré, n'empêche pas toujours leur survenue.

Après un accouchement par voie vaginale, un examen complet du vagin, du rectum et du périnée doit être effectué pour toutes les femmes. Si des dommages sont identifiés, la sévérité devrait être évaluée avant toute suture. Si la sage femme ou le médecin qui fait l'examen n'est pas sûr du degré de la blessure, l'opinion d'un collègue supérieur hiérarchique doit être demandée.

Avant l'examen périnéal, le professionnel de santé devrait :

- Expliquer la nature et la raison de l'examen à la patiente
- Proposer une anesthésie par inhalation à la patiente
- Assurer un bon éclairage
- Positionner la patiente pour que zone génitale puisse être clairement visible, tout en assurant un confort à la patiente
- Évaluer visuellement les structures impliquées, l'apex de la blessure et les endroits où il y a des saignements
- S'il y a suspicion de traumatisme au niveau des muscles du périnée, effectuer un examen rectal pour vérifier si il y a des blessures au niveau de l'EAS et l'IAS

Prise en charge chirurgicale des déchirures au troisième et quatrième degré

Les déchirures au troisième et quatrième degré sont réparées dans le bloc opératoire en utilisant une technique aseptique sous anesthésie locale ou générale. Un médecin/interne/professeur expérimenté devrait être présent pour effectuer ou superviser la réparation. Toutes les patientes doivent recevoir une explication détaillée de la procédure et donner leur consentement écrit avant l'intervention. De plus :

- Une quantité suffisante d'analgésie doit être administrée. En plus d'atténuer la douleur, cela facilite la réparation sans tension en relaxant les muscles déchirés du sphincter anal.

- Les patientes devraient recevoir une dose intraveineuse d'antibiotique, préférablement intra-opératoirement. Bien qu'aucune étude n'ait comparé l'effet des antibiotiques prophylactiques avec l'effet d'un placebo, les antibiotiques sont recommandés pour réduire la probabilité d'infection et donc la possibilité de propagation de la plaie, la formation d'une fistule et l'incontinence anale. De même, les laxatifs sont recommandés en traitement postopératoire afin de réduire toute possibilité de selle endommagent la réparation.
- Pour les déchirures au quatrième degré, la muqueuse anorectale devrait être réparée à l'aide de suture 3/0 résorbable et interrompue, avec des nœuds dans le lumen.
- L'IAS pourrait être difficile à identifier séparément de l'EAS. Il se situe entre l'EAS et l'épithélium et est plus pâle que l'EAS. Une fois identifié, l'IAS peut être réparé en utilisant les sutures polydioxanone (PDS) 3/0 interrompues ou les sutures Vicryl 2/0.
- L'EAS doit être réparé en utilisant un monofilament de longue durée d'action, tel que le PDS 3/0. La réparation est effectuée à l'aide de la technique par le chevauchement ou de bout-en-bout.
- Les muscles du centre tendineux du périnée sont ensuite réparés en utilisant les techniques décrites pour les déchirures au deuxième degré. Finalement, la muqueuse vaginale et la peau périnéale sont réparées, en utilisant les sutures Vicryl 2/0.
 - Suite à la réparation d'une déchirure au troisième degré, un examen rectal est nécessaire pour assurer que des éléments de suture n'ont pas été insérés à travers la muqueuse rectale par inadvertance.
- Un décompte des coton tiges, aiguilles et instruments doit être effectué par une infirmière du bloc opératoire et documenté dans le dossier de la patiente.
- Suite à l'opération, la patiente doit prendre les antibiotiques par voie orale pendant cinq jours et un laxatif pendant deux semaines pour éviter que le passage d'une selle solide affecte la réparation.
- Il est essentiel de prendre des notes, décrivant en détail l'étendue de la déchirure et la technique de réparation utilisée. Un diagramme devrait être inclus dans le dossier maternité de la patiente.
- Il est important d'informer la patiente et de lui donner une explication détaillée de la blessure au sphincter anal qu'elle a subi et de l'importance du suivi médicale, et qu'elle a un certain risque d'incontinence anale.

Prise en charge postpartum

Les points suivants devraient faire partie de la prise en charge postpartum des femmes avec des déchirures du périnée :

- Une quantité suffisante d'analgésiques avec du paracétamol oral et un analgésique non-stéroïdien, par exemple diclofenac, devraient être prescrits. Les analgésiques contenant de la codéine devraient être évités car ils peuvent causer une constipation.
- L'analgésie rectale doit être évitée après l'accouchement.
- Afin de réduire la tuméfaction, une poche de glace enveloppée dans une serviette sanitaire peut être appliquée sur le périnée pendant 20 minutes toutes les 3 à 4 heures pendant les premières 48 à 72 heures suivant l'opération.
- Pour réduire le risque de la déhiscence de la plaie, la patiente peut prendre des laxatifs ou des émoullients fécaux, par exemple le lactulose (avec ou sans Fybogel) pendant environ 7 à 10 jours.
- La patiente doit être orientée vers un physiothérapeute, si possible.
- Idéalement, la patiente devrait être vue dans une clinique pour le traumatisme périnéal six semaines après son accouchement.
- Le chirurgien et la patiente doivent discuter des événements qui ont entraîné la déchirure.

- Ils devraient également discuter des mesures que la patiente va devoir suivre pour favoriser la guérison.

Conseils généraux concernant les soins postpartum des traumatismes périnéaux

Il est recommandé de prodiguer des conseils à la patiente après la réparation des déchirures au troisième et quatrième degré. Ces conseils devraient inclure :

- Rassurer sur le fait que la douleur au niveau du périnée est commune
- Les conseils diététiques pour éviter la constipation
- Des conseils concernant l'hygiène périnéale
- Rassurer qu'il n'est pas anormale que les rapports sexuels soient inconfortables après l'accouchement (suggérer l'utilisation d'un lubrifiant qui ne causera pas de douleur)
- Les informations relatives à la contraception, dans les 2 à 3 semaines après l'accouchement

Prise en charge de la FRV

Examens de laboratoires et préparation de l'intestin

Les examens de laboratoires devraient être effectués dans tous les cas. La liste peut être longue mais elle doit inclure :

- Bilan sanguin complet
- Détermination du groupe sanguin et du facteur Rh
- Recherche d'ovules et de parasites dans les selles

La préparation de l'intestin demeure un sujet de débat, sans consensus sur ses avantages, l'exécution optimale ou les délais optimaux. Les options les plus fréquemment suggérées sont des lavements ou l'utilisation de laxatifs, avec ou sans traitement antibiotique péri-opératoire et/ou modification du régime alimentaire.

Principes généraux de chirurgie

Ils incluent les principes énoncés pour la chirurgie de la FVV :

- Une bonne visibilité et une technique aseptique
- La localisation et l'évaluation de la taille de la fistule et la mobilisation correcte des tissus
- Une fermeture sans tension et hermétique, évitant la muqueuse rectale (si possible)

Techniques chirurgicales

Les techniques chirurgicales varient selon les chirurgiens, mais l'approche générale est la même. Les étapes sont les suivantes :

- S'assurer d'une voie d'accès optimale vers la FRV et inciser autour de la fistule
- La dissection de la paroi vaginale à partir de la paroi rectale sous-jacente
- L'excision de la scarification autour de la fistule (si nécessaire) et la fermeture du côté rectal de la fistule avec des sutures résorbables, en commençant à une extrémité et évitant la muqueuse rectale
- L'approximation des contours de la fistule côté vaginal et la suture en une ou deux couches
- Envisager un rabat, si nécessaire
- Lors de la réparation du sphincter anal
 - Identifier l'étendue de la déchirure et maintenir les alvéoles cutanées indiquant les extrémités de l'EAS
 - Inciser au bord de la muqueuse vaginale d'un côté à l'autre. Puis, en réalisant une dissection très précise, libérer l'ano-rectum sous-jacent de manière à exposer les souches de l'EAS
 - Fermer l'ano-rectum en 1 ou 2 couches et réparer l'EAS en utilisant la méthode de chevauchement ou d'une extrémité à l'autre
 - Vérifier la perméabilité et tonicité du sphincter anal avant et après avoir suturé
 - Réparer le périnée, la muqueuse vaginale et la peau périnéale

Dans le cas d'une FRV cicatrisée, les principes généraux de la prise en charge de la scarification sont les mêmes que ceux indiqués pour les fistules urinaires avec scarification vaginale.

En réparant une FRV circonférentielle, les étapes suivantes peuvent être considérées :

- Réalisation d'une colostomie de dérivation avant la réparation
- Identification des extrémités proximales et distales de la fistule
- Vérification de la perméabilité du lumen rectal aux deux extrémités de la fistule et empêcher toute sténose par dissection tranchante ou contondante
- L'incision autour du bord de la fistule de façon circonférentielle, si possible et en mobilisant le colon recto-sigmoïde
- L'approximation de la paroi postérieure du rectum, si possible
- Facultatif, insertion d'une sonde rectale sous vision directe
- Compléter la fermeture en suivant les autres principes de la réparation des FRV

Quand est-ce qu'une colostomie de dérivation peut-elle être rétablie?

L'inversement d'une colostomie peut être envisagée lorsque la guérison appropriée a été constatée et qu'aucune sténose rectale n'ait été trouvée. La réparation des FRV prend généralement un minimum de quatre semaines. Juste avant la chirurgie d'inversion, la patiente devrait subir une préparation intestinale similaire à celle décrite pour la réparation.

Soins postopératoires

Les principes généraux de la chirurgie sont les mêmes pour la réparation des FRV et des FVV, mais il y a des étapes supplémentaires à suivre pour les soins postopératoires des patientes atteintes de FRV. Deux approches existent, une encourageant la constipation et l'autre encourageant l'utilisation d'émollient fécal.

Plusieurs auteurs recommandent :

- La réhydratation intraveineuse pendant 24 heures et un régime liquide clair après le premier passage de flatulences
- Un régime liquide total après 24 heures
- Régime alimentaire résiduel après 24 heures
- Régime normal trois jours après
- Spécifiquement pour les femmes avec une colostomie de dérivation :
 - Régime normal après les premières selles
 - Le cas échéant, le tube rectal est maintenu en place pendant 10 jours ou plus
- Évaluation de la guérison
 - Prise de note de l'historique
 - Examen physique, comprenant un examen vaginal et rectal
 - Test rectal au colorant avant de fermer la colostomie

ANNEXE A5 :

Module cinq :

Prise en charge des cas de fistules compliquées/complexes

Veillez consulter et lire les livres et articles recommandés afin d'obtenir une vision d'ensemble sur ce thème.

Objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devrait être en mesure de :

1. Identifier les types de fistules urinaires compliquées
2. Décrire les techniques chirurgicales de réparation des fistules urinaires compliquées

Types de fistules compliquées/complexes

Celles-ci sont généralement classées selon le type ou la localisation:

Localisation de la fistule	Fistule urétrale Dommages urétraux Fistule vésico-cervicale, vésico-utérine, fistule de la vouve vaginale Fistule urétérale
Type de fistule	Fistule minuscule Fistule de la vessie circonférentielle Fistule avec vessie petite ou sans vessie Fistule urinaire avec scarification vaginale Fistule résiduelle Fistule récurrente Fistule latérale
Associations	Prolapsus de la vessie et calculs urinaires Une combinaison de deux ou plusieurs des pathologies indiquées ci-dessus

Réparation chirurgicale des fistules compliqués/complexes

La méthode de réparation chirurgicale est différente en fonction de la localisation ou du type de fistules compliquées/complexes. Les méthodes décrites ci-dessous ne le sont indiquées qu'à titre indicatif, car une formation chirurgicale plus poussée sera proposée par les formateurs.

Réparation des fistules urétrales (voie vaginale)

- L'étendue des blessures et de la scarification sont évaluées ainsi que la capacité de la vessie
- L'urètre est mobilisé avec l'aide de ciseaux fins et tout tissu fibreux est retiré
- Le tissu est manipulé avec soin
- La fistule est fermée en une seule couche avec une tension minimale, en utilisant un fil de suture 3/0 fin et résorbable
- Si nécessaire, la fermeture est renforcée en utilisant une greffe de Martius ou une fronde pubo-coccygienne
- Le vagin est fermé en utilisant un fil de suture fin et résorbable

Réparation des fistules urinaires circonférentielles

- L'ampleur de la perte de la vessie et du tissu urétral est évaluée
- L'ampleur de la mobilisation nécessaire est évaluée
- Après la mobilisation circonférentielle de la vessie, celle-ci est déplacée vers l'urètre et ré-

anastomosée en utilisant 3 à 5 sutures qui sont aussi attachées au périoste de la symphyse pubienne postérieure

- Une greffe est effectuée ou une fronde urétrale est placée, le cas échéant
- Le mécanisme de continence est renforcé
- La muqueuse vaginale est fermée

Réparation des fistules urinaires avec scarification extensive

Une fois que la fistule a été identifiée et l'étendue de la scarification vaginale évaluée, une large épisiotomie est effectuée (bilatéralement, si nécessaire) et la scarification est excisée, au besoin. Puis,

- La fistule est réparée, renforcée par une fronde labiale si la muqueuse vaginale est atrophiée
- Les tampons vaginaux sont réappliqués, si nécessaire
- La dilatation vaginale postopératoire peut être faite en utilisant un préservatif ou des dilateurs vaginaux

Reconstruction urétrale

La longueur de l'urètre et l'ampleur de la perte urétrale sont évaluées avant que la réparation soit planifiée.

Parmi les nombreuses techniques reconstructives, quelques-unes peuvent avoir des effets désavantageux sur la fonction future de l'urètre. Les techniques suivantes sont suggérées:

- Technique 1 :
 - a) Délimiter le tissu destiné à la reconstruction et effectuer de profondes incisions para-urétrales, au moins 4cm de largeur
 - b) Mobiliser une quantité suffisante de tissu
 - c) Insérer un cathéter Foley de taille 12F à 18F dans l'urètre et réparer l'urètre en enroulant le tissu mobilisé sur le cathéter
- Technique 2 :
 - a) Tubulariser le tissu, en mesurant le diamètre du tube avec un dilateur Hegar 8 (6mm de diamètre)
 - b) En utilisant un matériel de suture fin, faire le moins de suture possible et éviter toute tension
 - Renforcer le mécanisme de continence
 - Fermer la muqueuse vaginale sans tension, avec des lambeaux si nécessaire
 - Laisser le cathéter pendant 2 à 3 semaines ou créer une cystostomie suspubienne, si nécessaire et si possible au centre de formation
 - Fixer le cathéter pour éviter des traumatismes au niveau néo-urètre
 - Pour la perte circonférentielle de l'urètre, créer un lambeau de vessie ou utiliser la muqueuse vestibulaire (buccale)

Réimplantation urétérale (voie abdominale)

L'indication principale pour la voie abdominale est quand l'uretère ne peut pas être cathétérisé par la voie vaginale.

Méthode

1. Insérer les cathéters urétéraux et urétraux dans la vessie via le méat urétral

2. Identifier l'uretère blessé et le mobiliser de façon retro-péritonéale et distale jusqu'à l'endroit obstrué ou blessé
3. Attacher l'uretère de la manière la plus distale possible, faire une suture proximale à 1 cm de l'uretère et couper entre ces deux points
4. Libérer l'uretère du côté proximal jusqu'à ce qu'il soit suffisamment mobilisé pour être réimplanté
5. Inciser la vessie, faire une nouvelle ouverture dans la vessie pour l'uretère, insérer l'uretère dans la vessie, spatuler l'uretère et l'anastomoser à la muqueuse de la vessie
6. Fixer l'uretère à la couche externe de la vessie
7. Insérer le cathéter urétéral dans l'uretère (facultatif)
8. Si le cathéter urétéral a été introduit, fermer la vessie autour du cathéter pour que le drainage puisse passer par l'incision dans la paroi abdominale ou laisser le drainer par l'urètre
9. Si la fistule est irréparable, considérer un psoas hitch ou un lambeau Boari et/ou renvoyer la patiente vers un centre spécialisé où une possible dérivation urinaire pourrait être effectuée

Réparation des fistules vésico-cervicales et vésico-utérines

Cette approche dépend de l'expérience et de la préférence des chirurgiens, mais implique toujours la mobilisation de la vessie, du col de l'utérus ou de l'utérus. Si la fistule est vésico-cervicale, mobiliser la vessie jusqu'à ce que la vessie et les aspects cervicaux de la fistule jusqu'à ce qu'ils soient accessibles. Ensuite :

- Identifier et cathériser les uretères
- Refermer le défaut de la vessie (qui est dans la plupart des cas longitudinal)
- Fermer l'orifice cervical ou utérin
- Interposer l'épiploon entre la vessie et le col de l'utérus, si possible
- Fermer la muqueuse vaginale

Réparation des fistules de la voute vaginale (après l'hystérectomie)

Les voies peuvent être abdominales ou vaginales

- Avec la patiente en position de Trendelenburg exagérée, mobiliser la vessie à partir du péritoine et du vagin, en faisant attention d'éviter de blesser les intestins
- Identifier et cathériser les uretères (note : les uretères peuvent être implantés plus latéralement ou plus haut que prévu.)
- Fermer chaque aspect de la fistule (avec un lambeau péritonéal interposé, si désiré)
- Réparer le vagin

Réparation des fistules urétéro-cervico-vaginales (voie vaginale)

Après avoir cathérisé et mobilisé l'uretère endommagé, inciser la vessie et tirer l'extrémité distale du cathéter urétéral dans l'urètre. Ensuite :

- Fermer l'extrémité de la fistule vésicale sur l'orifice urétéral et fermer la muqueuse vaginale
- Laisser le cathéter en place pendant dix jours

Réparation d'une combinaison de deux ou plusieurs fistules urinaires compliquées

Celles-ci peuvent être réparées simultanément ou séparément, en fonction du type de fistules. Si les fistules sont proches les unes des autres, faire en sorte de les regrouper en une et même fistule et réparer. Sinon, les réparer séparément. Les fistules non liées sont normalement prises en charge séparément ou en deux sessions.

Incontinence urinaire post-réparation

Il existe plusieurs types d'incontinence post-réparation (Charlewood 1954; Candler 1960; Hassim and Lucas 1974; Birkhoff, Wechsler et al. 1977; Cox and Worth 1987; Elkins, Ghosh et al. 1992; laivas, Heritz et al. 1995; Arrowsmith, Hamlin et al. 1996; Hilton 1998; Hilton, Ward et al. 1998; Ascher-Walsh, Capes et al. 2010). Celles-ci incluent :

- L'incontinence de stress

- L'incontinence par trop-plein (regorgement)
- Incontinence cicatricielle due à une déficience du sphincter urétral intrinsèque
- L'hyperactivité du détroisor
- L'incontinence mixte

Diagnostiquer le type d'incontinence exige une connaissance détaillée de l'historique, un examen physique, un test de stress par la toux, l'induction d'urgence en ouvrant un robinet d'eau et la mesure du volume urinaire résiduel post mictionnel. Il est aussi essentiel d'exclure une infection urinaire, la cause la plus commune d'incontinence chez les femmes qui ont subi une réparation de fistule.

D'autres tests comprennent le test tampon (pour déterminer la perte d'urine), un 'journal urinaire' de 24h, l'évaluation uro-dynamique et la cystoscopie.

Une fois qu'un diagnostic est établi, le traitement peut être initié.

Traitement pour l'incontinence de stress (traitement conservateur)

Les exercices du plancher pelvien si celui-ci est intact :

Indication : Les exercices encouragent une stabilité de base et renforcent à la fois le plancher pelvien et le sphincter anal (Annexe B3)

Utiliser les méthodes de classement 'Glasgow' pour évaluer la force des muscles du plancher pelvien (Annexe B3). L'intensité des exercices du plancher pelvien dépend la force du plancher pelvien. Les exercices devraient être un processus régulier et doux suivant un protocole. Pour assurer la conformité, il est important que la patiente soit sensibilisée à la physiothérapie du plancher pelvien.

Hyperactivité du détroisor ou l'incontinence impérieuse (traitement conservateur)

La rééducation de la vessie peut être entamée après l'exclusion d'infection et de sténoses. Puis :

- Encourager une routine régulière de consommation de liquide et de miction
- Encourager une augmentation graduelle de l'intervalle entre les mictions
- Décourager la consommation d'alcool et de caféine
- Prescrire des anticholinergiques, si disponibles

L'incontinence par trop-plein (regorgement)

Après avoir traité les sténoses:

- Encourager la miction double et triple
- Prescrire l'auto-cathérisation intermittente

Prise en charge chirurgicale d'incontinence urinaire post-réparation

Aucune des nombreuses techniques chirurgicales conçues pour traiter l'incontinence urinaire n'est meilleure que les autres.

Les principes de base de la chirurgie pour l'incontinence de stress post-réparation visent à :

- Rendre l'urètre plus étroit
- Rendre l'urètre proximal plus long
- Élever l'angle pubo-vésical
- Renforcer le mécanisme de continence

Les différents types d'interventions incluent :

- L'uréthrolyse rétro-pubienne et opération de fronde
- L'urétralisation et fascio-colposuspension
- L'urétralisation et fronde pubo-coccygienne
- Autres (Bucco colposuspension, fronde mi-urétrale)

Pourtant, leur avantage pour la patiente n'a pas été testé objectivement.

En outre la chirurgie, il existe des dispositifs, tels que des tampons/bouchons urétraux en silicone qui peuvent être utilisés pour l'incontinence de stress. Ces tampons/bouchons ont une forme destinée à obstruer l'urètre et sont disponibles dans des tailles différentes. Ils sont censés améliorer la continence et la capacité de la vessie, mais un approvisionnement fiable est essentiel. Les indications pour l'utilisation d'un tampon urétral incluent :

1. L'incontinence sévère suite à la réparation d'une fistule
2. Une vessie petite
3. Une déficience intrinsèque du sphincter

Cependant, les tampons comportent des risques et doivent être utilisés avec prudence et discrétion. Parmi les complications connues, on retrouve la migration du tampon vers la vessie, l'élargissement et l'infection de l'urètre et des traumatismes de l'urètre. Il est donc généralement recommandé que le tampon soit utilisé pour un maximum de 12 heures par jour.

Il est important que chaque patiente soit informée sur la manière d'insérer le tampon et de maintenir une bonne hygiène périnéale. Un suivi régulier est essentiel.

ANNEXE A6 :

Module six : Complications de la réparation des fistules

Veillez consulter et lire les livres et articles recommandés afin d'obtenir une vision d'ensemble sur ce thème (Falandry 2000; Browning 2006; Gutman, Dodson et al. 2007; Di Marco 2008).

Objectifs

A la fin de ce module, l'apprenant devrait être en mesure de :

1. Empêcher les complications intra-opératoires, les détecter quand elles se produisent et déterminer si leur prise en charge devrait être anesthésique ou chirurgicale.
2. Identifier les complications postopératoires immédiates et décrire brièvement leur prise en charge.
3. Identifier les complications postopératoires postérieures et décrire brièvement leur prise en charge.

Les complications communément associées à la chirurgie de la fistule sont décrites ci-dessous.

Hémorragie

La prévention est essentielle avec l'hémorragie. Les troubles hémorragiques doivent être détectés bien en avance et l'hémostase doit être maintenue pendant la durée de l'opération.

Quand l'hémorragie survient malgré une hémostase méticuleuse, elle doit être classée comme légère, modérée ou sévère. Il est essentiel que la patiente soit réveillée et que lui soit administré une transfusion sanguine, si nécessaire, afin que l'hémostase soit sécurisée. Si l'hémorragie est liée à une infection, l'infection doit être traitée. Il est parfois nécessaire d'insérer un tampon vaginal, avec ou sans adrénaline.

Thrombose veineuse et embolie pulmonaire

Bien que ces conditions soient beaucoup moins communes après la réparation d'une fistule qu'après d'autres types d'interventions chirurgicales, il faut toujours considérer les stratégies préventives, qui incluent :

- Bas de contention
- Anticoagulants
- Aspirine

Lésion chirurgicale

Le bassin regroupe de nombreux organes et des lésions peuvent affecter la vessie, l'urètre, les uretères et l'intestin pendant la chirurgie. Ces lésions sont généralement traitées par une fermeture simple et directe, mais il se peut que les uretères soient ligaturés, coupés, déchirés ou endommagés par la cathérisation ou la perte d'une sonde. Ces problèmes peuvent être évités en posant des cathéters très prudemment dans les uretères avant la dissection. Si une lésion sur un uretère se produit, elle doit être identifiée et corrigée (selon le cas) en détachant la suture, réparant la déchirure, en réimplantant l'uretère et en retirant le matériel perdu.

L'anurie

L'anurie est un problème particulier lié à la chirurgie de la fistule urinaire. Il provient généralement du blocage du cathéter, de la ligature des uretères ou d'insuffisance pré-rénale ou rénale. La prise en charge de l'anurie dépend de sa cause et pourrait inclure le déblocage du cathéter, le détachement et la réimplantation des uretères ou le traitement de la patiente pour insuffisance rénale.

Quand l'anurie est le résultat du déplacement d'un cathéter Foley ou urétérique, il faut que le cathéter soit prudemment retiré et remplacé.

L'infection des plaies et rupture des plaies

L'infection de la blessure peut avoir des conséquences désastreuses lors de l'intervention de la fistule, par exemple la rupture précoce des sutures, l'incontinence fécale ou urinaire et la formation de sténoses dans l'urètre et le vagin. L'infection de la blessure peut aussi entraîner des problèmes gynécologiques tels que l'hématométrie, menourie, l'infertilité, l'aménorrhée et la dyspareunie. L'une ou l'autre de ces conditions peuvent créer des problèmes psychologiques graves.

Selon les cas, l'infection ou la rupture de la blessure peut être traitée en resuturant sous anesthésie, en laissant le cathéter en place plus longtemps et en nettoyant la blessure avec des bains de siège et/ou l'irrigation.

Cependant, la réparation des sutures sera tentée que lorsque l'infection aura diminué, et le traitement de la septicémie sous-jacente est donc primordial. Une culture de coton-tige (ou culture de sang, si possible), devrait être faite pour identifier le pathogène responsable et les tests de sensibilité doivent être effectués pour déterminer quels antibiotiques doivent être prescrits.

Sténoses urétrales et vaginales

Les sténoses urétrales sont généralement traitées par :

- L'incision de la scarification et la dilation de l'urètre
- Un test au colorant pour exclure une fistule minuscule
- La réparation de la fistule si une fistule est détectée lors du test
- L'auto-cathérisation intermittente pour dilater l'urètre

Les sténoses vaginales, qui s'accompagnent habituellement de dyspareunie, peuvent être traitées par :

- L'excision de la scarification
- La dilation vaginale avec une bougie et un préservatif ou des dilateurs vaginaux

Calculs urinaires/vésicaux

Les calculs urinaires/vésicaux sont relativement communs après la chirurgie de la fistule et leur retrait doit être effectué avec prudence afin d'éviter d'endommager la vessie. Premièrement, une sténose urétrale devrait être exclue. Les calculs urinaires de différentes tailles sont retirés :

- Soit par endoscopie (calculs de <2cm)
- Soit par une cystostomie suspubienne (calculs plus grands)

Il faut encourager la patiente à boire suffisamment de fluides afin d'éviter l'infection et les récurrences.

Complications gynécologiques

Elles sont nombreuses et leur prise en charge est déterminée par la cause principale.

- Hématométrie
- Est causée par la sténose cervicale ou vaginale
 - La patiente présente une aménorrhée et une douleur cyclique
 - La prise en charge comprend :
 - Ouverture du col de l'utérus et drainage de l'utérus
 - Stenting du canal cervical
 - Si la patiente ne désire plus avoir d'enfants, mettre fin à la

	menstruation au moyen de progestérone injectable ou d'une hystérectomie
Menourie	<ul style="list-style-type: none"> - Se produit quand le col de l'utérus se vide dans la vessie - La prise en charge comprend : <ul style="list-style-type: none"> • La séparation du col de l'utérus de la vessie et la réparation de la fistule avec l'interposition de l'épiploon • Le repositionnement du col de l'utérus de façon vaginale ou abdominale • Si la patiente ne désire plus avoir d'enfants, mettre fin la menstruation au moyen de progestérone injectable ou une d'hystérectomie
L'aménorrhée secondaire	<p>Les causes incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome Asherman • Syndrome Sheehan • Sténose cervicale • Oblitération vaginale <ul style="list-style-type: none"> • Troubles psychologiques <p>Prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer la patiente vers un gynécologue
L'infertilité secondaire	Les causes et la prise en charge sont les mêmes que pour l'aménorrhée

ANNEXE A7 :

Module sept : Anesthésie pour les chirurgies de la fistule

Veillez consulter et lire les livres et articles recommandés afin d'obtenir une vision d'ensemble sur ce thème.

Un manuel général sur l'anesthésie sera recommandé par votre formateur ou son anesthésiste.

ANNEXE B

ANNEXE B1

Classification Waaldjik des fistules génito-urinaires (Waaldjik 1990: Waaldjik 1995)

Classification Waaldjik des fistules génito-anorectales (Waaldjik 1990: Waaldjik 1995)

Classification Goh des fistules génito-urinaires (Goh, Browning et aut. 2008)

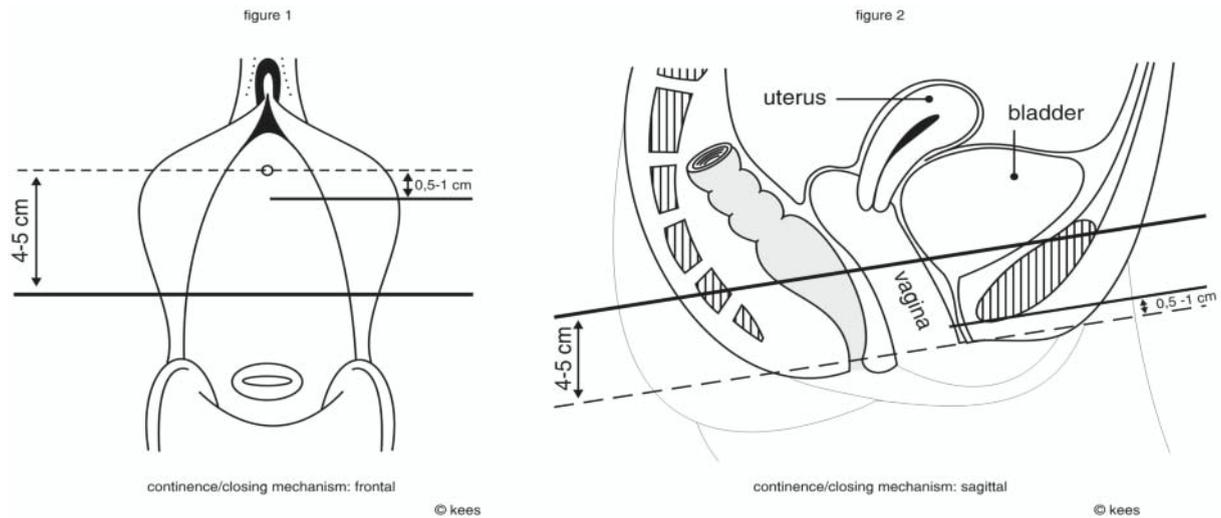
Classification Goh des fistules génito-anorectales (Goh, Browning et aut. 2008)

D'autres classifications existent mais elles n'ont pas été validées en totalité. Demandez à votre formateur quelle classification il/elle préfère utiliser, et laquelle il/elle vous recommanderait d'utiliser pendant votre formation.

La Classification Waaldjik

La classification Waaldjik des fistules génito-urinaires (FVV) (Waaldjik 1995, avec permission)

Les schémas 1 et 2 montrent les zones endommagées chez les femmes atteintes d'une FVV



Classification des fistules en fonction de la situation anatomique/physiologique

I	Fistules n'impliquant pas de mécanisme de continence/fermeture		
II	Fistules impliquant un mécanisme de continence/fermeture	A Sans l'implication (sous)totale de l'urètre	a Sans défaut circonférentiel
			b Avec défaut circonférentiel
		B Avec l'implication (sous)totale de l'urètre	a Sans défaut circonférentiel
			b Avec défaut circonférentiel
III	Divers, par exemple, fistules impliquant l'urètre et autres fistules exceptionnelles		

Classification des fistules avec incontinence due à l'implication d'un mécanisme de fermeture

Type I	Pas d'implication
Type II Aa	Minimale à modérée
Type II Ab	Modérée à majeure
Type II Ba	Majeure
Type II Bb	Étendue
Type III	Pas d'implication

Classification complémentaire des fistules en fonction de la taille

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

Utilisations du système de classification pour prévoir les principes chirurgicaux

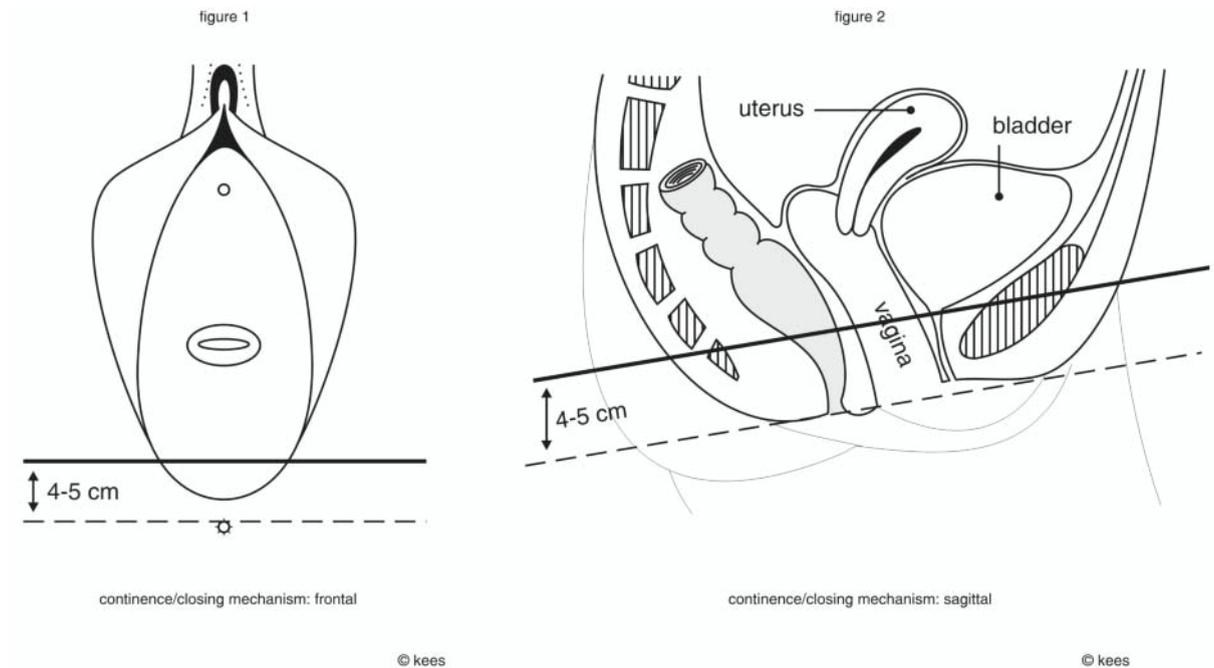
Types de fistules	Direction de la fermeture de la vessie/urètre	Fascia pubocervical	Fermeture antérieure de la paroi vaginale
Type I	Aucun, utiliser le sens commun	Pas de mesures spéciales	S'adapter aux marges de la fistule
Type II Aa	Transversale	Chirurgie transversale avec ou sans fixation	Adaptation transversale
Type II Ab	Circonférentielle, de bout-en-bout	Refixation	Adaptation transversale
Type II Ba	Longitudinale, avec un tissu urétral transversal	Fixation	Lambeau
Type II Bb	Longitudinale, avec tissu non-urétral circonférentiel	Refixation	Lambeau
Type III	NA	NA	NA

Résultats pronostiques selon le système de classification Waaldijk pour 1716 patientes ayant subi une fermeture FVV précoce (1992–2001)

Types de fistules	Nombre de patientes	Guérison après le 1 ^{er} essai, nombre (%)	Guérison finale; nombre (%)	Incontinence, nombre (%)
Type I	243	238 (97,9)	242 (99,6)	1 (0,4)
Type II Aa	888	868 (97,4)	888 (100)	11 (1,2)
Type II Ab	366	333 (91,0)	353 (96,4)	30 (8,5)
Type II Ba	87	80 (96,4)	86 (98,9)	14 (16,3)
Type II Bb	132	114 (86,4)	121 (91,7)	59 (48,8)

La classification Waaldjik des fistules génito-anorectales (FGR) (Waaldjik 1995, avec permission)

Les schémas 1 et 2 montrent les zones endommagées chez les femmes atteintes d'une FGR



Classification des fistules en fonction de la situation anatomique/physiologique

Type I	Fistules proximales n'impliquant pas un mécanisme de continence/fermeture	a Sans restriction du rectum
		b Avec restriction du rectum (commun)
		c Avec défaut circonférentiel (non commun)
Type II	Fistules distales impliquant un mécanisme de continence/fermeture	a Sans l'implication du sphincter anal
		b Avec implication du sphincter anal
Type III	Divers, par exemple, fistules iléo-utérine après avortement instrumental	

Classification complémentaire des fistules en fonction de la taille

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

Utilisation du système de classification pour prédire des principes chirurgicaux

Types	Principes chirurgicaux
Type I a	Fermeture transversale du rectum
Type I b	Fermeture transversale du rectum avec troubles du rétrécissement rectal
Type I c	Anastomose de bout-à-bout (après troubles du rétrécissement); combiner exceptionnellement une approche abdomino-vaginale avec la colostomie
Type II a	Fermeture longitudinale de l'ano rectum
Type II b	Reconstruction méticuleuse de toutes les structures impliquées
Type III	Dépend de la situation

Résultats pronostiques avec le système de classification Waaldjik

Il n'y a pas de relation claire entre le résultat chirurgical et le type de fistule, sauf pour les fistules de type I c, qui sont les plus difficiles à traiter et qui aboutissent aux plus faibles résultats (communication personnelle Waaldjik, 2010).

La Classification Goh

La classification Goh des fistules génito-urinaires
(Goh 2004; Goh, Browning et al. 2008)

Situation (distance entre le méat urinaire externe et le bord distal de la fistule)	
Type 1	> 3,5cm
Type 2	2,5–3,5cm
Type 3	1,5 à un peu moins de 2,5cm
Type 4	< 1,5cm
Taille (hauteur du diamètre le plus large)	
A	< 1,5cm
B	1,5–3cm
C	> 3cm
Caractéristiques des cicatrices	
I	Aucune ou seulement une légère fibrose (autour de la fistule et/ou du vagin) et/ou de la hauteur du vagin > 6cm avec une capacité vaginale normale
I i	Modérée ou avec une fibrose sévère (autour de la fistule et/ou du vagin) et/ou la hauteur vaginale réduite et/ou la capacité vaginale réduite
I ii	Considération spéciale, par exemple, des dommages d'irradiation, implication urétérale, fistule circonférentielle, chirurgie antérieure

Résultats pronostiques de la Classification Goh pour 987 patientes qui ont été opérées d'une fistule génito-urinaire

Caractéristique	Pourcentage de fistules fermées (n=960 [97,3%])	Pourcentage de réparations échouées (n=27 [2,7%])	Pourcentage de patientes continentes avec une fistule refermée (n=731[74%])	Pourcentage de patientes incontinentes avec une fistule refermée (n=229[23,2%])
Type de fistules				
1 (n=356)	97,2	2,8	94,1	3,1
2 (n=182)	98,4	1,6	78,6	19,8
3 (n=171)	97,1	2,9	64,9	32,2
4 (n=278)	96,8	3,2	51,1	45,7
P valeur	0,77	0,77	< 0,001	< 0,001
Taille de la fistule				
a (n=247)	97,6	2,4	87,0	10,5
b (n=245)	99,6	0,4	77,9	22,1
c (n=495)	96,0	4,0	68,6	30,1
P valeur	0,35	0,35	0,08	0,08
Cicatrice/ considérations spéciales				
i (n=456)	98,0	2,0	90,4	7,7
ii (n=137)	97,8	2,2	73,7	24,1
iii (n=394)	96,2	3,8	55,3	40,9
P value	0,04	0,04	< 0,01	< 0,01

La classification Goh des fistules génito-anorectales (Goh 2004; Goh, Browning et al. 2008)

Situation (distance entre le bord distal de la fistule et l'hymen)	
Type 1	> 3cm
Type 2	2,5–3cm
Type 3	1,5 à un peu moins de 2,5cm
Type 4	< 1,5cm
Taille (hauteur du diamètre le plus large)	
A	< 1,5cm
B	1,5–3cm
C	3cm
Caractéristiques des cicatrices	
I	Aucune ou seulement une légère fibrose autour de la fistule et/ou du vagin
I i	Modérée ou avec une fibrose sévère
I ii	Considération spéciale, par exemple, des dommages d'irradiation, implication urétérale, fistule circonférentielle, chirurgie antérieure

ANNEXE B2

Équipement nécessaire pour la chirurgie vaginale

Ceci n'est pas une liste exhaustive, mais elle propose un bref aperçu de l'équipement nécessaire. Chaque formateur et centre de formation auront d'autres suggestions.

A. Instruments pour la chirurgie vaginale (un kit)

Éléments	Quantité
Cuvette à pansement réniforme, 500ml	1
Gallipot, 57ml	1
Cuvette à pansement réniforme, 30cm	1
Pince serviette, Backhaus, 9cm	6
Porte lame chirurgicale, No. 3	1
Porte lame chirurgicale, No. 4	1
Pince à pansement, Rampley, 24cm	3
Pince tissu, dentée, Judd Allis, 19cm (3 x 4 dents)	6
Pince tissu, non dentée, Littlewood, 19cm	3
Pince hémostatique, courbée	6
Pince hémostatique, droite	6
Pince hémostatique, Kocher	6
Pince hémostatique, courbée	4
Spéculum vaginal pondéré Auvar	1
Sims spéculum, moyens	1
Sims spéculum, larges	1
Rétracteur, Langenbeck, 3.5cm x 1.5cm	2
Sonde avec caméra, argentée, 13cm ou 15cm	1
Cathéter féminin en métal, 12F	1
Porte-aiguille, Mayo-Hega, 20 mm	1
Porte-aiguille, Lawrence	1
Pince à pansement, dentée, 127mm	2
Pince à pansement, non dentée, 127mm	1
Sonde utérine, argentée, Simpson, 30cm	1
Ciseaux à suture, pointus, droits, 13cm	1
Ciseaux à tissus fins, Mcindoe, 19cm	1
Ciseaux à tissus rugueux, Boyd, 17cm	1

B. Liste de l'équipement minimum pour les soins en consultation externe et en milieu hospitalier

Éléments	Quantité
Désinfecteur (chaudière), 240 V AC 12KW, capacité de 150L	1
Chariot instrumental	1
Cuvette à pansement réniforme, 500 ml	5–10
Galipot, 57ml	5
Pince à pansement, Rampley, 24cm	5
Pince hémostatique Mosquito, courbée	5
Pince artère (Korcher)	5
Sims spéculum, moyennes	5
Rétracteur, Langenbeck, 3.5 x 1.5cm	5
Sonde avec caméra, argenté, 13cm ou 15cm	5
Cathéter féminin métallique, 12F	5
Porte-aiguille, Mayo-Hega, 20mm	5
Porte-lame chirurgical, No. 4	5
Ciseaux à suture, droits, 13cm	5
Pincettes à pansement, dentées, 127mm	5
Sonde utérine	2

C. Liste d'équipement supplémentaire

Éléments	Quantité
Stérilisateur à tambour, 24cm x 24cm	3–5
Éclairage opératoire avec batterie de secours	1
Projecteurs	2
Table d'opération, mobile réglable en hauteur, position et inversion Trendelenburg, sections pieds et tête réglables (les accessoires comme les leggings, les épaulières et les pales sont comprises)	1
Porte-cuvette	2
Chariot instrumental	2
Appareil d'anesthésie	1
Autoclave	1



Image 1. Instruments utilisés pour la chirurgie vaginale

AVEC LA PERMISSION DU PROFESSEUR CHARLES-HENRY ROCHAT 2010

ANNEXE B3

Cette annexe couvrira les bases de la physiothérapie du plancher pelvien. Elle inclura un aperçu des points suivants :

1. Évaluation basée sur l'échelle d'Oxford des muscles du plancher pelvien
2. Les techniques de physiothérapie du muscle du plancher pelvien

L'outil d'évaluation de l'Échelle d'Oxford des muscles du plancher pelvien (MPP)

Mesurer la pression est la méthode la plus utilisée pour évaluer au maximum l'endurance et la force des MPP. On demande à la patiente de contracter ses MPP aussi fort que possible (force maximale), de maintenir une contraction (endurance) ou de réaliser autant de contractions que possibles (endurance). La mesure peut être faite dans le vagin, le rectum ou l'urètre par un test manuel (palpation vaginale), la manométrie de la pression ou la dynamométrie.

Le test manuel a été développé par Laycock, qui a modifié le Système de graduation d'Oxford pour mesurer la force des MPP en utilisant la palpation vaginale.

C'est une échelle de 6 niveaux :

- 0 = pas de contraction
- 1 = Tremblement
- 2 = Faible
- 3 = Modérée
- 4 = bonne (avec
- 5 = Fort

Cette échelle est simple à utiliser et ne nécessite pas d'équipement spécifique, ainsi, les physiothérapeutes peuvent facilement réaliser une palpation pendant l'examen clinique.

Physiothérapie des MPP (PFMP)

Effectuer un diagnostic

- Déterminer les formes d'incontinence d'une patiente (stress, pressante ou mixte)
- Mesurer l'urine résiduelle post-mictionnelle chez les patientes qui présentent les symptômes de troubles mictionnels ou infection urinaire récidivante
- Exclure toute infection urinaire en réalisant un test de bande d'urine
- Identifier les prédispositions pertinentes et les facteurs de précipitations et autres diagnostics, qui peuvent nécessiter une orientation vers un autre confrère
- Initier le traitement des MPP quand tous les facteurs autres sont exclus

Programme de prise en charge de l'incontinence postopératoire standard

Superviser les MPP est recommandé pendant au moins trois mois de traitement prioritaire pour l'incontinence urinaire mixte ou liée au stress.

- Les exercices des MPP devraient comprendre au moins huit contractions réalisées trois fois par jour
- L'évaluation de routine digitale de la contraction des MPP n'est pas nécessaire, mais doit être prise en considération lorsqu'aucun progrès des exercices de MPP ne sont constatés
- Lorsque nécessaires, les exercices devraient se poursuivre sur le long terme
- Quand c'est possible, on peut envisager la stimulation électrique et/ou la rétroaction biologique pour les patientes qui ne peuvent pas contracter activement leur MPP

Superviser l'entraînement de la vessie est recommandé pour les incontinenances urinaires mixtes ou pressantes en plus des exercices de MPP. Par ailleurs :

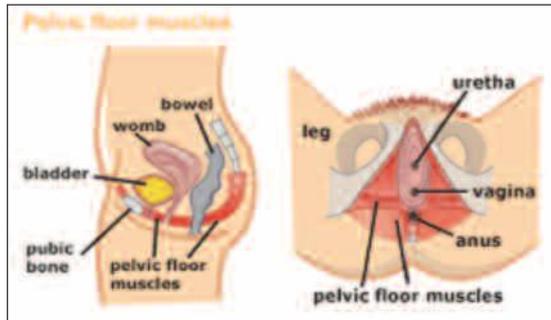
- La consommation de caféine doit être limitée
- Si la patiente ne bénéficie que des progrès partiels provenant de l'entraînement de la vessie, il faut envisager de prescrire un médicament pour diminuer la fréquence antimuscarinique
- Utiliser l'oxybutynine comme médicament prioritaire antimuscarinique. S'il n'est pas toléré, utiliser d'autres alternatives comme la solifénacine, la toltérodine et le trospium (si disponible). D'autres médicaments antimuscariniques sont disponibles.

Physiothérapie dédiée au MPP

(Avec la permission de l'Hôpital universitaire de physiothérapie de la santé des femmes, Londres)

Anatomie :

Les exercices du muscle du plancher pelvien sont souvent appelés les exercices Kegel, en référence à l'obstétricien qui les a développés. L'autre nom donné à ces exercices est l'entraînement du muscle du plancher pelvien (EMPP).



Les exercices du plancher pelvien sont parmi les traitements de première ligne contre l'incontinence urinaire due au stress (IUS). Ils sont aussi considérés utiles, sans être aussi efficaces, chez les personnes atteintes d'une incontinence urinaire pressante (IUP).

Autres traitements :

- Stimulation électrique
- Cônes vaginaux
- Aucun traitement

Cependant, ce sont les femmes qui effectuent des exercices du plancher pelvien qui voient leur état s'améliorer le plus visiblement.

Comment les exercices améliorent l'incontinence urinaire due au stress (IUS) ?

Ces exercices ont été conçus pour :

- Renforcer le plancher pelvien
- Faire que la patiente puisse mieux serrer ses muscles du plancher pelvien avant que la pression abdominale augmente, quand elle éternue, tousse ou rit, par exemple.

Comment réaliser les exercices ?

Les exercices du plancher pelvien sont mieux expliqués par les spécialistes, c'est-à-dire les physiothérapeutes ou les conseillers en continence.

1. Il faut enseigner à la patiente comment identifier les muscles à contracter

Elle doit serrer les muscles situés autour du vagin et de l'anus et les soulever, comme pour essayer d'arrêter d'uriner et les flatulences en même temps.

Une façon rapide de trouver les bons muscles est d'essayer d'arrêter le flux d'urine pendant qu'elle est assise sur la cuvette des toilettes. La patiente ne devra pas le faire régulièrement, car elle peut provoquer une rétention d'urine. Après la contraction, elle doit relâcher et vider entièrement la vessie.

Pour s'assurer que les bons muscles sont en exercice, le thérapeute insère deux doigts dans le vagin de la patiente et lui demande de réaliser une faible pression.

2. Il faut enseigner à la patiente comment contracter ses muscles correctement

La contraction est un mouvement vers le haut et vers l'intérieur et non un effort vers le bas.

On demande à la patiente de mettre ses mains sur son abdomen et ses fesses pour garantir qu'elle ne sente pas son ventre, ses cuisses ou ses fesses bouger.

- On demande à la patiente de ne pas retenir son souffle. Elle devra pouvoir tenir une conversation ou compter à haute voix pendant qu'elle réalise les exercices.
- On lui demande de ne pas serrer son abdomen, ses cuisses ou les muscles fessiers, pour ne pas qu'elle travaille les mauvais muscles.
- On lui demande de ne pas serrer ses jambes.

3. Contractions rapides et lentes

Le thérapeute explique à la patiente qu'elle a besoin d'entraîner ses muscles du plancher pelvien de façon répétée.

Contractions lentes

Les contractions lentes aident à améliorer la force du plancher pelvien. Elles aident les muscles à retenir l'urine. La patiente devra :

- Soulever ses muscles du plancher pelvien pendant qu'elle ou son thérapeute comptera jusqu'à dix
- Garder les muscles serrés pendant 10 secondes
- Elle pourra trouver au premier abord qu'elle ne peut tenir la contraction que pendant une ou deux secondes, mais elle devra se concentrer sur ses muscles élévateurs et tenir la contraction aussi longtemps qu'elle peut
- Augmenter graduellement la durée jusqu'à ce qu'elle atteigne dix secondes
- Relâcher ses muscles et tenir dix secondes
- Répéter la séquence dix fois

Contractions rapides

Les contractions rapides aident le plancher pelvien à résister à la pression créée par un éternuement, une toux ou un rire. Elles entraînent les muscles à rapidement couper l'écoulement d'urine. La patiente devra :

- Soulever ses muscles du plancher pelvien rapidement
- Tenir la contraction pendant une seconde
- Relâcher ses muscles et se reposer pendant une seconde
- Répéter la séquence 10 fois

A quelle fréquence la patiente devrait elle s'entraîner ?

- Une série de contractions lentes et une série de contractions rapides six fois par jour
- Une contraction rapide juste avant la toux, l'éternuement ou le rire
- Une contraction rapide juste avant de se lever lorsqu'elle est assise (car le fait de se lever met une pression sur la vessie et le plancher pelvien)

Comment la patiente verra apparaître les bienfaits des exercices ?

- Elle pourra tester la force de ses muscles avec un test stop-start : lorsque sa vessie est partiellement vide quand elle urine, elle devra essayer d'arrêter le flux d'urine
- Si elle ne peut pas arrêter complètement l'écoulement, le ralentir est un bon début. Elle doit faire le test toutes les deux semaines pour voir si ses muscles sont de plus en plus forts, mais pas plus.

Les avantages des exercices du plancher pelvien

- Ils sont simples, efficaces et ne coûtent rien
- Ils peuvent être faits en position assise, debout et allongée sur le côté
- Ils ne nécessitent pas d'équipement spécial
- Ils peuvent être effectués avec ou sans cônes vaginaux

Les inconvénients des exercices du plancher pelvien

- La patiente devra les effectuer toute sa vie
- Cela peut prendre jusqu'à 15 semaines avant de voir des différences notables
- **Ils n'excluent pas une chirurgie de la continence**

ANNEXE C

La documentation PBA et les Guides Chirurgicaux

Cette annexe propose des guides chirurgicaux et anesthésiques pour les PBA indiqués précédemment dans le manuel. Ces guides ne sont pas exhaustifs, mais ils fournissent des orientations en suggérant des étapes pour la chirurgie réparatrice des différentes fistules.

Chaque formateur aura des préférences techniques pour chaque type de fistule et les apprenants doivent apprendre autant de techniques que possible. En cela, ils acquerront de l'expérience et seront capables d'appliquer leurs diverses compétences pour les fistules complexes qu'ils rencontreront certainement au cours de leur future carrière chirurgicale. Le niveau de compétences est toujours personnel et tous les chirurgiens de la fistule ne pourront pas prendre en charge toutes les chirurgies de la fistule. Les futurs chirurgiens de la fistule devront savoir reconnaître quand ils doivent orienter une patiente vers un collègue plus expérimenté pour prévenir toute complication sérieuse et le besoin d'une autre intervention.

Certains centres proposent une formation d'anesthésie, par conséquent les PBA concernant les types d'anesthésie utilisés lors de la chirurgie de la fistule sont inclus dans ce manuel.

C1 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 1

Principes de base de la chirurgie de la fistule (à utiliser avec tous les formulaires PBA concernant la chirurgie de la fistule)

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Vérifications préopératoires				
• Vérification du consentement de la patiente				
• S'assurer que tous les équipements chirurgicaux nécessaires soient				
• S'assurer que toutes les sutures nécessaires soient présentes				
• S'assurer du bon éclairage de la pièce				
Procédures opératoires				
• (Le type d'anesthésie, spinale ou générale, doit être déterminé par le formateur/centre de formation)				
• Bon positionnement de la patiente				
• Exposer la fistule en utilisant les instruments appropriés				
• Réaliser les mesures nécessaires pour <i>classifier la fistule</i> avec précision				
• Coudre les lèvres ouvertes (si nécessaire)				
• Réaliser une épisiotomie (si nécessaire)				
• Exercer une traction sur les tissus vaginaux (si nécessaire)				
• Examens préliminaires : Vérifier les calculs, effectuer un test de coloration pour les fistules minuscules ou inhabituelles				
• Infiltrer des tissus pour l'hémostase à l'aide d'ocytocine diluée/adrénaline (si nécessaire)				
Commentaires				

C2 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 2

Étapes chirurgicales dans la fermeture de la fistule urinaire standard

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Étapes standards				
• Vérifier et (si nécessaire) cathéteriser les orifices urétraux				
• Inciser autour du bord de la fistule				
• Mobiliser la vessie				
• Dégager le bord de la fistule (facultatif)				
• Fermer la fistule en une ou deux couches sans tension				
• Introduire un cathéter à demeure (14F–18F)				
• Réaliser un test de coloration pour tester et vérifier la fermeture des FVV manquées				
• Mesurer et enregistrer les longueurs urétrales et de la vessie				
• Fermer la muqueuse vaginale				
• Points à retenir				
• Vérifier le drainage du cathéter vésical				
• Appliquer un tampon vaginal (si nécessaire)				
• Retirer les cathéters urétéraux, si nécessaire				
• Maintenir le cathéter urétral				
Commentaires				

C3 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 3

Chirurgie des fistules urinaires avec des cicatrices vaginales étendues

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
• Évaluer l'étendue de la cicatrice vaginale				
• Réaliser une épisiotomie large (unilatérale ou bilatérale, comme nécessaire)				
• Exciser la cicatrice le cas échéant				
• Réaliser la réparation en fonction de la situation				
• Réaliser un lambeau approprié si la muqueuse vaginale est déficiente				
• Réappliquer de nouveau un tampon vaginal, quand c'est nécessaire				
• Réaliser une dilatation vaginale postopératoire appropriée (par exemple en utilisant une bougie et un préservatif ou un dilateur vaginal en plastique)				
<p>Commentaires</p>				

C4 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 4

Chirurgie de la fistule urétrale

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
• Évaluer l'étendue de la blessure et de la cicatrice, tout comme la capacité de la vessie				
• Mobiliser l'urètre en utilisant des ciseaux fins, en retirant les tissus fibreux si nécessaire				
• Manipuler les tissus avec soin				
• Fermer la fistule en une seule couche avec une tension minimale à l'aide d'une suture 3/0 résorbable				
• Considérer le renforcement par une greffe de Martius labial ou une bretelle pubo-coccygienne				
• Fermer le vagin en utilisant une suture fine et résorbable si disponible				
Commentaires				

C5 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 5

Reconstruction urétrale

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Évaluation préliminaire <i>(Sélectionner la technique appropriée)</i>				
1. Évaluer l'étendue de la longueur/perte urétrale				
2. Sélectionner la technique appropriée (un mauvais choix peut affecter le résultat fonctionnel)				
Technique 1				
a) Délimiter le tissu utilisé pour la reconstruction et opérer de profondes incisions para-urétrales d'au moins 4cm de large				
b) Mobiliser suffisamment de tissus				
c) Insérer un cathéter Foley 12F/18F dans l'urètre et réparer l'urètre en roulant le tissus sur le cathéter				
Technique 2				
a) Tubulariser les tissus mobilisés, tester le diamètre avec un dilateur Hegar 8 (diamètre de 6mm)				
b) Utiliser une suture fine, faire le moins de sutures possibles et éviter la tension				
3. Renforcer le mécanisme de continence				
4. Fermer la muqueuse vaginale sans tension, avec lambeaux si nécessaire				
5. Laisser le cathéter pendant 2 ou 3 semaines ou créer une cystotomie sous-pubienne si nécessaire				
6. Sécuriser le cathéter pour éviter un trauma du néo-urètre				
<i>(Note: Pour la perte urétrale circonférentielle, faire un lambeau de la vessie ou utiliser la muqueuse buccale)</i>				
Commentaires				

C6 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 6

Identification et chirurgie de la FVV circonférentielle

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Principes de la chirurgie de la FVV circonférentielle				
<ul style="list-style-type: none"> Évaluer la perte de la vessie et des tissus urétraux (classifier la fistule et évaluer l'intégrité du mécanisme de continence) 				
Déterminer l'étendue de la mobilisation requise				
<ul style="list-style-type: none"> Après la mobilisation de la vessie de façon circonférentielle, anastomoser la vessie et l'urètre avec 3 à 5 points de suture également attachés au périoste de la symphyse pubienne postérieure 				
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le mécanisme de continence 				
<ul style="list-style-type: none"> Réparer la muqueuse vaginale 				
<p>Commentaires</p>				

C7 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 7

Réimplantation/Réparation urétérale (approche abdominale)

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Identifier et tenter une cathétérisation de la blessure urétrale <i>(Si l'uretère ne peut pas être cathétérisé via le vagin, la cathétérisation devra être faite par voie abdominale)</i>				
1. Insérer un cathéter Foley dans la vessie via le méat urétrale				
2. Identifier la blessure de l'uretère et le mobiliser de façon rétropérinéale et distale jusqu'à l'endroit obstrué ou blessé				
3. Lier l'uretère de manière la plus distale possible				
4. Utiliser une suture temporaire (si le formateur est d'accord)				
5. Libérer et mobiliser l'uretère proximal jusqu'à une mobilité adéquate pour que la réimplantation soit achevée				
6. Inciser la vessie, faire une nouvelle ouverture dans la vessie pour l'uretère, introduire l'uretère, spatuler et anastomoser à la muqueuse de la vessie				
7. Sécuriser l'uretère à la couche externe de la vessie				
8. Introduire un cathéter urétéral (facultatif)				
9. Fermer la vessie autour du cathéter urétéral ou le diriger en dehors par l'urètre				
Commentaires				

C8 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 8

Réparations chirurgicales des déchirures du troisième et quatrième degré

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Principes de la réparation chirurgicale				
• Utiliser une technique aseptique				
• Obtenir un bon éclairage				
• S'assurer un accès maximum				
• Localiser la déchirure et évaluer sa taille et la classer en troisième ou quatrième degré				
Étapes de chirurgie standards				
• Inciser autour des marges de la déchirure et la mobiliser				
• Disséquer la paroi vaginale du mur rectal sous-jacent de façon adéquate				
• Mobiliser le rectum de façon adéquate				
• Exciser la cicatrice des bords de la fistule, si nécessaire				
• Éviter la muqueuse rectale pendant la fermeture				
• Réaliser une fermeture hermétique et sans tension				
Technique spécialiste 1				
• A partir d'un angle, fermer la déchirure avec un fil résorbable en évitant la muqueuse rectale				
• Fermer l'ano-rectum en 1 ou 2 couches, en réparant l'IAS (si visible)				
• Réparer l'EAS par la méthode de chevauchement ou de bout-en-bout				
• Vérifier la perméabilité du sphincter anal avant et après la suture				
Rapprocher la muqueuse vaginale et réparer le périnée, si possible				
• Fermer la muqueuse vaginale et la peau du périnée, si possible				
Technique spécialiste 2				
• Évaluer l'étendue de la déchirure				
• Identifier et maintenir la peau indiquant les extrémités divisées de l'EAS				

Éléments à observer <small>COCHEZ LA CASE</small>	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
<small>PERTINENCE</small> <ul style="list-style-type: none"> Faire une incision d'un côté à l'autre du bord de la muqueuse vaginale 			
<ul style="list-style-type: none"> Libérer l'ano-rectum en utilisant une dissection fine et exposer les souches de l'EAS 			
<ul style="list-style-type: none"> Avant de réparer le sphincter, fermer la déchirure avec un fil résorbable à partir d'un angle et en évitant la muqueuse rectale 			
<ul style="list-style-type: none"> Prendre en charge l'EAS par la méthode de chevauchement ou de bout-en-bout 			
<ul style="list-style-type: none"> Vérifier la perméabilité du sphincter anal et le ton avant et après la suture 			
<ul style="list-style-type: none"> Prendre en charge la paroi vaginale et le corps du périnée, si nécessaire 			
<p>Commentaires</p>			

C9 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 9

Réparation chirurgicale de la fistule recto-vaginale (RVF) et de la blessure du sphincter anal

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Principes de la réparation chirurgicale				
• Utiliser une technique aseptique				
• Obtenir un bon éclairage				
• Assurer un accès maximum				
• Localiser la fistule, évaluer sa taille et la classer				
Étapes de chirurgie standards				
• Réaliser une incision circulaire autour du bord de la fistule				
• Disséquer la paroi vaginale du mur rectal sous-jacent de façon adéquate				
• Mobiliser le rectum de façon adéquate				
• Exciser la cicatrice des bords de la fistule, si nécessaire				
• Éviter la muqueuse rectale pendant la fermeture				
• Réaliser une fermeture hermétique et sans tension				
Technique spécialiste 1				
• À partir d'un angle, fermer la fistule avec une suture résorbable en évitant la muqueuse rectale				
• Fermer l'ano-rectum en 1 ou 2 couches en opérant l'IAS (si visible)				
• Prendre en charge l'EAS par la méthode de chevauchement ou de bout-en-bout				
• Vérifier la perméabilité du sphincter anal et le ton avant et après la suture				
• Considérer un lambeau, si nécessaire				
• Réparer le corps périnéal				
• Fermer la muqueuse vaginale et la peau périnéale, si possible				
Technique spécialiste 2				
• Évaluer l'étendue de la déchirure				

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
• Tenir les fossettes cutanées indiquant les extrémités divisées de l'EAS				
• Faire une incision d'un côté à l'autre du bord de la muqueuse vaginale				
• Libérer l'ano-rectum en utilisant la dissection fine et exposer les souches de l'EAS				
• Avant de réparer le sphincter, fermer la déchirure avec un fil résorbable à partir d'un angle et en évitant la muqueuse rectale				
• Réparer l'EAS par la méthode de chevauchement ou de bout-en-bout				
• Vérifier la perméabilité du sphincter anal avant et après la suture				
• Considérer un lambeau, si nécessaire				
• Prendre en charge la paroi vaginale et le corps périnéal, si nécessaire				
<p>Commentaires</p>				

C10 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 10

Identification et chirurgie de la FRV circonférentielle

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Principes de la chirurgie de la FRV circonférentielle				
• Décider si une colostomie de dérivation est nécessaire (généralement effectuée lors d'une seconde opération chirurgicale)				
• Identifier les extrémités proximales et distales de la fistule				
• Vérifier la perméabilité/ rétrécissement du lumen rectal aux deux extrémités (veiller à ce qu'aucune selle ne soit présente)				
• Disséquer toute sténose, en utilisant la dissection tranchante ou contondante				
• Inciser autour du bord de la fistule				
• Mobiliser le colon recto-sigmoïde, de façon circonférentielle si possible				
• Rapprocher la paroi postérieure du rectum, si possible				
• Insérer une sonde rectale sous vision directe (facultatif)				
• Achever la fermeture en suivant les autres principes des chirurgies de la FRV et du sphincter anal				
Commentaires				

C11 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 11

Chirurgie de la fistule de la voute vaginale/abdominale (après une hystérectomie)

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Mobiliser la vessie en partant du péritoine, avec un soin particulier pour éviter les lésions intestinales (utiliser la position exagérée Trendelenburg lorsqu'on utilise la voie vaginale)				
Identifier et cathériser les uretères, en utilisant la vision directe ou un cystoscope (si possible)				
(Note 1 : les uretères peuvent être implantés de façon plus latérale ou plus haut que prévu)				
Note 2 : il peut y avoir une blessure urétérale non détectée auparavant et la réimplantation urétérale peut être nécessaire)				
Fermer la fistule				
Interposer un clapet péritonéale/épiploïque (si nécessaire)				
Traiter le vagin séparément, en utilisant une suture non résorbable				
<p>Commentaires</p>				

C12 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 12

Chirurgie de la fistule vésico-utérine et vésico-cervicale

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Mobiliser la vessie en partant de l'utérus/col de l'utérus				
En cas de FVV, mobiliser jusqu'à ce que l'accès à la vessie et aux aspects cervicaux de la fistule soit obtenu				
Identifier et (si nécessaire) cathéteriser les uretères				
Fermer le défaut de la vessie, qui est longitudinal dans la plupart des cas				
Fermer le défaut utérin/cervical dans le cas d'une FVV				
Insérer un lambeau, si nécessaire				
Fermer la muqueuse vaginale				
Commentaires				

C13 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 13

Anesthésie spinale (formation par un anesthésiste)

Éléments à observer PERTINENTE	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Placer les appareils de surveillance et obtenir des accès par voie intraveineuse				
Bien positionner la patiente				
Utiliser une technique aseptique				
Préparer tous les équipements et médicaments				
Identifier correctement l'espace inter épineux approprié				
Infiltrer la peau et les tissus sous-cutanés avec une anesthésie locale				
Insérer une aiguille spinale, avec ou sans introducteur, jusqu'à la libre circulation du CSF				
Injecter les médicaments anesthésiques dans l'espace intrathécal				
Évaluer le niveau du blocage				
Surveiller continuellement la patiente en cas de complications (c'est-à-dire de détresse respiratoire, maux de tête provenant de la valve duraie)				
<p>Commentaires</p>				

C14 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 14

Sédation pour les courtes procédures (formation par un anesthésiste)

Éléments à observer <small>PERTINENCE</small>	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Vérifier tous les équipements (bouteille d'oxygène, équipement de surveillance et d'aspiration)				
Préparer une sédation appropriée et les médicaments d'urgence				
Placer les dispositifs de surveillance et obtenir un accès par voie intraveineuse				
Administer de l'oxygène de façon appropriée				
Administer le sédatif choisi				
Réévaluer régulièrement la patiente et administrer d'autres médicaments au besoin				
Surveiller continuellement la patiente tout au long de la chirurgie en cas de complications				
Commentaires				

C15 : GUIDE CHIRURGICAL POUR LE PBA 15

Anesthésie générale (formation par un anesthésiste)

Éléments à observer <small>PERTINENCE</small>	COCHEZ LA CASE	Réalisé de façon autonome	a eu besoin d'aide	Non applicable
Vérifier les appareils d'anesthésie et de surveillance				
Préparer les médicaments appropriés, dont ceux d'urgence				
Placer les dispositifs de surveillance et obtenir un accès par voie intraveineuse				
Pré-oxygéner la patiente				
Induire l'anesthésie avec la méthode choisie (gazeuse ou intraveineuse)				
Établir une aération et ventiler la patiente				
Établir et sécuriser une aération définitive				
Insérer d'autres lignes vasculaires, si nécessaire (un autre accès par voie intraveineuse, une ligne artérielle ou un cathéter veineux central)				
Surveiller continuellement la patiente en cas de complications pendant la chirurgie				
Extuber les voies respiratoires de façon compétente pour une douce émergence de l'anesthésie				
Commentaires				

ANNEXE D

Outils d'aide à l'audit et à l'évaluation de la qualité de vie

Toute formation fondée sur la compétence doit se baser sur des outils d'évaluation. Les outils actuels ont été conçus pour effectuer des audits de pratique chirurgicale et clinique. Les médecins peuvent modifier leurs techniques chirurgicales et améliorer les résultats pour leurs patientes, en utilisant des audits personnels.

D'autres outils pour l'évaluation fournissent un cadre conceptuel pour l'évaluation clinique. Vous retrouverez ici des questionnaires pour les antécédents uro-gynécologiques des patientes, les formulaires des examens à utiliser avant et après la chirurgie et les questionnaires pour déterminer la qualité de la vie de la patiente. Les questionnaires de qualité de vie sont utiles pour évaluer la patiente avant et après la chirurgie. Ils aident à détecter et à traiter des problèmes cliniques ainsi que d'autres problèmes.

Les documents suivants sont inclus dans cette annexe et d'autres versions sont disponibles auprès d'autres sources (lorsque l'autorisation de l'auteur est nécessaire celle-ci est mentionnée).

- D1 Formulaire d'audit générique pour les patientes souffrant de fistule
- D2 UCLH Historique du traumatisme post-partum et formulaire d'examen
(avec la permission de S. Elneil, auteur)
- D3 UCLH Historique uro-gynécologique et formulaire d'examen
(avec la permission de S. Elneil, auteur)
- D4 Questionnaire Wexner de la fonction intestinale
(qualité de vie)
- D5 Questionnaire de détresse urogénitale (qualité de vie)
- D6 Système de base de données (basée sur le web)
(avec la permission de C-H. Rochat, auteur)

D1 : FORMULAIRE D'AUDIT POUR LES PATIENTES PRESENTANT UNE FISTULE

Audit pour les fistules de l'appareil génital

Nom

Numéro hôpital

Date de naissance

Informations à enregistrer	Options	Commentaires
Type de fistule	FVV	
	FRV	
	Fistule urètro-vaginale	
	Mixte	
	Description des cicatrices	
	Autres	
Durée de l'accouchement	Premier étape	
	Deuxième étape	
Parité		
Type d'accouchement	Normal, vaginal	
	Ventouse	
	Forceps	
	Césarienne d'urgence	
	Opération destructive	
Analgésique	Césarienne élective	

Informations à enregistrer	Options	Commentaires
	Opiïde	
	Entonox	
	Aucun	
Lieu de l'accouchement	Domicile	
	Centre de santé	
	Hôpital	

Informations à enregistrer	Options	Commentaires
Présence de TBA, sage femme ou obstétricien?	OUI/NON	
	Si présent, qui a aidé à l'accouchement du bébé?	
Position pendant l'accouchement	Assise sur le lit	
	Couché sur un côté	
	Lithotomie	
	Debout	
	A quatre pattes	
	Accroupie	
	Autre	
A reçu des sutures	OUI/NON	Si la patiente a subi une déchirure, pourquoi non?
	Où ?	
Durée de temps entre l'accouchement et la suture (si pertinent)		

Information à enregistrer	Options	Commentaires
Méthode de réparation (si connue)	Ex. Nombres de couches pour la fermeture, si les sutures étaient continues ou interrompues, si la fermeture était par chevauchement ou de bout-en-bout	
Type de suture		
Qui a suturé la déchirure ou l'épisiotomie?	Physicien	
	Sage femme	
	TBA	
	Autre	
	Aucun	
Documentation	Analgésie	Autre documentation fournie
	Matériel de suture	
	Vérification des prélèvements OUI/NON	
	Examen vaginal OUI/NON	
	Examen rectal OUI/NON	
	Nom et signature OUI/NON	
	Aucun	

D2 : UCLH HISTORIQUE DU TRAUMATISME POST-PARUM ET FORMULAIRE D'EXAMEN

Formulaire clinique Postpartum

Date	Numéro hôpital
Nom	
Date de naissance	Profession
Téléphone	Habite avec
Problème principal	

Antécédents obstétricaux liés à la condition actuelle

Parité	
Date d'accouchement	
Durée de la deuxième étape de l'accouchement	
Analgésie	Aucun/Gaz et air/Péthidine/Épidural ou Spinal/Anesthésie générale
Mode d'accouchement	Vaginal, Normal/Ventouse/Forceps
	Césarienne élective ou d'urgence
	Épisiotomie ou déchirure

Classification des déchirures (ENTOURER LA REPONSE APPROPRIÉE)

1. Blessure à la muqueuse vaginale
2. Blessure au périnée et les muscles périnéales mais pas au sphincter anal
3. Blessure au périnée et au sphincter anal
 - 3a: < 50% de l'épaisseur de l'EAS déchiré
 - 3b: > 50% de l'épaisseur de l'EAS déchiré
 - 3c: IAS déchiré
4. Blessure au périnée impliquant le complexe du sphincter anal (EAS et IAS) et la muqueuse rectale, mais pas le sphincter anal

Cathéter	OUI/NON	Si oui, nombre de jours		
Depuis combien de temps les problèmes se sont développés?		jours	semaines	mois

Antécédents médicaux

Symptômes urinaires

Fréquence	Fréquence par jour Fréquence par nuit
Urgence	Est-ce que vous allez souvent aux toilettes en urgence?
UI	Avez-vous des pertes d'urine (fuites) car vous n'arrivez pas aux toilettes à temps?
	Fréquence par semaine
USI	Avez-vous des pertes d'urine quand vous tousssez/éternuez/faites du sport/vous vous levez ?
	Fréquence par semaine
Moyens d'aide à la continence	N'utilise jamais/Socialement/Pendant les activités sportives/ Toujours
Écoulement	Normal/Lent/Intermittent
Hésitation	Avez-vous des problèmes en commençant à uriner ?
Énurésie	Urinez-vous au lit pendant la nuit ? OUI/NON
Vider complètement	OUI/NON (Si non, informer le médecin)

UTIs	OUI/NON (SI OUI, nombre d'UTI par an)
Douleur urétrale	OUI/NON (SI OUI, informer le physicien)
Douleur à la vessie	OUI/NON (SI OUI, Informer le physicien)
Sang dans l'urine	OUI/NON (SI OUI, informer le physicien)
Apport de fluides	Caféine Total volume (L)
Problèmes d'enfance	L'incontinence de rire/Énurésie/Autre

Prolapsus

Masse dans le vagin (au touché/visuellement)	OUI/NON
Sentiment de douleurs vaginales ou maux de dos	OUI/NON
Le vidange de l'intestin ou de la vessie réduit-il le prolapsus? SI OUI, INFORMER LE MEDECIN	OUI/ NON

Fonctionnement de l'intestin

Fréquences des selles	Nombre de fois par semaine
Perte de sang ou de mucus?	OUI/NON
Consistance des selles	Dur/boulette/Normale/bouseuse/Aqueuse
Difficultés de vidange?	OUI/NON
Si OUI:	
(i) Masser pour favoriser le vidange?	Anal/Vaginal/Les deux
(ii) Sensation de vidange complet?	OUI/NON
(iii) Forcer pour évacuer :	
< 25% du temps	
> 25% du temps	
Épisodes d'incontinence?	OUI/NON
Si OUI:	
(i) Pertes	Fréquence par semaine :
(ii) Urgence d'uriner	Fréquence par semaine :
(iii) Flatuosité ?	
Urgence	Pour combien de temps pouvez-vous attendre ?
	< 5 minutes
	> 5 minutes

Rapports sexuels

Active	Dyspareunie (superficielle/profonde)
Pertes pendant les rapports	Contraception

Historique de la menstruation

Cycle	Saignements: Nombre de jours :
	Durée du cycle: Nombre de jours:
Abondant	OUI/NON (SI OUI, considérer une investigation)
Douloureux	OUI/NON (SI OUI, considérer une investigation)
Saignements inter-menstruels	OUI/NON (INFORMER LE PHYSICIEN)
Frotti récent	Date: Classification:

Antécédents médicaux (condition/traitement/hôpital)

--

Interventions chirurgicales (Type/Dates)

--

Prises de médicaments

--

Allergies

--

Examen

VULVE ET VAGIN	Apparence
PROLAPSUS VISIBLE	OUI/NON
TONICITÉ CLASSÉE DU PLANCHER PELVIEN (effectuée par un physiothérapeute)	

POP-Q (fait par un médecin, si approprié)

La Quantification du Prolapsus des Organes Pelviens (POP-Q) est utilisée pour décrire, quantifier et organiser le renforcement du plancher pelvien. Les mesures sont prises à partir de six localisations différentes dans le vagin et l'hymen, d'abord au repos puis lors d'un effort maximum pendant le manœuvre Valsalva. Ces six points sont localisés au-dessus de l'hymen chez les femmes sans prolapsus, et leur distance de l'hymen est mesurée négativement quand ils demeurent au-dessus de l'hymen pendant le manœuvre. La distance est mesurée positivement quand le prolapsus dépasse l'hymen, où les points sont localisés au dessus de l'hymen pendant le manœuvre Valsalva.

Parmi ces six points, deux sont localisés dans la paroi vaginale antérieure (Aa et Ba) et deux sont localisés dans la paroi vaginale postérieure (Ap et Bp). Un est sur le bord antérieur du col de l'utérus, ou chez les femmes qui ont subi une hystérectomie, au niveau de la collerette vaginale (C), et un est localisé dans le fornix postérieur chez les femmes qui n'ont pas subi d'hystérectomie. Le hiatus génital (Gh) et le centre tendineux du périnée (Pb) sont aussi mesurés au repos pendant le manœuvre Valsalva. La longueur total du vagin (TVL) est mesurée seulement au repos (Bump, Mattiasson et al. 1996).

Par définition, Aa est localisé 3cm au-dessus de l'hymen sur ligne médiane de la paroi vaginale antérieure. La gamme de mesure de la distance de l'Aa à l'hymen lors de la manœuvre de Valsalva est -3cm (normal) à +3cm quand un défaut dans la paroi vaginale antérieure est présente.

Ba est localisé le plus distalement entre Aa et C. Parmi les femmes qui n'ont aucune anomalie dans la paroi vaginale antérieure, Ba est aussi à -3cm de l'hymen. Parmi les femmes avec une anomalie dans la paroi vaginale antérieure, la valeur est entre -3cm et, dans les cas de prolapsus les plus sévères, le TVL entier.

Par définition, Ap est localisé 3cm au-dessus de l'hymen sur la paroi vaginale postérieure. La gamme de mesure de la distance de Ap à l'hymen pendant la manœuvre de Valsalva est -3cm (normal) à +3cm.

Bp est localisé le plus distalement entre Ap et C. Chez les femmes qui n'ont aucune anomalie dans la paroi vaginale postérieure, Bp est à -3cm de l'hymen. Chez les femmes avec une anomalie dans la paroi vaginale postérieure, la valeur est entre -3cm, et dans les cas de prolapsus les plus sévères, le TVL entier.

D : Fornix postérieur (ne se trouve pas après une hystérectomie)

Gh : Hiatus génital (mesuré à partir du milieu de méat urétral externe à la face postérieure de l'hymen)

Pb : Centre tendineux du périnée (mesuré à partir du bord postérieur du hiatus génital au milieu de l'ouverture anale)

TVL : Longueur totale du vagin (la profondeur du vagin quand le fornix postérieur, le bord le plus distal du col de l'utérus ou la voute vaginale est placée dans sa position normale)

Les mesures peuvent être rapportées dans le tableau suivant pour que les comparaisons puissent être faites en pré- et postopératoire :

Préopératoire	Postopératoire	Préopératoire	Postopératoire	Préopératoire	Postopératoire
Aa		Ba		C	
gh		Pb		TVL	
Ap		Bp		D	

EXAMEN BI-MANUEL (si nécessaire)

Taille utérine:

Adnexae :

Investigations

Urinaire

Test DIPSTICK pour exclure l'infection

Vérifier VESSIE RESIDUELLE (si <100ml résiduel, informer le MEDECIN)

Intestin

PHYSIOLOGIE ANO-RECTALE/USS ENDOANAL (si possible)

SIGNATURE et DATE

Plans d'action et plan de suivi

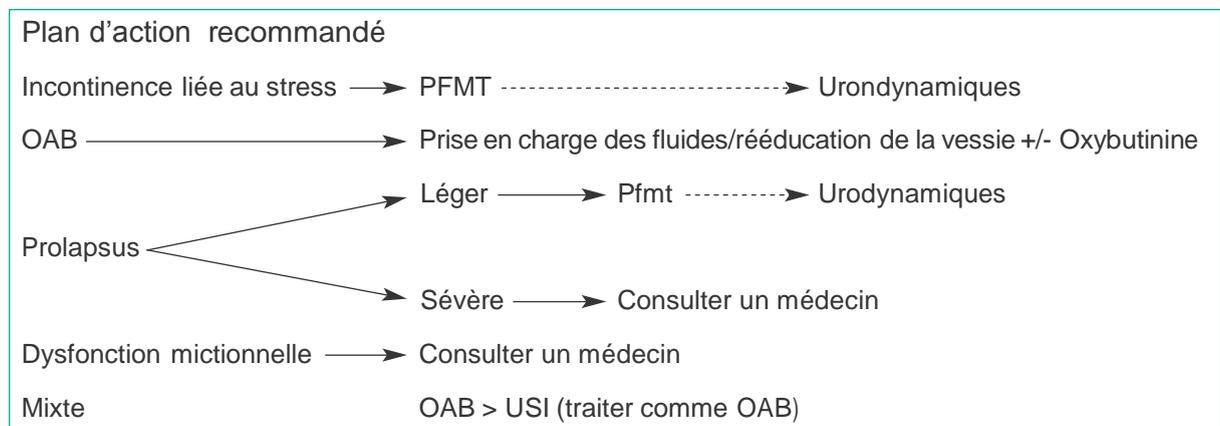
SIGNATURE et DATE

D3: UCLH HISTORIQUE EN URO-GYNECOLOGIE ET FORMULAIRE D'EXAMEN

Formulaire clinique uro-gynécologique

Date	Numéro hôpital
Nom	
Date de naissance	Profession
Téléphone	Habite avec
Problème principal	

Diagnostic principal



Antécédents médicaux

Symptômes urinaires

Fréquence	Fréquence par jour Fréquence par nuit
Urgence	Est-ce que vous allez souvent aux toilettes en urgence ?
UI	Avez-vous des pertes d'urine (fuites) car vous n'arrivez pas aux toilettes à temps ? Fréquence par semaine
USI	Avez-vous des pertes d'urine quand vous tousssez/éternuez/faites du sport/vous vous levez ? Fréquence par semaine
Moyens d'aide à la continence	N'utilise jamais/Socialement/Pendant les activités sportifs/ Toujours
Écoulement	Normal/Lent/Intermittent
Hésitation	Avez-vous des problèmes en commençant à uriner ?
Énurésie	Urinez-vous au lit pendant la nuit ? OUI/NON
Vidage complet	OUI/NON (Si NON, informer le médecin)

UTIs	OUI/NON (Si OUI, nombre d'UTIs par an)
Douleurs urétrales	OUI/NON (Si OUI, informer le médecin)
Douleurs de la vessie	OUI/NON (Si OUI, Informer le médecin)
Sang dans l'urine	OUI/NON (Si OUI, informer le médecin)
Apport de fluides	Caféine Total volume (L)
Problèmes d'enfance	L'incontinence de rire/Énurésie/Autre

Prolapsus

Masse dans le vagin (au touché/visuel)	OUI/NON
Sentiment de douleur vaginale ou maux de dos	OUI/NON
La vidange de l'intestin ou de la vessie réduit-il le prolapsus? SI OUI, INFORMER LE MEDECIN	OUI/ NON

Fonctionnement de l'intestin

Fréquences des selles	Nombre de fois par semaine
Perte de sang ou de mucus ?	OUI/NON
Consistance des selles	DurE/en boulette/Normale/bouseuse/Aqueuse
Difficultés de vidange ?	OUI/NON
Si OUI:	
(i) Masser pour favoriser le vidange?	Anal/Vaginal/Les deux
(ii) Sensation de vidange complet?	OUI/NON
(iii) Forcer pour évacuer :	
< 25% du temps	
> 25% du temps	
Épisodes d'incontinence ?	OUI/NON
Si OUI:	
(i) Pertes	Fréquence par semaine :
(ii) Urgence d'uriner	Fréquence par semaine :
(iii) Flatuosité ?	
Urgence	Pour combien de temps pouvez-vous attendre ?
	< 5 minutes
	> 5 minutes

Rapports sexuels

Active	Dyspareunie (superficielle/profonde)
Pertes pendant les rapports	Contraception

Antécédents obstétricaux

Nb d'enfants	Mode d'accouchement
Problèmes pendant l'accouchement ou la période post-partum?	

Historique de la menstruation

Cycle	Saignements : Nombre de jours :	
	Durée du cycle : Nombre de jours :	
Abondant	OUI/NON (SI OUI, considérer une investigation)	
Douloureux	OUI/NON (SI OUI, considérer une investigation)	
Saignements inter-menstruels	OUI/NON (INFORMER LE MEDECIN)	
Frotti récent	Date :	Classification :

Antécédents médicaux (condition/traitement/hôpital)

Interventions chirurgicales (Type/Dates)

Médicaments

Allergies

Examen

VULVE ET VAGIN	Apparence
PROLAPSUS VISIBLE	OUI/NON
TONICITÉ CLASSÉE DU PLANCHER PELVIEN (effectuée par un physiothérapeute)	

POP-Q (fait par un médecin, si approprié)

La Quantification du Prolapsus des Organes Pelviens (POP-Q) est utilisée pour décrire, quantifier et organiser le renforcement du plancher pelvien. Les mesures sont prises à partir de six localisations différentes dans le vagin et l'hymen, d'abord au repos puis lors d'un effort maximum pendant le manoeuvre Valsalva. Ces six points sont localisés au-dessus de l'hymen chez les femmes sans prolapsus, et leur distance de l'hymen est mesurée négativement quand ils demeurent au-dessus de l'hymen pendant le manoeuvre. La distance est mesurée positivement quand le prolapsus dépasse l'hymen, où les points sont localisés au dessus de l'hymen pendant le manoeuvre Valsalva.

Parmi ces six points, deux sont localisés dans la paroi vaginale antérieure (Aa et Ba) et deux sont localisés dans la paroi vaginale postérieure (Ap et Bp). Un est sur le bord antérieur du col de l'utérus, ou chez les femmes qui ont subi une hystérectomie, au niveau de la collerette vaginale (C), et un est localisé dans le fornix postérieur chez les femmes qui n'ont pas subi d'hystérectomie. Le hiatus génital (Gh) et le centre tendineux du périnée (Pb) sont aussi mesurés au repos pendant le manoeuvre Valsalva. La longueur total du vagin (TVL) est mesurée seulement au repos (Bump, Mattiasson et al. 1996).

Par définition, Aa est localisé 3cm au-dessus de l'hymen sur ligne médiane de la paroi vaginale antérieure. La gamme de mesure de la distance de l'Aa à l'hymen lors de la manoeuvre de Valsalva est -3cm (normal) à +3cm quand un défaut dans la paroi vaginale antérieure est présente.

Ba est localisé le plus distalement entre Aa et C. Parmi les femmes qui n'ont aucune anomalie dans la paroi vaginale antérieure, Ba est aussi à -3cm de l'hymen. Parmi les femmes avec une anomalie dans la paroi vaginale antérieure, la valeur est entre -3cm et, dans les cas de prolapsus les plus sévères, le TVL entier.

Par définition, Ap est localisé 3cm au-dessus de l'hymen sur la paroi vaginale postérieure. La gamme de mesure de la distance de Ap à l'hymen pendant la manoeuvre de Valsalva est -3cm (normal) à +3cm.

Bp est localisé le plus distalement entre Ap et C. Chez les femmes qui n'ont aucune anomalie dans la paroi vaginale postérieure, Bp est à -3cm de l'hymen. Chez les femmes avec une anomalie dans la paroi vaginale postérieure, la valeur est entre -3cm, et dans les cas de prolapsus les plus sévères, le TVL entier.

D : Fornix postérieur (ne se trouve pas après une hystérectomie)

Gh : Hiatus génital (mesuré à partir du milieu de méat urétral externe à la face postérieure de l'hymen)



Pb : Centre tendineux du périnée (mesuré à partir du bord postérieur du hiatus génital au milieu de l'ouverture anale)

TVL : Longueur totale du vagin (la profondeur du vagin quand le fornix postérieur, le bord le plus distal du col de l'utérus ou la voue vaginale est placée dans sa position normale)

Les mesures peuvent être rapportées dans le tableau suivant pour que les comparaisons puissent être faites en pré- et postopératoire:

Préopératoire	Postopératoire	Préopératoire	Postopératoire	Préopératoire	Postopératoire
Aa		Ba		C	
gh		pb		TVL	
Ap		Bp		D	

EXAMEN BI-MANUEL (si nécessaire)

Taille utérine :

Adnexae :

Investigations

Urinaire

Test DIPSTICK pour exclure l'infection

Vérifier VESSIE RESIDUELLE (si <100ml résiduel, informer le PHYSICIEN)

Intestin

PHYSIOLOGIE ANO-RECTALE/USS ENDOANAL (si possible)

SIGNATURE et DATE

Plan d'action et plan de suivi

SIGNATURE et DATE

D4A : VERSION LONGUE DU FORMULAIRE POUR L'INVENTAIRE DE LA GENE URO-GENITALE

Nom de la patiente

Date de naissance

JOUR

MOIS

ANNÉE

Date complète

JOUR

MOIS

ANNÉE

Instructions

Ce questionnaire vous demande vos opinions sur votre santé en relation avec les symptômes situés dans la zone génitale/urinaire. Cette information sera résumée dans votre dossier médical et aidera vos médecins à suivre votre santé et la gravité de vos symptômes.

S'il vous plait, répondez à chaque question en entourant le numéro approprié 0, 1, 2 ou 3. Si vous n'êtes pas sûre de votre réponse à une question, indiquez la réponse que vous pensez être la meilleure et faites un commentaire dans la marge à droite.

Avez-vous déjà ressenti les gênes indiquées ci-dessous, et si oui, à quel point vous ont-elles dérangé?

1. Miction fréquente
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
2. Une forte sensation d'urgence de vider votre vessie
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
3. Les pertes d'urine liées à cette sensation d'urgence
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
4. Les pertes d'urine liées à l'activité sportive, tousser ou exténuer?
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
5. Les pertes d'urine générales, non liées à l'urgence ou l'activité?
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup

6. Les pertes d'urine de petite quantité (quelques gouttes)?
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
7. Des pertes d'urine de grande quantité?
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
8. Passage d'urine pendant la nuit?
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
9. Urine au lit
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
10. Des difficultés en vidant votre vessie
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
11. Une sensation que vous n'avez pas complètement vidé votre vessie
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
12. Pression abdominale au niveau inférieur?
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
13. Les douleurs pendant le passage d'urine ?
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup
14. Les douleurs ou l'inconfort dans la zone abdominale inférieure ou génitale ?
 - (0) pas du tout
 - (1) un peu
 - (2) modérément
 - (3) beaucoup

15. Une sensation de lourdeur ou de matité dans la zone vaginale ?
(0) pas du tout
(1) un peu
(2) modérément
(3) beaucoup
16. Une sensation de gonflement ou de protubérance dans la zone vaginale ?
(0) pas du tout
(1) un peu
(2) modérément
(3) beaucoup
17. Un gonflement ou une protubérance visible dans la zone vaginale
(0) pas du tout
(1) un peu
(2) modérément
(3) beaucoup
18. L'inconfort pelvien en position debout ou pendant des activités sportives ?
(0) pas du tout
(1) un peu
(2) modérément
(3) beaucoup
19. Devoir pousser sur les parois vaginales afin de produire les selles ?
(0) pas du tout
(1) un peu
(2) modérément
(3) beaucoup

Score minimum = 0, Score maximum = 33

Plus le score est haut, pire est la gêne des symptômes urogénitaux

D4B : CONSULTATION INTERNATIONALE SUR LE QUESTIONNAIRE SUR L'INCONTINENCE, MODULE SUR LES SYMPTÔMES DE L'APPAREIL URINAIRE FEMININ (ICIQ-FLUTS)

Résumé

L'ICIQ-FLUTS est un questionnaire bref et testé, complété par des patientes, pour évaluer les symptômes de l'appareil urinaire des femmes et leurs impacts sur la qualité de vie dans la recherche et la pratique clinique à travers le monde (Jackson 1996; Avery, Donovan et al 2004; Donovan, J. 2005; Gardener N 2005).

L'ICIQ-FLUTS est dérivé du questionnaire BFLUTS-SF dûment validé et donne une mesure brève et robuste pour évaluer l'impact des symptômes urinaires fonction des résultats. Il est noté sur l'échelle ci-dessous :

0–16 pour les symptômes de remplissage

0–12 pour les symptômes de vidage

0–20 pour les symptômes d'incontinence

Ce questionnaire, court et simple, sera aussi utilisé par des médecins généralistes et des cliniciens autant dans les institutions de santé secondaires et primaires, pour dépister le dysfonctionnement des voies urinaires inférieures (tractus), obtenir un bref mais compréhensible résumé du niveau et de l'impact des symptômes urinaires, et pour faciliter les discussions entre patiente et clinicien. Sa brièveté fera de ce formulaire un outil de recherche idéal.

La troisième Consultation Internationale sur l'Incontinence recommandait que tous les essais cliniques aléatoires évaluant les traitements de l'incontinence utilisent des questionnaires de haute qualité, en particulier l'ICIQ, pour évaluer l'impact sur les résultats des patients et pour faciliter les comparaisons. Le formulaire ICIQ-FLUTS fournit une mesure brève et robuste à la fois dans ce but mais aussi dans les enquêtes épidémiologiques, particulièrement lorsque plus d'une mesure est utilisée.

Les patients : Pertinent pour les femmes, jeunes et âgées, pour les groupes de patients du monde entier, dont ceux des cliniques et des communautés.

Durée du formulaire : Quelques minutes

Développement : Des études ont été menées pour évaluer les propriétés psychométriques du formulaire ICIQ-FLUTS en suivant les méthodes standards des tests psychométriques, dont la validité du contenu, la validité conceptuelle (dont la comparaison avec d'autres mesures existantes), la stabilité (test de fiabilité), la cohérence interne et la réactivité au changement de traitement. Le formulaire ICIQ-FLUTS a été prouvé comme étant robuste et sain au niveau psychométrique suite à des tests réalisés au Royaume-Uni.

Fiabilité : Voir ci-dessus

Validité : Voir ci-dessus

Réactivité : Voir ci-dessus

REMARQUES: Le formulaire ICIQ-FLUTS est protégé par les droits d'auteurs et ne doit en aucun cas être modifié. Il peut être utilisé s'il est clairement cité, et doit être utilisé entièrement comme tel. Il n'est pas possible d'utiliser qu'une partie du questionnaire, sans avoir préalablement demandé l'accord du groupe d'étude ICIQ. Si des cliniciens ou des chercheurs souhaitent utiliser le formulaire ICIQ-FLUTS, les auteurs doivent être informés des détails de l'étude et des résultats qui seront publiés ou présentés. Le formulaire ICIQ-FLUTS a été traduit en plusieurs langues autres que l'anglais en utilisant des méthodes standards pour une adaptation internationale. Si des chercheurs veulent traduire ou tester des langages alternatifs sur le formulaire ICIQ-FLUTS, ou veulent en savoir plus sur les traductions qui existent déjà, la personne à contacter est Nikki Gardener. Les auteurs demandent à ce qu'aucune donnée émanant des études pour valider les versions de langage alternatif du formulaire ICIQ-FLUTS ne soit publiée sans leur accord.

Numéro du participant

ICIQ-FLUTS (French) 01/07

CONFIDENTIEL

J J M M A A

Vous répondez à ce questionnaire le:

QUESTIONNAIRE SUR LES SYMPTOMES URINAIRES

Nous allons essayer de déterminer dans quelle mesure vos troubles urinaires sont un problème pour vous. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous aider en remplissant ce questionnaire. Lorsque vous répondrez aux questions, pensez aux symptômes que vous avez eus au cours des 4 DERNIERES SEMAINES.

1. Votre date de naissance :

JOUR

MOIS

ANNEE

2a. Pendant la nuit, combien de fois devez-vous vous lever pour uriner, en moyenne?

0 fois 01 fois 12 fois 23 fois 34 fois ou plus 4

2b. Est-ce un problème pour vous?

Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ce n'est pas un problème

C'est un gros problème

3a. Devez-vous vous précipiter aux toilettes pour uriner?

jamais 0rarement 1quelquefois 2la plupart du temps 3tout le temps 4

3b. Est-ce un problème pour vous?

Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ce n'est pas un problème

C'est un gros problème

4a. Avez-vous des douleurs dans la vessie?

jamais 0rarement 1quelquefois 2la plupart du temps 3tout le temps 4

4b. Est-ce un problème pour vous?

Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ce n'est pas un problème

C'est un gros problème

5a. Pendant la journée, combien de fois urinez-vous, en moyenne?

1 à 6 fois 0
 7 ou 8 fois 1
 9 ou 10 fois 2
 11 ou 12 fois 3
 13 fois ou plus 4

5b. Est-ce un problème pour vous?
Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ce n'est pas un problème C'est un gros problème

F score: ajoutez les scores 2a-5a

6a. Y a-t-il un moment d'attente avant que vous puissiez commencer à uriner?

jamais 0
 rarement 1
 quelquefois 2
 la plupart du temps 3
 tout le temps 4

6b. Est-ce un problème pour vous?
Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ce n'est pas un problème C'est un gros problème

7a. Devez-vous faire un effort pour arriver à uriner?

jamais 0
 rarement 1
 quelquefois 2
 la plupart du temps 3
 tout le temps 4

7b. Est-ce un problème pour vous?
Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Ce n'est pas un problème C'est un gros problème

8a. Pendant que vous urinez, votre jet d'urine s'arrête-t-il plus d'une fois, sans que vous le vouliez?

jamais 0
 rarement 1
 quelquefois 2
 la plupart du temps 3
 tout le temps 4

8b. Est-ce un problème pour vous?
Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

Ce n'est pas un problème C'est un gros problème

V score: ajoutez les scores 6a+7a+8a

9a. Avez-vous des fuites d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes?

jamais 0
 rarement 1
 quelquefois 2
 la plupart du temps 3
 tout le temps 4

9b. Est-ce un problème pour vous?
Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

Ce n'est pas un problème C'est un gros problème

10a. Avez-vous souvent des fuites d'urine?

jamais 0
 environ une fois par semaine 1
 2 ou 3 fois par semaine 2
 une fois par jour 3
 plusieurs fois par jour 4

10b. Est-ce un problème pour vous?
Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **10**

Ce n'est pas un problème C'est un gros problème

11a. Avez-vous des fuites d'urine au cours de vos activités physiques, quand vous faites un effort, quand vous tousssez ou éternuez?

jamais 0
 rarement 1
 quelquefois 2
 la plupart du temps 3
 tout le temps 4

11b. Est-ce un problème pour vous?
Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ce n'est pas un problème C'est un gros problème

12a. Vous arrive-t-il d'avoir des fuites d'urine sans raison apparente et sans avoir envie d'aller aux toilettes?

jamais 0
 rarement 1
 quelquefois 2
 la plupart du temps 3
 tout le temps 4

12b. Est-ce un problème pour vous?
Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ce n'est pas un problème C'est un gros problème

13a. Avez-vous des fuites d'urine pendant votre sommeil?

jamais 0
 rarement 1
 quelquefois 2
 la plupart du temps 3
 tout le temps 4

13b. Est-ce un problème pour vous?
Entourez un chiffre entre 0 (Ce n'est pas un problème) et 10 (C'est un gros problème)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ce n'est pas un problème C'est un gros problème

I score: ajoutez les scores 9a-13a

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

D4C : CONSULTATION INTERNATIONALE SUR LE QUESTIONNAIRE POUR L'INCONTINENCE URINAIRE – FORMULAIRE VERSION COURTE SUR L'INCONTINENCE (ICIQ-UI FORMULAIRE COURT)

Résumé

L'ICIQ-UI formulaire court est un questionnaire bref et robuste complété par des patients, pour évaluer la fréquence, la sévérité et l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de la vie des hommes et des femmes, dans la recherche et la pratique clinique à travers le monde. Il est noté sur une échelle allant de 0 à 21. (Jackson, 1996; Avery, Donovan et al 2004; Jardinier N 2005).

Ce formulaire fournit une mesure brève et robuste pour évaluer l'impact des symptômes de l'incontinence fonction des résultats. Ce questionnaire, court et simple, sera aussi utilisé par des médecins généralistes et des cliniciens autant dans les institutions de santé secondaires et primaires, pour dépister l'incontinence, obtenir un bref mais compréhensible résumé du niveau de l'impact et percevoir les causes des symptômes de l'incontinence, et pour faciliter les discussions entre patient et clinicien. Sa brièveté fera de ce formulaire un outil de recherche idéal.

La troisième Consultation Internationale sur l'Incontinence recommandait que tous les essais archivés évaluant les traitements de l'incontinence utilisent des questionnaires de haute qualité, en particulier l'ICIQ, pour évaluer l'impact sur les résultats des patients et pour faciliter les comparaisons. Le formulaire ICIQ fournit une mesure brève et robuste à la fois dans ce but mais aussi dans les enquêtes épidémiologiques, particulièrement lorsque plus d'une mesure est utilisée.

Les patients : L'ICIQ-UI formulaire court est pertinent pour les hommes et les femmes, jeunes et âgé(e)s, pour les groupes de patients du monde entier, dont ceux des cliniques et des communautés.

Durée du formulaire : Quelques minutes

Développement : Des études ont été menées pour évaluer les propriétés psychométriques de l'ICIQ-UI formulaire court en suivant les méthodes standards des tests psychométriques, dont la validité du contenu, la validité conceptuelle (dont la comparaison avec d'autres mesures existantes), la stabilité (test de fiabilité), la cohérence interne et la réactivité au changement de traitement (y compris la gestion prudente et l'intervention chirurgicale). L'ICIQ-UI formulaire court a été démontré pour être robuste et sain au niveau psychométrique, selon des études anglaises et japonaises. L'interface utilisateur du système ICIQ a aussi montré de hauts niveaux de validité, de fiabilité et de réactivité.

Fiabilité : Voir ci-dessus

Validité : Voir ci-dessus

Réactivité : Voir ci-dessus

REMARQUES: Le formulaire l'ICIQ-UI formulaire court est protégé par copyright et ne doit en aucun cas être modifié. Il peut être utilisé s'il est clairement cité, et doit être utilisé entièrement comme tel. Il n'est pas possible d'utiliser qu'une partie du questionnaire, sans avoir préalablement demandé l'accord du groupe d'étude ICIQ. Si des cliniciens ou des chercheurs souhaitent utiliser le formulaire l'ICIQ-UI formulaire court, les auteurs doivent être informés des détails de l'étude et des résultats qui seront publiés ou présentés. Le formulaire l'ICIQ-UI formulaire court a été traduit en plusieurs langues autres que l'anglais en utilisant des méthodes standards pour une adaptation internationale. Si des chercheurs veulent traduire ou tester des langages alternatifs sur le formulaire l'ICIQ-UI formulaire court, ou veulent en savoir plus sur les traductions qui existent déjà, la personne à contacter est Nikki Gardener. Les auteurs demandent à ce qu'aucune donnée émanant des études pour valider les versions de langage alternatif du formulaire l'ICIQ-UI formulaire court ne soit publiée sans leur accord.

--	--	--	--	--

Numéro du participant

--	--	--

Initiales du participant

--	--

J J

--	--	--

M M M

--	--

A A

CONFIDENTIEL

**Vous répondez
à ce questionnaire le:**

Beaucoup de personnes ont des pertes d'urine de temps en temps. Nous essayons de savoir combien de personnes ont des pertes d'urine et à quel point cela les gêne. Veuillez répondre aux questions suivantes, en pensant à votre cas, en moyenne, au cours des QUATRE DERNIERES SEMAINES.

1 Votre date de naissance :

--	--

JOUR

--	--	--

MOIS

--	--

ANNEE

2 Sexe (cochez la réponse) :

Femme

Homme

3 A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ? (ne cochez qu'une seule réponse)

jamais 0

environ une fois par semaine au maximum 1

deux à trois fois par semaine 2

environ une fois par jour 3

plusieurs fois par jour 4

tout le temps 5

4 Nous aimerions savoir quelle est la quantité de vos pertes d'urine, selon votre estimation. Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ?

(ne cochez qu'une seule réponse)

nulle 0

une petite quantité 2

une quantité moyenne 4

une grande quantité 6

5 De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

Score de l'ICIQ: ajoutez les scores 3+4+5

6 Quand avez-vous des pertes d'urine ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent à votre cas)

vous ne perdez jamais d'urine

vous avez des pertes d'urine avant de pouvoir arriver aux toilettes

vous avez des pertes d'urine quand vous toussiez ou éternuez

vous avez des pertes d'urine quand vous dormez

vous avez des pertes d'urine quand vous avez une activité physique ou quand vous faites de l'exercice

vous avez des pertes d'urine quand vous avez fini d'uriner et vous êtes rhabillé(e)

vous avez des pertes d'urine sans cause apparente

vous avez des pertes d'urine tout le temps

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

Copyright © "ICIQ Group"

f:\institut\cultadap\project\sp1892\finalversions\iciq\iciq\fra\doc-18/07/2003

D4D : CONSULTATION INTERNATIONALE SUR LE QUESTIONNAIRE POUR L'INCONTINENCE URINAIRE – MODULE DE LA QUALITE DE LA VIE AVEC INCONTINENCE (ICIQ-LUTSQOL)

Résumé

L'ICIQ-LUTSQol est un questionnaire robuste psychométrique complété par des patients atteints d'une incontinence urinaire qui évaluent la qualité de vie et pour un usage de recherche et de pratique clinique dans le monde entier. L'UCIQ-LUTSQol est le 'King's Health' questionnaire (KHQ) adapté pour un usage dans les structures ICIQ et fournit des mesures robustes et détaillées pour évaluer l'impact de l'incontinence urinaire dans la qualité de vie, avec une référence particulière sur les effets sociaux.

C'est un outil de recherche idéal car il explore en détails l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de la vie. La Troisième Consultation Internationale sur l'Incontinence recommandait que tous les essais archivés évaluant les traitements de l'incontinence, utilisent ces questionnaires de haute qualité, en particulier l'ICIQ, pour évaluer l'impact sur les résultats des patients et faciliter les comparaisons. L'UCIQ-LUTSQol fournit une mesure robuste pour ce sujet.

Les patients : Le formulaire ICIQ-LUTSQol est pertinent pour les hommes et les femmes, jeunes et âgé(e)s, pour les groupes de patients du monde entier, dont ceux des cliniques et des communautés.

Durée du formulaire : Plusieurs minutes

Développement : Des études ont été menées pour évaluer les propriétés psychométriques du formulaires ICIQ-LUTSQol en suivant les méthodes standards des tests psychométriques, dont la validité du contenu, la validité conceptuelle (y compris la comparaison avec d'autres mesures existantes), la stabilité (test de fiabilité), la cohérence interne et la réactivité au changement de traitement (dont la gestion prudente et l'intervention chirurgicale). Le formulaire ICIQ-LUTSQol a été démontré pour être robuste et sain au niveau psychométrique, selon des études réalisées au Royaume-Uni.

Fiabilité : Voir ci-dessus

Validité : Voir ci-dessus

Réactivité : Voir ci-dessus

REMARQUES: Le formulaire ICIQ-LUTSQol est protégé par copyright et ne doit en aucun cas être modifié. Il peut être utilisé s'il est clairement cité, et doit être utilisé entièrement comme tel. Il n'est pas possible d'utiliser qu'une partie du questionnaire, sans avoir préalablement demandé l'accord du groupe d'étude ICIQ. Si des cliniciens ou des chercheurs souhaitent utiliser le formulaire ICIQ-LUTSQol, les auteurs doivent être informés des détails de l'étude et des résultats qui seront publiés ou présentés. Le formulaire ICIQ-LUTSQol a été traduit en plusieurs langues autres que l'anglais en utilisant des méthodes standards pour une adaptation internationale. Si des chercheurs veulent traduire ou tester des langages alternatifs sur le formulaire ICIQ-LUTSQol, ou veulent en savoir plus sur les traductions qui existent déjà, la personne à contacter est Nikki Gardener. Les auteurs demandent à ce qu'aucune donnée émanant des études pour valider les versions de langage alternatif du formulaire ICIQ-LUTSQol ne soit publiée sans leur accord.

Numéro du participant

ICIQ-LUTSqol (French) 05/05

CONFIDENTIELJ J M M A A
Vous répondez à ce questionnaire le:

Qualité de vie

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'activités quotidiennes qui peuvent être affectées par des problèmes urinaires. Dans quelle mesure vos problèmes urinaires vous gênent-ils ? Nous vous demandons de répondre à toutes les questions. Cochez simplement le cercle qui correspond à votre cas.

1. **Votre de naissance:** JOUR MOIS ANNEE2. **Sexe (cochez la réponse):**Femme Homme

3a. Vos problèmes urinaires vous gênent-ils dans vos activités domestiques (comme faire le ménage, les courses, bricoler, etc.)?

pas du tout 1
un peu 2
modérément 3
beaucoup 4

3b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

4a. Vos problèmes urinaires vous gênent-ils dans votre travail ou vos activités quotidiennes habituelles en dehors de chez vous?

pas du tout 1
un peu 2
modérément 3
beaucoup 4

4b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

5a. Vos problèmes urinaires vous gênent-ils dans vos activités physiques (comme vous promener, courir, faire du sport, de la gym, etc.)?

pas du tout 1
un peu 2
modérément 3
beaucoup 4

5b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

6a. Vos problèmes urinaires affectent-ils votre capacité à vous déplacer (bus, voiture, train, avion)?

pas du tout 1
un peu 2
modérément 3
beaucoup 4

6b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

7a. Vos problèmes urinaires limitent-ils vos relations et vos activités avec les autres?

pas du tout 1
un peu 2
modérément 3
beaucoup 4

7b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

8a. Vos problèmes urinaires vous empêchent-ils de voir vos amis ou de leur rendre visite?

pas du tout 1
un peu 2
modérément 3
beaucoup 4

8b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

9a. Vos problèmes urinaires vous gênent-ils dans votre relation avec votre partenaire?

non concerné(e) 8
pas du tout 1
un peu 2
modérément 3
beaucoup 4

9b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

10a. Vos problèmes urinaires vous gênent-ils dans votre vie sexuelle?

non concerné(e) 8
 pas du tout 1
 un peu 2
 modérément 3
 beaucoup 4

10b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout vraiment beaucoup

11a. Vos problèmes urinaires affectent-ils votre vie familiale?

non concerné(e) 8
 pas du tout 1
 un peu 2
 modérément 3
 beaucoup 4

11b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout vraiment beaucoup

12a. Vous sentez-vous déprimé(e) à cause de vos problèmes urinaires?

pas du tout 1
 un peu 2
 modérément 3
 beaucoup 4

12b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout vraiment beaucoup

13a. Vous sentez-vous anxieux(se) ou nerveux(se) à cause de vos problèmes urinaires?

pas du tout 1
 un peu 2
 modérément 3
 beaucoup 4

13b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout vraiment beaucoup

14a. Avez-vous une mauvaise image de vous-même à cause de vos problèmes urinaires?

pas du tout 1
un peu 2
modérément 3
beaucoup 4

14b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

15a. Vos problèmes urinaires perturbent-ils votre sommeil?

jamais 1
quelquefois 2
souvent 3
tout le temps 4

15b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

16a. Vous sentez-vous fatigué(e) ou épuisé(e) à cause de vos problèmes urinaires?

jamais 1
quelquefois 2
souvent 3
tout le temps 4

16b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

Etes-vous concerné(e) par ce qui est décrit dans les questions suivantes?

17a. Portez-vous des protections pour rester au sec?

jamais 1
quelquefois 2
souvent 3
tout le temps 4

17b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

18a. Faites-vous attention à la quantité de liquide que vous buvez?

jamais 1
 quelquefois 2
 souvent 3
 tout le temps 4

18b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout vraiment beaucoup

19a. Devez-vous changer vos sous-vêtements parce qu'ils sont mouillés?

jamais 1
 quelquefois 2
 souvent 3
 tout le temps 4

19b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout vraiment beaucoup

20a. Avez-vous peur de dégager une odeur désagréable?

jamais 1
 quelquefois 2
 souvent 3
 tout le temps 4

20b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout a great deal

21a. Êtes-vous gêné(e) vis-à-vis des autres à cause de vos problèmes urinaires?

jamais 1
 quelquefois 2
 souvent 3
 tout le temps 4

21b. À quel point cela vous dérange-t-il?
Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 pas du tout vraiment beaucoup

22. Dans l'ensemble, à quel point vos symptômes urinaires affectent-ils votre vie quotidienne?

Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout vraiment beaucoup

© KHQ

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION. VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS AVEZ BIEN REPONDU A TOUTES LES QUESTIONS.

D5 : QUESTIONNAIRE WEXNER POUR LA FONCTION INTESTINALE

Fréquence des selles

1–2 fois chaque 1–2 jours	0
2 fois par semaine	1
Une fois par semaine	2
Moins qu'une fois par semaine	3
Moins qu'une fois par mois	4

Difficulté : évacuation douloureuse

Jamais	0
Rarement	1
Parfois	2
Normalement	3
Toujours	4

Complétude : sensation d'évacuation incomplète

Jamais	0
Rarement	1
Parfois	2
Normalement	3
Toujours	4

Douleur : abdominale

Jamais	0
Rarement	1
Parfois	2
Normalement	3
Toujours	4

Durée : minutes aux toilettes pour chaque tentative

< 5	0
5–10	1
10–20	2
20–30	3
> 30	4

Assistance : type d'assistance

Pas d'assistance	0
Laxatifs stimulants	1
Assistance digitale ou énéma (lavement)	2

Échec : tentative d'évacuation non-réussite chaque 24 heures

Jamais	0
1-3	1
3-6	2
6-9	3
> 9	4

Antécédents : durée de la constipation en années

0	0
1-5	1
5-10	2
10-20	3
Plus de 20	4

Score minimum = 0, score maximum = 30

Plus le score est haut, pire est la constipation

D6 : CONSULTATION INTERNATIONALE SUR LE QUESTIONNAIRE POUR L'INCONTINENCE DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ ASSOCIEE A L'APPAREIL URINAIRE – MODULE DES SYMPTOMES (ICIQ-FLUTSSEX)

Résumé

L'ICIQ-FLUTSsex est un questionnaire robuste psychométrique complété par des patientes pour l'évaluation détaillée des questions sexuelles féminines associées à une diminution des symptômes urinaires et l'impact sur la qualité de la vie, dans la recherche et la pratique clinique dans le monde entier. L'UCIQ-FLUTSsex est dérivée du questionnaire BFLUTS dûment validé et qui fournit une mesure robuste pour évaluer l'impact des questions sexuelles dans les résultats (Jackson 1996; Avery, Gill et al. 2004; Avery, Donovan et al. 2004; Donovan J. 2005; Gardener N 2005; Avery and Blazeby 2006).

C'est un outil de recherche idéal car il fournit une exploration détaillée des questions sexuelles associées aux symptômes urinaires féminins et l'impact sur la qualité de vie.

La Troisième Consultation Internationale sur l'Incontinence recommandait que tous les essais archivés évaluant les traitements de l'incontinence, utilisent ces questionnaires de haute qualité, en particulier l'ICIQ, pour évaluer l'impact sur les résultats des patients et faciliter les comparaisons. L'UCIQ-FLUTSsex fournit une mesure robuste et brève pour ce sujet mais aussi pour les enquêtes épidémiologiques, en particulier lorsque plus d'une mesure est utilisée.

Les patients : Le formulaire ICIQ- FLUTSsex est pertinent pour les femmes, jeunes et âgé(e)s, pour les groupes de patients du monde entier, dont ceux des cliniques et des communautés.

Durée du formulaire : Quelques minutes

Développement : Des études ont été menées pour évaluer les propriétés psychométriques des formulaires ICIQ-FLUTSsex en suivant les méthodes standards des tests psychométriques, dont la validité du contenu, la validité conceptuelle (y compris la comparaison avec d'autres mesures existantes), la stabilité (test de fiabilité), la cohérence interne et la réactivité au changement de traitement (dont la gestion prudente et l'intervention chirurgicale). Le formulaire ICIQ-FLUTSsex a été démontré pour être robuste et sain au niveau psychométrique, selon des études au Royaume-Uni.

Fiabilité : Voir ci-dessus

Validité : Voir ci-dessus

Réactivité : Voir ci-dessus

REMARQUES: Le formulaire L'ICIQ-FLUTSsex est protégé par copyright et ne doit en aucun cas être modifié. Il peut être utilisé s'il est clairement cité, et doit être utilisé entièrement comme tel. Il n'est pas possible d'utiliser qu'une partie du questionnaire, sans avoir préalablement demandé l'accord du groupe d'étude ICIQ. Si des cliniciens ou des chercheurs souhaitent utiliser le formulaire L'ICIQ-FLUTSsex, les auteurs doivent être informés des détails de l'étude et des résultats qui seront publiés ou présentés. Le formulaire L'ICIQ-FLUTSsex a été traduit en plusieurs langues autres que l'anglais en utilisant des méthodes standards pour une adaptation internationale. Si des chercheurs veulent traduire ou tester des langages alternatifs sur le formulaire L'ICIQ-FLUTSsex, ou veulent en savoir plus sur les traductions qui existent déjà, la personne à contacter est Nikki Gardener. Les auteurs demandent à ce qu'aucune donnée émanant des études pour valider les versions de langage alternatif du formulaire L'ICIQ-FLUTSsex ne soit publiée sans leur accord.

Numéro du participant

ICIQ-FLUTSsex (French) 08/04

CONFIDENTIEL

JOUR MOIS ANNÉE

Date d'aujourd'hui

Sexualité

Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions suivantes en pensant à votre état général au cours des QUATRE DERNIÈRES SEMAINES.

1. Veuillez inscrire votre date de naissance :

JOUR MOIS ANNÉE

2a. Ressentez-vous des douleurs ou une gêne à cause d'une sécheresse vaginale ?

pas du tout 0
un peu 1
modérément 2
beaucoup 3

2b. À quel point cela vous gêne-t-il ?
Veillez entourer un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (énormément).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout énormément

3a. Trouvez-vous que vos problèmes urinaires ont gâché votre vie sexuelle ?

pas du tout 0
un peu 1
modérément 2
beaucoup 3

3b. À quel point cela vous gêne-t-il ?
Veillez entourer un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (énormément).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout énormément

4a. Avez-vous mal au cours de vos rapports sexuels ?

pas du tout 0
un peu 1
modérément 2
beaucoup 3
je n'ai pas de rapports sexuels 4

4b. À quel point cela vous gêne-t-il ?
Veillez entourer un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (énormément).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas du tout énormément

5a. Avez-vous des fuites d'urine au cours de vos rapports sexuels ?	pas du tout	<input type="checkbox"/>	0								
	un peu	<input type="checkbox"/>	1								
	modérément	<input type="checkbox"/>	2								
	beaucoup	<input type="checkbox"/>	3								
	je n'ai pas de rapports sexuels	<input type="checkbox"/>	4								
5b. À quel point cela vous gêne-t-il ?											
	<i>Veillez entourer un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (énormément).</i>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	pas du tout										énormément

© BFLUTS

Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions.

D7 : INFORMATIONS TIREES DE LA FONDATION D'EDUCATION MEDICALE ET DE RECHERCHE A GENEVE (GFMER)

La Fondation a conçu un système complet de bases de données, accessibles sur le web. Les apprenants utilisant ce manuel sont invités à accéder à la base de données après qu'ils se soient enregistrés auprès de l'équipe GFMER à Genève.

L'adresse Web pour accéder à la base de données est :

www.gfmer.ch/infomatics/IBCT/index_mainV2.php?studynome

La base de données incorpore les autres bases de données suivantes:

- A. Base de données des fistules pour les nouvelles patientes**
- B. Base de données des fistules pour la préparation préopératoire**
- C. Base de données des fistules pour la chirurgie**
- D. Base de données des fistules pour l'évaluation postopératoire**
- E. Base de données des fistules pour le suivi médical**



FIGO House, Suite 3, Waterloo Court,
10 Theed Street, London SE1 8ST, United Kingdom

Tél : +44 20 7928 1166

Fax : +44 20 7928 7099

Site internet :
www.figo.org