



## COMPTE RENDU

### MISSION DE COMPAGNONNAGE CHIRURGICAL GYNECOLOGIQUE HOPITAL DE KANKAN GUINEE CONAKRY

**Du 5 au 18 novembre 2017  
PARTENARIAT GSF /EDA**

#### **1 Introduction :**

GSF a été sollicité en début 2017 pour aider et débiter un partenariat avec l'ONG « Les Enfants de l'Aïr » (EDA) dans les missions spécifiques de chirurgie gynécologique à l'hôpital de Kankan en Guinée Conakry.

EDA travaille depuis plus de cinq ans dans cet hôpital en raison de 4 à 6 missions par an, apportant son soutien dans le domaine de la santé (pédiatrie, obstétrique, cardiologie, chirurgie générale ...), mais aussi de l'entretien, de la logistique, du développement des structures, de l'hygiène, etc. EDA a une philosophie proche, et compatible, à celle de GSF à savoir qu'elle est engagée dans des missions de développement et non de substitution."

Nous allons décrire cette première mission de partenariat, qui peut illustrer ce proverbe africain :  
« Seul on va plus vite, mais ensemble on va plus loin ».

#### **Ont participé comme Référents experts:**

Pour GSF :

Serge BOYER Gynécologue Chirurgien

Laetitia BOYER IDE Post OP

Pour EDA :

Francine BOUSSARD IBODE

Maryse FABRE IADE

## 2 Objectifs spécifiques :

- Mise en route et compagnonnage de la chirurgie gynécologique voie basse et voie haute. Equipe GSF
- Mise en place des soins post opératoires dans un espace dédié avec personnel qualifié, accompagnement par IDE. Equipe GSF
- Compagnonnage au bloc Op par l'IBODE et IADE. Equipe EDA

## 3. Déroulement de la mission :

Briefer de nombreuses fois par les Drs François CHARLES, vice-président d'EDA et François BOUDINET, chirurgien, membre du CA d'EDA, la mission a également été préparée en amont par de nombreux échanges emails avec le Dr SOUARE, chef du service de la Maternité de Kankan, afin de recruter des patientes, de faire participer les médecins gynécos et généralistes des hôpitaux périphériques. RDV pris pour le dimanche soir lors de notre arrivée pour installer le programme de la quinzaine. Nous développerons tout au long du rapport les trois sites d'activités, le bloc Op, l'activité d'IBODE et IADE, et la surveillance post Op.

## 4 Moyens :

4.1 Ont participé aux différentes activités chirurgicales et d'enseignements:

*A/ Les médecins :*

Dr Mamady SOUARE Chef du service de Gynécologie Obstétrique Hôpital Kankan [souare9@yahoo.fr](mailto:souare9@yahoo.fr)

Dr Fodé KABA *Gynécologue* Adjoint Hôpital Kankan [fodekaba1967@yahoo.fr](mailto:fodekaba1967@yahoo.fr)

Dr Lanciné DOUMBOUYA Hôpital Kankan [lass.doumbouya@gmail.com](mailto:lass.doumbouya@gmail.com)

Dr KEITA Hôpital Kankan

Dr Amadou CAMARA Hôpital Kankan

Dr Sylla SEKOV Hôpital de Seguiri

Dr Antoinette TONGUINO Hôpital de Kerouane

Dr THEA Hôpital de Kourroussa

Dr DIAKITE Hopital de Mandiana

Dr Mariam CONDE Anesthésiste Hôpital Kankan

*B/ Le personnel infirmier anesthésiste au bloc Op et dans l'unité de surveillance post Opératoire des femmes hospitalisées:*

Mesdames Fanta SOUARE, MiAdama HAWA BAH, Sona SOUARE.

Messieurs Aboulaye Sidi BANGOURA, Zancine CONDE,

Plus le surveillant de bloc Op Monsieur Elie Millimono et le seul infirmier de bloc Monsieur JO

4.2 Matériels disponibles dans le service

*A/ Bloc Opératoire :*

-Une table d'opération dans la salle N°1, en mauvais état ne permettant pas la position de Trendelenburg, (déclive) mais possède des étriers pour la chirurgie voie basse.

- Un scialytique plafonnier très insuffisant qui chauffe. Pas de véritable éclairage sur pieds disponible.
- Aspirateur et bistouri électrique satisfaisant et fonctionnel.
- Pas de respirateur anesthésique.

#### ***B/ Instruments opératoires :***

En nombre suffisant pour confectionner deux boites, Voie haute et Voie basse. Complément apporté et mis à disposition : Valve de Bresky, Aiguille de Deschamps.....

#### ***C/ Service de soins post OP :***

Le service de soins « intensifs », de 8 lits a été mis à disposition par le Dr Mariam CONDE, Anesthésiste, afin de créer un secteur de surveillance post Op permettant une prise en charge des patientes regroupées avec un personnel dédié et motivé.

#### **4.3 Matériels apportés**

Fils chirurgicaux, blouses stériles, gants, champs opératoires, etc. (voir liste en annexe 1)

## **5 Résultats :**

### **5.1 Nombre de sessions de formation :**

9 journées opératoires ont été organisées du mardi 7 au vendredi 10 et du lundi 13 au vendredi 17 novembre. Le lundi 6 a été consacré à la sélection des patientes, à l'organisation des soins post Op et à un compagnonnage lors des consultations d'échographie obstétricale.

### **5.2 Contenu de la formation :**

- A) Les différentes techniques chirurgicales gynécologiques, voie haute et basse, exprimées en salle d'OP.
- B) Formation sous forme de diaporama présenté le samedi 11 novembre: Classification des prolapsus, la Triple opération périnéale, les hystérectomies difficiles, la surveillance post Op.
- C) Participation à deux après- midi d'enseignement avec les 15 « Synthésars » présents ( étudiants 5 ou 6<sup>eme</sup> année de médecine) sous forme d'Ateliers sur les thèmes des métrorragies pendant la grossesse et les complications post Opératoires après chirurgie abdominale et voie basse.
- D) Formation théorique des soins post-opératoires avec l'équipe d'infirmiers dédiée.

### **5.3 Nombre de participants (voir plus haut au 4.1).**

Les formateurs d'EDA ont participé à toutes les interventions gynécologiques : Mesdames Francine BOUSSARD IBODE et Maryse FABRE IADE.

### **5.4 : Evaluation pré et post-formation :**

Les deux gynécos du service les Drs Mamady SQUARE et Fodé KABA, possèdent déjà une bonne technique chirurgicale voie haute, qui ne demande qu'à être perfectionnée. Ils sont très demandeurs. L'évaluation ne pourra se faire qu'après de nouvelles missions de compagnonnage.

### 5.5 : Les interventions chirurgicales :

Date	Nom patiente	Diagnostic	Acte opératoire	Operateur° + Aides°°
7 novembre	F KO...	Grosse Tumeur ovarienne	Hystérectomie totale	SB° + SQUARE°°+THEA+ SEKOV
7 novembre	S MA...	Prolapsus complet III	Hystérectomie voie basse + Cure Cystocèle + Halban	SB+S.SEKOV+TANGUINO +THEA
8 novembre	B. KA...	Grosse Tumeur ovarienne bénigne	Ovariectomie bilatérale	SB + KABA + SEKOV + KEITA
8 novembre	O.CO...	Mauvaise suture post accouchement	Réfection périnée postérieur	SB + THEA + KEITA+TANGUINO
9 novembre	S.OU....	Cancer col vagin endomètre	Hystérectomie totale	SB+A TANGUINO + THEA+DIAKITE
9 novembre	K.TO...	Gros Fibrome utérin	Hystérectomie totale	SB + SYLLA + KEITA +SEKOV
10 novembre	R. KO...	Grosse Tumeur ovarienne Suspecte	Hystérectomie totale	SB+SYLLA +SEKOV+THEA+ DIAKITE
13 novembre	S. KE...	Grosse Tumeur Molaire	Hystérectomie totale	SB+SQUARE+TANGUINO+DOUMBOUYA
14 novembre	S.KO...	Gros Fibrome utérin	Hystérectomie totale	KABA° + SB °°+KEITA + DOUMBOUYA
15 novembre	F.KE...	Fibrome utérin	Myomectomie	SB+KEITA+TANGUINO
15 novembre	S.BO...	Cancer Sein Etendu infecté nécrotique	Mastectomie totale	SB + SQUARE + THEA+ KEITA
16 novembre	A.TR...	Fistule recto Vaginale	Réfection en trois plans	SB + KABA +TANGUINO
17 novembre	F.KE...	Grosse Tumeur Abdo =Rupture utérine négligée	Hystérectomie totale	KABA° + SB°° + CAMARA+ DOUMBOUYA

Au total 13 interventions chirurgicales gynécologiques dont deux pratiquées par le Dr KABA en 1<sup>er</sup> opérateur en fin de seconde semaine.

### 5.6 Activités de consultation :

Avec les consultants guinéens les Dr Mamady SQUARE et Dr Fodé KABA

- Nombre de patientes consultées : 70, avec de très nombreuses échographies gynécologiques réalisées dans un autre secteur de l'hôpital !
- Prévalence des pathologies consultées : Métrorragies, Douleurs pelviennes, Masses abdomino-pelviennes.

+ Une demi-journée de consultation d'échographie obstétricale avec les jeunes médecins du service afin de parfaire leur formation sur la biométrie fœtale.

## **6 Les Points forts :**

### **6.1 Le Bloc Opératoire :**

-La prise en charge « sécuritaire » des patientes pendant les interventions ne peut s'envisager sans la présence impérative des infirmières d'EDA (IBODE et IADE) qui ont participé à toutes les interventions.

-Les instruments chirurgicaux sont en nombre suffisant pour faire une boîte voie haute et une voie basse. Besoin seulement de quelques compléments d'instruments voie basse à emporter (Valves de Bresky, Aiguille de Deschamps ...) et voie haute (Valve de Toupet, Pince de Pozzi, ...)

### **6.2 Le Service de soins post OP :**

La création d'une unité dédiée, près du bloc OP, au Post opératoire a été capitale dans le succès de la quinzaine : regroupement des patientes à surveiller, formation complémentaire des infirmiers anesthésistes, mis à disposition, pour cette fonction, présence jour et nuit, établissement et démonstration de l'intérêt d'une feuille de surveillance de soins standard (voir en annexe 4 et 5). La mise à disposition lors de la 2<sup>ème</sup> semaine d'un jeune médecin Dr Lanciné DOUMBOUYA, qui a participé à toutes les visites et contre visites le soir. Il assurera après notre départ la fin de la surveillance post OP et nous tiendra informé par courriel (ce qu'il a fait régulièrement).

### **6.3 Le recrutement des patientes à opérer :**

A été organisé en amont avant notre venue. Une douzaine avait été convoquée, mais nous en avons refusé cinq d'entre elles, car l'indication nous a semblé trop limitée.

Le recrutement devra être amélioré en encourageant les médecins des hôpitaux périphériques de venir avec leurs patientes à opérer. Des conseils de « sélection » ont été formulés pour la prochaine mission. Précisons cependant qu'il nous semble difficile actuellement d'opérer plus de 2 à 3 patientes par jour et que nous serons limités par le nombre de lits d'hospitalisation si on n'étend pas le secteur post OP.

## **7 Les Points à améliorer :**

### **7.1 Le Bloc Opératoire :**

-L' éclairage opératoire est insuffisant, pas assez de puissance, les scialytiques chauffent anormalement.

Pas de scialytique sur pieds pour les voies basses. Ces insuffisances peuvent mettre en jeu la réussite de certaines interventions difficiles ou pouvant se compliquer.

-La table d'opération ne permet pas la position déclive pour les voies basses.

-Besoin d'un appareil respirateur anesthésique permettant une anesthésie générale confortable pour la patiente et l'équipe chirurgicale.

-Revoir la composition des kits anesthésiques délivrés par la pharmacie, car quel que soit le type d'intervention, l'âge de la patiente, la durée envisagée de l'intervention, les produits anesthésiques sont les mêmes !

-Constat d'un niveau très inégal entre les IADE. La moitié devrait bénéficier d'une formation complémentaire.

-L'asepsie générale est à améliorer grandement, le bloc est un « lieu de passage continu » par des gens qui n'ont rien à y faire. Aucune rigueur. Il semblerait, selon les dires du personnel des salles d'hospitalisation, que les infections Post Op sont très fréquentes. Rien d'étonnant à cette affirmation.

-Créer une zone tampon à l'entrée avec vestiaire obligatoire pour tous : chaussures, vêtements dédiés au bloc OP, bavettes, masques.

-Besoin d'un charriot de transfert qui reste à l'intérieur du bloc OP afin de ne plus faire rentrer le charriot « couvert de germes » qui va de service en service.

-Former un infirmier IBODE pour toutes les spécialités chirurgicales.

-Enseigner le lavage des mains, le séchage, la prise des solutions hydro-alcooliques, à tous les opérateurs. Revoir le fonctionnement de la réserve d'eau et ses fuites permanentes au lavabo.

-La tenue du livre des protocoles opératoires est très inégale, selon les opérateurs et les jours. Très souvent le protocole OP n'est pas transcrit sur le livre et...nulle part ! Seuls sont notés les noms de l'anesthésiste, de l'opérateur et son aide, et le diagnostic pré Op ! Informations indispensables et utiles en cas de complications post Op. Ils pourraient être écrits par les aides OP, cela serait un bon apprentissage pour la compréhension de l'intervention avec la supervision de l'opérateurN°1.

## 7.2 Le Service de soins post OP :

-L'expérience positive et concluante d'un secteur de surveillance post Op immédiate, et à moyen terme, doit être reproduite et ensuite transmise aux personnels de la Maternité, pour la surveillance des césariennes, et plus tard, pourrait être étendue à celui du service de chirurgie.

-Lors d'une prochaine mission, il serait peut-être judicieux de détacher les agents du personnel de la maternité (sages-femmes ou ATS), à raison de 2 jours chacun pour une formation continue dans le service de surveillance post-op.

-Améliorer les transmissions entre les équipes d'infirmiers. Favoriser et encourager les transmissions écrites dans les dossiers de soins, afin de limiter au mieux les oublis, néfastes pour les patientes.

-Travailler sur le dossier de soins, voire sur la planification et l'organisation des soins, dans un bureau disponible, dans lequel seraient regroupés les dossiers, le matériel nécessaire et un tableau Veleda.

## 7.3 L'organisation des bureaux de consultation des médecins :

Les équiper de petit matériel de consultation : spéculum, pince languette, compresses, et éclairage afin d'arrêter de courir pour chercher l'objet manquant !

## **CONCLUSIONS :**

La mission s'est déroulée dans une très bonne ambiance de respect mutuel, de confiance entre tous les membres d'EDA et nos amis guinéens grâce à l'ancienneté des relations établies entre tous les partenaires.

Cette première mission dans le cadre d'un partenariat à bâtir avec Gynécologie sans Frontières a plus été une mission de substitution que de développement. Ce qui est sans doute normal pour une première fois mais les opérateurs guinéens ont opéré en premier en fin de 2<sup>ème</sup> semaine.

Toutes les femmes opérées avaient une pathologie lourde (grosses tumeurs abdomino- pelvienne, cancer, fistule) qui on peut le penser n'aurait pas été prise en charge sans la présence de l'équipe d'EDA /GSF. Nous avons au moins rendu service à ces patientes.

Beaucoup de choses restent à améliorer nous l'avons décrit plus haut mais je pense que l'hôpital de Kankan et plus particulièrement le service de gynéco-obstétrique ont un bel avenir.

Faut-il augmenter le nombre de missions chirurgicales gynécologiques, 5 à 6 par an, pour continuer le compagnonnage, former les gynécologues, de Kankan et des villes voisines, et le personnel soignant, passer ainsi plus rapidement à des missions de développement ou rester à 2 à 3 missions par an et faire plutôt de la substitution, car l'apprentissage sera beaucoup plus long ?

On peut également penser que le bénéfice de la formation s'estompe rapidement entre les missions s'il y en a seulement que deux par an.

La réponse à cette question appartient aux CA respectifs d'EDA, et de GSF. Ce dernier peut apporter son soutien en volontaires gynécos et infirmières.

Il faut encourager les médecins et gynécos des villes de KOURROUSSA, MANDIANA, SIGUIRI, KEROUANE qui ont participé à la formation de ces deux semaines de revenir la prochaine fois avec leurs patientes afin qu'ils puissent eux-mêmes participer plus personnellement aux interventions chirurgicales sous la supervision d'EDA/GSF. Ils ont tous pris cet engagement de sélectionner et de revenir avec leurs patientes, avec bien entendu l'accord du Dr SQUARE. Cette proposition permettra de faire de l'hôpital de Kankan un hôpital de référence régionale de la Haute Guinée et de mettre en valeur le travail de « patron » du Dr Mamady SQUARE.

Au total, une bien belle mission qui demande à être poursuivie.

Je ferai lors du prochain CA des propositions dans ce sens, comme d'établir un véritable partenariat avec convention, du même type déjà signées avec les ONG Santé Sud et Chirurgie Solidaire.

Je proposerai également d'inviter lors d'une prochaine FGOH (octobre 2018) dans le sud-ouest le Dr François Charles, vice -président d'EDA, pour une communication et de faire « un papier » dans le Monde N°8.

Merci à tous.

Serge BOYER Gynécologue Chirurgien

Laetitia BOYER IDE Post OP.

**ANNEXES :****1/ Matériel et Médicaments apportés****2/ Notes sur l'activité obstétricale.****3/ Dossier médical de la mission rempli par SB****4/ Conduite à tenir en Post OP****5/ Feuille de surveillance post OP**

ANNEXE N°1			
VALISE MATERIEL A LAISSER /DONS de GSF			
DCI	DESCRIPTION	QTE	PEREMPTION
FILS CHIRURGICAUX	Résorbable N°1	2 b X36	8/2020
	Résorbable N°2	2b X36	12/2020
	Résorbable N°0	2b X 36	7/2020
	Résorbable N° 2.0	1b X 36	9/2018
	Résorbable N° 3.0	1bx12	9 /2018
	Résorbable N° 3.0	1bx12	9/2020
CASAQUES OPERATOIRES	STERILES Taille L	18	6/2018
BROSSES CHIRURGICALES	STERILES	3	6/2020
GANTS CHIRURGICAUX	STERILES Taille 7,5	43	4/2019
	NON STERILES 6,5	40	
KITS A PANSEMENT	STERILES	8	8/2019
MASQUES BLOC	NON STERILES	50	
SURCHAUSSURE	NON STERILES	50	
PANSEMENTS	STERILES 15X20	12	2/2021



	STERILES 9X15	20	7/2021
PANSEMENTS	STERILES 10X21	9	4/2019
SONDE URINAIRE	A BALONNET CHAR N°16/18	10	10/2020
SPECULUM	STERILE JETABLE	40	10/2020
SERINGUE	STERILES 60ML	10	9/2021
INSTRUMENTS	EPISIOTOMIE Ciseau 14, Pince disséquer 3, Porte Aiguille 2		
PRESERVATIFS	Sonde échographie Vaginale	50	10/2020
VENTOUSES OBSTETRIQUES		6	

<b>VALISE MEDICAMENTS DONNES POUR LES SUITES DE LA CHIRURGIE VAGINALE</b>			
DCI	DESCRIPTION	QTE	PEREMPTION
TRAMADOL 37,5mg PARACETAMOL 325mg	20 cp	6b	2et 10 /2018
TRAMADOL 37,5mg PARACETAMOL 325mg	20 cp	6b	4/2019
PREDNISOLONE 20mg	20 cp	4b	7/2018
IZALGI	16	5b	10/2017et10/2018
KLIPAL Paracétamol 600mg Codéine 50mg	12 cp	3b	5/2018
TRAMADOL 100 mg	30 cp	1b	6/2019
TRAMADOL 50mg	30 cp	1b	4/2021
DEBRIDAT100mg	30 cp	1b	6/2019
KETOPROFENE LP 100mg	20 cp	2b	8/2018
AMOXICILLINE 1gr	14 cp	2b	10/2017

AMOXICILLINE 500mg	12 cp	5b.	6/2018
OFLOXACINE 200mg	10 cp	2b	8/2018
SOLUPRED 20 mg	20 cp	1b	12/2017
CEBUTID100mg	15 cp	1b	10/2018
PARACETAMOL 1gr	8 cp	4b	2/2018
ANTADYS100mg	15 cp	1b	4/2018

## ANNEXE N°2 Notes sur l'activité obstétricale.

### ANNEE 2017/CHIFFRE SOURCE BLOC OP

MOIS	César	César Code Rouge	César Rupture U	Total CESAR	Intervention Gynéco	GEU	TOTAL
1	28	11	7	46	31	14	91
2	30	12	6	48	21	3	72
3	25	12	9	46	33	6	85
4	24	16	7	47	15	5	67
5	29	12	3	44	22	5	71
6	25	12	6	43	17		64
7	40	10	3	53	19	5	77
8	52	0	0	52	20	7	79
9	51	19	0	70	20	4	94
10	41	18	4	63	27	3	93
11							
12							

**CESAR CODE ROUGE = Hématome retro placentaire et placenta prævia hémorragique**

**ANNEE 2017 SOURCE MATERNITE**

MOIS	NAISSANCES	CESAR TOTAL	Pourcentage	Mort-nés
1	282	49	17,3	37
2	271	54	18,4	35
3	337	47	14	44
4	349	51	14,6	45
5	354	44	12,4	40
6	340	44	12,9	33
7	339	56	16,5	28
8	360	51	14,1	31
9	384	69	17,9	35
10	440	69	15,6	28
11				
12				

Sur les 10 premiers mois 2017 : 3456 naissances, 534 césariennes soit 15,4 %  
356 Mort-Nés soit 10%

Commentaires : Augmentation considérable des naissances sur les 10 premiers de 2017, nombre stable des césariennes

**ANNEES 2013/2016 SOURCE MATERNITE**

	2013	2014	2015	2016
NAISSANCES	3227	3409	3430	3612
CESARIENNE	522	531	556	572
ECLAMPSIE	151	167	111	148
H.DELIVRANCE	27	51	54	48
POURCENTAGE N/CESAR	16,2	15,2	16,2	15,8

Moyenne mensuelle sur 4 années : Naissance 285 Césarienne 45  
Moyenne journalière sur 4 années : Naissance 9,5 Césarienne 1,5

### ANNEXE N°3

<b>DOSSIER MEDICAL N°</b>			<b>KANKAN</b>		
<b>NOM</b>			<b>PRENOM</b>		<b>AGE</b>
<b>NBS ACCOUCHEMENT</b>			<b>VILLAGE</b>		<b>PROVINCE</b>
<b>POIDS</b>		<b>TAILLE</b>		<b>MARIEE RSx</b>	
<b>DATE: ADMISSION</b>			<b>SORTIE</b>		<b>DUREE HOSPI</b>
<b>DIAGNOSTIC</b>	<b>HYSTEROCELE</b>		<b>IUE</b>		<b>PATHO MAJEURE ASSOCIEE</b>
	<b>CYSTOCELE</b>				
	<b>RECTOCELE</b>		<b>AUTRE</b>		
<b>INTERVENTION LE/</b>			<b>DUREE</b>		
<b>ACTE OPERATOIRE</b>					
<b>CHIRURGIEN</b>	<b>SB</b>		<b>AIDE OP</b>	.	<b>ANESTH</b>
	.			.	
	.			<b>SB</b>	
	<b>AUTRE</b>			.	
				<b>AUTRE</b>	
<b>SUITES OPERATOIRES</b>		<b>SIMPLES</b>		<b>COMPLICATIONS</b>	
<b>CONSEILS POST OP DONNES</b>					
<b>RESULTAT ANATOMIQUE:</b>		<b>SATISFAISANT</b>			<b>MAUVAIS</b>
<b>RESULTAT FONCTIONNEL:</b>					
<b>SATISFACTIONS PATIENTES</b>					
<b>PATIENTE CONTRE INDIQUEE</b>					
<b><u>MISSION NOVEMBRE 2017</u></b>					
<b>SIGNATURE</b>					
	<b>SB</b>				

# ANNEXE N°4

## Conduites à tenir EN PRE ET POST OP

- chirurgie gynécologique voie basse
- chirurgie gynécologique voie haute
- Pré-op/retour de bloc/Post-op

### *Pré-op:*

- ❖ -Dossier patient (identification, Cr éventuels, examens)
- ❖ -Bilan pré-op: \*bilan sanguin (NFS, GS, HIV) et selon cs anesth
  - \*Paramètres vitaux +poids et taille
  - \*cs anesthésie
- ❖ -Consignes: \*hygiène : douche soir et matin (si possible)
  - \*alimentation : léger le soir
  - \*+/\_ laxatif vers 20h
  - \*à jeun à partir de 0h (cf P.M anesth)
  - \*lavement évacuateur à 5h (0 si VH)
  - \*PAS DE RASAGE-PAS DE SONDE A DEMEURE (sauf prescription)

### *Retour de bloc :*

# **JO**

*Doit être fait au moment où la patiente arrive du bloc, H0, sur fiche prévue à cet effet avec nom de la patiente, date, type d'intervention, nom du chirurgien.*

- ❖ \*état de conscience
- ❖ \*vérification Voie Veineuse Périphérique (VVP)
- ❖ \*fixer la sonde à demeure

- ❖ \*NOTER LA DIURESE
- ❖ \*contrôle saignements (en principe, mèche vaginale posée au bloc)
- ❖ \*P.V : pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, température
- ❖ \*installation (propreté, confort)
- ❖ \*évaluation de la douleur
- ❖ \*consignes à la patiente ET à l'entourage de bien rester à jeun
- ❖ \*récupérer et appliquer les prescriptions médicales du chirurgien et de l'anesthésiste

### Visite du chirurgien

*Puis toutes les 2 heures pendant 24 heures, en NOTANT  
 SCRUPULEUSEMENT L'HEURE  
 (en fonction de la faisabilité liée au nombre de personnel)*

## Post-op

# J1

- ❖ Visite du chirurgien
- ❖ Contrôle de la fiche de surveillance
- ❖ Prescription médicale
- ❖ Ablation de la sonde
- ❖ Ablation de la mèche vaginale
- ❖ Continuer l'hydratation par VVP JUSQU'À LA PREMIERE MICTION
- ❖ Noter la première miction ET L'HEURE DE CELLE-CI
- ❖ Surveillance des saignements post ablation de mèche
- ❖ Petite toilette par Infirmière avec solution antiseptique si possible
- ❖ Dès émission de gaz : -boisson seule  
 -traitement Per os
- ❖ 1<sup>er</sup> lever avec infirmière
- ❖ Paramètres vitaux toutes les 4 heures à noter sur fiche de surveillance

# J2

## ❖ Visite du chirurgien

- ❖ Douche
  - ❖ T.T.B (thé, tisane, bouillon) élargi- réalimentation douce
  - ❖ Mobilisation
  - ❖ Paramètres vitaux toutes les 6 heures à noter sur la fiche de surveillance
  - ❖ Surveillance des saignements
  - ❖ Consignes RAD (retour au domicile)
- Ne pas porter de poids  
-Pas de toilette intra-vaginale  
-Pas d'effort physique  
-Pas de rapport sexuel pendant au moins 1 mois  
-Surveillance saignements  
-Surveillance température  
-Consulter si nécessaire en cas de température, saignements, douleurs

# J3

## ❖ Visite du chirurgien

- ❖ Douche
- ❖ Alimentation normale
  - Attention aux risques de constipation
  - Limiter les efforts d'émission de selles
- ❖ Paramètres vitaux toutes les 8 heures

# J4

## ❖ Visite du chirurgien

- ❖ idem J3
- ❖ Paramètres vitaux toutes les 12h

- ❖ Renouveler les consignes de sortie

# ***J5***

***SORTIE AVEC :***

- ❖ ***UN RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION DE CONTRÔLE  
DANS UN MOIS***

- ❖ ***DONNER :***

***Le Compte rendu opératoire signé  
La fiche de conseils***

***Mission partenariat EDA-GSF  
Kankan, novembre 2017***





--	--	--	--	--	--	--	--	--	--