

L'AUTO-SONDAGE

Introduction

Le 13 décembre 2011, Madame Mercier, infirmière au centre de rééducation d'Issoudun est venue nous parler de l'auto-sondage. Elle a complété sa formation d'un diplôme universitaire d'urodynamie, ce qui lui permet d'être référente en auto-sondage dans son établissement.

L'avantage qu'il y ait une seule personne référente permet au patient d'avoir toujours un contact avec la même personne, de se sentir plus en confiance et plus à l'aise notamment par rapport à la technique qui ne change pas d'une personne à l'autre.

L'auto-sondage : c'est le fait de s'introduire une sonde dans l'urètre dans le but d'assurer une vidange régulière de la vessie. Les auto-sondages sont indiqués lorsque le fonctionnement de la vessie ne permet plus une évacuation naturelle des urines. Ce soin existe depuis les années 70.

L'auto-sondage est une prescription médicale, le médecin prescrit le matériel dont la personne a besoin ainsi que le nombre de sondages par jour (2 fois ou 4 à 5 fois en moyenne selon la pathologie et le patient). L'auto-sondage va de paire avec une éducation thérapeutique préalable.

I. Diagnostic éducatif

Les personnes pratiquant l'auto-sondage sont des patients ayant :

- **des infections urinaires à répétition** pour lesquelles les traitements antibiotiques sont devenus inefficaces,
- **une vessie neurologique**, ce qui signifie qu'ils ne contrôlent plus leur miction :
 - rétention urinaire partielle ou totale,
 - fuite urinaire :

→ **par regorgement**: la vessie se remplit trop ; cela est dû à l'hypertonie sphinctérienne, qui entraîne une vidange incomplète de la vessie, d'où une stase des urines. Ceci provoque des infections urinaires à répétition et un possible reflux vesico-rénal pouvant entraîner une pyélonéphrite, et au long court une insuffisance rénale.

→ Il existe également des fuites par **une hyperactivité vésicale** due à des contractions anarchiques de la vessie.

Ces 2 types de fuites ne doivent pas être confondus avec l'incontinence à l'effort simple.

L'incontinence urinaire à l'effort peut parfois être résolue par une simple rééducation.

Cette vessie neurologique résulte d'un dysfonctionnement au niveau de la transmission nerveuse. En effet, l'appareil urinaire est sous le contrôle permanent du système nerveux (cerveau, moelle épinière et nerfs périphériques).

La cause peut être :

- traumatique** : lésions du système nerveux pouvant entraîner une hémiplégié, une paraplégie, une tétraparésie¹ ou une déformation de la vessie ...
- pathologique** : maladies démyélinisantes² (ex: Sclérose En Plaque, Sclérose Latérale Amyotrophique = maladie de Charcot), AVC ...

Un bilan urodynamique est nécessaire pour confirmer ou non un diagnostic de vessie neurologique. Au préalable, il faut réaliser un ECBU (en effet, un bilan urodynamique ne se fait pas en cas d'infection) et remplir préalablement un catalogue mictionnel sur 3 jours afin d'évaluer la quantité, l'aspect, l'odeur et la fréquence des urines en fonction des apports hydriques du patient.

Ce bilan dure environ 1h et est réalisé par un médecin et un IDE. Le rôle de l'IDE est de rassurer le patient, respecter sa pudeur, être à son écoute et reformuler ce que le médecin lui a dit.

¹ Atteinte des 4 membres par une diminution des possibilités de contraction des muscles. Elle est due à des perturbations neurologiques survenant au niveau de la moelle épinière, de localisation cervicale.

² Qui entraîne la disparition de la myéline, substance lipidique entourant les fibres nerveuses.

La myéline est une membrane grasse essentielle qui isole chaque nerf du cerveau et de la moelle épinière comme une gaine plastifiée entoure un fil électrique. C'est cette enveloppe protectrice qui assure la conduite normale des messages nerveux d'une partie du corps à une autre. La conduction rapide des influx nerveux le long des faisceaux nerveux est essentielle à la plupart des fonctions motrices, sensorielles et intégratives du système nerveux central (cerveau, cervelet et moelle) et périphérique (nerfs).

Ce bilan est composé de 3 examens :

–**la débitmétrie** : enregistrement de la quantité d'urines et de la force du jet mictionnel. On évalue une miction normale ou une dysurie.

–**la cytomanométrie** : installation du patient sur la table d'examen en position gynécologique, puis installation d'une sonde vésicale à 2 capteurs de pression vésico-sphinctérienne et la pose d'une sonde rectale. On évalue le résidu mictionnel. On injecte du sérum physiologique stérile. On demande au patient de préciser le moment où il commence à avoir envie d'uriner, envie d'aller aux toilettes et lorsque l'envie d'y aller est insupportable. On évalue la contraction vésicale et sphinctérienne.

–**la profilométrie** : examen permettant d'évaluer l'hypertonie sphinctérienne.

Les sondes sont retirées et les résultats sont immédiatement connus. S'il s'agit de fuites dues à une incontinence d'effort, des séances de kinésithérapie pour une rééducation du périnée sont prescrites. S'il s'agit d'une vessie neurologique, on programme une IRM.

Indication : une vessie peut contenir 500 ml d'urines ; au-delà on parle de globe vésical.

Pour déceler la présence d'un globe vésical : questionnement au patient (hydratation, miction, douleurs), palpation au niveau de la symphyse pubienne, spasticité des mouvements (raideur ou mouvements involontaires) et un blader-scan (petite sonde au niveau de la symphyse pubienne) ou une échographie.

II. Compétences et objectifs

La sonde à demeure est retirée dès que possible car à long terme, il y a un fort risque d'infection, de prostatite, de cancérisation de la vessie, de fistule ou d'escarres dues à la sonde. Cela permet également la reprise d'une activité sexuelle et tout simplement d'améliorer la qualité de vie. On vérifie ensuite s'il y a présence ou non de résidus mictionnels (quantité d'urines supérieure à 150 mL restant dans la vessie après avoir uriné) à l'aide d'un blader-scan. Puis, on évalue la capacité de miction naturelle.

III. Méthodes et techniques pédagogiques

Le patient est admis en hospitalisation de semaine ou en hospitalisation complète pour être éduqué à l'auto-sondage.

L'IDE explique au patient :

- Le déroulement de l'auto-sondage,
- Ses avantages (retrait de la sonde à demeure, préservation des reins, reprise d'une activité sexuelle, réduction des infections urinaires),
- Le fait que ce soin se fera tout au long de sa vie et qu'un auto-sondage à la même durée qu'une miction normale.

Elle rappelle ensuite l'anatomie et la physiologie de l'appareil urinaire (repérage du méat urinaire chez la femme à l'aide d'un miroir, puis plus tard, au toucher sans le miroir) ; puis, elle explique au patient quelles sont les positions possibles pour le sondage en fonction de ses propres capacités, de son confort et des différents lieux de sondage (assis, debout, sur des WC et au fauteuil).

Elle évalue ensuite le degré de préhension et de compréhension de la personne, en partenariat avec l'ergothérapeute. Ce dernier peut créer des outils qui vont faciliter son auto-sondage (pincettes pour maintenir le pantalon, support manuel adapté, possibilité de faire des visites à domicile pour se rendre compte, trouver des solutions et adapter l'environnement du patient).

Elle expose ensuite au patient les différents types de sondes ; celles-ci peuvent être seules (à utiliser au dessus des toilettes) ou avec poche. Elles sont toutes lubrifiées et hydroactives (c'est à dire que la lubrification est active au contact de l'eau) ; il existe des sondes sèches que l'IDE évite d'utiliser car le lubrifiant restant à l'extérieur de l'urètre, la sonde peut blesser le patient. Le plus souvent ce sont des sondes de calibre 12. En fonction de la pathologie, qui peut être évolutive, et des besoins du patient, le type de sonde, ainsi que son calibre peuvent être changés et réajustés à tout moment.

Elle explique ensuite l'utilisation de la sonde, la préparation du matériel et son maniement. Elle utilise pour cela des sondes périmées afin de montrer au patient comment les ouvrir et les maintenir en garantissant leur stérilité. Elle fait aussi toucher la sonde au patient afin qu'il prenne contact avec celle-ci et qu'il soit rassuré de la bonne lubrification, de sa souplesse ...

Elle explique aussi que le sondage n'est pas un acte douloureux. En revanche, il peut arriver qu'il y ait des difficultés à introduire la sonde ; ceci s'explique par les contractions sphinctériennes. Dans ce cas, il faut rester en butée contre le sphincter et attendre que celui-ci se relâche, et non retirer la sonde. Si ce dernier ne se relâche pas, elle conseille d'attendre environ 15 minutes avant de renouveler un sondage.

Technique d'auto sondage:

- Lavage des mains à l'eau et au savon (ou au SHA si pas de savon à disposition),
- Toilette intime à l'eau et au savon : éviter les antiseptiques car à usage répété, ils favorisent les germes résistants et les brûlures. Si impossibilité de faire une toilette à l'eau et au savon, utiliser des lingettes hypoallergéniques et sans parfum (ex : lingette pour bébé), mais à utiliser ponctuellement car elles favorisent la macération. La toilette intime s'effectue de haut en bas pour les femmes ; penser à bien décalotter pour les hommes.
- Ouverture du sachet contenant la sonde en conservant sa stérilité,
- Sonder sans toucher la sonde et attendre que l'urine s'écoule,
- Appuyer sur le bas du ventre ou tousser afin que la vessie se vide entièrement,
- Enlever la sonde, vider la poche et la jeter dans une poubelle,
- Se laver les mains (lavage simple).

Horaires d'auto-sondage:

Au départ ce sont des horaires fixes, puis le patient adapte ses horaires (pas de souci si +/- 1h). Un sondage de moins de 100ml est un sondage inutile à repousser ; par contre, un sondage supérieur à 500 ml doit être avancé.

Deux sondages sont très importants : celui du soir (au couché) et celui du matin (au réveil). Dans la journée, il est conseillé d'en faire au minimum un en fin de matinée, un dans l'après midi et un dans la soirée. Les apports hydriques doivent être limités à partir de 18h.

Cette éducation thérapeutique dure au minimum une semaine ; au bout de 8 jours, le patient doit savoir s'auto-sonder correctement. Dans le cas contraire, son éducation est prolongée.

IV.Suivit éducatif et reprise éducative

Un mois après, une consultation IDE est faite avec :

- une présentation du catalogue mictionnel sur les trois derniers jours,
- une discussion sur les sondes utilisées et le ressenti du patient concernant le sondage,
- un auto-sondage est pratiqué en présence de l'IDE pour vérifier les bonnes pratiques d'hygiène et le bon déroulement du soin.

La consultation IDE permet aussi de constater l'évolution de la pathologie et de réadapter le type de sonde. Cette même consultation est réalisée au bout de 6 mois, puis 1 fois par an.

Au cours du 1^{er} mois, une majorité de patients a conservé les bonnes habitudes ; souvent, les mois suivants, ils prennent des mauvaises habitudes ou non respectent par l'asepsie de ce soin. L'IDE est donc là pour reposer les choses et réexpliquer ce soin.

Lorsqu'il y a une persistance de fuites malgré l'auto-sondage, des anticholinergiques sont prescrits par le médecin, et ce afin de pallier à l'hyperactivité vésicale. S'il n'y a pas d'amélioration ou lorsque ces anticholinergiques ne font plus d'effet, une injection intra-vésicale d'acide botulique peut être prescrite (faite par un urologue tous les 6 mois) ; l'action est visible au bout de 15 jours environ.

En cas de difficulté à passer la sonde (lors d'une hypertonie sphinctérienne), le médecin propose un traitement d'alpha-bloquants pour permettre un fonctionnement sphinctérien.

Surveillance des urines et apparition d'infection urinaire :

Les bandelettes urinaires sont systématiquement positives car les sondages quotidiens favorisent la présence d'une flore bactérienne ; les ECBU ne sont donc faits que s'il y a apparition des signes cliniques suivants :

- fuites inhabituelles entre les sondages,
- douleur dans le bas ventre,
- fièvre,
- urines nauséabondes et de couleur inappropriée.

Dans ce cas, une antibiothérapie est mise en place (prescription médicale). Le patient doit toujours informer son médecin traitant qu'il réalise des auto-sondages dès que la BU est positive ; en effet, la prescription récurrente d'antibiotiques favorise la résistance des bactéries (BMR).

Possible trace de sang lors d'un sondage, celui-ci est dû à une irritation ; si celle-ci disparaît lors du sondage suivant, il n'est pas nécessaire de consulter.

Délivrance du matériel :

Soit le patient achète ses sondes à la pharmacie (dépassement d'honoraires possible), soit il prend contact avec des prestataires de services et se fait livrer à domicile ou à l'hôpital pour une durée d'un mois (possibilité à l'étranger et sur les lieux de vacances). La prise en charge par la sécurité sociale se fait à 100%.

Lorsque l'auto-sondage est impossible, l'hétéro-sondage est possible avec une éducation thérapeutique pour le tiers (sondage stérile), ainsi qu'une cystostomie et de la chirurgie, le bricker (union des deux uretères à même la peau souvent l'ombilic et on s'auto-sonde à cet endroit).

Les problèmes vésicaux sont souvent associés à des problèmes ano-rectaux, une constipation chronique ou une incontinence anale. Dans ce cas, 2 éducations thérapeutiques distinctes peuvent être mises en place, mais pas en même temps.

Schémas d'explication :

