

AUTO-SONDAGE

Gérard AMARENCO
Kathleen CHARVIER

DIU de NEUROPÉRINÉOLOGIE

Atelier 2
SÉMINAIRE ANNECY 2012.05.11

Le SONDAGE URINAIRE INTERMITTENT

- ◆ Sondage urinaire intermittent (SUI) introduit dès 1947 par Sir Ludwig Guttman (Stoke Mandeville Centre) dans la prise en charge des vessies neurologiques
- ◆ Réalisé dès l'installation du traumatisme médullaire de préférence à la SAD source de complications locales et rénales
- ◆ Geste initialement médical, entièrement stérile, jusqu'à obtention d'un RPM < 100 ml
- ◆ Poursuivi à domicile de façon stérile

Le SONDAGE URINAIRE INTERMITTENT

- ◆ A partir des années 1970 Sir Guttman simplifie le SUI : la technique de l'auto-sondage se développe et révolutionne la prise en charge des troubles mictionnels neurogènes et également non neurogènes à type de rétention et/ou d'incontinence
- ◆ A partir des années 1985 amélioration progressive du matériel diminuant les complications de l'auto-sondage et permettant un sondage pluriquotidien facile, en toute sécurité, avec une sonde stérile, le plus souvent prête à l'emploi

DIVERS TYPES de SONDÉS

- ◆ Sonde non lubrifiée : adjonction d'un lubrifiant nécessaire chez l'homme
- ◆ Sonde prélubrifiée depuis les années 1985 : 2 types
 - * Sonde hydrophile : revêtement spécifique de la sonde dont la lubrification est révélée par une solution aqueuse +/- NaCl
 - * Sonde non hydrophile : sonde recouverte d'un gel lubrifiant classique (glycérine le plus souvent)
- ◆ L'amélioration de la lubrification des sondes diminue le coefficient de frottement lors du sondage et respecte la muqueuse uréthrale

DIVERS TYPES de SONDÉS

- ◆ Sondes de longueur différente :
 - * sondes classiques : femme et enfant 15 à 20 cm, homme 40 cm
 - * sondes compactes : 7 cm pour la femme, télescopique pour l'homme
- ◆ Sondes de Charrière différente, de 6 à 24 :
 - * petite charrière chez l'enfant : 6, 8, 10
 - * charrière moyenne chez l'adulte : 12, 14
 - * augmentation de la charrière : 16, 18, voire plus : sondage trop lent ; dépôts bouchant la sonde (agrandissement vésical) antécédents de sténose uréthrale (auto-dilatation)

DIVERS TYPES de SONDÉS

- ◆ Sonde droite (Nélaton) ou béquillée (Tiemann) chez l'homme
- ◆ Indications des sondes béquillées : les uréthrocèles, les cols serrés (bandelette péri-cervicale par exemple)
- ◆ Veiller à bien orienter le sens de la béquille toujours dirigée vers le haut : une marque en relief sur le godet des sondes indique le sens de la béquille
- ◆ Set de sondage : sonde + sac intégré
- ◆ Varie selon sondage par voie basse ou par voie haute

Le CHOIX du CATHETER

- ◆ Dépend de critères objectifs liés à la sonde (longueur, charnière, extrémité, conditionnement, type de lubrification...)
- ◆ Dépend de critères personnels liés aux aptitudes physiques, psychiques et mentales de chaque personne
- ◆ Sonde idéale : sonde stérile, facile à transporter, discrète, facile à utiliser, permettant un sondage rapide, en toute sécurité, en toute circonstance
- ◆ Le choix est primordial : peut conditionner la compliance au sondage

Le CHOIX du CATHETER

- ◆ La faisabilité du geste : le pp-test
- ◆ Essais multiples nécessaires
- ◆ Astuces et trucs pour préparer le matériel, faciliter le déshabillage, l'installation, l'ouverture de l'emballage, la prise de la sonde, l'adaptation du sac si nécessaire
- ◆ Choix du sujet à respecter

PP-Test : Pencil and Paper test

- facile et rapide à réaliser en consultation
- sans outils particuliers
- par tous les intervenants: infirmières, médecins...
- explorant la majorité des facteurs limitant l'autosondage :
 - accès au périnée et méat urétral,
 - capacité de prise fine et manipulation du cathéter,
 - coordination,
 - test rapide programmation mémoire,
 - capacité de la main non dominante à tenir le pénis ou à écarter les lèvres
 - ouvrir les emballages



Conception PP-Test



Apports PP-test

- ◆ Le PP test est un outil efficace de prédiction des AS
- ◆ Réalisable par tous les soignants
- ◆ Sans matériel spécifique
- ◆ Ce test réalisé en 2 à 4 mn permet :
 - de démontrer au patient la possibilité qu'il a de réaliser les AS,
 - de confirmer au médecin la possibilité des AS
 - de proposer des stratégies thérapeutiques spécifiques



ETP-Autosondage

- ◆ Diagnostic éducatif :
 - Évaluation des connaissances du patient
 - Condition de vie, état fonctionnel, ressources cognitives
 - Recherche de facteurs limitant les capacités d'apprentissage (fauteuil roulant, troubles coordination, troubles visuels, sensitifs)

Test du papier et du crayon. PP Test

- Identification de freins psychologiques
- Ressources éducatives : choix des outils pédagogiques (schémas, vidéo, ...)

Comment évaluer la réalisation de l'auto-sondage?

- ◆ Pas d'outil évaluant la réalisation de l'auto-sondage
- ◆ Création du CIRCLES : Clean Intermittent Catheterization Learning Scale
 - 5 apprentissage facile de l'auto-sondage
 - 4 apprentissage avec difficultés mineures de l'ASI réalisé complètement
 - 3 apprentissage avec difficultés importantes mais ASI réalisé complètement
 - 2 apprentissage avec difficultés très importantes ASI réalisé avec erreurs
 - 1 apprentissage très difficile le patient peut aider le soignant à réaliser SI
 - 0 apprentissage impossible

Le RYTHME des AUTO-SONDAGES

- ◆ Auto-sondage évacuateur ou auto-sondage complémentaire?
- ◆ Auto-sondage évacuateur : seul mode de vidange vésical possible ou privilégié, ou dans certaines circonstances (avant une sortie)
- ◆ Auto-sondage complémentaire : pour vérifier le résidu post-mictionnel lors de la rééducation mictionnelle ou pour surveillance

Le RYTHME des AUTO-SONDAGES

- ◆ Auto-sondage à la montre : la règle des 4 heures : avantages, limites
- ◆ Auto-sondage lors du besoin ou des équivalents de besoin
- ◆ L'important : la régularité des sondages
- ◆ La régularité des sondages est plus importante qu'une réalisation parfaite

Le RYTHME des AUTO-SONDAGES

- Auto-sondages évacuateurs pluri-quotidiens :
- ◆ 5 sondages/jour
 - ◆ respecter si possible le sommeil
 - ◆ apports hydriques réguliers tout au long de la journée à diminuer en fin de journée
 - ◆ de 300 à 400 ml (350 ml volume mictionnel moyen chez l'adulte)
 - ◆ en cas de suspicion d'infection urinaire : augmentation de la diurèse et réalisation d'1 ou 2 sondages additionnels

Les MODALITÉS de SURVEILLANCE

- ◆ A chaque consultation : vérification de la technique d'auto-sondage et du matériel utilisé
- ◆ Vérification des consignes : lavage des mains avant et après le geste ; toilette intime à l'eau propre; sac en position déclive ; appui sus pubien en fin de miction et retrait lent de la sonde pour vider le bas fond de la vessie...
- ◆ Présentation des nouveaux produits

Les MODALITÉS de SURVEILLANCE

- En cas d'infections urinaires récidivantes et/ou de compliance insuffisante à l'auto-sondage :
- ◆ Revoir chaque étape de l'auto-sondage
 - ◆ Savoir changer de sonde
 - ◆ Revenir à la toilette antiseptique des muqueuses
 - ◆ Eliminer une constipation de transit et/ou terminale comme toute autre épine irritative sous lésionnelle

Les MODALITÉS de SURVEILLANCE

Le calendrier « mictionnel » = calendrier des auto-sondages :

- ◆ heure de chaque sondage
- ◆ volume de chaque sondage
- ◆ nombre et volume des fuites entre les sondages
- ◆ apports hydriques
- ◆ heures de lever et de coucher
- ◆ activités physiques

Les MODALITÉS de SURVEILLANCE

Les questionnaires de symptômes urinaires et de qualité de vie pas vraiment adaptés mais utiles :

- ◆ score USP : score incontinence urinaire + score hyperactivité vésicale + score dysurie
- ◆ score MHU
- ◆ Qualiveen forme courte

Les MODALITÉS de SURVEILLANCE

Selon les recommandations du Genulf :

- ◆ ASP et échographie urinaire +/- uroscanner avec ou sans injection tous les ans puis tous les 2 ans voire tous les 3 ans
- ◆ Dosage annuel de la créatinémie avec mesure de la clairance de la créatinine sur les urines de 24 h + dosage des PSA chez l'homme, à compléter si besoin par des clairances plus spécifiques (à l'inuline, au chrome..)

A.S.I : COMPLICATIONS URETRALES et GENITALES

→ Urétrales

- Saignement
- Réactions inflammatoires
- Fausse route avec urétrorragie
- Développement de sténoses urétrales retardée > 5 ans
fréquence variable (5 - 20%)

Apport des sondes hydrophiles basse pression

(*fistules urétrocotales, urétrocutanées, diverticules*)

A.S.I : COMPLICATIONS URETRALES et GENITALES

→ Epididymites et orchépididymites

- Fréquence variable 10 à 30 % à 5 ans
- Incidence / fertilité

→ Prostatites aiguës ou chroniques

- Probablement sous évaluée (Δ difficile)
- Fréquence → 30%

Le risque de cancer de vessie cytologie et cystoscopie

- ◆ Stonehill 1996: Risque 12 fois plus élevé en cas de SAD au delà de 8 ans et de lithiase vésicale
- ◆ Groah 2002: 3670 SCI ayant eu une cystoscopie
- ◆ Le risque de cancer de vessie chez le blessé médullaire est de 77/ 100 000 soit 25 fois plus important que dans la population standard
- ◆ En cas de SAD, ce risque est 71 fois celui de la population standard
- ◆ Dépistage par cytologies et cystoscopies régulières après 8 ans de SAD

Excess risk of bladder cancer in spinal cord injury: evidence for an association between indwelling catheter use and bladder cancer. Groah SL ... Arch Phys Med Rehabil 2002 ;83: 346-51

EDUCATION THERAPEUTIQUE Généralités

Définition : ETP vise à aider les patients à **acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.** Guide méthodologique de l' HAS juin 2007, (rapport OMS Europe, 1996)

- Comprendre la pathologie
- Comprendre traitement
- autogestion du traitement

→

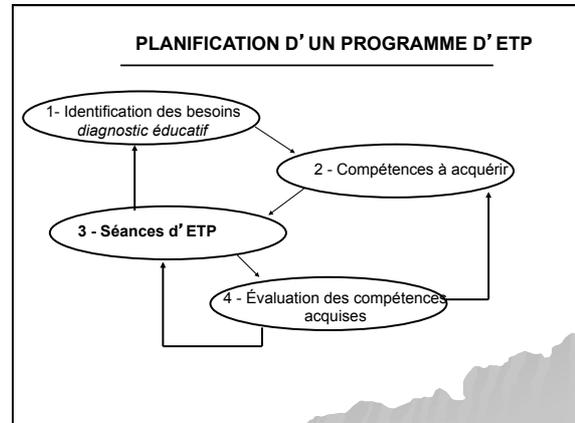
→

→

Meilleure observance
meilleure prise en charge

Diminution complications

Qualité de vie



ETP et AUTOSONDAGES

AS = Traitement de référence dans les vessies neurologiques (rétentionnistes ou rendues rétentionnistes par ttt).

♦ **EDUCATION THERAPEUTIQUE +++**

- Comprendre les objectifs médicaux :
 - ♦ assurer une vidange vésicale complète (ttt de la rétention)
 - ♦ Protéger le haut appareil urinaire en association avec anticholinergiques.
 - ♦ assurer une continence
 - ♦ Améliorer la qualité de vie
- Guider l'Apprentissage du geste:
- suivi et adaptation autosondage (compétences d'auto-soins)

[Guide méthodologique coordonné par SOFMER, octobre 2009]

ETP-Autosondage

Compétences à acquérir

- **Théoriques :**
 - ♦ connaissances anatomiques et physiologiques
 - ♦ pourquoi AS?
 - ♦ Gestion des complications
 - ♦ modalités de surveillance et adaptation du geste
- **Pratiques :**
 - ♦ Préparation du geste, désinfection, type de sondes
 - ♦ réalisation geste et adaptation éventuelles

ETP-AUTOSONDAGES

- **Mise en œuvre de l' ETP :**
 - quelle structure ?
 - ♦ MCO ou SSR,
 - ♦ HDJ, HDS, hospitalisation conventionnelle
 - Quel personnel ?
 - ♦ IDE formée à ETP-AS, urologues, médecins MPR
 - ♦ aidée par ergothérapeute, psychologue
 - Planification des séances selon diagnostic éducatif, séances minimales recommandées **60 minutes**
 - Suivi et contrôle de l'acquisition du geste et des **compétences d'auto-soins et d'adaptation** .
 - Évaluation scores symptômes (USP) et qualité de vie (EVA et Qualiveen)
- **Dossier d'éducation thérapeutique :** suivi évolution patient, coordination pédagogique

ACCEPTANCE : I-CAT

- dimension psychologique pouvant regrouper la perception générale de l' AS du patient (c' est-à-dire, ses craintes et ses peurs, sa motivation à réaliser cette technique, son ignorance par rapport à l' AS)
- dimension socioculturelle reposant sur le problème du regard des autres avec les idées communément répandues sur l' AS et l' existence de tabou en rapport avec une technique touchant la région périnéale et pouvant être considérée comme une entrave à la sexualité
- dimension environnementale dépendante des conditions de vie du patient, de l' intégration de cette technique à l' extérieur et sur le lieu de travail.

CONCLUSION

IMPACT DE L'ETP SUR DEVENIR VITAL ET FONCTIONNEL



?



Merci de votre attention

gerard.amarenco@tnn.aphp.fr
kathleen.charvier@chu-lyon.fr