

l'apprentissage du sondage intermittent

M. GRANJON* et A. ACHOUROUNE**

INTRODUCTION

Le sondage intermittent propre est d'une grande importance dans la prise en charge des problèmes urinaires des malades avec Sclérose en Plaques.

Il permet d'assurer la vidange complète d'une vessie à tendance rétentionniste. Il peut être le seul mode de vidange ou compléter une miction qui laisse un résidu post-mictionnel.

Mais, dans la majorité des cas, nous avons comme objectif d'améliorer la *continence*. Nos patients présentent essentiellement des mictions impérieuses, le plus souvent accompagnées de fuites très invalidantes sur le plan social.

La cystométrie met alors en évidence une hyperactivité du détrusor, préjudiciable à la fois pour l'état de la vessie et des reins. Ce qui impose l'instauration d'un traitement visant à calmer la vessie. Cette thérapeutique crée un résidu qui justifie la pratique régulière de sondages intermittents.

Le rythme et les horaires varient en fonction de l'indication.

A l'issue du bilan urinaire et après essai thérapeutique, l'apprentissage de la technique des sondages intermittents propres par le patient, est proposée.

Etant donné le polymorphisme des troubles inhérents à la maladie, la personne sera-t-elle capable de prendre en charge ce mode de rééducation ?

Plusieurs éléments sont à prendre en considération, on établit alors un bilan des possibilités fonctionnelles, psycho-intellectuelles et du contexte socio-familial.

POSSIBILITES FONCTIONNELLES

— S'il s'agit d'une personne en fauteuil roulant ; autonomie ou non pour les transferts FR-LIT, FR-WC, FR-CHAISE GARDE ROBE et vice versa.

— Autonomie ou non pour la toilette, l'habillage, le déshabillage du bas.

— Au niveau des membres supérieurs, évaluer :

les troubles de la coordination, la dextérité, la motricité, la sensibilité et l'endurance de la personne.

— Au niveau des membres inférieurs, chez la femme :

la spasticité, les contractures musculaires permettent-elles ou non une flexion-rotation externe des hanches, genoux fléchis ?

— Prendre en considération la fatigabilité : certains gestes sont possibles à un moment de la journée, ils ne le sont pas à d'autres.

— Evaluer l'acuité visuelle.

* Surveillante, Centre Médical Germaine Ravel.

** Infirmière (DE) Centre Médical Germaine Ravel, Saint-Maurice-sur-Dargoire, 69440 Mornant.

POSSIBILITES PSYCHO-INTELLECTUELLES

Les aptitudes du patient à cette éducation ne dépendent pas seulement de l'état moteur mais essentiellement de sa coopération.

L'objectif de l'équipe soignante est :

- de percevoir comment la personne se situe par rapport à son problème urinaire : consciente - demandeuse d'une solution - indifférente,
- de discerner quelles sont ses possibilités de participation et d'acquisition : mémoire - attention - initiative,
- de connaître son mode de vie : sortie - travail.

LE CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL

L'entourage proche, quelle est son attitude ? Aide ou rejet du malade.

Prendre en considération les habitudes socio-culturelles qui peuvent être une entrave à la pratique du sondage : la sphère uro-génitale est encore pour certains une région anatomique "tabou", liée à des principes moraux, voire religieux.

A l'issue de ce bilan, deux solutions sont envisageables :

- les autosondages,
- les hétérosondages.

LES AUTOSONDAGES

Sur le plan fonctionnel

- la personne doit présenter peu de tremblements aux membres supérieurs ;
- être autonome pour les transferts, si elle est en fauteuil roulant, surtout pour la femme ;
- être capable de s'installer dans la position adéquate, d'assurer deshabillage, habillage, toilette du bas ;
- elle doit avoir une vue suffisante pour repérer le méat urinaire ;
- au niveau des doigts, une perception fine des objets est nécessaire pour la manipulation de la sonde ;
- ne pas être trop fatigable.

Sur le plan psycho-social

- la personne doit être consciente de son problème urinaire et souhaiter activement participer à sa rééducation ;
- son entourage familial doit être motivé et prêt à coopérer.

Préambule à l'apprentissage des autosondages

A. — Informer

B. — Dédramatiser

A. — Le médecin, l'infirmière informent très précisément la personne sur le type de problème urinaire qu'elle présente.

Par exemple :

"Le traitement médicamenteux instauré permet de supprimer les fuites mais ne permet pas une vidange complète de la vessie. Il y a donc présence d'un résidu post-mictionnel, préjudiciable à plus ou moins long terme pour les reins, c'est pourquoi on vous demande de vous sonder".

Il est important que la personne comprenne pourquoi on choisit ce mode de rééducation.

La compréhension du patient est un point de départ essentiel. Elle permettra d'obtenir toute sa participation et entretiendra sa motivation.

B. — Dédramatiser pour maintenir la motivation du patient en expliquant que les contraintes sont bien minimales par rapport au confort de vie que l'autosondage apporte.

Il n'y a pas de protocole précis. La manière d'aborder le problème est toujours personnalisée. Elle résulte de l'analyse du vécu, du présent et de l'avenir proche pour chaque malade.

Nous ne citerons que deux exemples souvent utilisés :

— "les fuites urinaires, le port des couches pour les masquer, la macération qu'elles entraînent, peuvent être la cause d'escarre mais surtout elles incommode la personne et son entourage. La vie familiale est perturbée. Les sorties (courses, restaurant, cinéma) se font de plus en plus rares malgré une restriction hydrique.

Cette tendance à s'isoler, à rester chez soi réduit la vie sociale et professionnelle.

Le sondage privilégie la continence, il libère du problème urinaire".

— "La sonde à demeure n'est pas une solution, outre les risques qu'elle comporte (lithiase, infection), elle peut être chez certains sujets jeunes, le facteur déclenchant de l'interruption des relations conjugales.

Le sondage facilite les relations sexuelles sans risque de fuites et de plus reproduit la physiologie de la vessie".

Cette approche préalable à l'initiation à l'autosondage est une étape indispensable pour créer et maintenir la motivation du patient. Elle est guidée par le souci d'un maintien à domicile le plus confortable possible. Elle ne peut se réaliser qu'au sein d'une équipe soignante motivée par une volonté commune à atteindre l'objectif fixé.

Ainsi le dialogue s'établira facilement. Le malade sera en confiance pour s'initier à une technique qui par sa nouveauté peut être source d'appréhension.

L'initiation à l'autosondage

Elle demande plusieurs jours. Avant chaque rencontre, la vérification de l'acquisition des connaissances est nécessaire.

Nous procédons par étapes :

— approche de l'appareil génito-urinaire.

Antomie, physiologie à l'aide d'un croquis.

Définition des mots : méat, urètre, sphincter, uretères.

— Recherche de la position et installation adéquate. Chez la femme, l'initiation se fait en position couchée ; ce n'est que lorsqu'elle maîtrisera le geste que nous lui apprendrons à s'autosonder en position assise sur un WC ou chaise garde-robe. Chez l'homme, c'est la position assise que nous préconisons d'emblée.

— Faire reconnaître à la personne sa propre anatomie de l'appareil génito-urinaire.

Chez la femme, un miroir l'aide à situer le méat. On insiste sur une toilette soignée pratiquée de haut en bas.

Chez l'homme, on décrit le parcours de la sonde, on précise la position de la verge pour introduire la sonde sans difficulté.

— Reconnaissance et préparation du matériel.

Pour la femme :

— miroir utilisé au début pour le repérage du méat, vite abandonné par la suite ;

— nécessaire pour toilette intime et mains ;

— bassin réniforme (haricot) ;

— sonde soit en PVC, soit métallique, droite ou béquillée, charnière 10 (au cours de l'entraînement, on choisira celle qui convient le mieux) ;

— verre à urines gradué (facultatif) pour mesurer le volume d'urine retiré par le sondage.

Pour l'homme :

— nécessaire pour toilette intime et mains ;

— sonde en PVC type Tiemann, béquillée, charnière 12 ;

— un lubrifiant ;

— une poche à urine ;

— du sparadrap.

- Entraînement à la réalisation du geste.
- Tout au long de l'apprentissage, on prodiguera des conseils hygiéno-diététiques :
 - prendre en considération sa fatigue en alternant les temps de repos et les temps d'activité ;
 - uriner avant de s'autosonder si la personne a des mictions volontaires. Mesurer de temps en temps le résidu post-mictionnel pour redéterminer le rythme des sondages ;
 - prévoir son matériel pour les sondages à l'extérieur du domicile ;
 - boire au moins un litre et demi d'eau par jour.

L'HÉTÉROSONDAGE

Si l'autosondage est impossible par incapacité fonctionnelle et/ou troubles psycho-intellectuels, nous proposons l'hétérosondage.

Nous avons très peu d'expérience pour l'homme. Bien souvent, le problème est résolu par un geste chirurgical sur le col ou l'urètre. L'appareillage ne pose pas trop de problèmes, étant donné la diversité des collecteurs dont nous disposons.

Pour la femme, avec son accord, la prise en charge des sondages est proposée à un membre de son entourage proche (conjoint, sœur, mère).

Toute la coopération et beaucoup de motivation sont nécessaires à la personne qui va exécuter le geste. C'est une contrainte supplémentaire non négligeable. Il faut informer, initier ce proche autant de fois qu'il sera nécessaire. L'efficacité et le suivi de la technique en dépendent.

Lorsque la famille ne peut pas assurer les sondages, nous nous orientons vers les infirmier(e)s à domicile. Cette solution n'est pas très satisfaisante car elle ne permet pas une flexibilité aussi grande dans les périodes d'interventions. Elle est beaucoup plus lourde au niveau économique. Aussi c'est souvent pour une période transitoire en attente d'intervention de dérivation des urines, type Briker ou Cystostomie continente.

Quelle que soit la solution retenue, auto, hétérosondage, la personne quitte le centre avec :

- prescription du matériel, lieux où l'on peut se le procurer, indication sur la prise en charge sécurité sociale, conseils d'utilisation des sondes ;
- une fiche technique et surveillance ;
- courrier pour le médecin ;
- dans le cas des hétérosondages, un courrier sera adressé à la famille ou à l'infirmier(e).

CONCLUSION

Entre 1984 et 1987, deux enquêtes portant sur la pratique régulière des auto et hétérosondages de malades à domicile ont été effectuées par les Docteurs Sermet et Bernard pour des mémoires de CES (de rééducation et réadaptation fonctionnelle).

Un des questionnaires a été adressé à 92 malades. Ils avaient tous appris la technique au CMGR.

53 réponses ont été reçues ; elles ont révélé que :

- 22 malades pratiquent régulièrement les autosondages,
- 12 les hétérosondages,
- les autres n'ont pas poursuivi.

Cette recherche nous a permis d'évaluer cette technique.

Cause essentielle de l'arrêt des sondages intermittents :

- l'infection urinaire "bruyante",
- la persistance de fuites perturbant le confort social,
- l'évolutivité de la maladie, avec perte d'autonomie accompagnée de dégradation psychique,
- démotivation du malade et de son entourage.

Ceux qui poursuivent les sondages intermittents sont convaincus de leur utilité. C'est pour eux, une revalorisation personnelle, l'occasion de prendre en main une partie de leur rééducation. En effet, certains modifient le rythme des sondages en fonction du résidu post-mictionnel.

C'est surtout la satisfaction d'être à nouveau continent. Ils s'imposent moins de restriction hydrique. Leur confort de vie est amélioré, leur réinsertion sociale est possible.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] LABAT J.J., PERROUIN-VERBE B. et MATHE J.F. — "Prise en charge des troubles vésico-sphinctériens au cours de la Sclérose en plaques". — [2] LERICHE A. — "Sexualité et Sclérose en plaques". — [3] MILLET M.F., BENETON C., BERNARD J.C., BOISSON D. et EYSSETTE M. — "Sclérose en plaques évoluées et difficultés socio-professionnelle et familiale". — [4] "Sclérose en plaques et médecine de rééducation". Masson, 1987. — [5] BERNARD J.C. — "Place du sondage intermittent dans la rééducation urinaire des malades atteints de Sclérose en plaques", Mémoire de CES de Rééd. et Réadapt. Fonct., Lyon, 1987. — [6] LERICHE A. et ARCHIMBAUD J.P. — "Le drainage vésical". Médecine et Hygiène, 38, 4070-4080, 1980. — [7] MEILLET J. — "Rééducation mictionnelle des neuro-vessies", EMC Kinésithérapie, 6-1984. — [8] SERMET G. — "Place de l'autosondage dans la rééducation urinaire des Sclérose en plaques", Mémoire de CES de Rééd. et Réadapt. Fonct., Lyon, 1985. — [9] 3^e Congrès de la Société Internationale et Francophone d'Urodynamique. Rome, 1980. — [10] BENETON C., DUCROZET J., PAILLEUX C. et GRANJON M. — "Projet de lutte contre l'incontinence chez des patients du Centre Médical Germaine Revel, atteints de Sclérose en plaques", Projet présenté à la Fondation Polivex Wuhrlin de recherche sur l'incontinence.

Centre Germaine Revel - 1987

COQUET REGIE LINGE

LOCATION ET ENTRETIEN
DU LINGE HOSPITALIER



130, avenue Pierre Séward - 69290 CRAPONNE