

	<p align="center">SONDAGE VESICAL EVACUATEUR STERILE</p>	
<p align="center">Soins techniques</p>	<p align="center">Comité de pilotage du réseau Mater</p>	<p align="center">Mai 2011</p>

Définition

Le sondage vésical évacuateur est défini par l'introduction d'une sonde vésicale stérile à l'intérieur de la vessie pour réaliser ponctuellement une vidange aseptique de la vessie.

Objectif

L'objectif est de réaliser une vidange de la vessie chez une personne présentant une rétention ou un résidu post mictionnel.

En cas de prélèvement impossible à mis jet, le sondage évacuateur permet de recueillir aseptiquement des urines en vue d'un examen microbiologique.

C'est un geste invasif à haut risque infectieux nécessitant une asepsie rigoureuse lors du geste associée à l'utilisation d'un **système clos** (assemblage de la sonde et du collecteur stériles).

Techniques et méthodes

I – INDICATIONS DU SONDAGE VESICAL EVACUATEUR STERILE

Ce geste s'effectue sur prescription médicale, spécifiant si une anesthésie locale doit être utilisée ou non (recommandée chez l'homme).

II – CHOIX D'UN MATERIEL ADAPTE

1) Les sondes

- Préférer **une sonde auto ou pré-lubrifiée** : ce type de sonde réduit la fréquence des infections et des sténoses urétrales post-sondage.
- Choisir une sonde de diamètre le plus petit possible, sauf en chirurgie et en maternité où l'on choisira un diamètre suffisant pour réaliser une évacuation rapide et complète.

2) Les poches de recueil

Les poches de recueil ou sacs collecteurs doivent impérativement être stériles **et** connectés à la sonde urinaire stérile au moment du sondage. Le dispositif peut être présenté sous forme de kit pré-scellé (à préférer) ou bien être assemblé avant le geste. Certaines poches peuvent être équipées d'un robinet de vidange ou d'un pré-découpage de la poche afin de pouvoir la vider.

Le respect du système clos limite le risque d'infection pour le patient et de contamination de l'environnement par projections.

Il est fortement conseillé de ne pas utiliser les poches conditionnées non stériles livrées en vrac et dont l'intérieur est en théorie stérile mais dont la fermeture peut avoir été déconnectée lors du stockage ou du transport.

3) les champs stériles

Pour garantir l'asepsie, un champ de table et un grand champ fendu stériles sont nécessaires. Ils peuvent être conditionnés sous forme d'un set de sondage, comme pour le sondage à demeure.

III – REALISATION DU SONDAGE EVACUATEUR

1) Vérification de la prescription médicale

La réalisation d'un sondage évacuateur stérile doit faire l'objet d'une prescription médicale, datée et signée. Le choix de la taille de la sonde est fait en fonction de l'indication du sondage évacuateur.

2) Préparation du matériel

- Produit pour la désinfection des mains
- Utilisation d'un set de sondage stérile à privilégier
- Masque chirurgical si réalisation du sondage en salle d'accouchement, après rupture des membranes

Matériel pour la toilette urogénitale

- Gants à usage unique non stériles (application des précautions standard)
- Gant de toilette à usage unique ou propre
- Serviette propre
- Savon antiseptique compatible avec l'antiseptique utilisé pour le sondage
- Bassin ou protection absorbante
- Eau stérile

Matériel pour l'antiseptie :

- Compresses stériles
- Antiseptique pour muqueuse : molécule de référence PVP iodée (sauf enfant de moins de 30 mois) ou Dakin

Matériel pour le sondage :

- Set de sondage ou à défaut champ de table stérile + grand champ fendu stérile (1m X 1m),
- Gants stériles
- Kit pré-connecté ou sonde vésicale stérile pré lubrifiée / sac collecteur stérile
- Il est fortement déconseillé d'utiliser une sonde non pré-lubrifiée.
- Anesthésique local en mono dose stérile si prescription. Il peut être instillé dans l'urètre par le méat urinaire après l'antiseptie. Un temps d'action de cinq minutes, au moins, est nécessaire.

3) Information et installation du patient

Dans son domaine de compétence, l'opérateur vérifie la compréhension des informations reçues par le patient et les complète si nécessaire afin d'obtenir sa coopération.

Il installe le patient en décubitus dorsal :

- homme : cuisses légèrement écartées et allongées
- femme : jambes écartées et fléchies

Il veille au respect de l'intimité pendant toute la durée du geste (portes et fenêtres fermées).

4) Toilette urogénitale et antiseptie

- Désinfection hygiénique des mains par friction
- Préparation du matériel
- Installation du patient sur le bassin ou la protection absorbante

- Port de gants non stériles
- Toilette uro-génitale large (savonnage, rinçage soigneux et séchage) :
 - Chez **la femme** : de haut en bas en allant de la région génitale à la région anale
 - Chez **l'homme** : le prépuce est décalotté puis nettoyé de l'avant à l'arrière du méat en allant vers la partie distale.
- Antiseptie **du méat** (changement de gants ou utilisation d'une pince)
 - Application du produit antiseptique à l'aide de compresses stériles selon la même technique que le nettoyage (la pratique de projection de l'antiseptique est proscrite). L'opérateur n'utilise jamais deux fois la même compresse.
 - Pour l'adulte et l'enfant attendre le séchage spontané ; chez le prématuré réaliser après le sondage vésical un rinçage puis séchage par tamponnement.
 - Chez la femme en cas d'écoulement vaginal, mettre au préalable un tampon au niveau de la région vaginale.

Remarque : chez l'enfant de moins de 30 mois, il est recommandé d'utiliser un savon liquide mono dose puis de rincer à l'eau stérile et de sécher minutieusement par tamponnement avec des compresses stériles, et de préférer le Dakin comme antiseptique..

5) Sondage

Disposer sur le champ de table stérile le matériel nécessaire au sondage.

- **Installation du champ fendu sur le patient.**
- **Vidange vésicale**
 - Désinfection hygiénique des mains par frictions
 - Port de gants stériles
 - Si l'utilisation d'un kit pré-connecté n'est pas possible : **adapter la sonde pré-lubrifiée au sac collecteur**
 - Introduction de la sonde vésicale par le méat urinaire jusqu'à apparition d'urine dans le sac collecteur en position déclive
 - Retrait lent de la sonde à la fin de l'écoulement d'urine
 - Afin de limiter les risques locaux d'irritation, rinçage de l'antiseptique à l'eau stérile et essuyage du méat avec une compresse stérile.

- En cas d'impossibilité à faire progresser la sonde, il convient de ne pas insister et de prévenir le médecin.
 - Lorsque l'écoulement d'urine est supérieur à 500 cc, il est conseillé de clamber la sonde et de vider la vessie par étapes.
 - Si par erreur, l'orifice vaginal est cathétérisé, il faut changer impérativement la totalité du système (sonde et sac collecteur) avant le deuxième essai.

6) En fin de sondage évacuateur

- Vidange de la poche en fonction des consignes données par le fournisseur (coin prédécoupé, robinet ...)
- Evacuation des déchets dans le respect des filières de tri
- Retrait des gants
- Désinfection hygiénique des mains par frictions.
- Réinstallation du patient

7) Traçabilité du sondage évacuateur

Les éléments suivants sont consignés dans le dossier du patient ou la fiche de surveillance et de suivi :

- Date et heure du sondage
- Charrière (taille) et type de la sonde
- Aspect et quantité des urines
- Nom du soignant
- Anesthésique si utilisé

8) Prélèvements

Le prélèvement d'urines est réalisé de manière aseptique dans un flacon stérile.

Responsables

Le sondage évacuateur des urines est un acte effectué par un(e) infirmier (ère) sur prescription médicale ou par une sage-femme.

Pour en savoir plus

Société Française d'hygiène Hospitalière (SFHH). Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. 2010.

HICPAC. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. 2009. 368 pages. (NosoBase n°25568)

Société Française d'hygiène Hospitalière (SFHH). Guide des bonnes pratiques de l'antisepsie chez l'enfant. Mai 2007, 45 pages. (NosoBase n°18843)

Queuille E, Girard R. Qu'est ce qui favorise l'infection urinaire de la femme accouchant par voie basse sous analgésie péridurale? HygièneS. 1999;VII:432-433.

Fournel I, Tiv M, Hua C, Soulias M, Astruc K, Aho LS. Randomisation and sample size for clinical audit on infection control. J Hosp Infect. Dec 2010;76(4):292-295.

Recommandations pour l'hygiène des mains. Hygiènes. 2009;XVII(3):1-240 (téléchargeable à l'adresse : http://www.sf242h.net/publications-SF242H/SF242H_recommandations_hygiene-des-mains-2009.pdf accédé le 2003/2002/2011).

Bologna RA, Tu LM, Polansky M, Fraimow HD, Gordon DA, Whitmore KE. Hydrogel/silver ion-coated urinary catheter reduces nosocomial urinary tract infection rates in intensive care unit patients: a multicenter study. Urology. Dec 1999;54(6):982-987.

Cardenas DD, Hoffman JM. Hydrophilic catheters versus noncoated catheters for reducing the incidence of urinary tract infections: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. Oct 2009;90(10):1668-1671.

Schumm K, Lam TB. Types of urethral catheters for management of short-term voiding problems in hospitalized adults: a short version Cochrane review. Neurourol Urodyn. 2008;27(8):738-746.

Kunin CM, Finkelberg Z. Evaluation of an intraurethral lubricating catheter in prevention of catheter-induced urinary tract infections. J Urol. Dec 1971;106(6):928-930.

Kunin CM, McCormack RC. Prevention of catheter-induced urinary-tract infections by sterile closed drainage. N Engl J Med. May 26 1966;274(21):1155-1161.

Thornton GF, Andriole VT. Bacteriuria during indwelling catheter drainage. II. Effect of a closed sterile drainage system. JAMA. Oct 12 1970;214(2):339-342.