

fiche info soignant

FICHE CRÉÉE : AVANT 2012

DERNIERE MISE A JOUR : JUIN 2024

Information à destination des professionnels de santé

ÉPREUVE DE DÉSONDAGE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ TRAVAILLANT EN STRUCTURE HOSPITALIÈRE, EHPAD, HAD ET À DOMICILE

L'épreuve de désondage est réalisée chez un patient porteur de sonde vésicale dans les suites d'une rétention aigue d'urine. L'épreuve de désondage est réalisée après prescription médicale. Cette épreuve s'effectue généralement après la prise en charge du facteur précipitant ayant provoqué cette rétention aigue d'urine (fécalome, constipation, infection, cause médicamenteuse...).

Lorsqu'une hypertrophie bénigne de la prostate est présente, la prescription d'un traitement par alpha-bloquant est généralement réalisée 48 à 72 heures avant l'épreuve de désondage.

Retrait de la sonde vésicale le plus tôt possible dans la journée (de préférence avant 9h du matin).

Plus la sonde est retirée tôt dans la journée, plus le recul pour vérifier la reprise des mictions sera important.

Il n'est pas recommandé de clamber la sonde vésicale avant l'épreuve de désondage. Il n'est pas recommandé de remplir la vessie avec du sérum physiologique avant le retrait de la sonde en dehors des épreuves de désondage en hôpital de jour.

Stimuler le patient à s'hydrater de façon régulière et en quantité adaptée (1,5 à 2L d'eau entre 8h et 17h).

Demander au patient de boire 1 à 2 verres d'eau par heure. Le mettre en garde aussi bien contre une hydratation insuffisante ainsi qu'une hydratation excessive.

Lorsque l'épreuve de désondage est réalisée en structure hospitalière : une surveillance de la reprise des mictions est à réaliser en quantifiant les volumes mictionnels et les résidus post-mictionnel (RPM) à l'aide d'une échographie portable (ex : Bladder-scan®). Il est important d'avoir le relevé des mictions pour évaluer correctement le RPM.

Lorsque l'épreuve de désondage est réalisée à domicile : il faut s'assurer que le patient relève ses volumes mictionnels et qu'un rendez-vous est fixé pour lui avec un médecin le jour même. En cas de non reprise de mictions, de douleurs ou d'hyperthermie le patient doit consulter en urgence.

La surveillance a pour objectif de s'assurer d'une reprise mictionnelle avec une vidange vésicale satisfaisante.

L'objectif de la surveillance est avant tout de s'assurer de l'absence de récurrence de rétention aiguë d'urine. La définition de la rétention aiguë d'urines étant une impossibilité totale et brutale d'uriner malgré la réplétion vésicale. Elle est accompagnée d'une envie pressante et douloureuse d'uriner.

La surveillance a aussi pour objectif de s'assurer d'une reprise mictionnelle avec une vidange vésicale satisfaisante. On considère un résidu post mictionnel comme significatif s'il dépasse 1/3 du volume vésical initial.

Il est important d'obtenir au moins 3 mictions et 3 évaluations du RPM.

Le protocole suivant peut être proposé :

- Si le patient reprend des mictions spontanées satisfaisantes (volume > 150 ml) et si :
 - Le RPM est < 150 ml : arrêt de la surveillance.
 - Le RPM est compris entre 150 ml et 300 ml : poursuite de la surveillance
 - Le RPM est > 300 ml : remettre une sonde et contacter le médecin
- Si le patient ne reprend pas de mictions spontanées suffisantes (volume < 150 ml) :
 - Si le RPM est < 150 ml, surveiller et stimuler à boire
 - Si le RPM est entre 150 ml et 300 ml : continuer à surveiller et contacter le médecin
 - Si le RPM est > 300 ml : resonder et contacter le médecin