




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

## Prise en charge des patients avec sonde vésicale à demeure au long cours : enquête auprès des médecins généralistes du Limousin<sup>☆</sup>

Management of patients with long term indwelling catheter: Survey of Limousin general practitioners

E. Valgueblasse<sup>a,\*</sup>, J. Berger<sup>a</sup>, A. Roux<sup>b</sup>, X. Plainard<sup>a</sup>,  
J.-P. Dumas<sup>a</sup>, A. Descazeaud<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie urologique et andrologique, CHRU Dupuytren, CHU de Limoges, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France

<sup>b</sup> Département de médecine générale, faculté de médecine, 2, rue du Dr-Marcland, 87025 Limoges cedex, France

Reçu le 10 avril 2011 ; accepté le 27 juillet 2011  
Disponible sur Internet le 13 octobre 2011

### MOTS CLÉS

Sonde vésicale ;  
Long cours ;  
Prise en charge ;  
Médecine générale

### Résumé

**Objectif.** — Évaluer la prise en charge des patients ayant une sonde vésicale (SVLC) au long cours (> 1 mois) par les médecins généralistes (MG).

**Méthode.** — Un auto-questionnaire, composé de 12 questions à choix multiples et une question ouverte, a été adressé à 603 médecins généralistes libéraux, concernant leur prise en charge des patients avec SVLC. L'étude monocentrique a été menée entre mars et mai 2010.

**Résultats.** — Deux cent vingt-huit questionnaires ont été analysés provenant de 126 MG (55 %) urbains et 102 MG ruraux (45 %). Les MG suivaient en moyenne 1,3 patients avec SVLC. La sonde vésicale (SV) était changée soit par les MG (23,2 %), soit par un urologue (23,7 %) soit par une infirmière (53,1 %). Les SV étaient majoritairement changées toutes les quatre semaines (59 %). Des soins locaux quotidiens étaient prescrits par 64,5 % des MG. Parmi les MG, 42,5 % préféraient des poches urinaires stériles. Une majorité de MG faisaient changer la poche collectrice quotidiennement (56,1 %), et ne faisaient faire d'examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) qu'en cas d'infection symptomatique (58,3 %). Cinquante pour cent des MG se disaient demandeurs de recommandations précises pour prendre en charges les SV. Les MG ruraux suivaient en moyenne plus de patients avec SV, avaient moins recours aux poches stériles, et avaient moins souvent recours à un urologue.

<sup>☆</sup> Niveau de preuve : 5.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : WEMLeddy.valgueblasse@wanadoo.fr (E. Valgueblasse).

**KEYWORDS**

Indwelling catheter;  
Long term;  
Management;  
General medicine

*Conclusion.* – La gestion des patients ayant une SVLC était hétérogène et dépendait du mode d'exercice des MG. Certaines pratiques apparaissaient éloignées des recommandations disponibles. Ce travail pourrait constituer une base pour l'élaboration d'un document d'information destiné aux MG.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary**

*Objective.* – To evaluate the management of patients with long-term (> 1 month) indwelling catheter by general practitioners (GP).

*Patients and methods.* – A self-questionnaire was sent to 603 regional GP, between March and May 2010. It was composed of 12 multiple-choice questions and one open question, about management of their patients with indwelling catheter.

*Results.* – Two hundred and twenty-eight self-questionnaires were analyzed: 126 (55%) from urban GP and 102 (45%) from rural GP. On average, each GP managed 1.3 patients with long term indwelling catheter (> 1 month). The catheters were changed by the GP, urologists, and nurses in 23.2, 23.7, and 53.1%, respectively. In a majority of cases, catheters were changed every 4 weeks (59%). Nursing cares were prescribed by 64.5% of GP. Prescribed drainage bags were sterile in 42.5%. Most of GP reported to prescribe a daily change of drainage bag (56.1%). Urine analysis as performed only in case of symptomatic urine infection by 58% of respondents. Fifty percent of GP required guidelines for the management of patients with long term indwelling catheter. Rural GP managed significantly more patients with indwelling catheter, prescribed fewer sterile drainage bags, made change the drainage bag less often, and required the help of urologist less frequently.

*Conclusion.* – Management of long term indwelling catheter was heterogeneous among GP, and varied according to rural or urban practice. Some used significantly differed from available practice guidelines. This survey could be a basis for the preparation of an informative document aimed at GP.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

Le sondage vésical (SV) à demeure permet l'écoulement continu de l'urine sur une période plus ou moins prolongée. Le sondage vésical est dit au long cours (SVLC) lorsque sa durée dépasse 28 jours. Il est évité autant que possible mais est une solution palliative de prise en charge de l'incontinence urinaire et des rétentions d'urine réfractaires. Une collaboration entre médecins généralistes (MG), infirmiers et urologues est alors indispensable dans la gestion des SVLC car les complications rencontrées sont fréquentes. Nous avons observé préalablement des pratiques hétérogènes et une certaine perplexité parmi les MG confrontés à la prise en charge de tels patients. Les recommandations actuelles s'appliquent à tout type de SV, mais ne concernent pas spécifiquement la gestion des SVLC. Or, le contexte des SVLC est souvent très différent de la situation d'un patient sondé pour une durée de quelques jours à quelques semaines. La SVLC est une solution palliative qui s'adresse à une population de patients ayant des co-morbidités nombreuses et un état général souvent altéré. Il nous paraissait donc informatif de focaliser notre enquête sur la population de patients avec SVLC.

Afin de mieux connaître les pratiques médicales et d'identifier les éventuels problèmes rencontrés, nous avons interrogé les MG d'une région française sur leur mode de prise en charge des patients ayant une SVLC.

**Patients et méthode****Description de l'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective, monocentrique, à type d'étude de pratiques, sur un mode déclaratif et anonyme, conduite auprès des MG du Limousin, menée entre mars et mai 2010.

L'objectif principal de l'étude était d'analyser les pratiques des MG du Limousin pour la prise en charge des patients avec SVLC quelle qu'en soit l'indication. Seuls les patients vivant à domicile ou en maison de retraite ont été évalués, en dehors de toute hospitalisation au long cours. Les objectifs secondaires étaient de comparer les pratiques des MG exerçant en secteur urbain ou semi-urbain à celles des MG exerçant en secteur rural. L'étude reposait sur un auto-questionnaire anonyme préalablement distribué à dix MG pour tester son intérêt et la clarté des questions. Puis, nous l'avons plus largement distribué aux MG de Haute-Vienne, Corrèze et Creuse. La liste quasi-exhaustive des MG a été obtenue auprès de l'union régionale des médecins libéraux du limousin (URML). Il a été envoyé un total de 603 questionnaires, accompagnés chacun d'une lettre explicative et d'une enveloppe affranchie.

**Le questionnaire**

Ce questionnaire était composé de 13 items dont 12 à choix multiples et une question ouverte. Les dix premières

questions évaluaient les pratiques des MG pour la prise en charge des patients avec SVLC, tout sexe confondu. La onzième question évaluait le besoin des MG à avoir recours au service d'urologie pour ces patients. Les douzième et treizième questions les interrogeaient respectivement, sur leur besoin d'informations et sur leur mode d'exercice.

## Recueil des données et analyse statistique

L'analyse des résultats a été réalisée de façon descriptive et les pratiques ont été comparées selon le mode d'exercice (urbain et semi-urbain, d'une part, et rural, d'autre part). Nous avons utilisé le test statistique de Student pour comparer les variables quantitatives et le test de  $\chi^2$  pour comparer les variables qualitatives. Le seuil statistique de significativité était de 0,05.

## Résultats

### Taux de participation

Le taux de participation était de 37,8% (228 questionnaires reçus et analysés). Sur l'ensemble des MG répondants, 126 exerçaient en milieu urbain ou semi-urbain (MU) (55%) et 102 en milieu rural (MR) (45%).

Chaque MG a indiqué le nombre de patients ayant une SVLC qu'il suivait au moment de l'enquête. En moyenne, les MG suivaient 1,3 patients avec des extrêmes allant de 0 à 12.

### Personne en charge du changement de sondage vésical

Le changement de la SVLC était assuré par un MG dans 23,2% (53) des cas, par un urologue dans 23,7% (54) des cas et par une infirmière dans 53,1% (121) des cas.

### Fréquence de changement des sondages vésicaux

La fréquence rapportée de changement de SVLC était de deux, quatre, six et huit semaines dans respectivement 7,4% (17), 59,2% (135), 15,4% (35) et 10,6% (24) des cas. Pour 17 MG (7,4%), il n'y avait pas de rythme régulier de changement.

### Prescription de soins infirmiers locaux

Parmi les MG, 64,5% (147) prescrivait systématiquement des soins locaux, 27,6% (63) selon l'hygiène du patient et 7,9% (18) n'en prescrivait pas.

### Types de poches collectrices utilisées

Si le patient n'était pas grabataire (*performance status* < 4), 142 MG (62,3%) prescrivait une poche de jour de 500 mL avec attache à la jambe remplacée le soir par une poche de nuit de 1500 mL. Des poches uniques de 1500 mL étaient prescrites par 34 MG (14,9%) alors que 43 MG (18,8%)

prescrivait une poche de jour de 500 mL avec attache à la jambe et branchement en série le soir d'une poche de nuit de 1500 mL.

### Utilisation de poches stériles ou non stériles

Les poches collectrices prescrites par les MG étaient obligatoirement stériles pour 42,5% d'entre eux (97) et non stériles pour 38,2% (87). Parmi les MG, 19,3% (44) prescrivait indifféremment les deux types de poche.

### Changement des poches collectrices

Les poches de drainage étaient changées quotidiennement par 128 MG (56,1%), voire deux fois par semaine pour 59 MG (25,9%). Les poches étaient changées une fois par semaine, deux fois par mois, au moment du changement de sonde ou indifféremment, par respectivement 10,1% (23), 1,7% (4), 3,1% (7) et 3,1% (7) des MG.

### Prescription d'examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) de contrôle

Cent trente-trois MG (58,3%) prescrivait un ECBU de contrôle uniquement en cas d'infection urinaire symptomatique, alors que un MG (0,4%) le faisait une fois par semaine, 12 MG (5,2%) deux fois par mois, 50 MG (22%) une fois par mois, 25 MG (11%) avant le changement de SV et six MG (2,6%) ne prescrivait jamais d'ECBU.

### Attitude en cas d'examen cyto-bactériologique des urines positif sans symptôme (bactériurie)

En cas d'ECBU contaminé sans symptôme d'infection urinaire (IU), l'attitude des MG était un changement de la SVLC avec prescription d'antibiotiques dans 23,2% des cas (53), un traitement antibiotique sans changement de SVLC dans 14,5% des cas (33), un ECBU de contrôle huit jours plus tard sans traitement dans 23,7% des cas (54) ou de ne rien faire dans 35,5% des cas (81).

### Attitude en cas d'examen cyto-bactériologique des urines positif et de symptômes (IU)

En présence d'un ou plusieurs symptômes (douleur vésicale, fièvre, urines purulentes, douleurs lombaires ou génitales) associés à un ECBU positif, la majorité des MG (153 ; 67,1%) préconisaient le changement de SVLC avec une antibiothérapie.

En revanche, 17,5% d'entre eux (40) prescrivait des antibiotiques sans changement de SVLC, et 14,5% (33) adressaient le patient à un urologue. À noter, qu'un MG préconisait une simple surveillance.

## Prise en charge des changements de sondage vésical au long cours et des prescriptions par un urologue

Parmi les MG, 26,3 % (60) ont émis le souhait d'une prise en charge des changements de SVLC et des prescriptions par un urologue.

### Informations et recommandations

Parmi les MG, 50 % (54 % des MU et 44 % de MR) se disaient demandeurs d'informations et de recommandations précises pour prendre en charge les SVLC.

### Mode d'exercice et résultats

Le nombre moyen de patients ayant une sonde vésicale à demeure suivis était significativement plus élevé chez les MG exerçant en milieu rural que chez les MG exerçant en milieu urbain ou semi-urbain (1,7 versus 1,1 ;  $p=0,008$ ).

Les MR utilisaient significativement moins de poches stériles que les MU (14,9 % versus 27,6 % ;  $p=0,004$ ) et le changement des poches collectrices était significativement moins fréquent chez les MR que chez les MU (36 % versus 64 % ;  $p=0,03$ ). Les MR avaient significativement moins recours à un urologue pour le changement de SVLC (7,9 % versus 18,4 % ;  $p=0,006$ ), adressaient significativement moins souvent les patients avec SVLC à l'urologue en cas d'infection symptomatique (3,1 % versus 11,4 % ;  $p=0,02$ ) et étaient significativement moins demandeurs d'un changement de SVLC par un service d'urologie ( $p=0,002$ ). Pour les autres items, il n'a pas été retrouvé de différence significative selon le mode d'exercice.

## Discussion

Cette enquête a permis d'objectiver les pratiques des MG concernant la prise en charge des patients ayant une SVLC. Plusieurs de ces pratiques sont apparues hétérogènes et éloignées des recommandations des sociétés savantes. Le mode d'exercice rural ou urbain avait une influence sur les pratiques des MG.

La première indication du SVLC est la rétention vésicale, qu'elle soit liée à une obstruction sous-vésicale ou à une hypoactivité vésicale, après échec des traitements médicaux ou chirurgicaux. En cas de rétention vésicale chronique résistante aux traitements, le SV intermittent est recommandé car moins morbide que le sondage à demeure. Pourtant, comme il l'a été décrit chez des patients neurologiques, le sondage intermittent est souvent abandonné à terme car il n'est pas toujours réalisable [1]. La SV reste alors une alternative palliative durable dont les complications sont multiples, au premier rang desquelles l'IU [2]. La seconde indication est l'incontinence urinaire après échec des autres traitements ou encore pour la prise en charge d'escarre sacrée. Précisons que dans ces indications, l'étui pénien doit pouvoir faire éviter l'utilisation de SV chez l'homme. Dans ces deux indications, les populations âgées, sans prédominance de genre, sont particulièrement concernées par le SVLC [3,4].

Un tiers des médecins interrogés a répondu au questionnaire. Ce taux de réponse était comparable à celui obtenu dans d'autres enquêtes françaises du même type. Par exemple, dans une étude descriptive d'évaluation des pratiques auprès de MG du Maine-et-Loire concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate, les auteurs ont rapporté un taux de réponse aux questionnaires de 25 % [5]. Une étude auvergnate sur le dépistage du cancer de prostate avait en revanche rassemblé plus de réponse, sans relance de questionnaire : 49,1 % [6]. Dans une enquête auprès de médecins du Minnesota, à propos de la prise en charge des SV, le taux de réponse était de 9 % (toutes spécialités confondues) [7].

Le taux de réponse était élevé alors que modestement, les MG suivaient en moyenne 1,3 patients avec SVLC. On peut supposer que chaque patient avec SVLC constitue une réelle difficulté de prise en charge pour les MG.

Selon l'enquête, les SVLC étaient changées par une infirmière dans plus de la moitié des cas. La pose et le retrait d'une SV sont des gestes réalisés sur prescription médicale [8]. Chez l'homme, la présence d'un médecin est nécessaire lors du premier sondage. Le changement par une infirmière est donc tout à fait autorisé. Il est d'ailleurs très répandu dans les pays anglo-saxons.

La fréquence rapportée de changement était de deux, quatre, six et huit semaines dans respectivement 7,4 %, 59,2 %, 15,4 %, et 10,5 % des cas, ce qui reflétait une réelle hétérogénéité des pratiques. Selon les recommandations de la Société de pathologie infectieuse de la langue française (SPILF) et de l'AFU 2002, le changement routinier et programmé de la sonde n'est pas préconisé [9]. D'autres recommandations internationales encouragent le changement régulier des SV avant survenue des complications chez le patient neurologique sondé au long cours [10,11]. Certains médecins interrogés rapportaient faire changer les SV uniquement lorsqu'elles se bouchaient, d'autres proposaient un changement systématique toutes les semaines à tous les mois. Dans une étude randomisée, il y avait moins d'IU symptomatiques en cas de changement de SV mensuel par rapport aux changements en cas d'obstruction ou d'infection. Cependant, l'échantillon dans cette étude était faible et le type de SV utilisé n'était pas mentionné [12]. D'autres références internationales insistent sur le peu de consensus concernant le délai de changement des sondes urinaires et précisent que le changement doit être dicté par des facteurs individuels (fuites, blocages) [13]. Enfin, les recommandations actuelles préconisent le changement de SV sans couverture antibiotique sauf en présence d'une infection symptomatique [9].

Une majorité de MG faisait changer la poche collectrice quotidiennement (56,1 %), prescrivant indifféremment des poches collectrices stériles ou non. Il y a là un décalage majeur par rapport aux recommandations [9]. Dans notre enquête, 62,3 % des MG répondants prescrivaient une poche de jour remplacée le soir par une poche de nuit (système non clos). À l'inverse, 18,8 % des MG prescrivaient un système clos consistant soit à ne pas changer de poche soit à brancher une poche de nuit en série sur la poche de jour. Le principe du drainage vésical en système clos est ancien et a été évalué au cours des années 1960. Il a été prouvé que le système clos diminuait le risque de bactériurie lors des sondages de courte durée [14]. Depuis, ce principe a été repris

dans les recommandations de prise en charge de SV. On peut néanmoins douter de ce dogme en ce qui concerne les SVLC, puisque dans ce cas précis la bactériurie est quasi systématique [15]. Il serait peut-être intéressant de comparer l'incidence des complications infectieuses et obstructives dans la population des patients ayant une SVLC selon que le changement de poche collectrice est quotidien ou que le système clos est strictement respecté.

La bactériurie asymptomatique est fréquente dès l'instant où une SV est mise en place : 20 à 50% des patients sont bactériuriques au bout d'une semaine de sondage et jusqu'à 100% au bout d'un mois [15]. Le taux d'IU vraie est finalement acceptable, aux alentours de 10% chez les sondés à demeure et la relation entre IU sur SVLC et mortalité n'est pas clairement établie [16]. Il faut remarquer que la plupart des études à ce sujet sont anciennes et ne tiennent souvent compte que des patients sondés en milieu hospitalier [17,18]. Les études portant spécifiquement sur les patients avec SVLC manquent.

Le traitement des IU chez le patient sondé est assez consensuel. Chez le patient sondé ou non, la colonisation urinaire ne doit pas faire l'objet d'un traitement antibiotique systématique par les antibiotiques [9]. Les recommandations des sociétés savantes, pour la prise en charge des patients avec SV varient en fonction du caractère symptomatique (fièvre, hématurie, rétention urinaire, douleurs scrotales ou douleurs lombaires) ou non de la bactériurie [13]. Pour plus d'un tiers des MG répondus de notre étude, la prise en charge des colonisations urinaires était donc inadaptée. Dans une autre étude prospective qui avait pour but d'évaluer la prise en charge de patients colonisés, 50% des prescriptions d'antibiotiques étaient inadaptées [19].

Une antibioprophylaxie ne permet pas de diminuer l'incidence des épisodes fébriles ou la sévérité de la bactériurie. Elle n'est donc pas recommandée en routine, pas plus que les lavages vésicaux [10,11]. De plus, un traitement antibiotique favorise la sélection de germes multirésistants [20]. Il n'a pas été montré qu'un traitement antibiotique chez un patient asymptomatique diminuait sa morbi-mortalité [21]. Les instillations d'antiseptiques ou d'antibiotiques n'ont également pas fait la preuve de leur efficacité.

Dans notre étude, la prise en charge des IU symptomatiques consistait à débiter une antibiothérapie et à changer la SVLC, pour 67,1% des MG. Cette attitude était en accord avec les recommandations de 2002 [9].

Dans une revue de la littérature, l'utilisation des cathéters sus-pubiens par rapport aux SVLC diminuerait la bactériurie, les IU et les risques d'obstruction et augmenterait la tolérance des patients, notamment en cas de prescription d'anti-cholinergiques et de respect des soins élémentaires [22]. Plus récemment, une étude rétrospective, sur 179 blessés médullaires avec drainage urinaire au long cours comparant SVLC et cathéter sus-pubien, n'avait pas montré de réelle différence en termes de complication entre les deux systèmes [23]. Des centres de rééducation à travers le monde considèrent le cathétérisme sus-pubien comme un moyen sûr et efficace dans la prise en charge au long terme des vessies neurologiques, tandis que d'autres équipes de référence, fortes de leur expérience prétendent le contraire. Le cathéter sus-pubien est donc un concurrent à la SV, peu répandu en France. Cependant, le changement de

ce dispositif n'est pas toujours aisé au domicile des patients, et les fuites urinaires fréquentes peuvent altérer la qualité de vie des patients. Enfin, si le sondage intermittent est possible, l'emploi du cathétérisme sus-pubien n'est pas recommandé au long cours en cas de vessie neurologique [10,11].

Dans notre étude, nous n'avons pas interrogé les médecins sur le type de SV qu'ils utilisaient ou prescrivaient à leurs patients avec SVLC. Dans ce domaine, les SV de Foley en silicone sont préférables [10,11] car mêmes si elles ne diminuent pas la bactériurie, elles garantissent une moindre incrustation. Ces sondes sont parfois moins bien tolérées que les sondes en latex car plus rigides [24].

Nous avons observé des différences significatives dans les pratiques des MG en fonction de leur mode d'exercice : les MG ayant une activité rurale, par rapport aux autres suivaient en moyenne plus de patients porteurs de SV, avaient moins recours aux poches collectrices stériles et les faisaient changer moins souvent, adressaient moins souvent les patients à l'urologue en cas d'infection symptomatique, et avaient moins souvent recours à l'urologue pour assurer les changements de SV. Les différences observées montrent que les pratiques des MG ne dépendent pas uniquement des recommandations des sociétés savantes mais aussi des modalités d'exercice et des contraintes inévitables que cela entraîne.

Sur la base des recommandations publiées pour la gestion des SV [9,10,11,13] et des données de notre enquête, nous avons élaboré des conseils pratiques aux MG pour la prise en charge des patients ayant une SVLC (Annexe 1).

Plusieurs limites, dans notre étude, doivent être soulignées. Nous n'avons pas interrogé les MG sur les indications de SVLC et sur leur prise en charge de certaines complications des SVLC telles que l'incontinence urinaire autour de la SV, ou le refend longitudinal du méat urétral. Néanmoins, il s'agit de questions plus spécifiques et de problèmes rares et leur analyse aurait nécessité de considérablement allonger le questionnaire au risque de voir le taux de réponse s'abaisser.

## Conclusion

Cette enquête a mis en évidence des pratiques de MG hétérogènes et parfois éloignées des recommandations des sociétés savantes en matière de gestion des patients ayant une SVLC. Il nous est apparu, au travers de cette enquête qu'une information claire serait utile aux MG. Sur la base de notre expérience, nous avons élaboré des conseils pratiques destinés aux MG pour la prise en charge des patients ayant une SVLC. Après validation par un comité d'experts, ces conseils pourraient évoluer vers des recommandations de bonne pratique.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Annexe 1. Conseils pratiques aux médecins généralistes pour la prise en charge de patients avec sonde vésicale à demeure au long cours.

Le sondage vésical au long cours est adopté lorsque les solutions alternatives sont inenvisageables. À tout moment, cette indication peut être rediscutée avec l'urologue, le patient et son entourage.

Après cinq ans de port d'une SV, une consultation urologique annuelle est nécessaire pour détecter la survenue d'un éventuel carcinome vésical. Pour toute question relative à la prise en charge d'un patient avec sonde vésicale au long cours, prenez contact avec l'urologue référent.

### Matériel

- Les sondes siliconées de petit diamètre (CH 14 à 18) doivent être proposées en priorité.
- Il n'y a en théorie pas lieu de changer régulièrement la poche collectrice principale pour respecter le système clos. Cette poche est stérile et dotée d'un système anti-reflux.
- En cas d'utilisation de poche de 500 mL avec un système d'attache à la jambe, une seconde poche pourra être connectée en série sur la première, pour la nuit, par le patient lui-même ou par une tierce personne.
- Rien ne doit entraver l'écoulement des urines.

### Changement et suivi

- Le changement de sonde vésicale est entrepris par une infirmière ou un médecin en respectant constamment les conditions d'asepsie (champ stérile, gants stériles et solution antiseptique adaptée aux muqueuses). Le sondage en système clos avec du matériel stérile s'impose.
- Le changement de la SV peut être effectué par un médecin ou une infirmière. Le délai des changements de sonde sera adapté au cas par cas ; il sera nécessaire si la sonde est obstruée ou en cas d'infection urinaire avérée.
- Des soins quotidiens doivent être réalisés pour le nettoyage de la sonde et du méat urétral à l'eau et au savon par le patient lui-même ou une tierce personne.
- Le patient devra avoir une diurèse supérieure à 1,5 L/jour.
- La rééducation par clampage n'a pas fait la preuve de son utilité.
- En cas d'hyperactivité vésicale, un traitement spécifique pourra être proposé.

### Colonisation et infection urinaire

- Aucune mesure n'évite la colonisation bactérienne chez le patient sondé au long cours.
- Antibio prophylaxie et irrigations avec ou sans antiseptique doivent être abandonnés.
- Un ECBU ne sera réalisé qu'en cas de suspicion d'infection urinaire symptomatique (fièvre, douleurs génitales ou lombaires, fuites inexplicables). L'ECBU ou la bandelette urinaire réguliers ou au changement de sonde sont superflus.
- En cas d'infection urinaire symptomatique confirmée par ECBU, un traitement antibiotique à large spectre sera prescrit pour une durée de cinq à sept jours, voire dix à 14 jours pour les orchio-épididymites ou pyélonéphrite ou 21 jours pour les prostatites, et la sonde sera changée également.
- En cas de colonisation urinaire, un traitement antibiotique est requis si le patient est immunodéprimé ou porteur d'une prothèse valvulaire cardiaque, ou avant un geste endoscopique urinaire ou une intervention chirurgicale.

## Références

- [1] Cameron AP, Wallner LP, Tate DG, Sarma AV, Rodriguez GM, Clemens JQ. Bladder management after spinal cord injury in the United States 1972 to 2005. *J Urol* 2010;184(1):213–7.
- [2] Moore KN, Fader M, Getliffe K. Long-term bladder management by intermittent catheterisation in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;7(4):CD006008.
- [3] Kohler-Ockmore J, Feneley RC. Long-term catheterization of the bladder: prevalence and morbidity. *Br J Urol* 1996;77(3):347–51.
- [4] Khan AA, Mathur S, Feneley R, Timoney AG. Developing a strategy to reduce the high morbidity of patients with long-term urinary catheters: the BioMed catheter research clinic. *BJU Int* 2007;100(6):1298–301.
- [5] Bigot P, Vannier F, Orsat M, Lebdaï S, Huez J-F, Fanello S, et al. Évaluation des pratiques des médecins généralistes du Maine-et-Loire concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Prog Urol* 2010;20:65–70.
- [6] Guy L, van de Steene E, Védrine N, Teissonnière M, Boiteux JP. Étude de pratique des médecins généralistes concernant le dépistage individuel du cancer de la prostate. *Prog Urol* 2008;18:46–52.
- [7] Drekonja DM, Kuskowski MA, Johnson JR. Foley catheter practices and knowledge among Minnesota physicians. *Am J Infect Control* 2010;38:694–700.
- [8] Décret : n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Direction des Journaux Officiels, Paris.
- [9] Conférence de consensus de la SPILF (Société de pathologie infectieuse de langue française) et AFU (Association française d'urologie) : infections urinaires nosocomiales de l'adulte. 2002.
- [10] Abrams L, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. Health Publication Limited, London, Vol. 2. Management 2005;17:1059–162.
- [11] Chartier-Kastler E, Ruffion A. Prise en charge urologique des vessies neurogènes. *Prog Urol* 2007;17:475–509.

- [12] Priefer BA, Duthie EH, Gambert SR. Frequency of urinary catheter change and clinical urinary tract infection. Study in hospital-based, skilled nursing home. *Urology* 1982;20(2):141–2.
- [13] Tenke P, Kovacs B, Bjerklund Johansen TE, Tambyah PA, Naber KG. European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *Int J Antimicrob Agents* 2008;31(Suppl. 1):S68–78.
- [14] Thornton GF, Andriole VT. Bacteriuria during indwelling catheter drainage. Effect of a closed sterile drainage system. *JAMA* 1970;214:339–42.
- [15] Warren J, Bakke A, Desgranchamps F, Naber KG, Pechere JC, Kumazawa J, et al. Catheter-associated bacteriuria and the role of biomaterial in prevention. Nosocomial and health care associated infections in urology. Plymouth, UK: Health Publications Ltd; 2001 [p. 153–76].
- [16] Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. *Int J Antimicrob Agents* 2001;17:299–303.
- [17] Gross PA, Van Antwerpen C. Nosocomial infections and hospital deaths. A case-control study. *Am J Med* 1983;75:658–62.
- [18] Bueno-Cavanillas A, Delgado-Rodriguez M, Lopez-Luque A, Schaffino-Cano S, Galvez-Vargas R. Influence of nosocomial infection on mortality rate in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1994;22:55–60.
- [19] Dalen DM, Zvonar RK, Jessamine PG. An evaluation of the management of asymptomatic catheter-associated bacteriuria and candiduria at The Ottawa Hospital. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2005;16:166–70.
- [20] Bjork DT, Pelletier LL, Tight RR. Urinary tract infections with antibiotic resistant organisms in catheterized nursing home patients. *Infect Control* 1984;5:173–6.
- [21] Niel-Weise BS, van den Broek PJ. Antibiotic policies for short-term catheter bladder drainage in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;3:CD005428.
- [22] Feifer A, Corcos J. Contemporary role of suprapubic cystostomy in treatment of neuropathic bladder dysfunction in spinal cord injured patients. *Neurourol Urodyn* 2008;27:475–9.
- [23] Katsumi HK, Kalisvaart JF, Ronningen LD, Hovey RM. Urethral versus suprapubic catheter: choosing the best bladder management for male spinal cord injury patients with indwelling catheters. *Spinal Cord* 2010;48(4):325–9.
- [24] Lawrence EL, Turner IG. Materials for urinary catheters: a review of their history and development in the UK. *Med Eng Phys* 2005;27(6):443–53.