	Référentiel institutionnel médico-soignant	Référence : HUG_000000085
	Approbateur : ROULIN Marie-Jose	Version n° 1.2
Protocole relatif à l'ablation de sonde à demeure		
Processus : Prise en charge du patient	Sous-processus : Prise en charge médico-soignante	Approuvé le 25/01/2024

1. Définitions

La pose d'une sonde transurétrale à demeure (SAD) représente un des gestes les plus couramment pratiqués en milieu hospitalier et concerne entre 20 et 25% des patients hospitalisés en Suisse. (1)

Les sondes vésicales à demeure sont une source d'infection urinaire potentielle bien connue dans la mesure où elles sont facilement colonisées par des germes de la région périnéale, fécaux ou cutanés.

La présence d'une sonde vésicale peut accroître le risque de bactériurie de 3 à 7% par jour de port et on estime qu'après 30 jours, une bactériurie est présente dans 100% des cas. Un quart des patients et patientes porteuses de sonde va présenter une infection des voies urinaires et parmi eux 3 à 5% vont développer une bactériémie. (1, 2)

Les conséquences des infections des voies urinaires ou des évènements associés au cathétérisme vésical ne sont pas anodines. Elles nécessitent une prise en charge et un traitement spécifiques, prolongent le séjour hospitalier et entraînent des coûts supplémentaires. (2)

Les complications non infectieuses sont courantes et presque aussi fréquentes que les infections : érosions, escarres ou fistules de l'urètre et du méat urinaire ; sténoses urétrales ; fausse-route ; hématurie ; obstruction de la sonde ; fuites urinaires et cancer de la vessie. (3)

Il a été démontré qu'avec des interventions spécifiques, il est possible de diminuer sensiblement la fréquence et la durée du sondage vésical. En parallèle, les risques d'infections et de lésions sont réduits d'autant.(4)

En Suisse, le programme pilote national « progress La sécurité dans le sondage vésical» a été développée par Sécurité des patients Suisse et Swissnoso et mis en place entre 2016-2018 dans sept hôpitaux pilotes. Il a fait ses preuves, ce pourquoi sa diffusion et son application à grande échelle sont recommandées dans tous les hôpitaux. (5)

Ce projet est basé sur la devise : plus sûr, plus court, plus rare.

2. Domaine d'application et portée

Patientes et patients hospitalisés adultes porteurs d'une sonde urinaire à demeure.

3. Rôles et responsabilités

L'indication au maintien, changement ou retrait de la SAD est évaluée chaque jour par l'équipe médico-soignante. La pose ou le retrait est un acte médico-délégué qui est effectué sur prescription médicale écrite et la cause doit être documentée dans le dossier du ou de la patiente.

4. Algorithme décisionnel du maintien ou du retrait de sonde vésicale

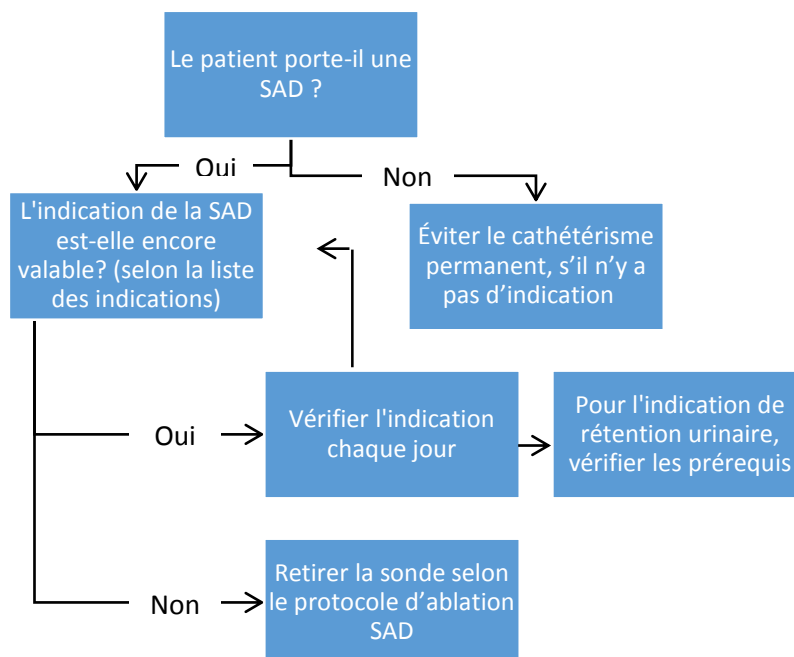


Figure 1 l'algorithme est adapté de Züllig, 2016 (1)

Liste des indications d'une pose de sonde à demeure (5;6)

1. Rétention urinaire : favoriser le sondage intermittent. Sonder uniquement si rétention aiguë ou rétention chronique symptomatique.
2. Bilan hydro-urinaire : surveillance de la diurèse horaire chez la ou le patient en état critique.
3. Utilisation périopératoire : longue intervention chirurgicale (>4h), chirurgie urologique ou autre chirurgie réalisée sur des structures adjacentes au tractus urogénital, besoin de surveiller la diurèse durant l'intervention, anesthésie épidurale/péridurale.
4. Escarre avec incontinence : assistance à la cicatrisation d'escarre ou de plaies sacrées ou périnéales ouvertes chez le patient incontinente, s'il n'y a aucune alternative.
5. Soins palliatifs, immobilisation prolongée : lorsque les alternatives sont impossibles et selon le souhait du patient.

Contrôler les facteurs favorisant la rétention urinaire avant l'ablation de la sonde

- La constipation +/- fécalome.
- Les médicaments favorisant la rétention urinaire (anticholinergiques, morphiniques, neuroleptiques ...).
- Hypertrophie de la prostate.
- Il est souhaitable que le degré de mobilité soit suffisant pour effectuer des transferts seul ou accompagné (sur chaise percée ou WC).

5. Description du protocole

1. Retrait de la sonde dès 6 heures du matin (pour permettre une surveillance diurne).
2. Assurer une hydratation régulière, en quantité adaptée au ou à la patiente. Voir les proposés au
3. [Tableau 1](#)

Heure	1500 ml/24h	2000 ml/24h	2500 ml/24h
06 h 00	100 ml	100 ml	100 ml
08 h 00	300 ml	400 ml	500 ml
10 h 00	200 ml	200 ml	300 ml
12 h 00	200 ml	300 ml	400 ml
14 h 00	200 ml	200 ml	300 ml
16 h 00	150 ml	200 ml	200 ml
17 h 00			200 ml
18 h 00	150 ml	300 ml	200 ml
20 h 00	120 ml	200 ml	200 ml
23 h 00	80 ml	100 ml	100 ml

Tableau 1 – 3 Schémas d'hydratation entérale répartis sur 24h, en fonction du volume d'hydratation souhaité

4. La surveillance et la prise en charge sont adaptées pour chaque patiente et patient, et dépendent de la reprise ou non de la miction et de l'évolution du volume vésical, selon l'algorithme détaillé dans la Figure 2 (8). Le volume vésical est contrôlé régulièrement par échographe portable (US vésical, par ex : Bladder-scan®). Pour l'utilisation du Bladder-scan se référer à la procédure de soins HUG: « mesure non traumatique du volume de la vessie » (7).

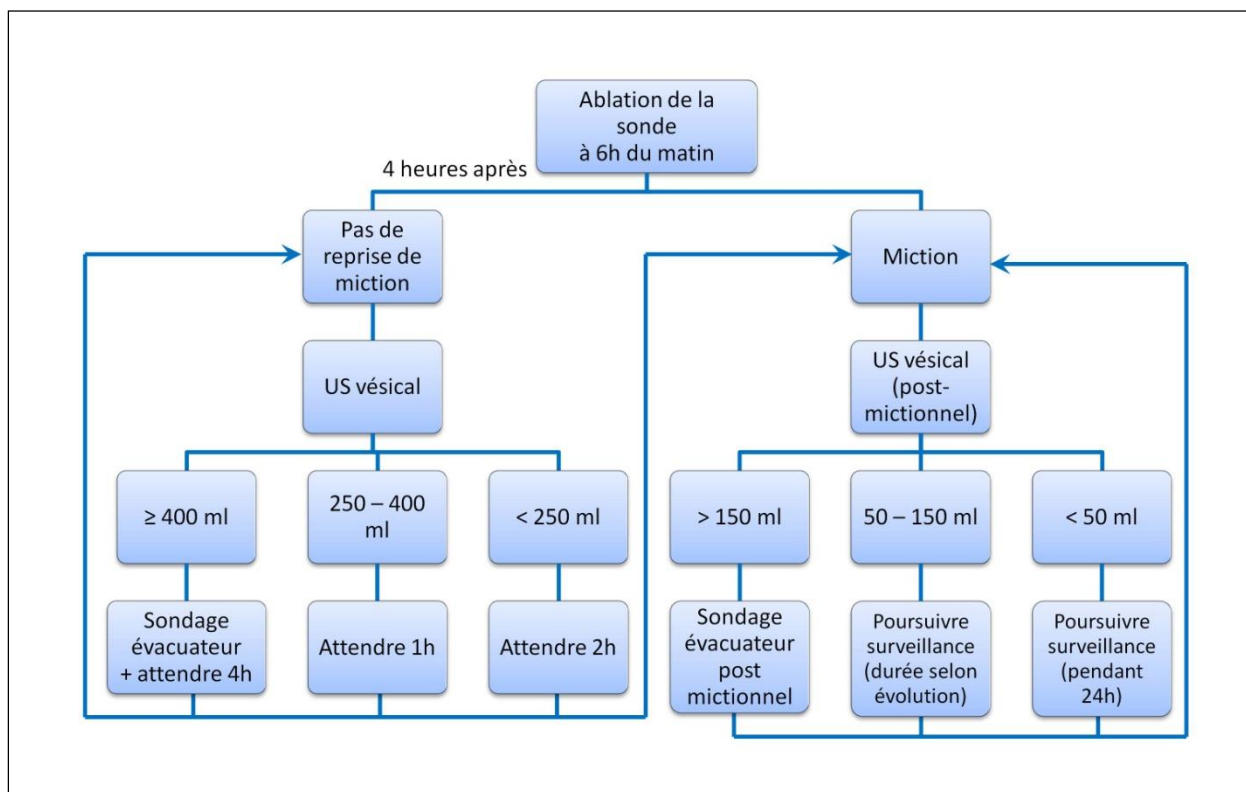


Figure 2 - Algorithme d'ablation de la sonde vésicale en fonction de la reprise mictionnelle

Le volume vésical pré ou post mictionnel au-dessus duquel le sondage évacuateur est réalisé, pourrait être modifié en fonction du sexe et du contexte clinique de la ou du patient.

5. En cas de persistance de la rétention urinaire complète ou partielle (résidu post-mictionnel significatif), 24h à 48 h après l'ablation, une décision du mode de prise en charge doit être prise en fonction de la situation médicale du ou de la patiente : sondage à demeure, sondage intermittent ou tolérance du résidu.
6. Documentation de la surveillance et des résultats, dans le Dossier Patient Intégré (DPI).

6. Références

1. Züllig S. Recours ciblé à la sonde vésicale: plus rare, plus court, plus sûr Bull Med Suisses 2016;97(46):0. 2016;97(46):1604.
2. Nicolle LE. Catheter associated urinary tract infections. Antimicrobial resistance and infection control. 2014;3:23.
3. Hollingsworth JM, Rogers MA, Krein SL, Hickner A, Kuhn L, Cheng A, et al. Determining the noninfectious complications of indwelling urethral catheters: a systematic review and meta-analysis. Annals of internal medicine. 2013;159(6):401-10.
4. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA, Healthcare Infection Control Practices Advisory C. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Infection control and hospital epidemiology. 2010;31(4):319-26.
5. Züllig S, Mascherek A. La sécurité dans le sondage vésical. Suisse FSdp, editor. Zurich: Druckfabrik, Zurich; 2016.
6. Meriah MH, Sauvan V, S. H. Sondage vésical en système clos - sondage évacuateur Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève; 2018 [updated 29.10.2018; cited 2020].
7. Alvarez-Ceyssat R, M.H. M, Iselin C. Mesure non traumatique du volume de la vessie Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève; 2014 [cited 2020].
8. Kassouha A, Schnider A. [Lower urinary tract disorders in brain-damaged patients]. Revue medicale suisse. 2020;16(692):907-10.

7. Auteurs

GOGNIAT Véronique, infirmière spécialiste clinique, direction des soins
KASSOUHA Ammar, médecin adjoint responsable d'unité, service de neurorééducation
JACQUES Marie-Claire, précédemment médecin adjointe, service de gériatrie
SAUVAN Valérie, infirmière spécialiste clinique, service prévention et contrôle de l'infection

8. Relecture et validation

DALLENBACH Patrick, médecin adjoint agrégé responsable d'unité, service de gynécologie
DELANNOY Jacques, infirmier, service d'urologie
FENNER Vanessa, médecin associée, service d'urologie
GROS Delphine, infirmière, service de neuroéducation
HUDRY Christine, infirmière responsable d'unité, département de réadaptation et gériatrie
MERIAH Habib, infirmier responsable d'unité, service d'urologie
SERAPHIN Marie-Andrée, précédemment infirmière spécialiste clinique, direction des soins
SOLIER Nadia, infirmière spécialisée, service de médecine interne et de réadaptation SMIR, Loex Bellerive
VUAGNAT Hubert, médecin responsable - direction des soins
Référentiel Médico-Soignant (RMS)

Cette procédure est placée sous la responsabilité de la Direction des soins et de la Direction médicale et qualité des HUG. Elle s'adresse à tous les professionnels et professionnelles de la santé travaillant aux HUG et, à titre informatif, au public dans un souci de partage de connaissances.

Les HUG déclinent expressément toute responsabilité en cas d'utilisation inappropriée ou illicite de ce document hors des HUG.