

Cette fiche a été rédigée par la **Section Française d'Urologie pédiatrique (S.F.U.P.)**, dans le cadre de la **Société Française de Chirurgie Pédiatrique (S.F.C.P.)**, pour vous informer sur l'intervention d'urologie pédiatrique qui va être réalisée chez votre enfant.

Y sont exposées les raisons de l'acte opératoire que va effectuer le chirurgien, son déroulement, les conséquences habituelles, ainsi que les risques et complications possibles.

Cette fiche ne remplace pas les informations, particulières que vous donne le chirurgien qui a pris en charge votre enfant.

SECTION FRANCAISE D'UROLOGIE PEDIATIQUE



SONDAGES URINAIRES INTERMITTENTS CHEZ L'ENFANT

Les sondages urinaires intermittents permettent de vider la vessie par l'introduction d'une sonde urinaire (petit tuyau) plusieurs fois par jour. Cette sonde est retirée après la vidange vésicale. Cette technique de soin est maintenant régulièrement proposée chez le garçon et la fille, quelque soit l'âge, pour préserver le haut appareil urinaire et/ou assurer la continence urinaire lors de maladies très diverses. L'autosondage (l'enfant se sonde seul) n'est envisageable qu'à partir de 8-10 ans. Avant 8 ans, l'hétérosondage (sondage par une tierce personne) est la règle, même si l'enfant peut coopérer.

Pourquoi proposer des sondages urinaires à un enfant ?

La vidange vésicale insuffisante, conduit, comme chez l'adulte, à des troubles de la continence à l'effort et à des infections urinaires basses. Le sondage intermittent est en pédiatrie une alternative reconnue pour vider une vessie complètement et à basse pression, permettant alors de faire disparaître infections et fuites urinaires.

Si les pressions dans la vessie pendant le remplissage et la miction sont élevées, le risque de **détérioration du haut appareil (reins – uretères)** est important, du fait de l'écoulement difficile de l'urine, du rein vers la vessie. Pyélonéphrite aiguë (infection du rein avec de la fièvre), reflux vésico-urétéral (l'urine « remonte » de la vessie vers le rein) et dilatation des voies excrétrices, sont alors des

indications aux sondages intermittents lorsque "l'obstacle" à l'évacuation des urines est vésico-urétral (vessie et sphincter).

Les sondages sont dans ces cas, souvent associés à un traitement médicamenteux visant à calmer une vessie trop active : le réservoir vésical à basse pression est vidée régulièrement et complètement par sondage 4 à 6 fois dans la journée. L'alternance « vidange – réplétion » vésicale permet le plus souvent l'obtention d'une continence sociale et contribue à protéger l'appareil urinaire (dilatation, insuffisance rénale). Quand les sondages sont indiqués, nous déconseillons à l'enfant de chercher à avoir des mictions spontanées qui n'ont aucune vertu rééducative.

Les pathologies qui amènent à proposer le sondage intermittent sont :

- les vessies neurologiques congénitales ou acquises
- l'ensemble des "malformations urinaires congénitales" reconstruites chirurgicalement (extrophies vésicales, épispadias, méga vessies, régressions caudales de type cloaque) et les vessies de valves de l'urètre postérieur chez le garçon qui se conduisent comme des vessies neurologiques.
- les troubles mictionnels fonctionnels avec dysurie (difficulté à uriner) en cas de retentissement sur le haut appareil avec ou sans insuffisance rénale pour lever l'obstacle sous-vésical que représente la dyssynergie vésico-sphinctérienne (contraction du sphincter pendant la miction).

Modalités et mise en place pratique des sondages intermittents.

L'indication médicale du sondage est expliquée à l'enfant et à ses parents au cours d'une **consultation médicale** si possible en présence de l'infirmière qui assure l'éducation aux sondages intermittents, permettant à chacun d'entendre le même discours et d'éclaircir certains points.

- Le cathétérisme urinaire intermittent peut se faire par **voie urétrale** ou par un **orifice de vésicostomie** étanche, lorsque le méat urétral est difficile d'accès ou difficile à cathétériser.
- Les sondes utilisées sont le plus souvent des **sondes auto lubrifiées** (sondes au revêtement assurant une lubrification maximale), les sondes pré lubrifiées (sondes sèches vaselinées) pouvant être proposées aux fillettes ou lors de sondages par vésicostomie étanche.
- Les sondages proposés sont des **sondages propres** et non stériles puisque pratiqués toutes les 3-4 heures : en effet, selon le principe de Lapidès, une vessie vidée régulièrement « n'a pas le temps » de s'infecter.
- Les sondages urinaires intermittents sont pratiqués par une tierce personne chez le petit enfant avant l'âge de 7-8 ans : ce sont les **hétéro sondages**. **L'auto sondage** n'est envisageable chez l'enfant qu'à partir de 8-10 ans : même si l'enfant possède la technique du sondage auparavant, les parents s'assurent de leur régularité et apportent leur aide lors de lassitude passagère.

- Le médecin contacte le médecin de la collectivité où vit l'enfant (crèche, école) pour établir un projet d'accueil individualisé établi par le médecin scolaire et l'équipe enseignante. Cette démarche médicale est indispensable pour l'acceptation raisonnée du soin sur le lieu de vie et l'intégration de l'enfant.

La **consultation infirmière** qui devrait suivre, est un moment d'écoute important permettant d'évaluer les capacités de compréhension, l'état émotionnel, les capacités physiques et la motivation de l'enfant et de sa famille. Une motivation incertaine de l'enfant peut faire différer l'éducation aux auto-sondages ou hétérosondages.

Cette consultation devrait permettre à l'infirmière de connaître le mode de vie familial pour introduire au mieux ce soin dans la vie quotidienne et en permettre la réalisation sur le long terme.

Les **outils pédagogiques** utilisés sont adaptés à l'âge et au sexe : planches anatomiques, livret d'apprentissage, cassette vidéo, miroir pour le repérage du méat urinaire chez la fille.

L'infirmière référente enseigne l'**hygiène** nécessaire aux sondages propres, volontairement simplifiée pour optimiser la compliance au traitement : toilette périnéale lors de la douche quotidienne, lavage des mains avant chaque sondage.

L'infirmière référente présente tout le **matériel** existant de sondes et retient celui utilisé avec aisance. Elle l'adapte pour permettre le sondage en toutes circonstances : sondage nocturne, absence de point d'eau (toilettes à l'école), absence de toilette, sortie "nature"...

La technique

- l'hétérosondage est enseigné, en consultation infirmière, aux deux parents et à une (ou deux) tierce personne proche de l'enfant au quotidien : nourrice, infirmière en milieu de crèche ou scolaire...

- l'auto-sondage propre chez la fille commence par le repérage du méat urinaire à l'aide d'un miroir d'abord en position allongée puis demie assise puis assise sur les toilettes permettant la "miction" dans des conditions les plus normales possibles.

- le garçon (figure N°1) apprend à se sonder en maintenant sa verge en position au zénith sans comprimer l'urètre. L'appréhension du garçon à urètre sensible n'est pas un frein à la technique.

- une vidange vésicale complète est nécessaire à chaque « miction » : l'enfant ne doit ôter la sonde qu'à l'arrêt de l'écoulement d'urine. Pour raccourcir la durée de la « miction », le calibre des sondes est régulièrement augmenté au cours de la croissance.

En cas d'incidents, l'infirmière devrait rester joignable. Un simple conseil rassurant donné par téléphone rend possible un sondage initialement difficile.

La surveillance des urines est visuelle. La persistance d'urines troubles à 2 ou 3 sondages successifs rapprochés malgré une augmentation de la boisson, fait pratiquer un examen cytbactériologique des urines. L'association d'une fièvre supérieure à 38°5 fait craindre une pyélonéphrite aiguë: une consultation hospitalière est nécessaire.

Résultats – Echecs – Complications

- un « **bon** » **résultat** correspond à une continence urinaire totale au moins de jour, à la disparition des infections et à la stabilité ou l'amélioration radiologique du haut appareil. Dans le cas contraire, la situation urinaire doit être réévaluée pour proposer des thérapeutiques adjuvantes.

- les **complications** liées aux sondages intermittents semblent rares à la lecture des publications. Nous retenons : 1- les fausses routes urétrales chez le garçon et lors d'urètre reconstruit mais sans déplorer de sténose urétrale séquellaire. 2- les orchépidydimites (infections génitales du garçon)

Vécu des sondages intermittents.

La majorité des patients et de leur famille parle d'un bénéfice réel apporté par les sondages intermittents dans la vie quotidienne malgré l'évocation de la notion de contrainte. Les familles et les enfants semblent satisfaits de la procédure bien qu'il faille progresser dans l'information des médecins de ville et des paramédicaux libéraux.

Figures N°1 : apprentissage des auto sondages chez le garçon



a) lavage des mains



b) introduction de la sonde



c) « miction » dans les toilettes

AUTEURS DES FICHES UROLOGIE

Chirurgiens d'enfants, membres de la **S.F.U.P.**, ayant participé à la rédaction des fiches sur les interventions d'urologie pédiatrique :

AUDRY G. , Trousseau - Paris
BESSON R. , Lille
DODAT H. , Lyon
EL GHONEIMI A. . , Robert Debré
FAYAD F. , Trousseau -Paris
FORIN V. , Trousseau - Paris
GAUDIN J. , La Rochelle
GEISS S. , Colmar
GRAPIN C. , Trousseau -Paris
GUYS JM. , La Timone, Marseille
LORTAT-JACOB S., Necker - Paris
MERROT Th. , Hôpital Nord - Marseille
MICHEL JK. , Saint-Denis de la Réunion
MOOG R. , Strasbourg
STEYAERT H., Lenal - Nice
SZWARC C. , Tours
VALLA J , Lenal -Nice