




**Drainage vésicale  
Ecole de chirurgie  
le 06/12/2014**

**K.AIT SAID**

- Mr Pro 65 ans consulte aux urgences pour douleur pelvienne très intense et croissante depuis 6 heures. Cette douleur associée à une impossibilité d'uriner. vous palpez un globe et le patient vous prie de le soulager.



1-Que recherchez vous à l'examen clinique avant de drainer ce patient?

A- Prise médicamenteuse


B- Antécédents chirurgicaux

C-Pression artérielle

D-Température

E-Hématurie

- 
- Réponse:  
A-B-D-E



2-Pratiquez vous une échographie  
vésico prostatique?

A-OUI

B-NON



Réponse:

NON

Le patient n'a aucun antécédent particulier en dehors d'un tabagisme actif à 50 PA. Quelques levés nocturnes. A pris de l'aspirine pour des céphalées il y a 15 jours.

**3-Quel est votre choix pour le drainage?**

A-sonde vésicale

B-KT sus pubien

C-Restriktion hydrique

D-Je ne sais pas encore



- Réponse:

D



Le patient est apyrétique, vous décidez à un sondage vésical, après 5 centimètres, la sonde se bloque et vous progressez difficilement.

#### **4-Quelle option choisissez vous?**

A-Forcer pour tenter de franchir la sténose urétrale

B-Choisir une sonde siliconé pour franchir l'obstacle

C- Arrêter la procédure de sondage



- Réponse:

C

Malgré tous vos efforts, la tentative de sondage est infructueuse. vous décider de poser un cathéter sus pubien.

**5-Y voyez vous une contre indication?**

A- Non aucune

B- Oui, risque de tumeur de vessie

C-Oui, le globe est très important



- Réponse:

A

Vous poser finalement un cathéter sus pubien.

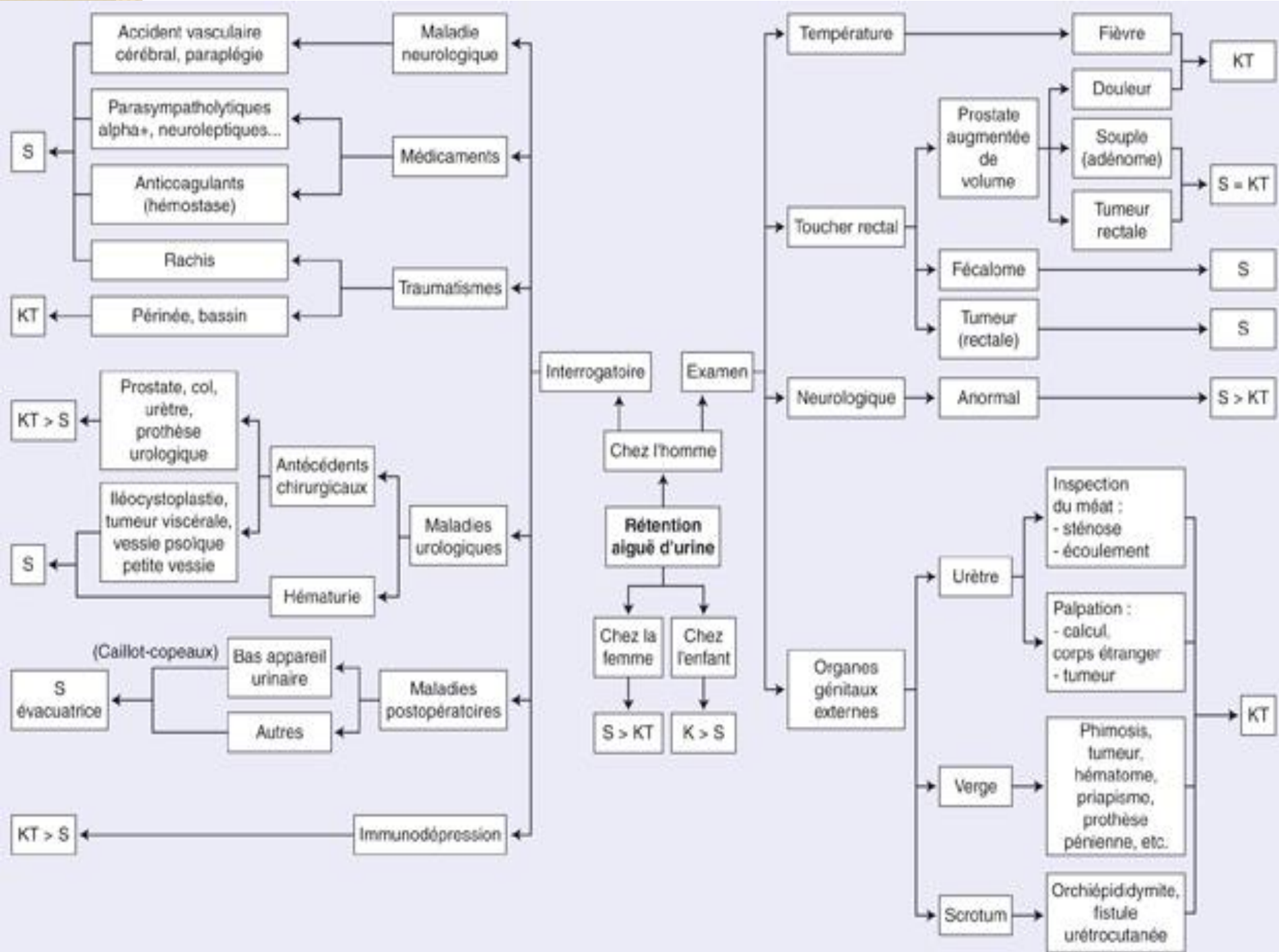
**6-A** quelles pathologies devez vous prendre garde dans les premières heures?

A-Syndrome de levée d'obstacle.

B- Une hémorragie a vacuo

C- Un syndrome confusionnel lié à la présence du cathéter

- Réponse:  
A-B





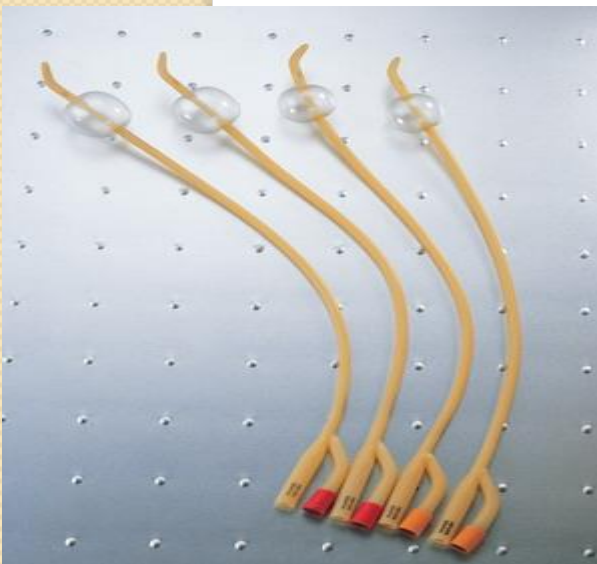
Sonde Foley ordinaire



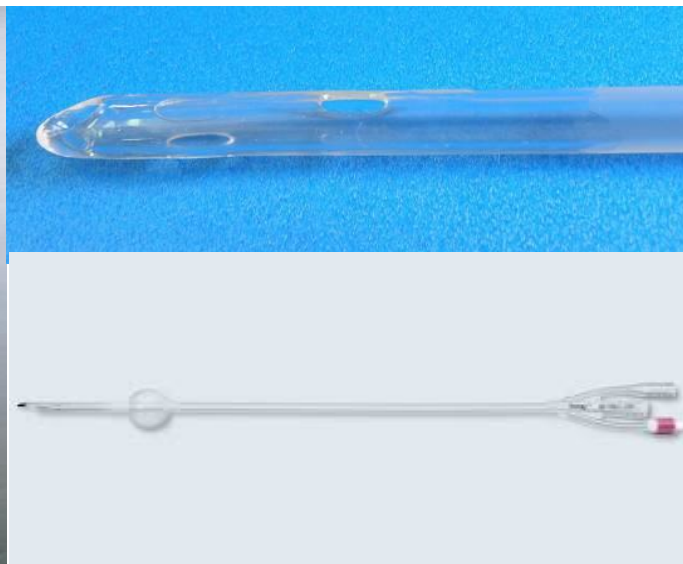
Sonde Foley à trois voie



Sonde Silastic



Sonde Tiemann



Sonde Couvelaire



Sonde Delinotte



# KT SUS PUBIEN



# KT sus pubien:

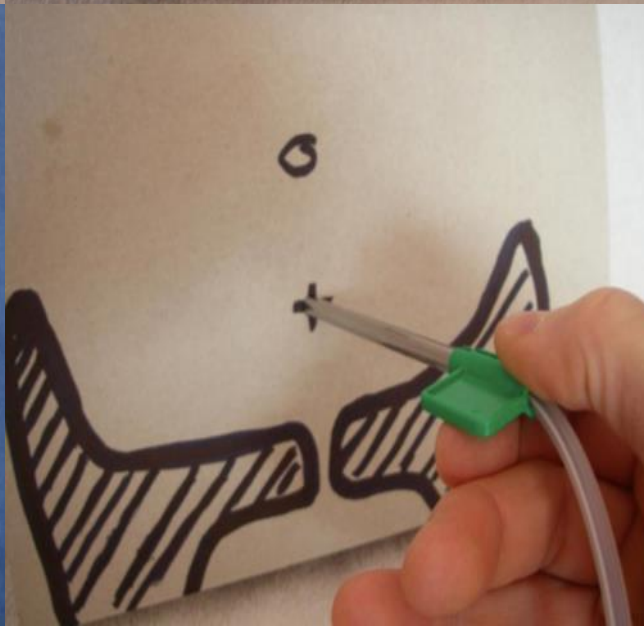
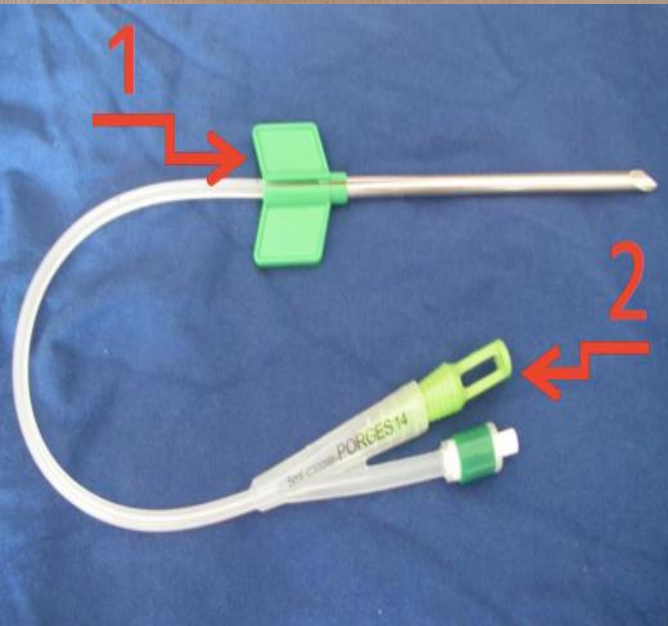
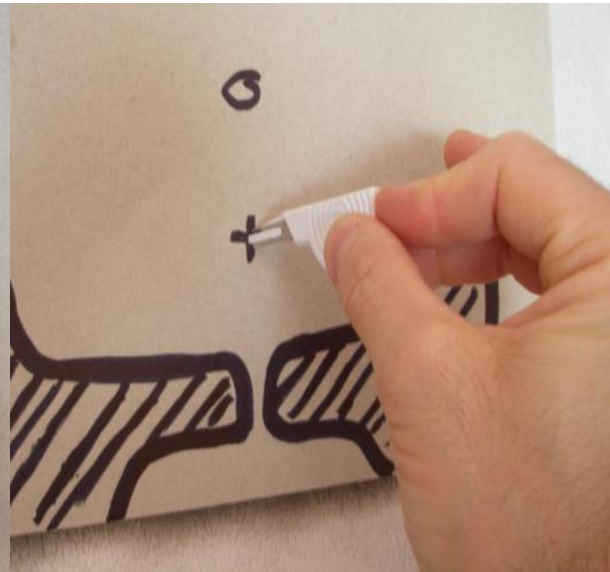
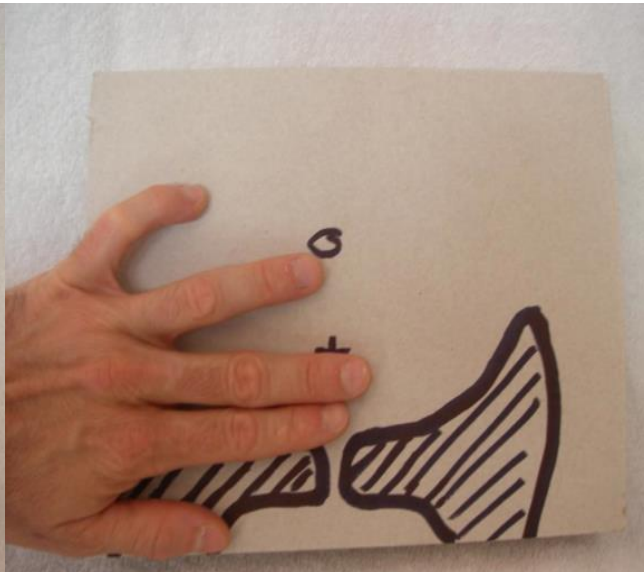
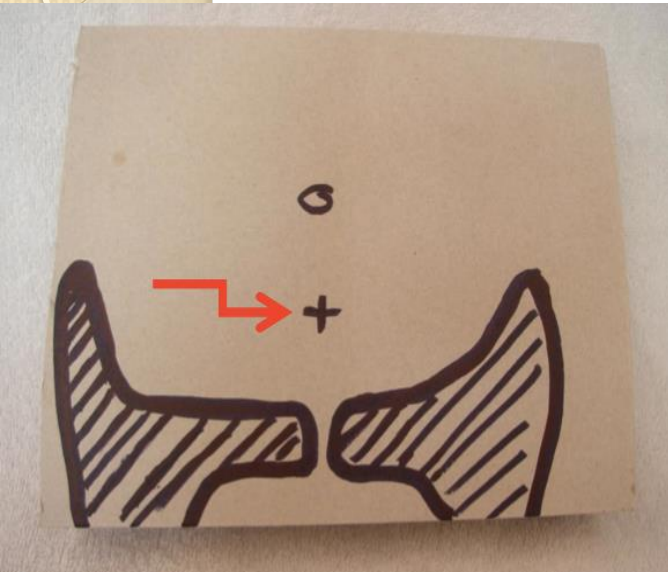
## Matériel nécessaire:

- Le cathéter et ses accessoires qui font le plus souvent partie d'un pack.
- Un champ troué, des gants stériles.
- Un bistouri à lame fine.
- Un fil à peau.
- Un flacon de Xylocaïne®, solution à 1 %.
- Une seringue de 20 ml avec une aiguille à intramusculaire (ou une aiguille à ponction lombaire)

# KT sus pubien:

- **Séquence:**
- Première toilette antiseptique de la région sus-pubienne.
- Localisation du point de ponction 2 à 3 cm au-dessus de la symphyse pubienne, en pleine matité.
- Mise en place du champ troué stérile.
- Seconde toilette antiseptique.
- Anesthésie locale
- Repérer la longueur d'aiguille introduite pour arriver jusqu'à la vessie et la mémoriser.
- Incision cutanée au point de ponction pour permettre l'entrée du cathéter.
- Insertion du trocart métallique contenant le cathéter jusque dans la vessie.
- Pousser le cathéter au maximum dans la vessie, en retirant le trocart.
- Séparation des deux parties du trocart.
- Fixation du cathéter efficace mais sans étrangler la lumière.

# KT sus pubien:



# Sondage vésical:

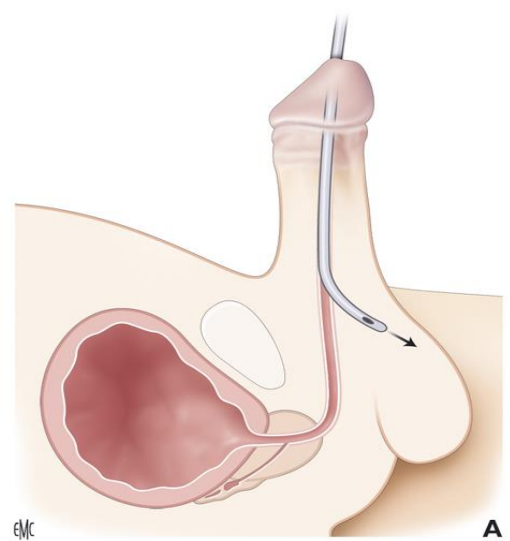
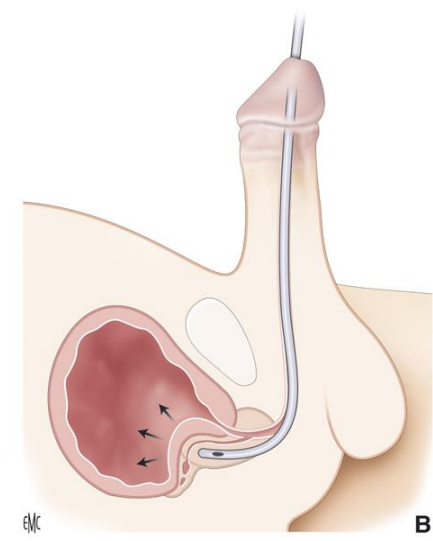
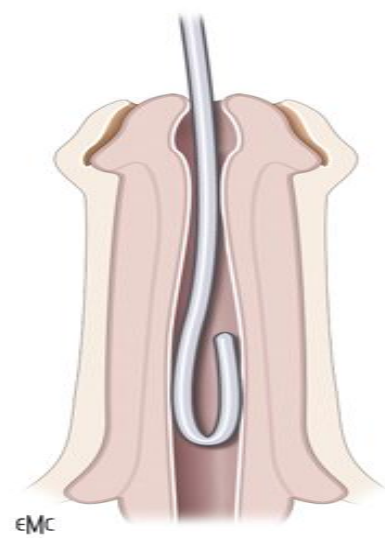
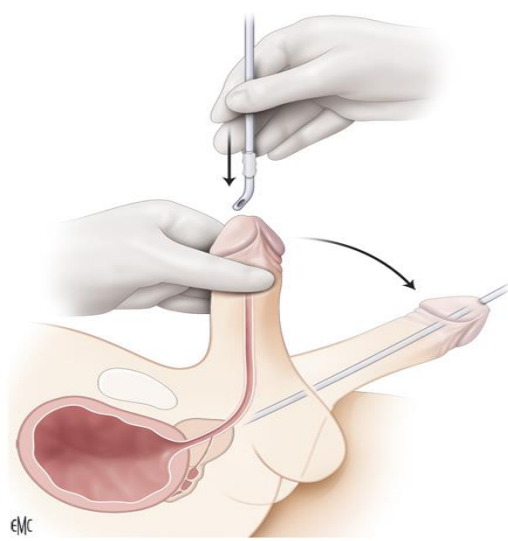
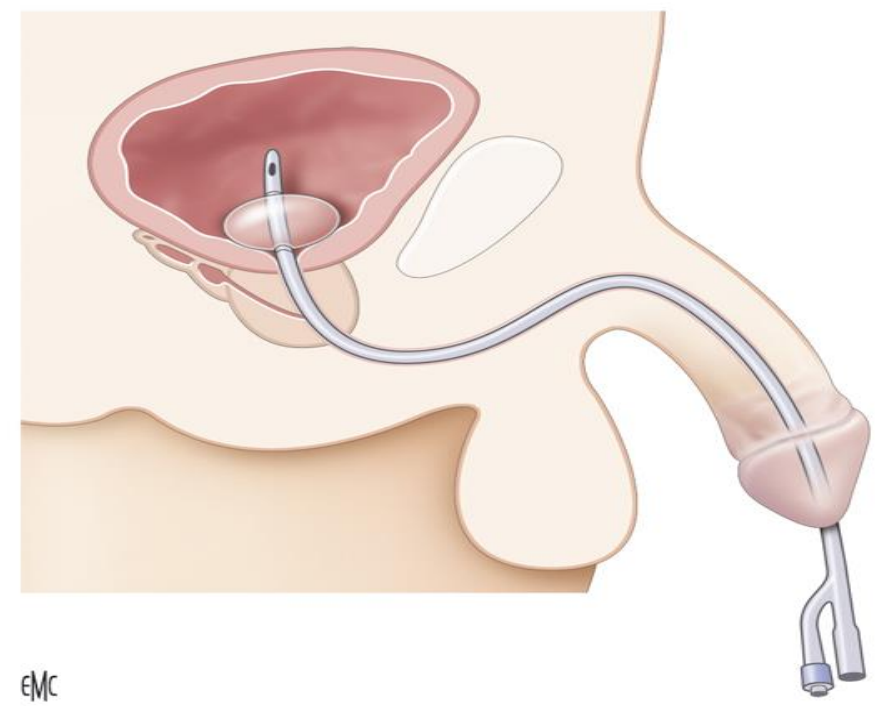
- **Matériel nécessaire:**

- Sonde vésicale et sac collecteur.
- Antiseptique de contact.
- Gel lubrifiant, éventuellement gel anesthésique.
- Compresses stériles.
- Deux paires de gants stériles.
- Champ stérile.
- Eau distillée et seringue (10 ml ou 20 ml) pour le gonflage du ballonnet.

# Sondage vésical:

- **Séquence:**
- Première toilette antiseptique.
- Mise en place du champ stérile.
- Seconde toilette antiseptique.
- Mise en place du gel intra-urétral anesthésique
- Préparation de la sonde : connexion en système clos au sac collecteur et lubrification.
- Traction du pénis au zénith à l'aide de la main non dominante.
- Introduction de la sonde ferme et prudente avec la main dominante au méat urétral
- Progression ferme et attentive de la sonde dans le canal urétral ; rentrer la sonde au maximum jusqu'à la garde chez l'homme.
- Constater l'écoulement d'urines dans le tuyau évacuateur, et seulement ensuite gonfler le ballonnet (10 à 20 ml), puis placer la sonde au col de la vessie.
- Recalotter le patient en fin de procédure
- Clamper la sonde quand 500 ml d'urines ont été récoltées.
- En cas d'échec lors de la progression dans l'urètre
- Bien vérifier que le pénis est rectifié (c'est-à-dire droit) par la main non dominante
- Épreuve de remplissage et aspiration à la seringue de 50cc

# Sondage vésical:



# Ordonnance de sortie:

- Poches de jambe 500cc UNE POCHE
- système clos
- Poche de nuit 2000cc/jours
- Attache de jambe
- Soins de sonde quotidien par IDE.
- Changement sonde toutes les 4-6 semaines si sondage à demeure.
- Sortie sous alpha bloquant: xatral, mecir, josir, urorec, , , ,
- Consultation urologue dans 10-15 jours pour sevrage de sonde





# LES DERIVATIONS URINAIRES ET LEURS COMPLICATIONS

# CLASSIFICATION:

## Drainage à demeure

Sonde vésicale

KTSP

Cystostomie sur sonde

Urétérostomie cutanée

Néphrostomie

Sonde JJ

## Pseudo-anatomiques

Bricker

Neo-vessie

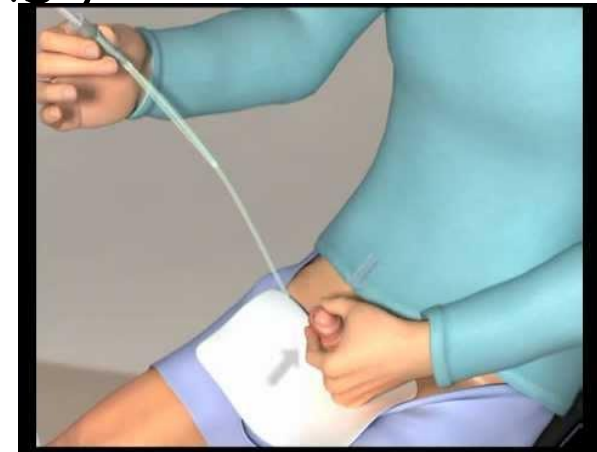
## Autres

Prothèses urétrales

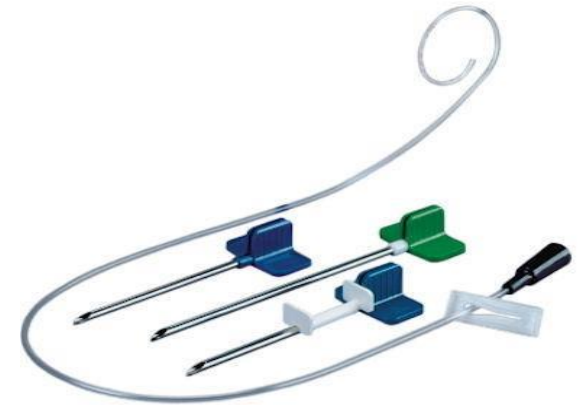
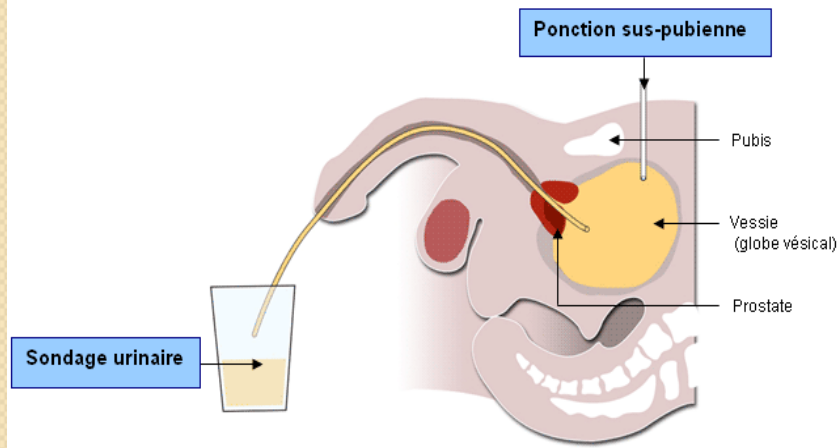
Prothèses prostatiques

# SONDE VESICALE

- Extériorisation spontanée
- Arrachée ( ballonnet gonflé )
- Hématurie
- Bactériurie +/- infection
- Dysfonctionnement ballonnet lors des changements
- Intolérance ( impériosités, fuites autour de la SAD )
- Calcifications
- Risque oncologique (SAD neurologique )
- Fausses routes
  
- Cas particulier : auto sondage  
( urétrorragie, fausse route, prostatite )

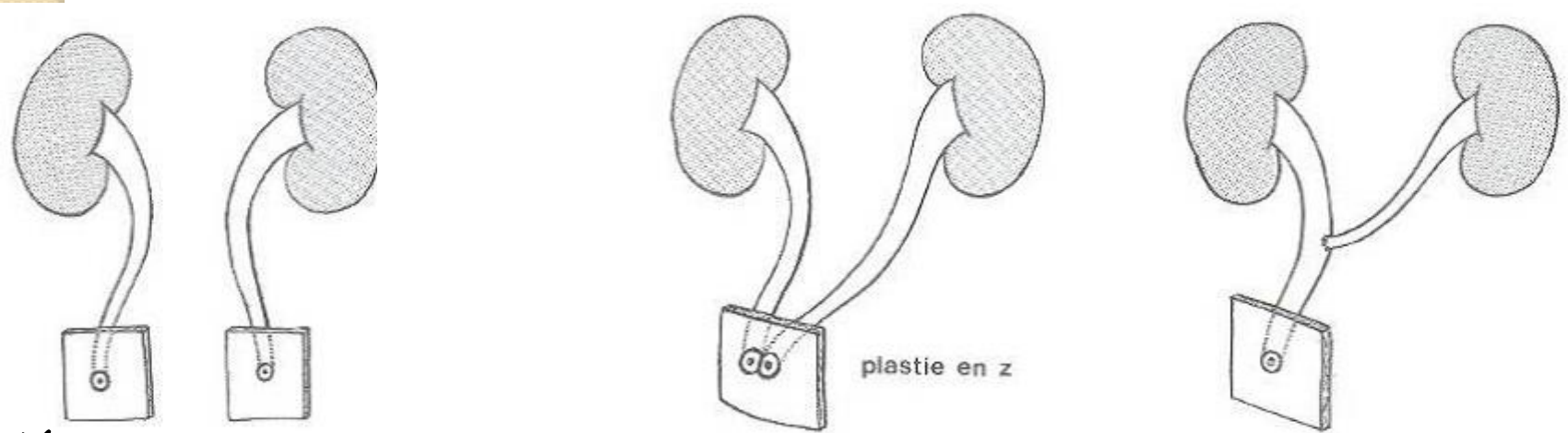


# KTSP



- Extériorisation spontanée
- Arraché
- Hématurie
- Bactériurie +/- infection
- Dysfonctionnement
- Intolérance
- Calcifications
- Perforation digestive ou extra vésical
- Fixation avec fil et aspect orifice cutané

# URETEROSTOMIE CUTANEE



Hématurie

Dysfonctionnement stent urétéral uni/bilatéral

Stents arrachés

Stents déplacés

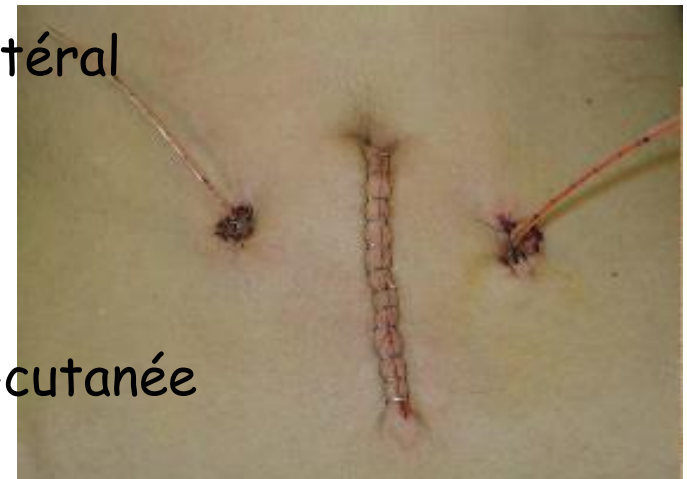
Pyélonéphrite sur sonde

Bactériurie

Sténose urétérale ou anastomose urétéro-cutanée

Mono J ou sondes droites

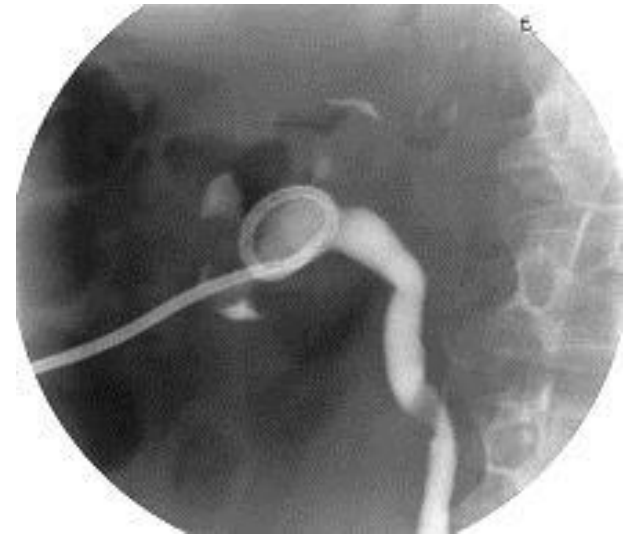
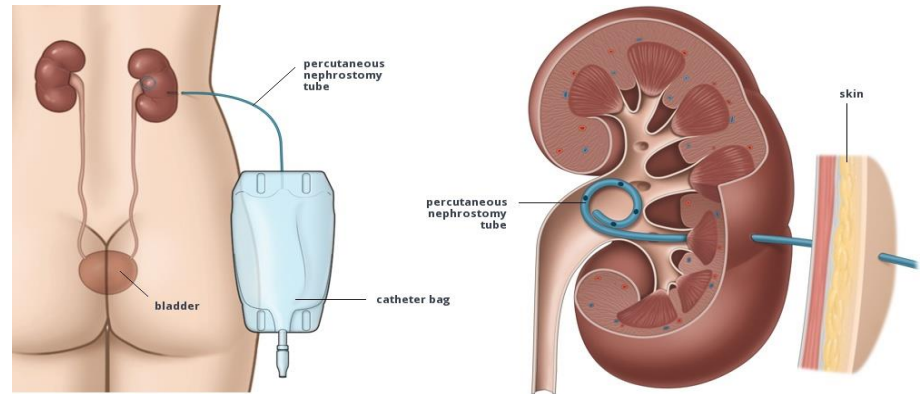
Aspect stomie



# NEPHROSTOMIE

- Hématurie
- Dysfonctionnement
- NST arrachée
- NST déplacée
- Pyélonéphrite sur sonde
- Bactériurie
- Fil cutané et inflammation orifice cutané
- Fermeture trajet cutanée  
( si prise en charge tardive )

Fixation cutanée !!!



# SONDE DOUBLE J:

Hématurie

Intolérance

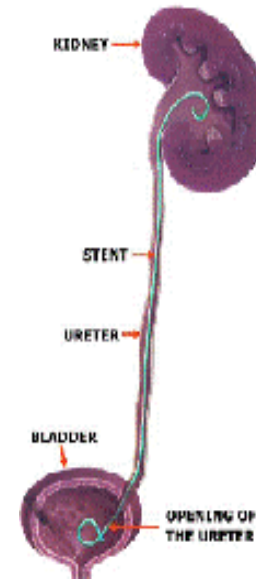
Déplacement spontané sonde JJ  
( inférieur, rarement aspiration )

Pyélonéphrite sur sonde JJ,

Pyélonéphrite obstructive

Dysfonctionnement sonde JJ

Sonde JJ .... « oubliée »



# DERIVATION TYPE BRICKER:

Hématurie

Saignement stomie

Etat cutané peri-stomial

Pariétales:

Hernie stomie : 1 - 4 %

Eventration peri-stomiale

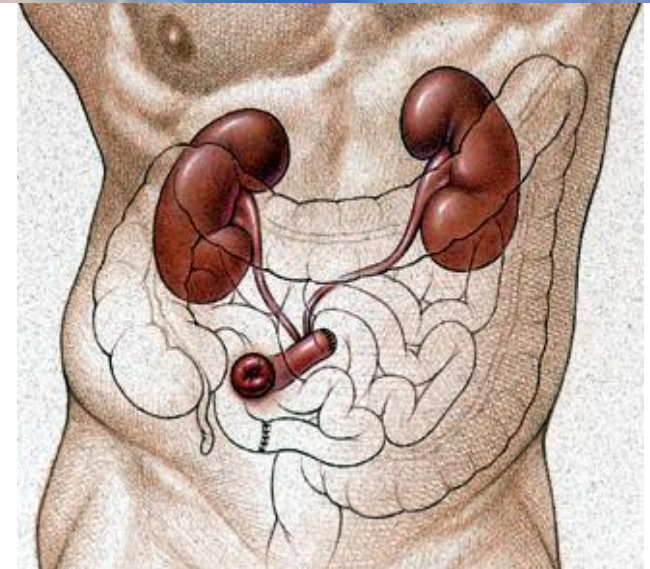
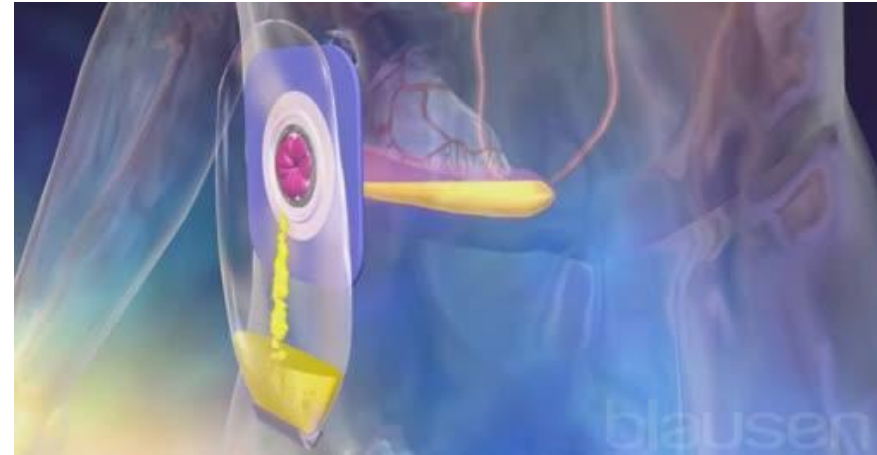
Sténose stomie : 20 - 24 %

Urologiques:

Sténose urétéro - iléale

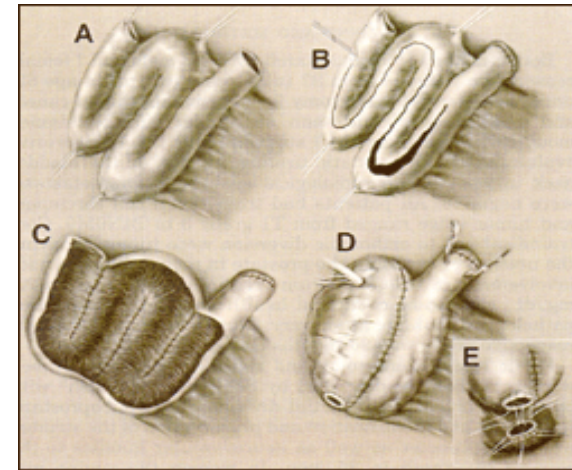
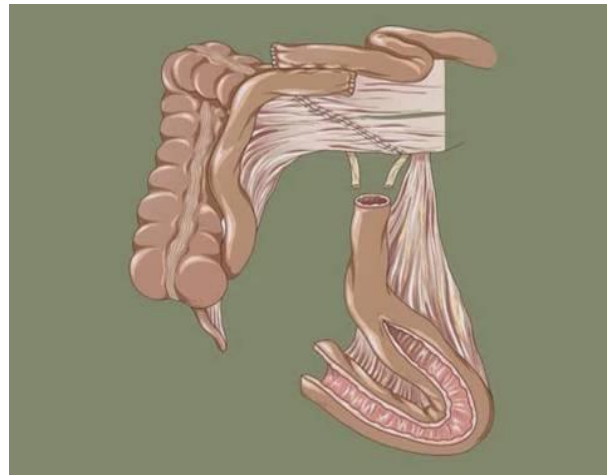
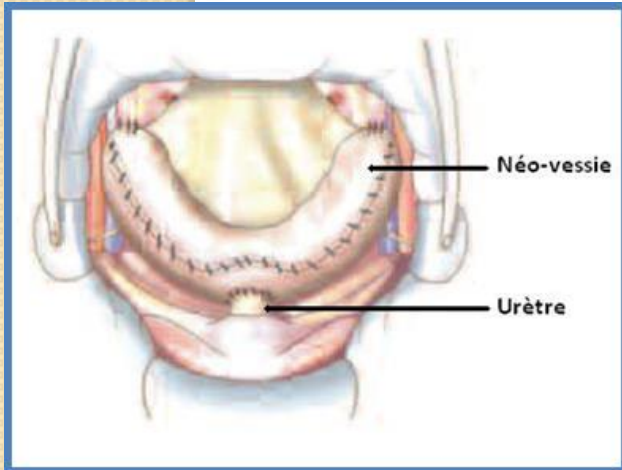
Calculs : 10 - 15 %

Pyélonéphrite aigue : 12 %





# DERIVATION TYPE NEOVESSIE/ENTEROCYSTOPLASTIE:



Retention aigue d'urines ( mucus )

Retention chronique d'urines et dilatation neovésie

Sténose anastomose urétero - neovésicale

Sténose urétéro - iléale < 6 - 8 %

Acidose métabolique hyperchlorémique : 1 - 2 % ( graves )

Pyélonéphrite aigue : 5 - 15 %

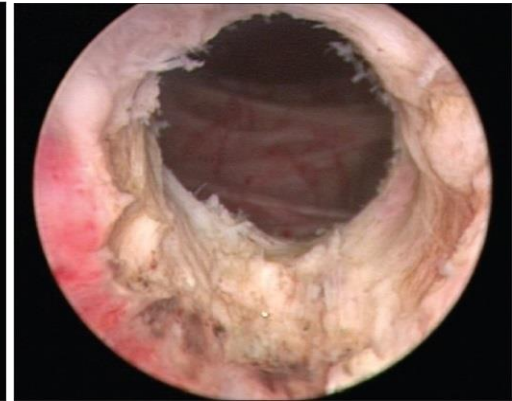
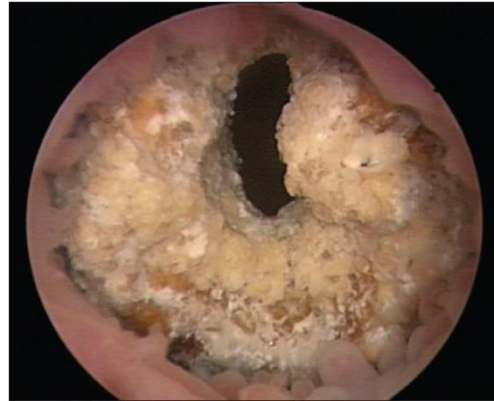
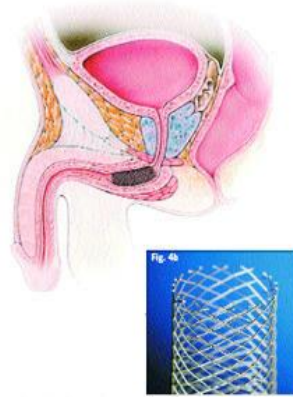
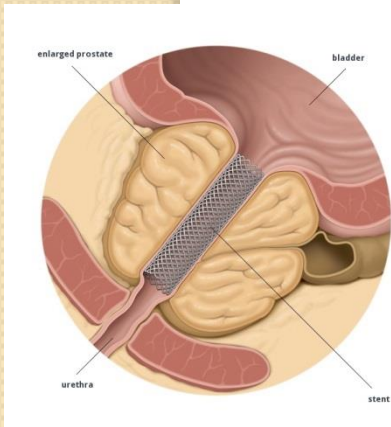
Reflux urétéral

Calculs dans la neovésie

Hématurie

Bactériurie asymptomatique : 40 %

# PROTHESES URETRALES/PROSTATIQUES



- Calcifications
- Bacteriurie +/- prostatite
- Migration
- Colonisation tissulaire

