

GESTION VÉSICALE

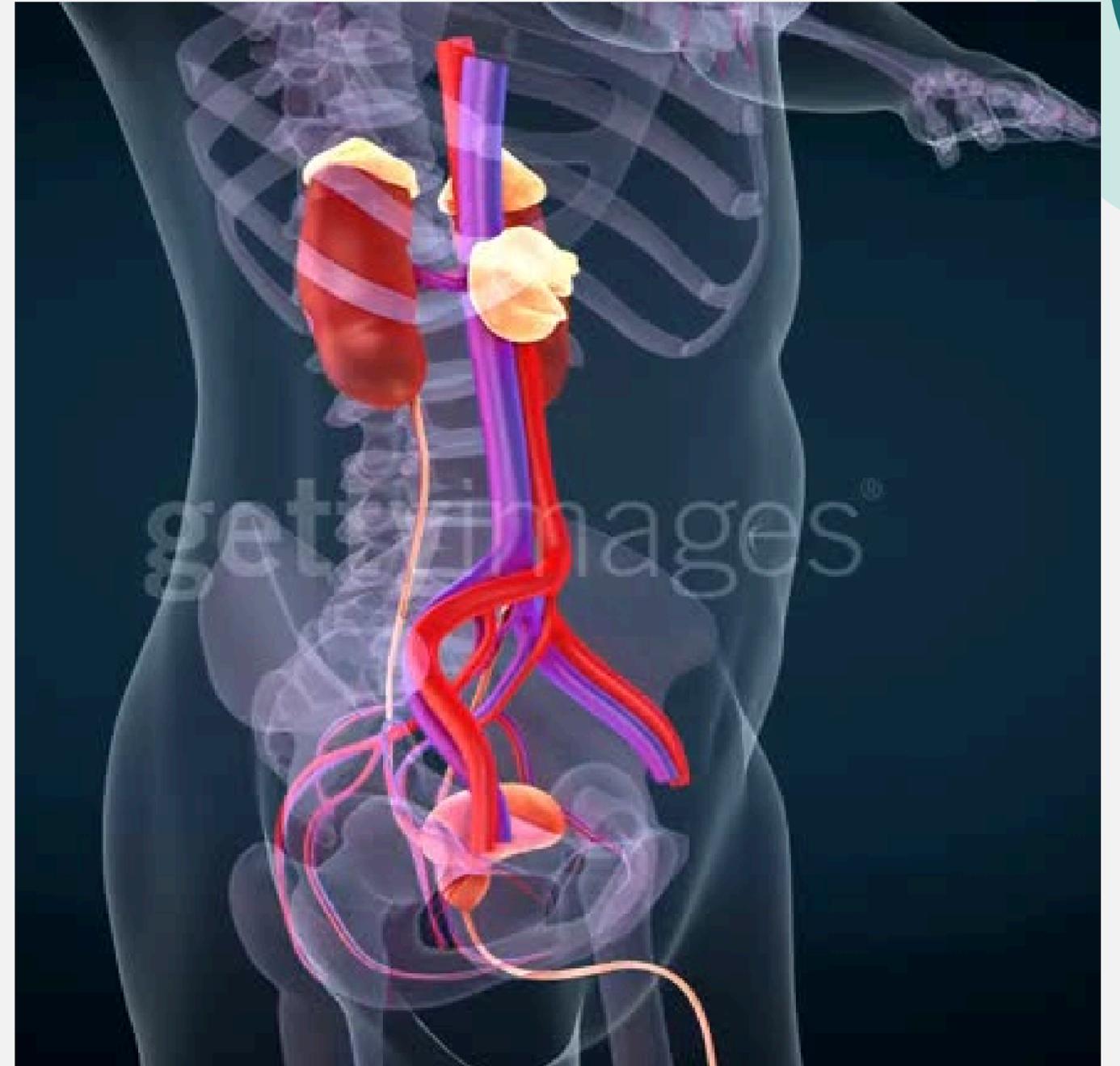
La défaillance du système nerveux autonome due à une lésion de la moelle épinière a des répercussions notamment sur la vessie et les intestins. C'est pourquoi le sujet blessé médullaire ne ressent pas l'envie d'aller à la selle ou d'uriner en règle générale, même en cas d'ampoule rectale ou de vessie remplie. Aussi la perte des fonctions vésicale et intestinale est-elle si lourde de conséquences.

En effet, lorsque la vessie n'est pas drainée régulièrement, le risque de complications est fréquent.

- Infection des voies urinaires
- Incontinence
- Constipation
- Coliques néphrétiques et calculs
- Défaillance rénale

Le drainage de la vessie et des intestins (gestion vésicale et intestinale) fait partie des thématiques prépondérantes dès le surgissement de la paralysie médullaire traumatique.

Au départ, les soignants aident les patients à gérer le drainage de leur vessie, mais il est très important que les blessés médullaires apprennent dans la mesure du possible à drainer leur vessie par autosondage.



Le matériel pour l'autosondage intermittent

Pour réaliser l'autosondage, il est nécessaire d'avoir le matériel suivant :



Eau, savon neutre non agressif pour la toilette intime

OU



Lingettes



Sonde à usage unique stérile



Sets prêts à l'emploi



Sac collecteur ou récipient de recueil des urines ou WC



Si nécessaire sac poubelle

Comment vider sa vessie ?

Le mode de vidange vésicale retenu se fera en fonction de la nature de la paralysie vésicale (vessie spasmodique ou flasque, voir ci-après). Moyens auxiliaires différents selon les besoins.

Étui pénien

Sonde urinaire

Stimulateur vésical

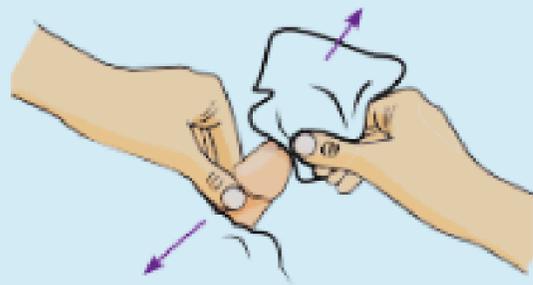
Également possible pour le sujet blessé médullaire ayant une tétraplégie basse.

Lors d'une consultation, une hospitalisation de jour ou de semaine, la technique des auto sondages va vous être enseignée. Vous apprendrez l'anatomie de votre périnée et à vous sonder en position assise et en position couchée afin que vous puissiez vous sonder n'importe où, même en dehors de chez vous : dans des toilettes publiques, au travail, chez des amis...

Vous essayerez plusieurs types de sondes afin de trouver celle qui vous convient le mieux.

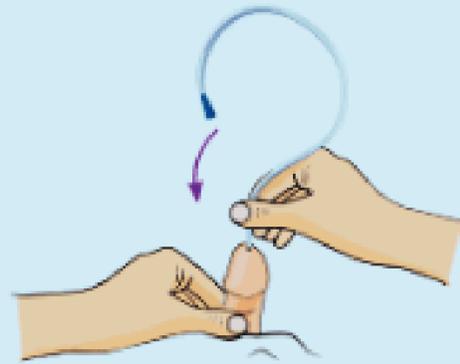
La technique des autosondages s'apprend facilement et est indolore grâce aux évolutions des matériels de sondage. Lors de l'apprentissage, on vous montrera toute la palette des sondes disponibles et on vous guidera dans le choix du matériel le plus adapté à votre cas.

LES ETAPES DU SONDAGE CHEZ L'HOMME



→ Il n'est pas nécessaire de procéder à une toilette intime avant chaque sondage* mais si vous devez la pratiquer, vous devez décalotter le gland et le nettoyer en allant du méat urinaire vers la base du gland. Prenez la sonde et l'introduire lentement

** recommandations des sociétés savantes*



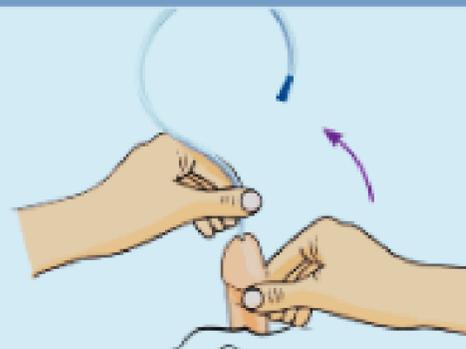
→ Maintenez le pénis verticalement, cette position facilite le passage du sphincter



→ S'il y a une résistance vous pouvez abaisser la verge et tousser pour faciliter l'introduction de la sonde.

→ L'urine s'écoule

→ Dès que l'écoulement a cessé, appuyez bien sur le bas-ventre pour que la vessie se vidange complètement



→ Retirez la sonde lentement
→ Mettez la sonde à la poubelle



→ Essayez-vous et recalottez le gland
→ Lavez-vous les mains

LES ETAPES DU SONDAGE CHEZ LA FEMME

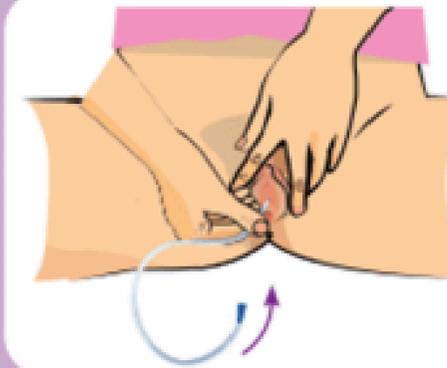


→ Si nécessaire, avec le miroir, repérez bien le méat urinaire
→ Écartez les lèvres à l'aide de l'index et du majeur



→ Il n'est pas nécessaire de procéder à une toilette intime avant chaque sondage* mais si vous devez la pratiquer, vous devez nettoyer le pourtour du méat urinaire de l'avant vers l'arrière, en utilisant une nouvelle lingette à chaque fois

** recommandations des sociétés savantes*



→ Avec une main, écartez bien

→ Avec l'autre, prenez la sonde et introduisez la délicatement dans le méat urinaire

→ Si la sonde glisse par erreur dans le vagin, éliminez-la et recommencez avec une nouvelle sonde



→ L'urine s'écoule

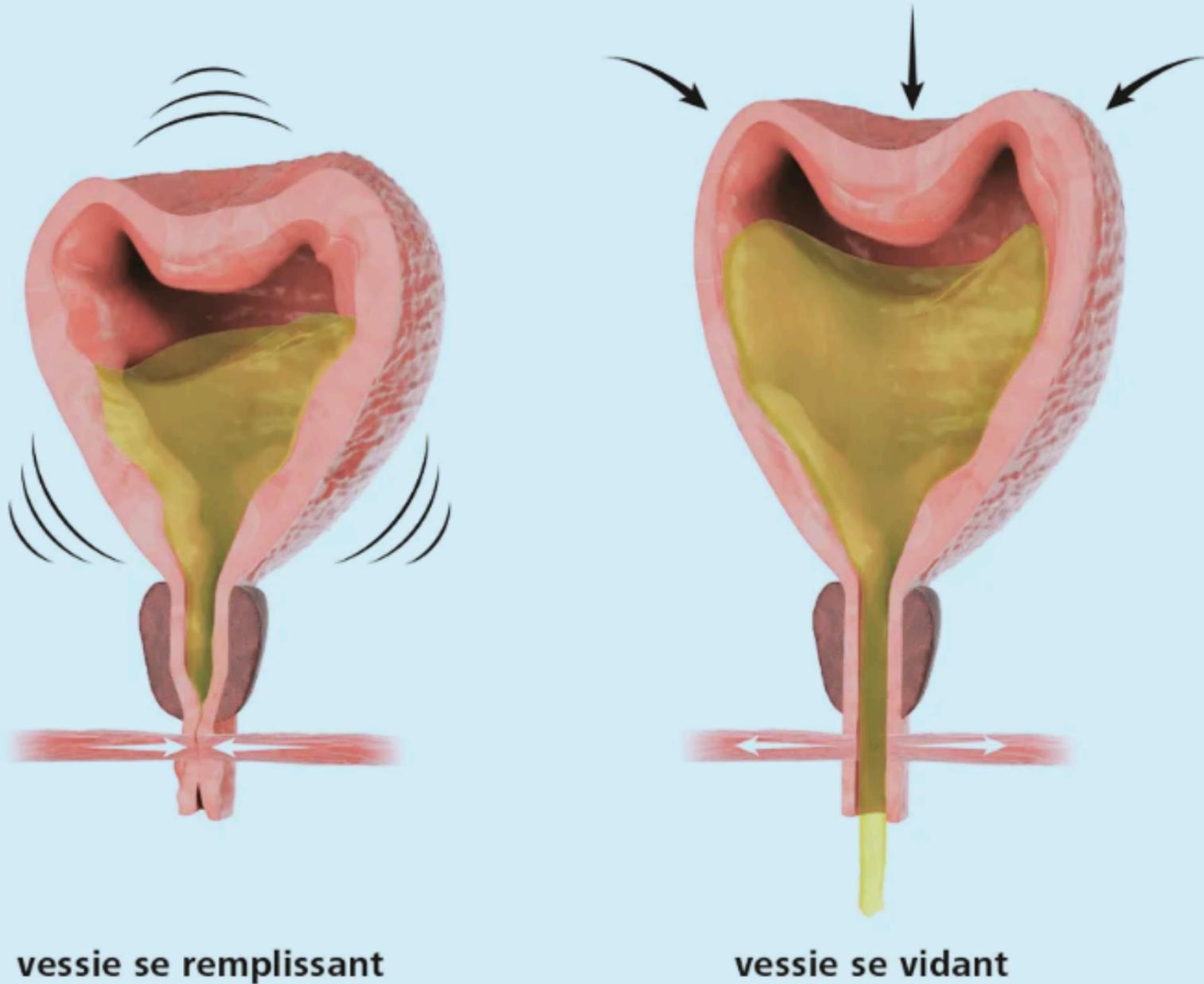


→ Retirez la sonde lentement en contrôlant l'écoulement d'urine
→ Éliminez la sonde dans la poubelle



→ Essayez-vous les parties intimes
→ Lavez-vous les mains

Contrôle du drainage vésical



Fonctionnement du drainage de la vessie

Chez le sujet non paralysé, le muscle de la vessie est détendu lorsque cette dernière est vide et en phase de remplissage. Le sphincter est quant à lui contracté et l'orifice de la vessie verrouillé. Les nerfs de la paroi intestinale réagissent au phénomène de dilatation de la vessie et le transmettent au cerveau. Pendant le drainage vésical, le sphincter de la vessie se relâche spontanément et ouvre le passage de l'urine vers l'urètre.

Mais selon la lésion, la vessie des blessés médullaires peut être spasmodique ou flasque.

LE BILAN URODYNAMIQUE (BUD)

Un bilan urodynamique permet de mieux comprendre le fonctionnement de la vessie et de son sphincter (le sphincter vésical). Il repose sur l'enregistrement des volumes, des pressions et des débits urinaires. La mesure de l'activité électrique des muscles du périnée est également possible en fonction du contexte de prescription de l'examen.

Comment se déroule un bilan urodynamique ?

Avant de réaliser le bilan urodynamique en lui-même, le médecin procède à un interrogatoire minutieux du patient (antécédents personnels et familiaux, comorbidités, symptômes) puis à un examen clinique (examen clinique général puis examen du périnée).

L'examen en lui-même dure entre 30 minutes et 1 heure et se décompose en trois parties :

- La débitmétrie ;
- La cystomanométrie ;
- La profilométrie urétrale.

La débitmétrie mesure la puissance du jet urinaire et le volume d'urine émis. Pour cela, le patient doit uriner normalement dans des toilettes spéciales. Pour que l'interprétation du test soit bonne, le patient ne doit pas avoir la vessie vide pour pouvoir uriner suffisamment, ni la vessie pleine, ce qui peut perturber le fonctionnement normal de la vessie.

La cystomanométrie est l'enregistrement des pressions de la vessie lorsqu'elle se remplit. L'examen peut être réalisé en position allongée, assise ou gynécologique. Une sonde très fine est placée dans la vessie via le méat urinaire (ou orifice urinaire) par laquelle de l'eau stérile est envoyée dans la vessie pour mimer son remplissage. La pression lors du remplissage est mesurée simultanément. Parfois, une petite sonde est également placée dans le rectum via l'anus afin de mesurer l'activité électrique du périnée. L'examen est indolore, bien qu'il soit désagréable. Il entraîne une légère gêne et il est nécessaire de se décontracter un maximum. Pendant toute la durée de l'examen, le patient doit signaler ce qu'il ressent : besoin léger d'uriner, besoin normal, besoin douloureux, envie pressante, etc.

La profilométrie urétrale est l'analyse du sphincter urinaire. Lors de cette phase, la sonde urinaire est progressivement retirée pour évaluer l'activité du sphincter. Il est recommandé de se détendre le plus possible, de ne pas parler ni bouger durant cette étape.

Les résultats du bilan urodynamique sont disponibles juste après l'examen. Le médecin explique au patient les résultats du bilan et la conduite à tenir pour la suite.

A man with a beard, wearing a plaid shirt, is sitting in a wheelchair and reading a book. He is holding a pencil in his right hand. The background is a simple indoor setting with a white wall and a doorway.

A RETENIR

RÈGLES D'HYGIÈNE

- Lavage soigneux des mains à l'eau et au savon.
- Si nécessaire, toilette locale avec lingettes non alcoolisées avant chaque sondage, et toilette périnéale quotidienne à l'eau et au savon.

AUTOSONDAGE PROPRE, NON STÉRILE

- Ni gant stérile, ni antiseptique.

VIDANGE RÉGULIÈRE ET COMPLÈTE DE LA VESSIE

- La régularité du sondage est plus importante que la stérilité.
- Fréquence : selon votre prescription médicale (en moyenne 6 fois/24h).
- Volume urinaire : moins de 400 ml/sondage.

HYDRATATION SUFFISANTE

- Au moins 1,5 litre par jour, à répartir sur la journée

Paralysie vésicale spasmodique

Les récepteurs de dilatation de la vessie dans la paroi vésicale enregistrent l'information renseignant sur le niveau de remplissage de la vessie et la transmettent à la moelle épinière par l'intermédiaire des nerfs vésicaux (nerfs sacrés S2 - S4). Ces nerfs sont ancrés au-dessous de vertèbre thoracique T12, à un endroit appelé centre mictionnel. Si l'information du centre mictionnel n'est pas remontée jusqu'au cerveau, aucune réponse n'est retournée. Dans ce cas, l'information selon laquelle la vessie est remplie est immédiatement renvoyée vers la musculature vésicale avec l'ordre d'uriner.

C'est-ce que l'on appelle l'arc réflexe. Une stimulation est immédiatement suivie d'une activité musculaire. La vessie se vide dès que le stimulus est suffisamment fort pour que les récepteurs de la dilatation envoient l'information. Toutefois, le seuil de stimulation varie constamment de sorte que l'arc réflexe s'active à différents niveaux de remplissage. Dans ce cas de figure, la vessie réflexe n'a plus de volume de remplissage bien défini.

En outre, bien que les muscles de la paroi vésicale soient stimulés par le réflexe de miction, le sphincter ne se relâche pas en même temps.

Résultat : la vessie et le sphincter ne travaillent plus ensemble mais l'un contre l'autre. Conséquence : la vessie peut être soumise à une pression élevée. Cela peut finir par entraîner une incontinence et, au fil du temps, impacter les reins à cause du phénomène de reflux.

Vessie flasque

S'il y a lésion au-dessous de la vertèbre thoracique T12, en général, la vessie subit une paralysie flasque. Les nerfs vésicaux transmettent les informations de la moelle épinière à la vessie et vice-versa. S'ils sont endommagés, la transmission des informations est entravée ou impossible. Par conséquent, le va-et-vient des informations entre la vessie et le cerveau étant interrompu, toute évacuation volontaire est impossible. On parle de vessie flasque alors que celle-ci est en fait intacte, car elle est devenue inactive.

GESTION DU TRANSIT INTESTINAL

Outre la fonction vésicale, la fonction intestinale est également affectée chez le sujet blessé médullaire du fait de la lésion de la moelle épinière, avec pour conséquence le phénomène de constipation ou d'incontinence fécale pouvant engendrer de graves complications.

Également important à ce propos : il est impératif de mettre en place un programme de gestion intestinale individualisé. Points cruciaux:

- Hydratation et alimentation suffisantes et proportionnées.
- Soutenance alimentaire et médication ajustée si nécessaire.
- Choix du mode d'évacuation des selles et toucher rectal EMS. Procédé et technique adéquats à mettre en place (administration de suppositoires pour stimuler la défécation, lavages ou laxatifs).
- Pose d'une stomie par intervention chirurgicale (abouchement chirurgical permettant l'évacuation des selles).

Une bonne gestion intestinale prévient les complications et aide les personnes blessées médullaires à participer à la vie en société.

