



# Association Spina Bifida Belge Francophone

## Spina Bifida, incontinence, vie sexuelle et affective

**Samedi 23 octobre 2010**

**Christiane BOTTIN**  
Infirmière-stomathérapeute  
CHU Liège

**Education du patient à  
l'auto-sondage**



# Colloque ASBBF - 23 octobre 2010

## Christiane Bottin (CHU Liège)

### Sondage et appareillage de l'incontinence urinaire

#### Rôle de la stomathérapeute

Transcription adaptée des exposés présentés par Madame Christiane Bottin, dans le cadre du Colloque « Incontinence, vie sexuelle et affective » organisé par l'ASBBF le 23 octobre 2010



### Le sondage

Le sondage est une méthode thérapeutique qui permet d'assurer la vidange de la vessie en cas de rétention complète, c'est-à-dire impossibilité totale d'uriner, ou de rétention incomplète, c'est-à-dire que l'on urine, mais on garde quand même une certaine quantité d'urine dans la vessie, quantité appelée le résidu.

On parle d'auto-sondage lorsque la sonde est introduite par le patient lui-même par l'urètre jusque dans la vessie pour en assurer une vidange complète. On parlera d'hétéro-sondage lorsque c'est une tierce personne qui introduit la sonde. Chez les bébés ou les petits-enfants, ce sont généralement les parents qui font le sondage. Chez l'adulte dans l'incapacité de se sonder lui-même, c'est très souvent le conjoint qui apprend le sondage.

L'auto-sondage propre n'est pas une technique révolutionnaire récente puisqu'elle est apparue dans les années septante. Elle a surtout été introduite par Guttman et Lapidès. Au départ, l'auto-sondage était destiné aux personnes paraplégiques dont la vessie ne se contractait pas. Actuellement, cette technique

est indiquée pour différentes pathologies urologiques : dans notre centre de patients neurologiques, on trouve beaucoup de patients atteints de sclérose en plaque, mais aussi de jeunes enfants ainsi que des personnes âgées. Je pense que l'apprentissage ne dépend pas de l'âge de la personne mais surtout de la volonté à rester autonome, de la capacité de pouvoir se sonder et des compétences. L'âge n'est pas un frein.

Il y a plus de quarante ans qu'on pratique l'auto-sondage. Les nombreuses études réalisées ont montré son intérêt dans la préservation de la fonction rénale et dans la prévention des infections urinaires.

### Les compétences à acquérir

Généralement, en tout cas dans notre centre, l'apprentissage à l'auto-sondage se fait soit au cours d'une hospitalisation ou en hospitalisation de jour. Pourquoi ? Il est en effet très difficile d'organiser une éducation du patient lors d'une consultation de 15 à 20 minutes, on n'a pas le temps de lui faire réaliser le geste plusieurs fois et on ne veut pas prendre le risque que ce soit fait dans de mauvaises conditions.

L'apprentissage dure donc soit 24 ou 48 heures. De cette manière, on a l'occasion de faire 4 ou 5 sondages sur une journée. L'apprentissage est progressif. Il faut acquérir certaines compétences afin de pouvoir bien réaliser le sondage et de pouvoir comprendre ce geste.

Tout d'abord, le patient doit comprendre **pourquoi** on lui demande de se sonder. Généralement, lorsque nous parlons à des adultes, le sondage sera le plus souvent vécu vraiment comme une contrainte supplémentaire et cela ajoute encore un peu à leur handicap. Ces patients sont très réticents et prennent parfois plusieurs mois pour réfléchir avant de revenir nous consulter et d'accepter le geste parce qu'ils ne peuvent plus continuer comme cela. Il faut donc bien prendre le temps de leur expliquer pourquoi on leur demande de se sonder.

# Sondage et appareillage de l'incontinence urinaire

## Rôle de la stomathérapeute

Les candidats au sondage doivent également acquérir quelques **notions d'anatomie et de physiologie** puisque même si nous employons un vocabulaire simple, il s'agit malgré tout d'un vocabulaire urologique, qui n'est pas toujours compréhensible par tout le monde.

Enfin, il est nécessaire d'acquérir quelques **règles hygiéno-diététiques**, puisque nous parlons ici du sondage propre. Il faut bien faire la différence avec le sondage effectué à l'hôpital par le personnel infirmier : dans ce cas, il est impératif que ce personnel pratique un sondage stérile. En effet, le personnel passe d'une chambre à l'autre et il ne serait évidemment pas bienvenu d'introduire des germes du voisin dans votre vessie.

Il faut également insister sur la tenue du **catalogue mictionnel**. Il s'agit tout simplement de noter sur une feuille, peu importe sa forme, l'heure à laquelle on va uriner spontanément et puis se sonder, ou uniquement se sonder, voir si il y a des fuites entre les sondages, le volume du sondage. Nous verrons par la suite l'intérêt de ce catalogue.

Enfin, il convient d'expliquer **les complications** qui peuvent survenir en cours de sondage et **comment les gérer**.

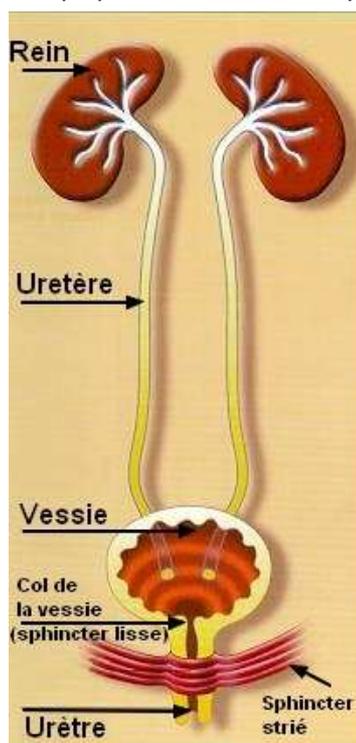
### Le pourquoi de l'autosondage

Le but évident, c'est d'abord la prévention pour la protection des reins. Il est important que le patient comprenne, parce qu'il ne sent pas nécessairement que l'augmentation de pression dans sa vessie est une menace pour ses reins : il n'a pas forcément un besoin urgent, donc il ne voit pas en quoi ses reins sont menacés. Il faut bien lui expliquer.

L'autosondage est également pratiqué dans un but de continence s'il est associé à des médicaments tels que les anticholinergiques ou la toxine botulique.

### Notions d'anatomie et de physiologie

Pendant l'hospitalisation du patient, je lui présente des petites planches anatomiques très simples pour lui expliquer l'ensemble de l'appareil urinaire.



Les reins jouent un rôle de filtre et débarrassent le sang de ses déchets. Ils produisent l'urine. Celle-ci est évacuée par les uretères, qui sont aboutés dans le bas de la vessie, qui sert de réservoir fermé.

Au niveau du col de la vessie, il y a déjà un sphincter : le sphincter lisse, que nous ne pouvons pas commander. Il s'ouvre lors de la miction. Les muscles du plancher pelvien représentent le sphincter strié, que nous pouvons commander : lorsque nous, valides, décidons d'aller uriner, nous avons la possibilité de l'ouvrir ou de le garder fermé si l'on n'est pas dans la toilette.



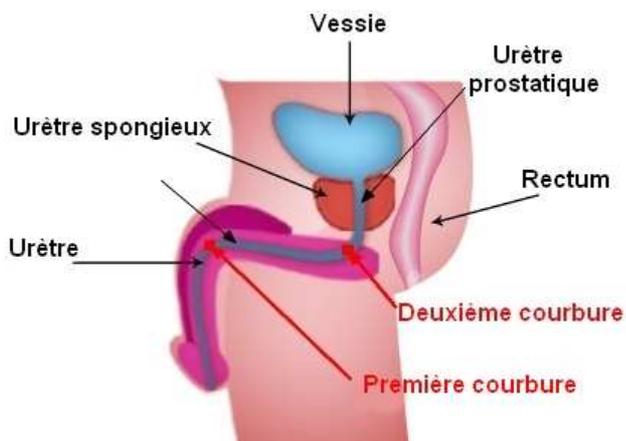
En règle générale, la vessie et le sphincter travaillent en synergie c'est-à-dire une fois que la vessie est remplie et que l'on est à la toilette, on décide d'uriner. La vessie se contracte et le sphincter se relâche de façon à ce que l'urine puisse s'écouler.

La majorité de nos patients ont une vessie qui se contracte, peut-être de façon un peu anarchique, peut-être un peu trop souvent, mais lorsqu'ils décident d'aller uriner, le problème, c'est que le sphincter ne s'ouvre pas toujours. Vessie et sphincter ne travaillent plus bien en collaboration l'un avec l'autre. Ils sont alors dits en dissynergie,

## Sondage et appareillage de l'incontinence urinaire Rôle de la stomathérapeute

### *Petit rappel de l'anatomie de l'urètre masculin*

Chez l'homme adulte, l'urètre mesure entre 15 et 20 cm. Il est divisé en 3 parties. Tout d'abord l'urètre prostatique qui mesure plus ou moins 3 cm. Ensuite l'urètre qui passe dans l'aponévrose au niveau du sphincter, et qui mesure plus ou moins 1 cm. Enfin l'urètre spongieux, le plus long.

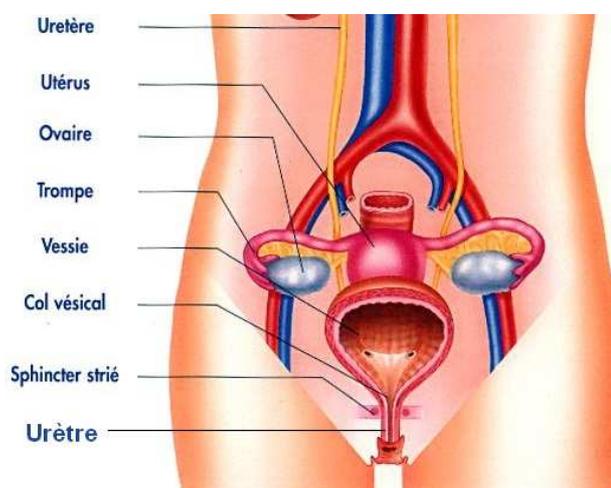


Le schéma montre les complications que l'homme va rencontrer lors du sondage. Il y a 2 angles principaux : une première courbure au niveau de l'angle péno-scrotal et une deuxième un peu plus loin. Lors du sondage, si vous laissez la verge dirigée vers le bas, la sonde risque de venir buter deux fois, lors de la rencontre de chaque courbure ci. Effacer la première courbure n'est guère difficile : il suffit de soulever la verge à l'horizontale (à la verticale par rapport à l'abdomen) de façon à effacer la première

courbure. Exercer une petite traction de la verge vers l'avant et l'abaisser un peu vers le bas permettent un accès plus aisé à la deuxième courbure.

### *Petit rappel de l'anatomie de l'urètre féminin*

L'urètre féminin est beaucoup plus court, il fait 3 à 5 cm, mais la grosse difficulté pour la dame, lorsqu'elle va devoir se sonder, est de repérer le méat puisqu'on ne prend pas nécessairement un miroir pour se regarder, donc on ne sait pas où la méat est positionné.

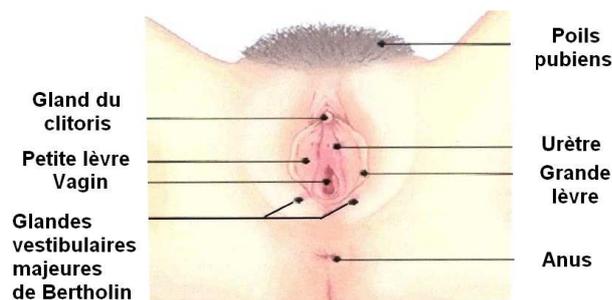


A l'aide du schéma ci-contre, on montre le clitoris, l'urètre (1 à 2 cm en dessous du clitoris) et l'ouverture vaginale juste en-dessous. Si la patiente ne dirige pas bien la sonde, celle-ci aura tendance à



# Sondage et appareillage de l'incontinence urinaire

## Rôle de la stomathérapeute



pénétrer directement dans le vagin, étant donné que l'ouverture vaginale est plus large que le méat urétral. Si la sonde a été introduite dans le vagin, il faut prendre une autre sonde de façon à ne pas introduire dans l'urètre des bactéries et des germes qui se trouvent au niveau du vagin .

### Les règles hygiéno-diététiques

Nous parlons d'un sondage propre, on pratique donc une hygiène rigoureuse : utiliser des antiseptiques n'est pas utile, mais bien se laver les mains à l'eau et au savon à chaque fois et effectuer une toilette intime à l'eau et au savon au moins une fois par jour. Entre les coups et pour les sondages que l'on fait à l'extérieur, on conseillera aux patients d'utiliser des lingettes intimes imbibées. Quant au lavage des mains, on n'y échappe pas : il est nécessaire de le faire avant chaque sondage.

La dame doit faire sa toilette intime de l'avant vers l'arrière, de façon à ne ramener ni des selles ni des sécrétions vaginales ou du sang pendant la période des règles, au niveau du méat. L'homme, lui, doit bien décalotter la verge et faire une bonne toilette, la verge décalottée.

Il est fort important également d'avoir une hydratation suffisante. On conseille de boire 1,5 litre à 2 litres par jour et de répartir les boissons sur la journée. Parfois, on boit beaucoup le matin parce qu'on va devoir s'absenter l'après-midi et ensuite on ne boit plus rien jusqu'à la soirée. Ce n'est vraiment pas recommandable. Il faut bien répartir les boissons.

Si l'on ne souhaite pas se sonder la nuit, il faut freiner les boissons après le souper et se sonder le plus tard possible, juste avant de se mettre au lit afin d'avoir une vessie bien vide.

Les horaires sont un peu en fonction de la fréquence des sondages. Lorsque l'on a encore des mictions et que l'on doit se sonder une à deux fois par jour, on le fait soit le matin et une fois le soir avant d'aller au lit. Mais si l'on n'urine plus du tout, il

est conseillé de se sonder toutes les 3 à 4 heures de façon à ne pas avoir un volume trop important dans la vessie, ce qui provoquerait une distension de celle-ci. On conseille de ne pas excéder un volume de 400 ml lors des sondages.

### Apprentissage de la technique

Cet apprentissage est progressif. Généralement, le premier sondage, je le réalise moi-même. Le patient est au lit, et de cette façon, je peux voir si il n'y a pas une difficulté particulière pour repérer le méat. Chez la dame surtout, ce n'est pas toujours évident. Les livres d'anatomie sont bien clairs, on voit bien les orifices. Mais dans la réalité ce n'est pas toujours évident de voir le méat.

J'effectue donc le premier sondage. La patiente peut suivre et voir exactement où se trouve son méat, à l'aide d'un miroir que je lui remets. Au départ, elle s'aidera avec ce miroir. Si elle se sonde dans le lit, on peut déposer le miroir dans le lit. Si elle est sur les toilettes, les firmes, qui sont très inventives, ont inventé des petits miroirs à fixer à la jambe. Ils sont très pratiques au début quand la patiente a besoin de bien voir. Plus tard, en général, la dame fait un repérage à l'aide de son doigt et introduit très facilement la sonde dans le méat.

Chez l'homme, nous conseillons de soulever la verge à la verticale pour avoir un effacement des petits angles et une pénétration plus aisée de la sonde. Nous conseillons surtout de ne jamais forcer car s'il y a des contractions au niveau du sphincter strié, on risque de blesser l'urètre en voulant forcer le passage. Forcer et blesser l'urètre sera néfaste : le passage de la sonde au niveau de la blessure sera plus douloureux. Ensuite, il y aura une cicatrisation qui risque d'entraîner à la longue des petits rétrécissements de l'urètre et de rendre le geste encore plus difficile.

### La tenue du catalogue mictionnel

On demande au patient d'inscrire l'heure et le volume de ses sondages. Y a-t-il des fuites entre les sondages ? Des mictions spontanées éventuelles ? Quelques gouttes ou bien a-t-il fallu changer ses vêtements lors de la fuite ? Si il y a des mictions spontanées. Quelle est la mesure du résidu ? Les urines étaient-elles claires ? Troubles ? Hémorragiques (avec du sang) ? Est-ce un hétérosondage ou un autosondage ? Y a-t-il eu des difficultés à introduire la sonde ? D'autres observations ?

# Sondage et appareillage de l'incontinence urinaire

## Rôle de la stomathérapeute

### Calendrier mictionnel

Date :

Nom : .....	Date de naissance : .....
Prénom : .....	Sexe : .....
Sonde : .....	
Charrière : .....	
Nombre de sondages par jour : .....	

BOISSON		MICTION		SONDAGE		FUITES			TYPE D'URINES			HETERO OU AUTO SONDAGE		OBSERVATIONS		
Heure	Volume	P	B	Heure	Volume	Heure	Volume	- pas de fuites	+ quelques fuites	++ fuites importantes	+++ fuites très importantes	C : Claires	T : Troubles		H : Hémorragie	Hétéro
<b>TOTAL</b>																

Il est important de tenir ce catalogue au début de l'apprentissage des auto-sondages. Lorsque le patient revient en visite deux ou trois semaines après son éducation, on regarde le calendrier et le médecin s'en sert aussi pour instaurer la fréquence des sondages, vérifier si l'anticholinergique que l'on a associé est suffisant ou si il faut augmenter la dose. On ne demandera pas au patient de tenir ce catalogue toute sa vie, mais bien dans les premiers temps de l'autosondage.

Il y a évidemment des infections urinaires avec fièvre et signes associés tels que des douleurs, des fuites d'urine. A ce moment-là, il faut avoir le bon réflexe, faire une culture d'urine. C'est-à-dire aller chez son médecin traitant demander une analyse d'urine afin voir si il y a un germe dans les urines et prendre un antibiotique en fonction du germe trouvé. Il ne s'agit donc pas de faire systématiquement des cultures d'urine et de prendre systématiquement des antiseptiques.

### Les complications et leur gestion



Le patient doit également savoir reconnaître quand il y a des signes d'infection, en fonction de la couleur de l'urine, de sa clarté, de sa limpidité, de son odeur, de la présence de sang.

Il y a des infections urinaires qui sont sans signe de gravité, c'est ce qu'on appelle les cystites. Elles se traitent très facilement. On demande seulement au patient d'augmenter les boissons et surtout de ne pas arrêter les sondages. En effet, la tendance est de se dire : « Plus je me sonde, plus je vais m'infecter ». On diminue alors les boissons et les sondages, ce qui n'est vraiment pas le bon réflexe à adopter.

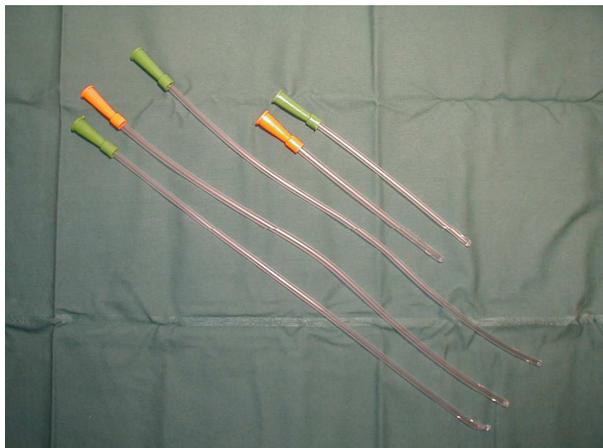
Une complication due au sondage, ce sont les traumatismes de l'urètre, le plus souvent chez l'homme et le plus souvent encore chez les hommes qui pratiquent les sondages depuis très longtemps, parce qu'ils ne font plus vraiment attention et que malgré un petit spasme de l'urètre, ils insistent et se blessent. Il faut être vigilant car à la longue, cela peut entraîner des sténoses (rétrécissements) et rendre encore le sondage plus compliqué.

### Choix des sondes

En tant qu'infirmière, nous avons également un rôle à jouer dans le choix du type de sonde et nous devons évidemment expliquer au patient les modalités de remboursement du matériel.

Sur le marché, existe aujourd'hui un large éventail de sondes. Depuis que les sondes sont remboursées, les firmes ont sorti des modèles de plus en plus sophistiqués. Il existe toujours les sondes en PVC simple, des sondes sèches qui nécessitent l'usage d'un lubrifiant pour qu'elles glissent plus facilement, surtout chez l'homme. Chez la dame, je pense qu'il est indispensable aussi de mettre un petit lubrifiant, pas nécessairement un gel avec anesthésiant parce que celui-ci n'a pas le temps d'agir. Mais en tout cas, un gel lubrifiant.

## Sondage et appareillage de l'incontinence urinaire Rôle de la stomathérapeute



Les sondes illustrées ci-dessus sont droites et sèches, on les utilise donc avec un gel. Il existe des sondes béquillées, surtout utilisées par des urologues pour des indications particulières.

Les trois sondes à gauche sont des sondes pour homme. Elles mesurent 40 cm. Les deux sondes à droite sont des sondes pour dame. Celles-ci mesurent 20 cm. Elles sont encore beaucoup trop longues par rapport à l'urètre féminin

Les sondes plus récentes sont prélubrifiées. Les personnes qui ont l'habitude de se sonder avec les sondes sèches n'optent pas nécessairement pour les sondes prélubrifiées, qui sont à usage unique. Elles sont dans un emballage, stérile toujours. Certaines nécessitent d'ajouter de l'eau pour activer le lubrifiant et d'attendre 30 secondes avant de s'en servir. Une autre est dans un petit sac avec un petit flacon d'eau qui permet de la lubrifier. Il faut sortir la petite sonde du sachet, se sonder. Il y a un sac de recueil qui permet de se sonder quand on est en voyage, dans une voiture ou à l'école s'il n'y a pas de wc disponible.



La dernière sonde à droite est une sonde lubrifiée prête à l'emploi c'est-à-dire que dans son emballage elle est dans un liquide. Il suffit d'ouvrir l'emballage et de se sonder.

Coloplast® a développé une petite sonde compacte pour les dames : la sonde Speedycath™. Elle mesure 7 cm, elle a donc la taille d'un tube de rouge à lèvres. C'est bien assez pour passer dans l'urètre féminin et atteindre la vessie. Il suffit de la dévisser au niveau de la connexion et de tirer la sonde. Elle a le mérite d'être très discrète. D'autres firmes font des sondes à peine plus longues et tout aussi discrètes.



### Le remboursement

Les sondes sont remboursées par la mutuelle. Il faut au préalable introduire une demande auprès du médecin-conseil de la mutuelle du patient. Cette demande doit être faite par un spécialiste, urologue, neurologue, physiologiste, et doit être renouvelée chaque année. Le médecin doit préciser le critère pour lequel le sondage est nécessaire chez le patient. La mutuelle rembourse un maximum de 4 sondes à 3 € par jour. Les sondes vendues à 3 € sont les sondes lubrifiées. Si vous avez besoin d'une sonde supplémentaire parce que vous faites 5 sondages par jour, toutes les firmes offrent la 5ème sonde.

### Le suivi de l'auto-sondage

Une fois l'apprentissage du sondage terminé, nous tenons à revoir nos patients de 2 à 4 semaines plus tard, afin de nous rendre compte s'ils ont des difficultés à se sonder ou si, compte tenu de leur mobilité, cela représente des difficultés supplémentaires, surtout pour les dames en chaise roulante. Il arrive en effet que parfois elles ne parviennent pas à se sonder en chaise roulante, ce qui les contraint à des transferts de leur fauteuil vers le lit et rend de ce fait la situation très compliquée. On examinera alors la possibilité d'une intervention chirurgicale afin de rendre le geste plus facile.

Lors de ces visites, nous examinons le catalogue mictionnel. Nous voyons si il n'y a pas eu d'infection et nous pouvons répondre aux questions des patients qui sont encore tout au début de leur apprentissage.

# Sondage et appareillage de l'incontinence urinaire

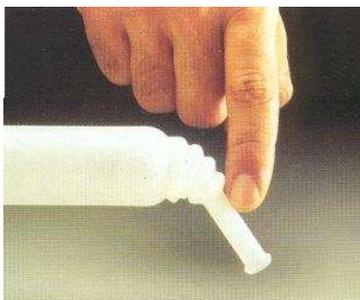
## Rôle de la stomathérapeute

### Les palliatifs non-absorbants



Avant de parler de la chirurgie, j'aurais voulu attirer l'attention sur les étuis péniens qui sont un moyen palliatif assez facile à utiliser pour les hommes puisque 'il y a aussi un certain nombre de patients incontinents avec une vessie acontractile et un sphincter ne qui fonctionne pas.

Les étuis péniens sont assez faciles à placer et très confortables pour les hommes, puisque la peau n'est pas en permanence en contact avec de l'urine. Il existe aujourd'hui un large choix d'étuis de diamètres différents et de longueurs différentes en fonction de l'anatomie du patient, fabriqués par diverses firmes.



En tant qu'infirmières, nous avons un rôle à jouer en informant les patients sur cet appareillage et comment le placer.

Il faut également insister sur une hygiène intime rigoureuse. Lorsque l'étui tient bien en place, certains patients en sont tellement contents qu'ils ont tendance à le laisser en place pendant 48 à 72 heures. Des infections se développent alors au niveau de la verge, voire même certaines plaies.

Cet appareillage est remboursé quasi dans sa totalité par la mutuelle.



Voici un étui pévien en place, raccordé à une petite poche de jambe. Une fois le patient habillé, l'appareillage est très discret et en place pour 24 heures.

### Cystostomie continente (Mitrofanoff)



1 Voici (Photo 1) une des nos patientes, qui est tétraparétique et qui était toujours dépendante d'une tierce personne pour effectuer ses sondages. Elle

a porté pendant longtemps une sonde à demeure, source d'infections fréquentes suivies d'hospitalisations multiples. On lui a proposé une cystostomie continente (Mitrofanoff, avec Monti). L'orifice du sondage a été placé au niveau du nombril. La stomie ne nécessite pas de soins particuliers du point de vue hygiène (le cliché a été pris peu de temps après l'intervention, d'où la présence de fils et d'un petit pansement avec de l'iso-Bétadine®).



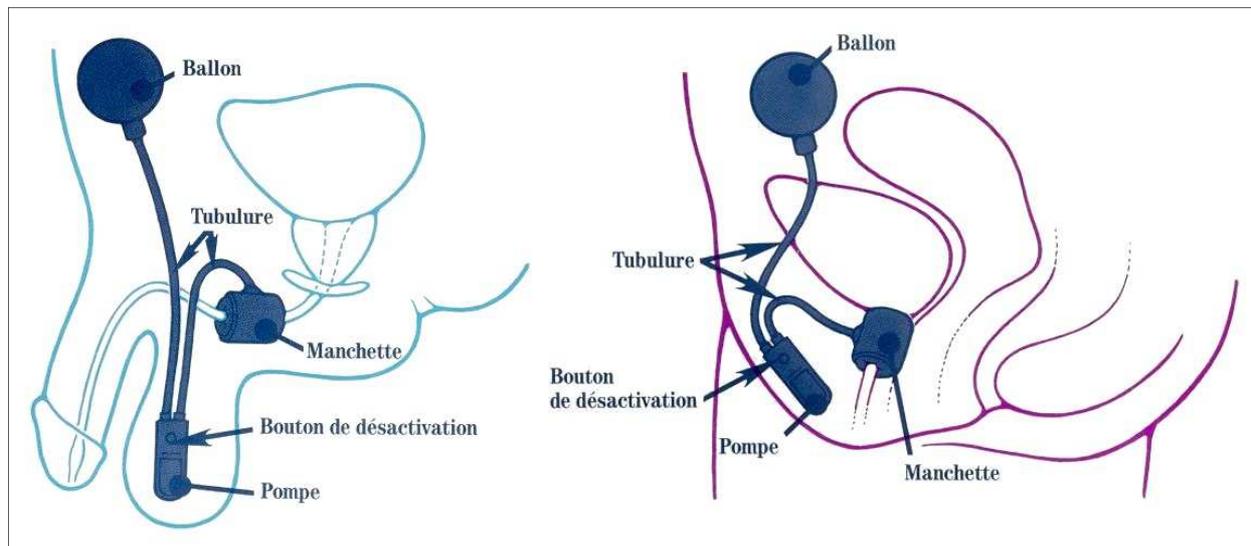
(Photo 2) Assise dans chaise, la patiente introduit facilement la sonde dans le conduit.



3 (3) Une fois que l'urine arrive dans la sonde, la patiente abaisse le tuyau et l'urine s'évacue dans un sac collecteur. Cette technique a changé sa vie, car elle peut se sonder de manière tout à fait autonome 4 à 5 fois par jour, sans devoir faire appel à son mari ou à une infirmière.

# Sondage et appareillage de l'incontinence urinaire

## Rôle de la stomathérapeute



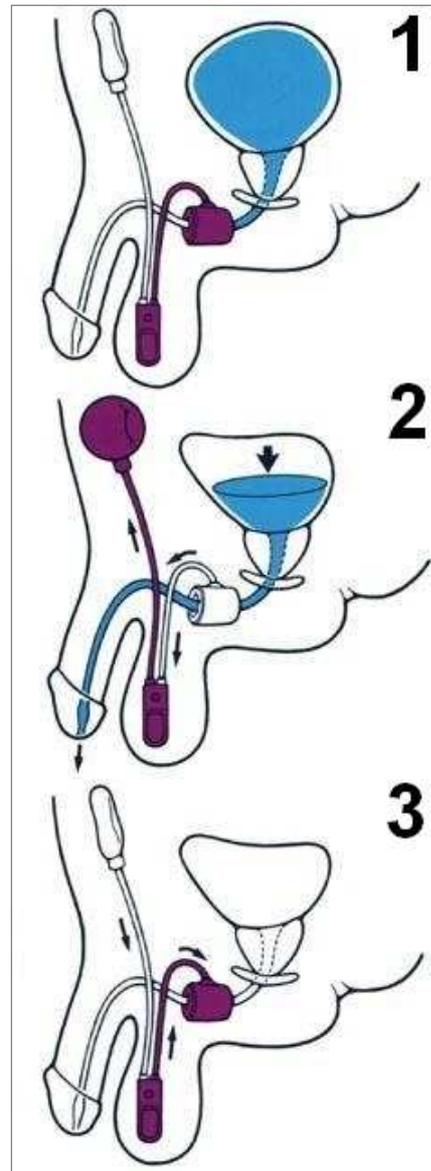
### Le sphincter artificiel

L'illustration ci-dessus montre les trois composants du sphincter artificiel : la manchette qui est placée au niveau de l'urètre, la petite poire (pompe) qui est placée soit dans la bourse chez l'homme, soit dans la grande lèvre chez la femme, et le petit ballon qui est le réservoir de liquide, placé dans le bas de l'abdomen.

Sur le schéma ci-contre, on voit que le sphincter est en activité (1), car il y a du liquide dans la manchette. Ce liquide est de l'eau, du liquide physiologique ou du produit de contraste, de manière à pouvoir surveiller la prothèse lorsqu'on effectue un cliché à blanc. La vessie est remplie.

Quand le patient doit uriner, à l'aide de deux doigts, il exerce une pression sur la partie inférieure poire, en sorte que le liquide qui est dans la manchette et comprime l'urètre, retourne dans le ballonnet-réservoir (2-). La pression que la manchette exerce sur l'urètre disparaît, et cela permet la miction.

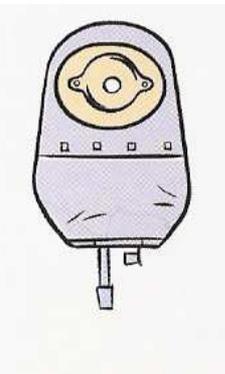
Une fois la vessie vide (3), le liquide contenu dans le ballonnet-réservoir reflue automatiquement vers la manchette, sans aucune intervention. Celle-ci peut alors à nouveau comprimer l'urètre et rendre la vessie continente. Si le patient a l'impression que sa vessie n'est pas complètement vidée, il peut réappuyer deux ou trois fois sur la manchette afin de vider la vessie complètement.



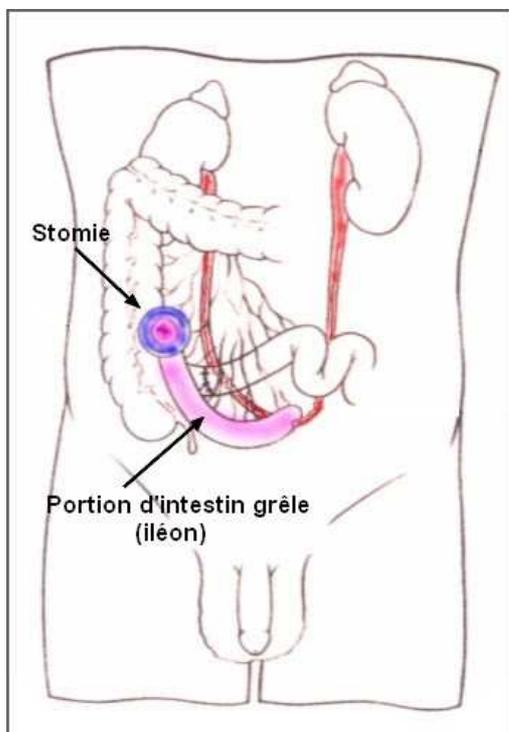
## Sondage et appareillage de l'incontinence urinaire Rôle de la stomathérapeute

### Dérivation non continente (Bricker)

Il arrive parfois que l'on soit contraint de faire une dérivation urinaire non continente parce que les autres solutions ne conviennent pas ou parce que l'on est confronté à une incontinence urinaire massive que l'on ne sait pas appareiller classiquement. Le patient est alors appareillé avec une poche-collectrice collée sur l'abdomen. Cette solution peut être plus discrète que le port permanent de langes.



Cette intervention s'appelle l'intervention de Bricker. Une portion d'intestin grêle de 10 à 15 cm est prélevée et suturée d'un côté : elle servira de conduit. Les deux uretères sont implantés dans ce conduit, dont l'extrémité est abouchée à la peau de l'abdomen. La patient a donc un petit orifice sur l'abdomen. L'urine est recueillie dans une poche appliquée sur l'abdomen.



L'infirmière-stomathérapeute joue un rôle important dans la prise en charge et l'éducation du patient, tant avant l'intervention pour l'informer sur l'intervention elle-même et sur les soins à venir, que pendant

l'hospitalisation afin de réaliser les soins avec le patient et de le conduire vers l'autonomie à la sortie de l'hôpital. Les hospitalisations étant aujourd'hui de plus en plus courtes, cette éducation à l'autonomie pourra se poursuivre au cours de consultations en ambulatoire grâce aux stomathérapeutes présents dans la majorité des grands centres hospitaliers.

Christiane Bottin a été infirmière-chef de l'unité de Soins « Urologie » au CHU de Liège, Hôpital du Sart Tilman jusqu'en 2008.

Actuellement, elle travaille toujours en urologie pour des études cliniques.

Depuis 2000, elle est infirmière-stomathérapeute certifiée et dispense des soins aux patients urologiques au CHU de Liège (Hôpital du Sart-Tilman et Hôpital Ourthe-Ambève).

Elle est membre de l'Afiscep (Association Francophone d'Infirmiers(ères) en Stomathérapie, Cicatrisation et Plaies) et vice-présidente d'Urobel (Association belge pour infirmiers et infirmières en Urologie, et paramédicaux associés).

