

# **Item 342 (Item 216) – Rétention aiguë d'urine**

## **EVALUATIONS**

2014

## QCM

### QUESTION 1/5 :

Une patiente âgée de 78 ans se présente aux urgences, en rétention aiguë d'urine, vous décidez de mettre en place un drainage urinaire, afin de la soulager. Quelle est votre prise en charge ?

- A - Vous demandez en urgence une échographie vésicale.
- B - Le premier sondage doit obligatoirement être réalisé par un médecin.
- C - Vous mettez une sonde à demeure sous couverture antibiotique.
- D - Vous mettez en première intention une SAD.
- E - Vous faites partir en urgence une ECBU.

(Réponse : DE )

## QCM

### QUESTION 2/5 :

Votre patiente est drainée, quelle surveillance organisez-vous ?

- A - Surveillance précise de la diurèse.
- B - Prévention du syndrome de levée d'obstacle.
- C - Mise en place de sondes double J bilatérales en urgence.
- D - Bi-antibiothérapie probabiliste après réalisation de l'ECBU
- E - Mise en place d'un traitement par alpha-bloquant

(Réponse : AB )

## QCM

### QUESTION 3/5 :

En reprenant l'interrogatoire, vous apprenez que votre patiente est diabétique insulino-dépendante depuis 15 ans, vous retrouvez dans sa liste de traitement un anticholinergique qu'un urologue lui aurait prescrit il y a un an environ, mais elle ne se rappelle plus pourquoi.

- A - Le diabète peut expliquer cet épisode de rétention aiguë.
- B - Les anticholinergiques peuvent entraîner une rétention aiguë d'urine.
- C - Vous devez réaliser les touchers pelviens.
- D - Vous arrêtez son traitement anticholinergique.
- E - Vous demandez en systématique un uroscanner.

(Réponse : ABCD )

## QCM

### QUESTION 4/5 :

Finalement une échographie rénale a été réalisée, elle retrouve une dilatation bilatérale des bassinets à 24 et 22 mm.

La patiente a uriné 6 litres dans la nuit, le ionogramme du matin retrouve une créatinémie à 350 micromol/L.

- A - Il faut en urgence mettre en place des sondes double J bilatérales.
- B - Elle présente un syndrome de levée d'obstacle.
- C - Vous réhydratez la malade, par 3 litres de polyionique par 24 heures.
- D - Vous mettez la malade en restriction hydrique.
- E - Vous programmez une échographie rénale de contrôle dans la semaine.

(Réponse : BE )

## QCM

### QUESTION 5/5 :

Dix jours plus tard, vous tentez l'ablation de la sonde, malheureusement la patiente ne reprend pas ses mictions. Par ailleurs, vous n'avez pas retrouvé de cause évidente à cette rétention, l'ECBU est revenue stérile.

- A - Vous réalisez un sondage évacuateur.
- B - Vous organisez un apprentissage des auto-sondages.
- C - Vous laissez une sonde à demeure au long cours.
- D - Vous organisez un bilan urodynamique.
- E - Vous programmez une cystectomie associée à une dérivation urinaire de type Bricker.

(Réponse : ABD )

## QROC

### QUESTION 1/5 :

Quelles sont les contre-indications à la pose d'un cathéter sus-pubien ?

Réponse attendue :

Absolues :

- Absence de globe vésical.
- Pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne (fémoro-fémorale croisé).
- Contre-indications relatives (dans tous les cas prendre l'avis d'un urologue).
- Troubles de l'hémostase, patients sous anticoagulants.
- Cicatrices de laparotomie.
- Antécédents de tumeurs de vessie.

## QROC

### QUESTION 2/5 :

Décrire les différents éléments (organes) intervenant dans la miction.

*Réponse attendue :*

Pour uriner normalement (l'action d'uriner s'appelle la miction), il faut 3 choses :

- un réservoir (la vessie) capable de se remplir facilement (la souplesse du réservoir vésical s'appelle la « compliance ») et de se contracter efficacement (le muscle vésical s'appelle le détrusor) ;
- une filière urétrale : col vésical, prostate, sphincter strié, urètre qui doit permettre la continence (absence de fuites) et s'ouvrir librement au moment de la miction ;
- un système nerveux qui contrôle à la fois les phases de remplissage de la vessie et les phases de miction, en permettant notamment que la vessie se contracte après que le sphincter urinaire se soit parfaitement relâché (synergie vésico-sphinctérienne).

## QROC

### QUESTION 3/5 :

Par quels mécanismes une insuffisance rénale peut-elle survenir lors d'une rétention aiguë ?

*Réponse attendue :*

- L'obstruction sous-vésicale entraînant une stase vésicale peut entraîner un retentissement sur le haut appareil par l'augmentation de la pression intravésicale. Le retentissement peut se manifester par la dilatation bilatérale des voies excrétrices supérieures, par une augmentation de la créatininémie ou par l'association des deux (la fréquence de l'augmentation de la créatininémie chez des patients porteurs d'HBP symptomatique et candidats à un traitement chirurgical a été estimée entre 7 % et 18 %).
- L'insuffisance rénale régresse très rapidement après drainage vésical. La dilatation des cavités pyélocalicielles peut persister pendant quelques semaines.

## QROC

### QUESTION 4/5 :

Décrire brièvement la physiopathologie du syndrome de levée d'obstacle, son diagnostic et son traitement.

*Réponse attendue :*

La physiopathologie du SLO est double : il procède d'une tubulopathie fonctionnelle rendant le rein incapable transitoirement de concentrer l'urine, phénomène auquel se surajoute le rôle osmotique de l'urée.

Le dépistage du SLO repose de façon simple sur la surveillance horaire de reprise de la diurèse après la levée de l'obstacle. Le diagnostic se doit d'être précoce car la polyurie osmotique qui apparaît est parfois majeure avec un volume supérieur à 1 litre par heure.

Réhydratation intraveineuse en compensant les entrées aux sorties.

## QROC

### QUESTION 5/5 :

Quelles sont les règles de bonne pratique du sondage urinaire ?

*Réponse attendue :*

- Sonder dans des strictes conditions d'asepsie et de stérilité.
- Maintenir un système clos : interdiction de déconnecter la sonde vésicale du système de drainage.
- Utiliser des sondes à doubles courants si une irrigation est nécessaire (hématurie).
- Instaurer un drainage vésical déclive en permanence pour éviter toute stase urinaire.
- Prélever de manière rigoureusement aseptique les urines pour examens cyto bactériologique ECBU.
- Éviter les sondes de petits calibres en première intention, (utiliser une Charrière 18–20).
- Ne pas utiliser de sérum physiologique pour gonfler le ballonnet, le chlorure de sodium peut cristalliser et empêcher par la suite le dégonflage du ballonnet.
- Veiller à recaloter le malade en fin de geste (risque de paraphimosis)

Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier :

- Article 4 – L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale, qui sauf urgence doit être écrite, qualitative et quantitative, datée et signée.  
Pose d'une sonde vésicale sous réserve des dispositions prévues de l'article 6.
- Article 6 – L'infirmier participe, en présence d'un médecin, au premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention.

Contre-indications du sondage vésical :

- sténose urétrale.
- traumatisme de l'urètre, notamment en cas de polytraumatisme (fracture du bassin).
- la prostatite aiguë.

## Cas clinique

### Scénario :

Monsieur J., âgé de 62 ans, se présente aux urgences à 21 heures pour douleur abdominale intense, avec impossibilité totale d'uriner depuis le matin, il est apyrétique.

Vous suspectez une rétention aiguë d'urine.

Poids : 87 kg ; taille : 1,68 m.

### Antécédents médicaux

- Diabétique de type 2 depuis 15 ans.
- AVC ischémique en 2002.
- Angor d'effort.
- Dépression.

### Antécédents chirurgicaux

- Cure de hernie bilatérale en 1998.
- Cholécystectomie par voie coelioscopique en 2003.

### Traitements

- Aspégic® 75 mg.
- Paroxétine.

- Metformine.
- Trinitrine.

**QUESTION 1/8 :**

Décrivez votre examen clinique.

*Réponse attendue :*

Interrogatoire  
Antécédents de rétention  
Signes associés  
Hyperthermie, frissons  
Hématurie  
Traitements en cours  
Antiagrégants, anticoagulant  
Examen physique  
Globe vésical  
Toucher rectal  
Rechercher un fécalome

**Pour aller plus loin :**

Interrogatoire

- circonstances d'apparition de la rétention ;
  - épisodes antérieurs de rétention.

Antécédents urologiques :

- suivi urologique antérieur ;
  - hypertrophie bénigne de la prostate HBP ;
  - cancer de la prostate ;
  - sténose urétrale, traumatisme, urétrite ;
  - résection endo-urétrale de la prostate ;
  - sondage urinaire ;
  - prostatite, infection urinaire ;
  - tumeurs de vessie ;
  - dysurie, signes fonctionnels urinaires, brûlures mictionnelles.

Signes associés :

- hyperthermie, frissons ;
  - hématurie.

Antécédents neurologiques :

- blessés médullaires ;
  - sclérose en plaques ;
  - maladie de Parkinson ;
  - neuropathie diabétique.

Traitement en cours :

- antiagrégants plaquettaires ;

- AVK, héparine.

#### Examen physique

- Patient algique, anxieux et agité.
  - Palpation abdominale.
  - Retrouve un GLOBE VÉSICAL :
    - vessie tendue ;
    - voussure à convexité supérieure ;
    - matité à la percussion sus-pubienne ;
    - douloureuse dans la plupart des cas.
  - TOUCHER RECTAL (TR) :
    - volume prostatique, HBP ;
    - douleur élective, prostatite ;
    - rechercher un fécalome.
  - Organes génitaux externes :
    - phimosis serré, sténose méat urétral ;
    - orchi-épididymite.

#### QUESTION 2/8 :

Votre examen confirme le diagnostic de rétention, vous tentez un sondage urinaire, malheureusement celui-ci est impossible. Quelle est votre prise en charge en urgence, thérapeutique et examens complémentaires ?

*Réponse attendue :*

Cathéterisme sus-pubien  
Conditions d'asepsie et de stérilité  
Expliquer le principe du soin et son utilité au malade  
Rechercher des contre-indications  
Pontage vasculaire fémoro-fémoral croisé  
trouble de l'hémostase  
Cicatrice de laparotomie  
Antécédents de tumeurs de vessie  
Surveillance diurèse, prévention du syndrome de levée d'obstacle  
Mise en place d'un traitement par alpha-bloquant  
ECBU

#### Pour aller plus loin :

URGENCE THÉRAPEUTIQUE.  
DRAINAGE VÉSICAL.  
Cathéterisme sus-pubien : KTSP.  
S'ASSURER DE L'EXISTENCE D'UN GLOBE VÉSICAL (risque de perforation d'une anse intestinale).

- Prévenir le patient, lui expliquer le principe du soin et son utilité, le rassurer, geste indolore sous anesthésie locale.
  - Strictes conditions d'ASEPSIE et de STÉRILITÉ, désinfection de la zone de ponction en 4 temps.
  - Repère de du point de ponction : repère la symphyse pubienne puis 2 travers de doigts au-dessus du pubis et sur la ligne médiane de l'abdomen.
  - Anesthésie locale, xylocaïne 1 %.
  - Incision cutanée.
  - Introduction du trocart dans le globe vésical.
  - Mise en place du cathéter sus-pubien dans la vessie par la lumière du trocart.

- Ablation du trocart et fixation du trocart à la peau.

Rechercher les contre-indications du cathéter sus-pubien :

- absolues :
  - ABSENCE DE GLOBE VÉSICAL,
  - pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne (fémoro-fémorale croisé) ;
- relatives : dans tous les cas prendre l'avis d'un urologue
  - troubles de l'hémostase,
  - cicatrices de laparotomie,
  - antécédents de tumeurs de vessie.

Noter précisément le volume contenu dans la vessie (bon pronostic si inférieur à 900 cc).

Surveiller la diurèse horaire, prévenir le syndrome de levée d'obstacle .

Mettre en place un traitement par alpha-bloquant per os.

Après drainage :

- ECBU SYSTÉMATIQUE ;
  - créatinémie, ionogramme sanguin ;
  - échographie du haut appareil à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélo-calicielle, recherche également des signes de pyélonéphrites ;
  - JAMAIS DE DOSAGE DE PSA EN URGENCE.

#### QUESTION 3/8 :

Votre patient est maintenant soulagé, ses constantes sont bonnes, vous avez demandé une échographie rénale dont le résultat est le suivant : présence d'une dilatation urétéro-pyélocalicielle bilatérale avec un bassinnet gauche mesuré à 35 mm et un bassinnet droit à 28 mm. La vessie est vide. Le ionogramme sanguin retrouve une créatinémie à 175 micromol/L, une kaliémie à 3,8. La numération formule plaquette est normale. Quelle est votre surveillance ?

*Réponse attendue :*

Hospitalisation pour surveillance diurèse  
Risque important de syndrome de levée d'obstacle  
Réhydratation intra veineuse, compensation des entrées aux sorties

**Pour aller plus loin :**

- Insuffisance rénale aiguë d'origine obstructive.
  - Hospitalisation pour surveillance diurèse.
  - Risque important de syndrome de levée d'obstacle.
  - Réhydratation intraveineuse, compensation des entrées aux sorties.
  - Contrôler le ionogramme sanguin à 24 heures.

#### QUESTION 4/8 :

Le lendemain matin, Monsieur J. est hyperthermique à 39°, frissonne et est tachycarde à 130/min. Que suspectez-vous, quelle est votre prise en charge ?

*Réponse attendue :*

Infection urinaire fébrile, probablement une prostatite compte tenu du contexte

Hémoculture

Bi-antibiothérapie intraveineuse, initialement probabiliste, bactéricide, synergique, à bonne pénétration

urinaire, active sur les BGN

Exemple : céphalosporine de 3e génération (céfotaxime ou ceftriaxone) + aminoside (gentamicine) ou fluoroquinolone (ofloxacin) + aminoside

Durée 21 jours

**Pour aller plus loin :**

- Infection urinaire fébrile, probablement une prostatite compte tenu du contexte.
  - Hémoculture.
  - Numération formule plaquette, CRP.
  - Bi-antibiothérapie intraveineuse, initialement probabiliste, bactéricide, synergique, à bonne pénétration urinaire, active sur les BGN.
  - Exemple : céphalosporine de 3e génération (céfotaxime ou ceftriaxone) + aminoside (gentamicine) ou fluoroquinolone (ofloxacin) + aminoside.
  - Durée : 21 jours (48 h de bithérapie minimum).
  - Secondairement adaptée à l'antibiogramme issu des prélèvements.

**QUESTION 5/8 :**

Vous revoyez votre patient à un mois, il n'a pas représenté de rétention aiguë, il se plaint d'une dysurie sévère, il vous explique que dans le passé il avait présenté deux épisodes de prostatite. À la fin de la consultation, il vous fait part de ses troubles de l'érection survenus il y a maintenant 3 ans. Quels sont les facteurs de risque de dysfonction sexuelle chez ce malade ? Comment abordez-vous ce problème avec le malade et quel est votre interrogatoire ?

*Réponse attendue :*

Facteurs de risque

Âge

Diabète

Maladie cardio vasculaire

Dysurie, hypertrophie bénigne de la prostate

Dépression

Iatrogénie : paroxétine

Évaluer la dysfonction sexuelle, rechercher :

– un trouble du désir, baisse de la libido

– un trouble de l'éjaculation, éjaculation précoce

Prise en charge du couple, rechercher une conjugopathie

Pour aller plus loin :

Âge

- Diabète.

- Maladie cardio-vasculaire.

- Dysurie, hypertrophie bénigne de la prostate.

- Dépression.

- Iatrogénie : paroxétine.

Évaluer la dysfonction sexuelle, rechercher :

- trouble de l'érection, maladie de Lapeyronie (questionnaire IIEF) ;

-- un trouble du désir, baisse de la libido ;

-- un trouble de l'éjaculation, éjaculation précoce ;

-- un trouble de l'orgasme.

Prise en charge du couple, rechercher une conjugopathie.

**QUESTION 6/8 :**

Demandez-vous des examens complémentaires concernant cette dysfonction érectile ?

*Réponse attendue :*

Testostéronémie, à la recherche d'un déficit androgénique lié à l'âge  
Bilan cardio-vasculaire

**Pour aller plus loin :**

Oui.

- Testostéronémie, à la recherche d'un déficit androgénique lié à l'âge.
- Bilan cardio-vasculaire.

**QUESTION 7/8 :**

Quelle prise en charge proposez-vous ?

*Réponse attendue :*

Pas d'inhibiteur de phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) car patient traité par dérivés nitrés, contre-indication absolue, risque de collapsus vasculaire en cas de prise associée  
Prise en charge du couple  
Consultation spécialisée

**Pour aller plus loin :**

Pas d'inhibiteur de phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) car patient traité par dérivé nitré, contre-indication absolue, risque de collapsus vasculaire en cas de prise associée (0 au dossier si IPDE5 prescrit car risque de décès pour le malade).

- Prise en charge du couple.
- Consultation spécialisée.
- Injection intracaverneuse de prostaglandine.
- Vacuum.
- Prothèse de verge.

**QUESTION 8/8 :**

Le patient n'a pas suivi vos conseils, il a préféré s'auto-médiquer via des achats sur Internet. Il est transféré à minuit par le Samu aux urgences pour arrêt cardiaque. Sa femme est catastrophée et vous dit que c'est de sa faute, que cet arrêt cardiaque est survenu lors d'un rapport sexuel il y a moins d'une heure. Que suspectez-vous ?

*Réponse attendue :*

Probable collapsus cardiovasculaire suite à la prise simultanée d'un Inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 et d'un dérivé nitré, contre-indication absolue

**Pour aller plus loin :**

Probable collapsus cardiovasculaire suite à la prise simultanée d'un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 et d'un dérivé nitré, contre-indication absolue. Le sildénafil (Viagra®) est le médicament le plus vendu sur Internet et le plus contrefait.