

# **Item 121 (Item 341) – Troubles de la miction**

## **EVALUATIONS**

2014

## QCM

### QUESTION 1/5 :

Quelles sont parmi les pathologies suivantes celles qui peuvent être responsables de sténose de l'urètre ?

- A - Infections urinaires notamment infections sexuellement transmissibles
- B - Traumatisme pelvien (traumatisme de l'urètre)
- C - Après chirurgie pelvienne : urologique (prostatique++) ou gynécologique
- D - Sondage vésical
- E - Fibroscopie uréthro-vésicale

(Réponse : ABCDE )

## QCM

### QUESTION 2/5 :

Quels sont les éléments en faveur du syndrome d'hyperactivité vésicale ?

- A - Pollakiurie
- B - Incontinence urinaire à l'effort
- C - Besoins impérieux
- D - Hyperactivité détrusorienne au bilan urodynamique
- E - Brûlures mictionnelles

(Réponse : ACE )

## QCM

### QUESTION 3/5 :

Une débitmétrie normale :

- A - Est supérieure à 20–25 mL/min
- B - Se présente sous forme d'une courbe en cloche
- C - Est polyphasique
- D - Dure moins d'une minute
- E - Objective un syndrome obstructif

(Réponse : ABDE )

## QCM

### QUESTION 4/5 :

Les médicaments responsables de dysurie :

- A - Alpha-bloquants
- B - Anticholinergiques
- C - Opiacés
- D - Diurétiques
- E - Neuroleptiques

(Réponse : BCE)

## QCM

### QUESTION 5/5 :

La fibroscopie uréthro-vésicale permet d'objectiver :

- A - Un résidu postmictionnel
- B - Une vessie de lutte
- C - Une hématurie
- D - Une sténose de l'urètre
- E - Une vessie acontractile

(Réponse : BCD)

## QROC

### QUESTION 1/7 :

Quels examens complémentaires de première intention demandez-vous devant une dysurie ? Quels renseignements fournissent-ils ?

Réponse attendue :

- BU/ECBU : recherche d'une infection urinaire.
- Débitmétrie avec mesure du résidu postmictionnel par échographie : permet d'objectiver la dysurie si débit < 15 mL/s et objectiver l'existence d'un éventuel résidu postmictionnel.
- Créatininémie : recherche d'une insuffisance rénale.

## QROC

### QUESTION 2/7 :

Quelles sont les principales étiologies d'une pollakiurie ?

*Réponse attendue :*

Causes urologiques :

- irritation vésicale : tumeur vésicale, lithiase, cystite (infectieuses, radique, chimique, interstitielle), caillots intravésicaux ;
- réduction de la compliance (= capacité) vésicale : par compression extrinsèque (tumeur, grossesse), post-radiothérapie, post-infectieux (tuberculose) ;
- rétention vésicale chronique avec au maximum mictions par regorgement ;
- obstruction sous-vésicale (HBP, sténose de l'urètre, maladie du col...).

Causes extra-urologiques :

- pathologie extra-vésicale (salpingite, sigmoïdite, appendicite pelvienne) ;
- pathologies neurologiques (centrales ou périphériques) ;
- pathologies psychogènes (troubles du comportement).

## QROC

### QUESTION 3/7 :

Quels examens complémentaires sont à réaliser devant une pollakiurie ? Quels renseignements fournissent-ils ?

*Réponse attendue :*

- Calendrier mictionnel+++ permet de faire différencier une pollakiurie nocturne (augmentation de la fréquence des mictions la nuit) d'une polyurie nocturne (augmentation de la diurèse nocturne par inversion du rythme nyctéméral).
- BU ± ECBU : afin d'objectiver une éventuelle infection urinaire ou hématurie. Ne pas oublier les BK urinaires (tuberculose) et la recherche de bilharziose.
- Cytologie urinaire à la recherche de cellules malignes.
- Échographie vésico-rénale et prostatique : permet d'objectiver un résidu postmictionnel chronique++. Permet de voir une cause d'irritation vésicale (tumeur vésicale, lithiase, caillots). Permet de voir une éventuelle HBP responsable des symptômes.
- Fibroscopie uréthro-vésicale : permet de voir une cause d'irritation vésicale (tumeur vésicale, lithiase, caillots). Permet de voir une éventuelle HBP ou autre obstacle sous-vésical responsable des symptômes.

## QROC

### QUESTION 4/7 :

Quelle est la définition de la pneumaturie ? Quelles en sont les étiologies ?

*Réponse attendue :*

La pneumaturie est la présence de gaz pendant la miction et doit faire suspecter une fistule entre le système urinaire et digestif.

## QROC

### QUESTION 5/7 :

La miction normale : définition.

*Réponse attendue :*

- Indolore.
- Facile.
- Volontaire.
- Complète.
- Durant moins d'une minute.
- Fréquence < 6 mictions par jour. Un lever nocturne maximum.

## QROC

### QUESTION 6/7 :

Définir l'hyperactivité vésicale et l'hyperactivité détrusorienne.

*Réponse attendue :*

- L'hyperactivité vésicale est un syndrome clinique qui associe les symptômes urgents, pollakiurie ± brûlures mictionnelles.
- L'hyperactivité détrusorienne est une définition urodynamique : présence de contractions détrusoriennes non inhibées.

*N.B : l'hyperactivité vésicale ne s'accompagne pas obligatoirement de d'hyperactivité détrusorienne et inversement.*

## QROC

### QUESTION 7/7 :

Quelles sont les complications de la dysurie court, moyen et long termes ?

*Réponse attendue :*

- Court terme : rétention aiguë d'urine.
- Moyen terme : remaniement vésical, prostatites à répétition.
- Long terme :
  - retentissement vésical : vessie de lutte avec diverticules, calculs vésicaux, infections urinaires à répétition, mictions par regorgement sur globe vésical chronique ;
  - retentissement sur le haut appareil urinaire : reflux vésico-urétéral, pyélonéphrites aiguës, dilatation des cavités uétéro-pyélocalicielles, insuffisance rénale chronique.

## Cas clinique

### Scénario :

M. C. Denis, 68 ans, arrive aux urgences un soir où vous avez le bonheur d'être de garde.

Il se plaint de fuites urinaires permanentes, en petites quantités, depuis plusieurs jours. Il n'a pas de brûlures urinaires. Il se lève plusieurs fois par nuit. Une pesanteur abdominale le gêne.

M. C. vous dit n'avoir aucun problème de santé.

Il vous donne une ordonnance avec du Xatral® et du Kardegic®.

Vous remarquez lorsqu'il se déshabille qu'il a une grande cicatrice sus-pubienne. Il se rappelle alors qu'il a été suivi il y a quelques années pour des problèmes de circulation dans la jambe droite.

### QUESTION 1/8 :

Que suspectez-vous par argument de fréquence ?

*Réponse attendue :*

Rétention vésicale chronique

- incontinence urinaire permanente
- sur probables mictions par regorgement
- pesanteur abdominale
- pollakiurie nocturne

Sur hypertrophie bénigne de prostate négligée

- âge
- traitement alpha-bloquant (Xatral®)

### **QUESTION 2/8 :**

Décrivez votre examen clinique.

*Réponse attendue :*

Interrogatoire :

- recherche de signes obstructifs : DYSURIE
- retard de début de miction
- faiblesse du jet
- mictions au goutte à goutte
- poussées abdominales
- allongement du temps mictionnel
- gouttes retardataires
- miction en 2 temps
- sensation de vidange incomplète
- recherche de signes irritatifs : POLLAKIURIE/URGENTURIE
- pollakiurie nocturne (1 réveil/nuit)
- et pollakiurie diurne (intervalle de mictions de moins de 2 heures)
- faibles volumes mictionnels
- urgenterie : besoins impérieux, d'emblée urgent
- incontinence par urgenterie
- hématurie macroscopique
- retentissement sur la qualité de vie+++
- SCORE IPSS et score de qualité de vie+++
- recherche de facteurs favorisants :
- signes évocateurs de prostatite (brûlures urinaires, fièvre, frissons...)
- prises de médicaments (anticholinergiques, alphastimulants...)
- causes neurologiques (SEP, Parkinson, neuropathie diabétique ou OH...)

Examen physique :

- général
- TA, FC, température
- palpation abdominale : recherche d'un globe vésical (matité sus-pubienne)
- palpation fosses lombaires (dilatation des cavités pyélocalicielles)
- examen du pénis pour éliminer un phimosis
- toucher rectal (douleur, volume, nodule suspect)
- bandelette urinaire

### **QUESTION 3/8 :**

Vos doutes sont confirmés. Quel geste faites-vous immédiatement ?

*Réponse attendue :*

Dérivation des urines en urgence par sondage urinaire

- Sondage stérile

– Sonde lubrifiée pour éviter les traumatismes urétraux  
Clamper à 500 mL

**QUESTION 4/8 :**

Malgré votre grande expérience, vous n'arrivez pas à sonder M. C. Celui-ci présente une sténose de l'urètre pénien. Qu'envisagez-vous alors ?

*Réponse attendue :*

Cathéter sus-pubien contre-indiqué (si mis = 0 à la question)  
Contre-indiqué car suspicion de pontage fémoral croisé sus-pubien et prise d'antiagrégants plaquettaires

N.B : KTSP formellement contre-indiqué si AVK mais CI relative si antiagrégants plaquettaires  
Appel urologue de garde  
Dilatation urétrale progressive à la bougie  
Puis pose de sonde vésicale (éventuellement sous fibroscopie)

**QUESTION 5/8 :**

M. C. a un globe de 4,2 L... et au TR une prostate régulière, souple, non douloureuse, que vous estimez à 120 grammes. Le score IPSS est à 22. La BU est négative. Il est soulagé par votre traitement...Vous le surveillez en hospitalisation. 4 heures après votre traitement, il a uriné au total 6,2 L. Qu'en pensez-vous ?

*Réponse attendue :*

Syndrome de levée d'obstacle  
– Polyurie : diurèse supérieure à 200 cc/heure  
Signe la rétention chronique avec retentissement rénal  
(4,2 L globe + 200 cc/h × 4 h = 5 L inf à 6,2 L)

N.B : le syndrome de levée d'obstacle associe des anomalies glomérulaires, tubulaires et désordres immunologiques médiés par des facteurs hormonaux et de l'inflammation au cours de la phase obstructive. Elle correspond à une incapacité transitoire des reins à concentrer les urines : polyurie osmotique avec diurèse > 20 cc/h. DEC. Natrémie normale mais NaU > 20 mmol/L, U/P urée > 10, U/P créat > 20, hypoK +

**QUESTION 6/8 :**

Faites-vous un dosage du PSA ? Pourquoi ?

*Réponse attendue :*

Oui  
– car 68 ans : dépistage individuel du cancer prostate par TR et PSA (50 à 75 ans)  
(selon recommandations de l'association française d'urologie 2010)  
– à distance de l'épisode de rétention aiguë d'urine  
– car PSA faussement élevé dans la rétention et après sondage vésical  
– après avoir éliminé une prostatite  
– pas d'intérêt dans le diagnostic HBP

**QUESTION 7/8 :**

Quel traitement étiologique proposez-vous ?

*Réponse attendue :*

Traitement chirurgical (en l'absence de contre-indications anesthésiques...) car :  
– échec du traitement médical (alpha-bloquants)  
– complication évolutive de l'HBP avec rétention d'urines  
– et symptomatologie invalidante (IPSS)

Adénomectomie voie haute sus-pubienne  
Avec analyse anatomo-pathologique de la pièce  
Pas de résection transurétrale de prostate possible (volume d'adénome trop important)

**QUESTION 8/8 :**

Quelles précautions et mesures prenez-vous en péri-opératoire ?

*Réponse attendue :*

Information et consentement (oral) du patient sur la chirurgie et ses effets secondaires

Toujours prévenir le patient des éjaculations rétrogrades

Pas de retentissement sur érections

Consultation pré anesthésique (au moins 24 H avant le geste)

– bilan biologique pré opératoire : coagulation (TP, TCA), NFS, ionogramme sanguin (kaliémie, natrémie, créatininémie), groupe sanguin (2 déterminations), RAI

– ECG, RP

– ARRÊT de l'ASPEGIC au moins 7 jours avant l'opération (voir avec cardiologue si besoin relais par HBPM ou AINS)

Vérification 4 à 5 jours avant geste ECBU stérile (sur cystocath), si positive débiter antibiothérapie adaptée au moins 48 H avant geste

Avis chirurgien vasculaire si pontage fémoral croisé confirmé, au besoin participe intervention

Antibioprophylaxie per opératoire intraveineuse (cefazoline = C2G peropératoire)

Dilatation urétrale en per opératoire voire urétrotomie interne par voie endoscopique

Envoi de la pièce d'adénomectomie en anatomo-pathologie (oubli = 0 à la question)

Sonde vésicale double courant avec irrigations en postopératoire

– afin d'éviter un caillotage vésical

Contrôle NFS le lendemain de l'intervention

Prophylaxie de la maladie thromboembolique péri opératoire

– bas de contention

– héparinothérapie préventive

Surveillance postopératoire : transit, température, cicatrice, diurèse...

Suivi avec consultation postopératoire à 1 et 3 mois puis annuelle

Pour évaluer l'efficacité du traitement

– avec questionnaire IPSS

– questionnaire de qualité de vie