

Anomalie de la miction
Incontinence urinaire
Hypertrophie prostatique
Rétention aiguë d'urines
IRA et anurie

Items 347, 125 et 127, 348

...

Cours du 23/02/2026

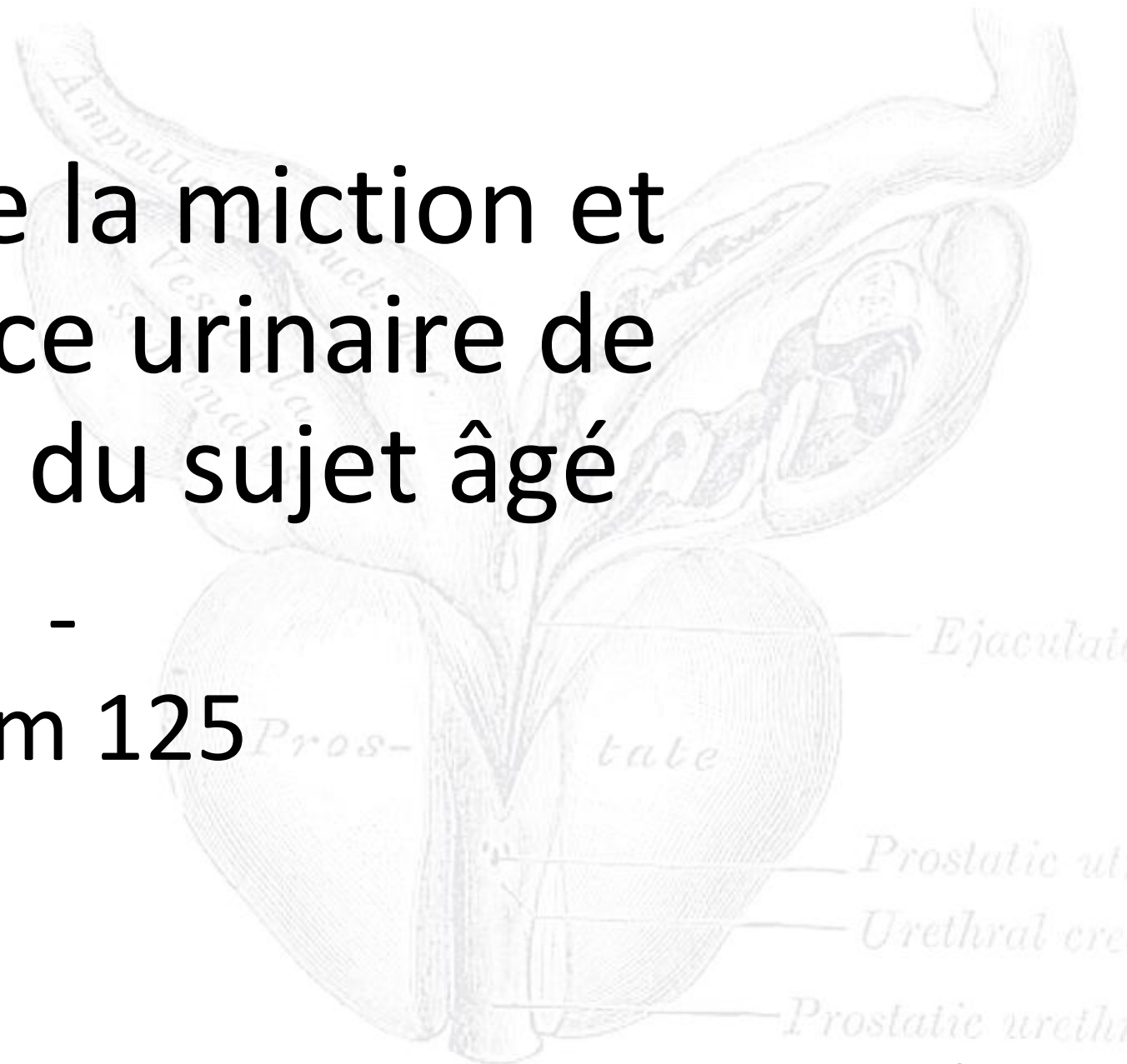
Dr RIGHINI Marion

Cheffe de clinique en urologie CHU de Nîmes – CH Alès

Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

-

Item 125

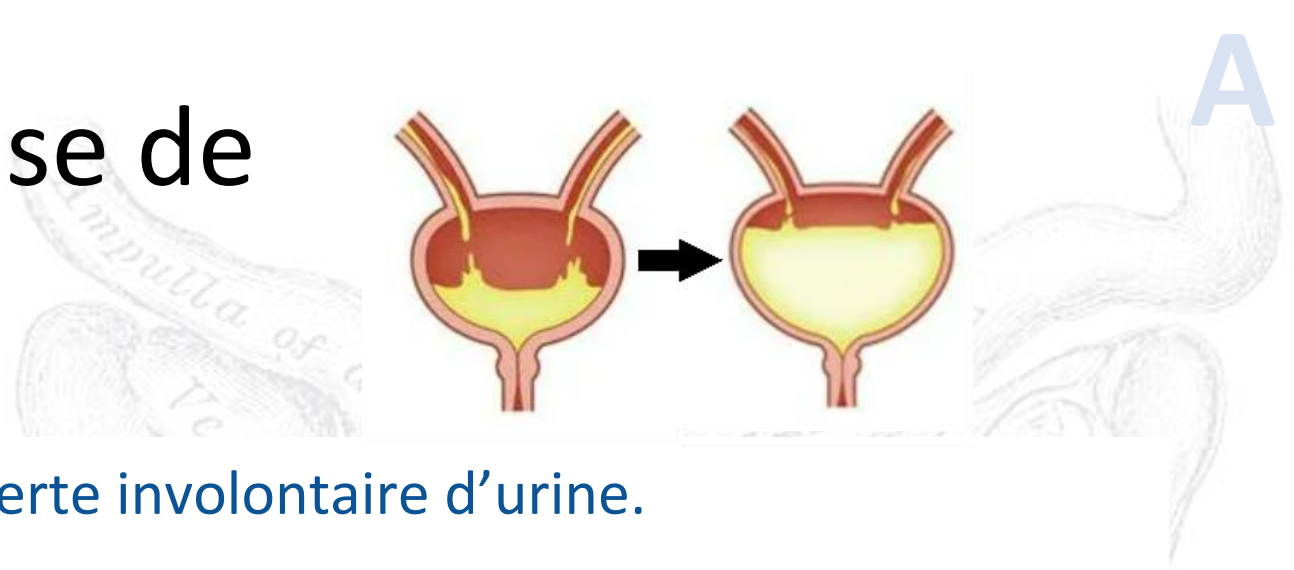


Définitions

Symptômes phase remplissage	Symptômes phase vidange	Symptômes phase post-mictionnelle
<ul style="list-style-type: none">- Pollakiurie- Urgenturie- Incontinence urinaire- Nycturie- Énurésie	<ul style="list-style-type: none">- Jet faible- Jet en arrosoir- Jet haché- Jet hésitant ou dysurie d'attente- Dysurie de poussée- Brûlures mictionnelles	<ul style="list-style-type: none">- Sensation de vidange vésicale incomplète- Gouttes retardataires

Même si un symptôme est souvent prédominant et constitue le motif de consultation, il est nécessaire d'interroger systématiquement le patient à la recherche de tous les autres SBAU, en suivant le déroulement du cycle mictionnel.

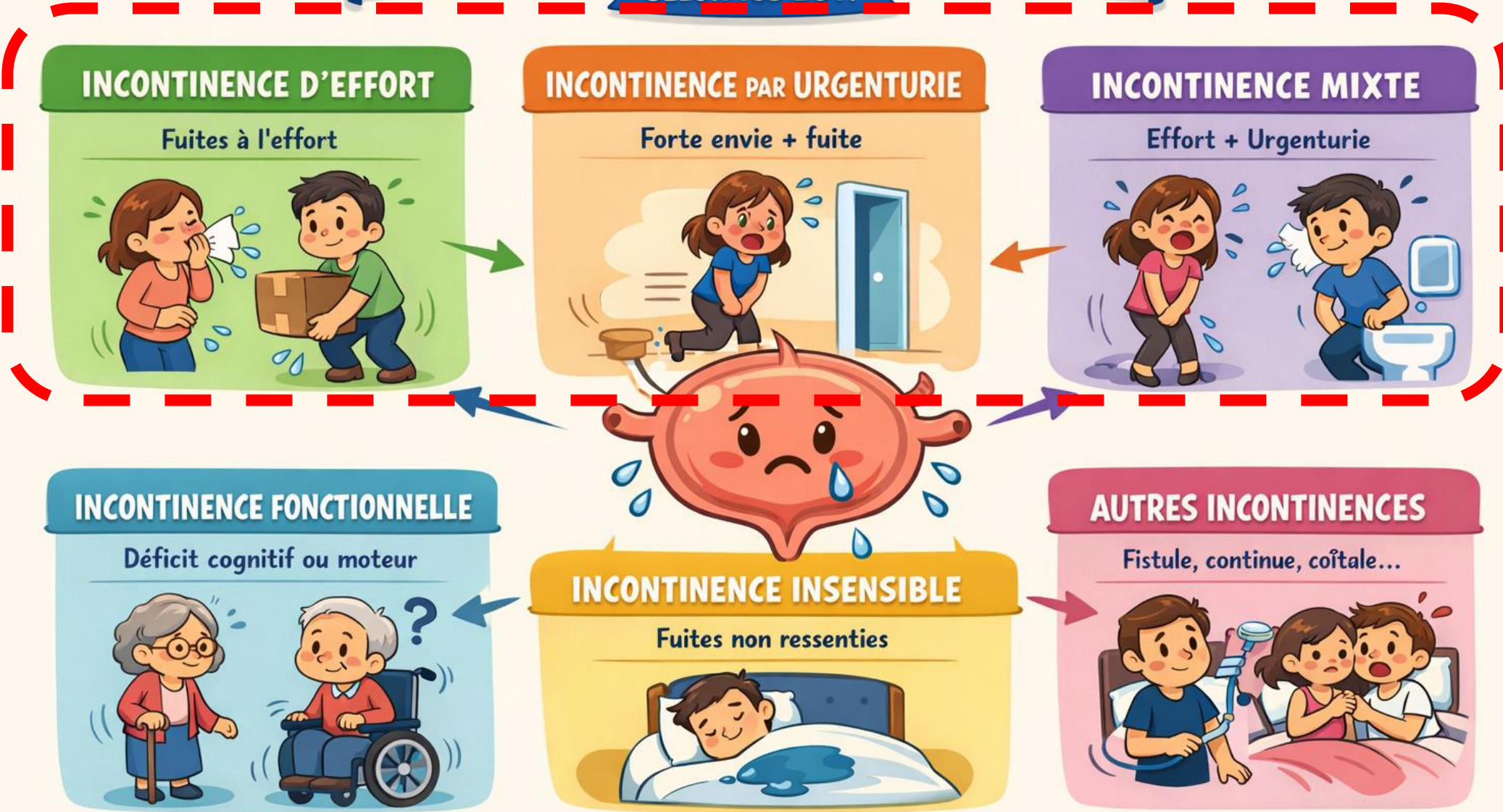
Symptômes de la phase de remplissage vésical



- **Incontinence urinaire (IU)** : toute perte involontaire d'urine.
- **Énurésie** : miction complète involontaire (**diurne** – par ex. lors d'un paroxysme émotionnel – ou **nocturne** – durant le sommeil).
- **Pollakiurie** : augmentation du nombre de mictions par 24 heures à diurèse constante (les mictions sont plus fréquentes et de plus petit volume). La pollakiurie nocturne est définie arbitrairement par ≥ 1 miction par nuit, si une gêne est exprimée par le/la patient(e).
- **Nycturie** : être réveillé par l'envie d'uriner. Elle est considérée comme anormale dès 1 lever, s'il s'associe une gêne pour le/la patient(e) (difficulté à se rendormir par exemple).
- **Urgenturie** : désir soudain, impérieux et irrépressible d'uriner. Ne prévient pas.

LES TYPES D'INCONTINENCE URINAIRE

SELON ICS 2017



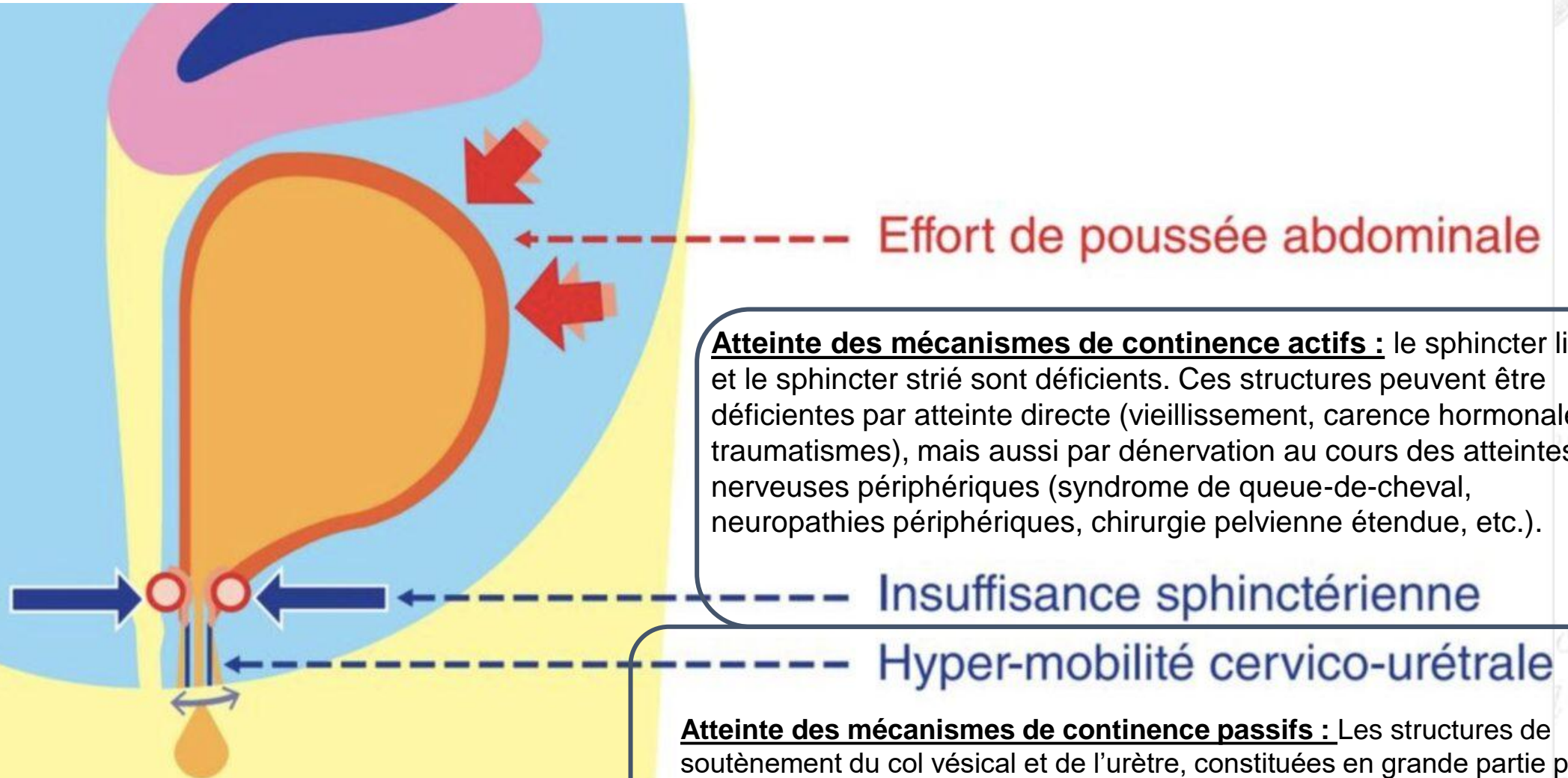


Incontinence urinaire de la femme

- L'incontinence urinaire touche 5 à 15 % des femmes entre 40 et 70 ans, >15 % des femmes institutionnalisées après 70 ans.
- Jusqu'à l'âge de 60 ans : IU d'effort prédominante. Au-delà ce sont l'IU mixte et l'IU par urgenturie qui prédominent.
- Il existe de nombreux facteurs de risque :

Modifiables	Non modifiables
<p>Obésité</p> <p>Carence hormonale</p> <p>Activité physique (trop ou pas assez)</p>	<p>Intrinsèques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge - Génétique - Ethnique (caucasienne +++) <p>Gyneco-obs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse - Acct voie basse - irradiation/chirurgie pelvienne <p>Généraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diabète - démence <p>Neurologiques</p>

Incontinence urinaire d'effort de la femme



Atteinte des mécanismes de continence actifs : le sphincter lisse et le sphincter strié sont déficients. Ces structures peuvent être déficientes par atteinte directe (vieillesse, carence hormonale, traumatismes), mais aussi par dénervation au cours des atteintes nerveuses périphériques (syndrome de queue-de-cheval, neuropathies périphériques, chirurgie pelvienne étendue, etc.).

Atteinte des mécanismes de continence passifs : Les structures de soutènement du col vésical et de l'urètre, constituées en grande partie par la paroi antérieure du vagin, sont déficientes du fait du vieillissement tissulaire, de la carence hormonale ou de traumatismes obstétricaux.

Incontinence urinaire chez l'homme



Fréquence

2 à 10 fois moins fréquente que l'IU féminine, et augmente avec l'âge.

Chez l'homme, l'IU par urgenturie est plus fréquente que l'IU mixte ou l'IU d'effort.

Facteurs de risque

- **Intrinsèque** : âge
- **Iatrogènes** :
 - prostatectomie totale (et cystoprostatectomie associée à une entérocystoplastie de substitution) ;
 - chirurgie de l'HBP
 - chirurgie pelvienne étendue, irradiation pelvienne.
- **Généraux** : diabète, démence et trouble cognitifs.
- **Maladies neurologiques** : dénervation au cours des atteintes nerveuses périphériques (syndrome de queue-de-cheval, neuropathies périphériques, chirurgie pelvienne étendue, etc.).

Incontinence urinaire par urgenturie IUU

B



Idiopathique

L'ensemble du système urinaire peut être impliqué :

- **Urothélium** – contenant de nombreux récepteurs – duquel émane les messages nerveux afférents du bas appareil urinaire et qui peut être responsable d'une « sensibilité » augmentée ;
- **Structures neurologiques médullaires et cérébrales** impliquées dans la régulation du cycle mictionnel ;
- **Système nerveux autonome** impliqué dans la régulation de l'homéostasie interne ;
- **Microbiote urinaire** interagissant avec l'urothélium ;
- **Autres organes pelviens** pouvant participer à augmenter les afférences pelviennes, et capables de stimuler les afférences à destination du bas appareil urinaire ;
- **Muscle détrusor** qui, lorsqu'il est remanié (vessie de lutte) peut entraîner des contractions involontaires indépendamment de tout contrôle neurologique ;
- **Carence hormonale** notamment chez la femme ;

Psychogène

Les émotions présentes (peur, anxiété, stress...) et les événements traumatiques passés pourraient favoriser la survenue de troubles mictionnels.

Troubles neurologiques

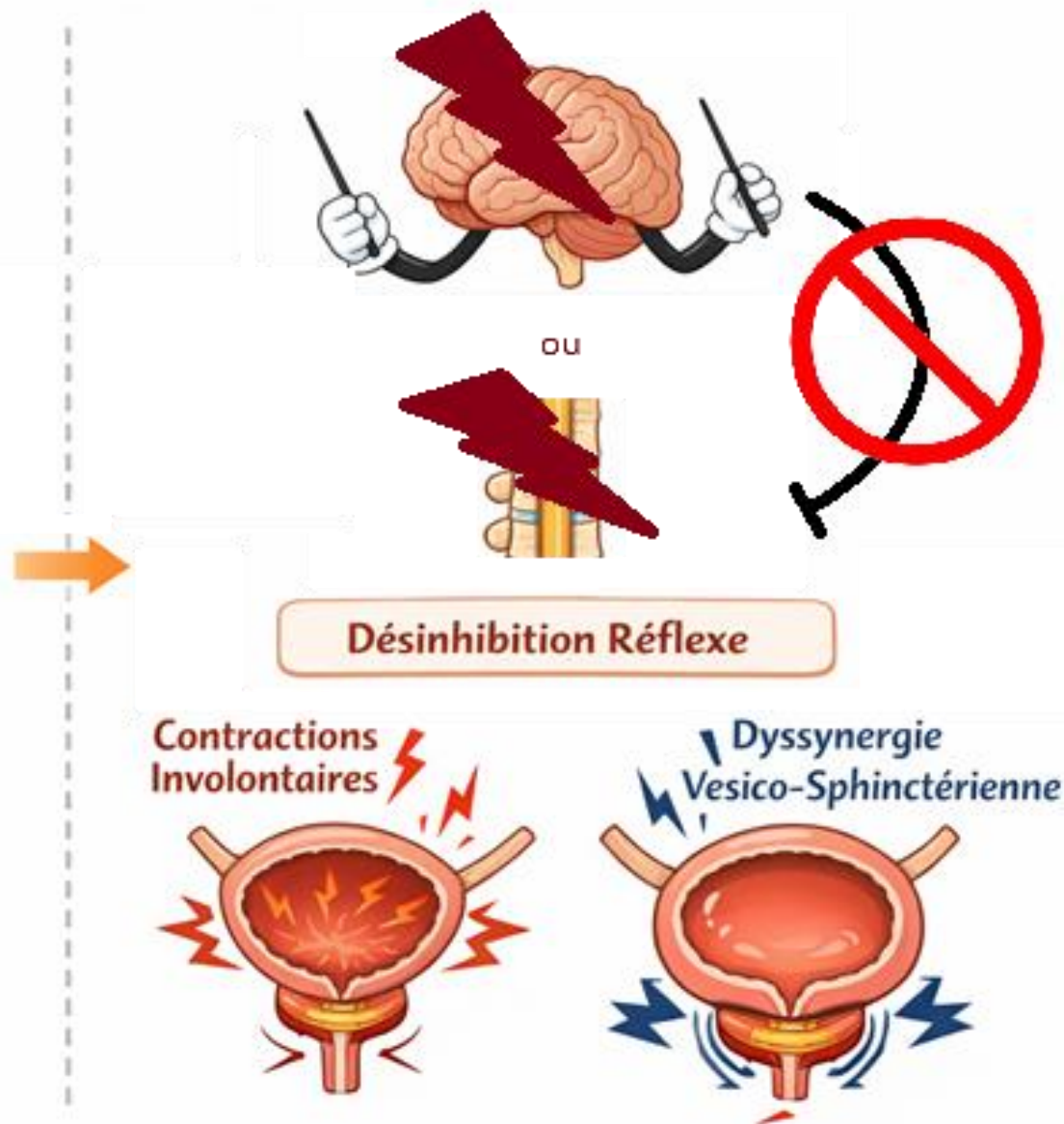
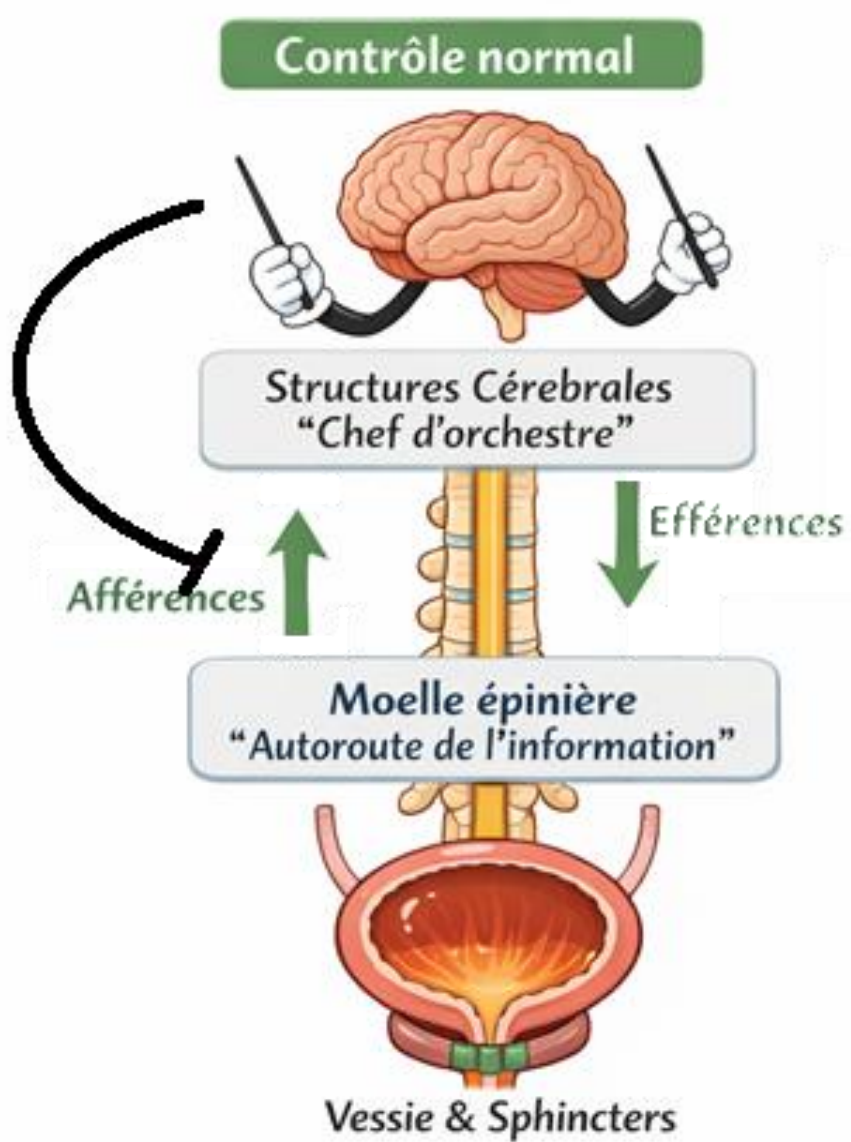
Prochaine diapo

Causes locales

Toute cause d'irritation locale : infection urinaire, tumeur de vessie ou de voisinage, calcul intravésical, corps étranger intravésical, obstruction sous-vésicale (ex. : hypertrophie bénigne de la prostate, prolapsus génito-urinaire chez la femme...) peut être responsable d'IUU

Contrôle neurologique de la miction

Cerveau :
rôle inhibiteur



Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale (SCHV)

Il est défini par la présence :

- d'une **urgenterie** – l'urgenterie suffit à elle seule pour définir le SCHV
- avec ou sans **incontinence**
- **± pollakiurie**
- **± nycturie**
- **en dehors d'une pathologie locale évidente** (infection urinaire, tumeur de vessie ou de voisinage, calcul intravésical, corps étranger intravésical...)

Il est important de **distinguer l'hyperactivité détrusorienne** qui désigne des contractions involontaires de la vessie qui ne peuvent être visualisées que sur un bilan urodynamique, **de l'hyperactivité vésicale** qui a une définition purement clinique. Le SCHV peut être sous-tendu par une hyperactivité détrusorienne, mais ce n'est pas toujours le cas (environ 50 % des cas).

Diagnostic de l'incontinence urinaire

- Le diagnostic d'une IU est avant tout **clinique**.
- Interrogatoire : rechercher
 - une perte involontaire d'urines : fuites oui/non
 - l'importance des fuites, en terme de fréquence/quantité
 - le mécanisme (sport, syndrome du paillason...)
 - des SBAU associés
 - troubles anorectaux ou génitosexuels associés
 - l'impact
 - les attentes du patient en terme de traitement

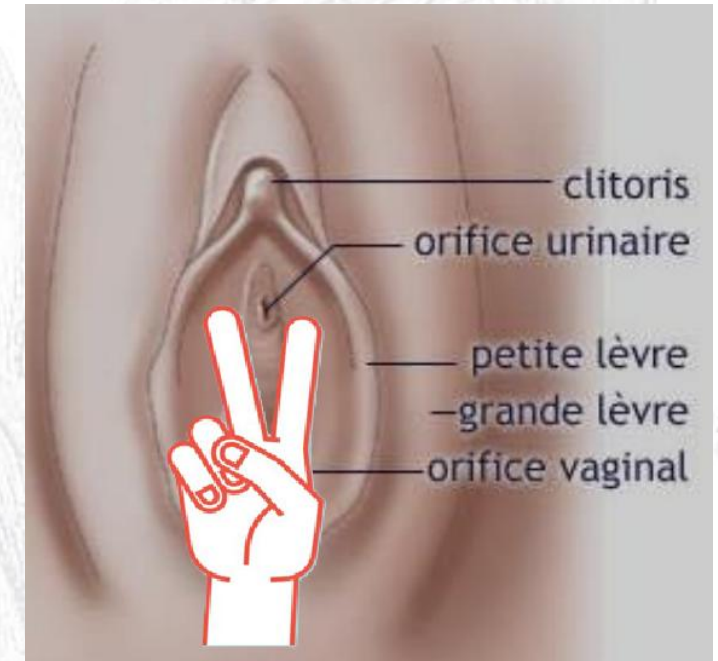
Les fuites urinaires peuvent être quantifiées directement ou indirectement, au moyen :

- du **calendrier mictionnel** : nombre d'épisodes d'IU par jour ;
- du **nombre et type de protections** absorbantes portées, jour et nuit ;
- de **questionnaires** validés (ex. : score de Sandvik) ;
- de la pesée des protections absorbantes (**pad test**) sur 24 heures en condition de vie normale ou sur 1 heure avec des épreuves physiques spécifiques.

Diagnostic de l'incontinence urinaire

Examen clinique est réalisé **vessie pleine**, en essayant de reproduire les circonstances des fuites :

- ♀ : position gynéco puis debout
 - Examen de la vulve
 - Toux + manoeuvre de valsalva : fuites? hypermobilité urétrale?
 - Si fuites à la toux : **manoeuvre de soutènement urétral**
 - Examen vaginal : recherche d'un prolapsus, TV
- ♂ : décubitus dorsal puis debout
 - Palpation de l'urètre, visualisation du méat (sténose), réalisation d'un toucher rectal (volume et consistance de la prostate)
 - Toux + manoeuvre de valsalva
- Examen « **neurologique** » : recherche de déficits dans le territoire sacré



Bilan de l'incontinence urinaire



En 1ère intention

- **Le calendrier mictionnel** : faire noter par le patient lui-même, pendant 72 heures, l'heure de chaque miction (de jour, comme de nuit), le volume uriné, la survenue de fuites, en précisant les circonstances de survenue des fuites (effort, urgenturie...).
- **L'ECBU** : éliminer une infection urinaire et détecter une hématurie microscopique.
- **L'échographie** (rénale, vésicale et pelvienne ± prostatique, avec mesure de résidu post-mictionnel) :
 - recherche d'un trouble de la vidange vésicale, voire à l'extrême une rétention chronique d'urine
 - vérifier l'intégrité de la vessie et des organes pelviens (tumeurs, calculs, corps étrangers)

En 2ème intention : cytologies urinaires, urétrocystoscopie, cystographie, BUD, IRM médullaire et cérébrale, IRM pelvienne

Drapeaux rouges

L'IU est le plus souvent le symptôme et la maladie à elle seule.

Il convient cependant de noter quelques cas particuliers :

- **Urgenturie et/ou hématurie macroscopique**: toujours éliminer une **infection urinaire**, une **tumeur** de vessie ou de voisinage, un **calcul** vésical ou urétérovésical (dernière portion de l'uretère), voire un **corps étranger** intravésical ;
- **Survenue brutale ou l'installation rapide d'une IU**, quel que soit le type, chez un **sujet jeune associée à une dysfonction génitosexuelle et/ou anorectale**, bien que non spécifique, doit toujours faire évoquer une origine **neurologique** ;

Fuites urinaires du sujet âgé



Nycturie

- Fait d'être réveillé par l'envie d'uriner. Elle est considérée comme **anormale dès le 1er lever si celui-ci entraîne une gêne pour le/la patient(e)** (difficulté à se rendormir par exemple).
- **Motif fréquent de consultation** d'autant plus qu'elle est intense (> 2 ou 3 levers par nuit), car responsable de fatigue et d'inconfort, voire de complications graves (chutes du sujet âgé)
- Deux causes doivent être distinguées (parfois associées) :
 - la **polyurie**: augmentation anormale de la diurèse.
Peut être globale (sur 24h) ou seulement nocturne (fréquent chez les sujets âgés) ;
 - la **réduction de la capacité vésicale fonctionnelle nocturne**
- L'examen clé du bilan étiologique d'une nycturie est le **calendrier mictionnel**.

Polyurie

Bilan :

- Polyurie globale (jour et nuit): ionogramme urinaire des 24 heures.
 - Une osmolalité urinaire **basse** (< 200-300 mOsm/kg) oriente vers un **diabète insipide** (natrémie haute), une **polydipsie/potomanie** (natrémie basse).
 - Une osmolalité **haute** (> 200-300 mOsm/kg) oriente vers une diurèse osmotique : **diabète sucré**
- Polyurie nocturne:
 - habitudes de boissons le soir inadaptées,
 - prise de diurétique le soir,
 - insuffisance rénale débutante,
 - recirculation des œdèmes des membres inférieurs en cas d'insuffisance cardiaque
 - **syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS):** rechercher des ronflements, une somnolence diurne, un surpoids, une hypertension artérielle.
 - Sa prévalence augmente avec l'âge en raison d'une diminution du pic de sécrétion nocturne d'hormone antidiurétique (ADH).

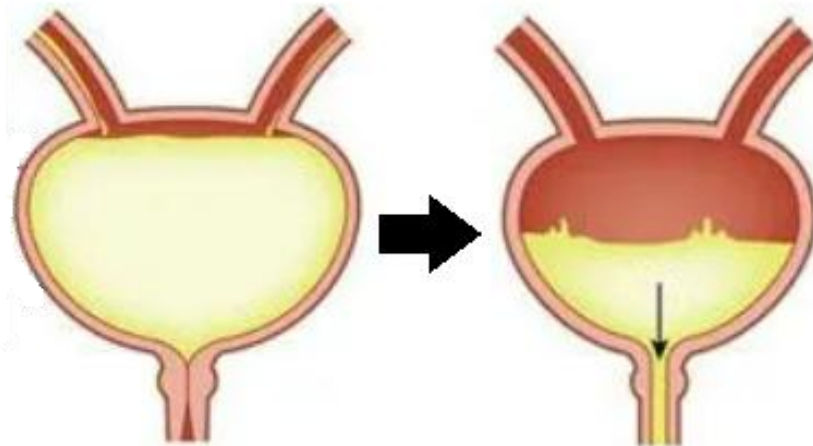
Nycturie

Traitement :

- En pratique, ne relève d'une prise en charge urologique que la nycturie en lien avec une réduction de la capacité vésicale fonctionnelle.
- Dans ce cas, en plus de **règles hygiénodiététiques simples** (diminution des apports hydriques le soir, surélévation des jambes en journée en cas d'œdème des membres inférieurs), les principes thérapeutiques seront ceux du SCHV, à savoir :
 - **rééducation** ;
 - traitements pharmacologiques : **anticholinergiques ou bêta-3 agonistes** ;
 - **neurostimulation tibiale postérieure transcutanée** (électrostimulation non invasive réalisée à domicile) ;
 - **neuromodulation sacrée** (implantation d'une électrode et d'un boîtier de stimulation au bloc opératoire) ;
 - injection de **toxine botulique** intradétrusorienne.
- En cas de cause locale ou d'obstruction, le **traitement de la cause** est à privilégier.
- En ce qui concerne la nycturie en lien avec une polyurie permanente ou nocturne, la prise en charge dépendra bien sûr de la cause sous-jacente
ex : **appareillage d'un SAOS**, prise en charge d'une insuffisance rénale ou cardiaque.
- En l'absence de cause sous-jacente, la **desmopressine**, substitut d'hormone antidiurétique, peut être prescrite et prise le soir chez les sujets de moins de 65 ans.

Symptômes de la phase de vidange vésicale

- **Dysurie** : difficulté à vider la vessie se manifestant par un retard à l'initiation de la miction (dysurie d'attente), une nécessité de pousser pour initier, poursuivre ou compléter la miction (dysurie de poussée), un jet faible et/ou en arrosoir, un jet haché.
- **Brûlures mictionnelles** : brûlures ressenties dans l'urètre durant le passage de l'urine.



Dysurie

MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES ET ÉTIOLOGIES DE LA DYSURIE

DYSURIE

Obstacle
de la filière
urétrale



Faible
Contraction
vésicale



- OBSTRUCTION SOUS-VÉSICALE

Causes Anatomiques



HBP



Sténose de l'urètre



Cancer de Prostate



Cystocèle

Causes Fonctionnelles



Dyssynergie
Vésico-Sphinctérienne



Calcul ou
Caillot Urinaire

- HYPOCONTRACTILITÉ VÉSICALE

Causes Neurologiques



Neuropathie



Vessie Atonique

Causes Myogènes



Vessie Atonique



Médicaments Sédatifs

Causes Médicamenteuses

opiacés, anti-cholinergiques...

Bilan étiologique de la dysurie



L'interrogatoire est l'**élément central du bilan clinique**. Il doit rechercher :

- Les **symptômes urinaires** associés (phase de remplissage, vidange, post-mictionnelle).
- Le **calendrier mictionnel** (fréquence, volumes, horaires).
- Les facteurs aggravants ou déclenchants (médicaments, antécédents chirurgicaux, neurologiques, etc.).
- Le **retentissement** sur la qualité de vie et les attentes du patient.

L'**examen clinique** peut orienter vers :

- Une obstruction mécanique (prostate volumineuse, anomalies anatomiques).
- Un globe vésical (rétention chronique).
- Des signes neurologiques associés.

Bilan étiologique de la dysurie

Examens de 1ère intention :

1. **Examen cytbactériologique des urines (ECBU)** – éliminer une infection urinaire.
2. **Débitmétrie + mesure du résidu post-mictionnel** – objectiver la dysurie et détecter un obstacle ou une hypocontractilité.
3. **Échographie réno-vésico-prostatique** – recherche d'obstacle sous-vésical, calcul, tumeur, mesure du résidu, évaluation prostate.

Examens de 2ème intention :

- **Cystoscopie** – analyse directe de la filière urétrale et de la vessie (sténose, tumeur, calcul).
- **Urographie rétrograde/mictionnelle** – visualiser l'obstacle ou les anomalies de la filière.
- **Bilan urodynamique (profilométrie, cystomanométrie)** – évaluer fonction vésicale et sphinctérienne lorsque le mécanisme n'est pas clair.
- **Imagerie spécifique (scanner, IRM)** en cas de suspicion de cause neurologique ou de pathologie complexe



Débitmétrie

- Les paramètres étudiés sont :
 - le volume uriné,
 - le débit maximal Q_{max} ,
 - le débit moyen,
 - la durée de la miction,
 - le résidu post-mictionnel (à l'aider d'un échographe ou d'un BladderScan®)
- Pour pouvoir interpréter une débitmétrie, la réplétion vésicale (volume uriné + résidu post-mictionnel) doit **>150 ml**.
- Une courbe normale présente une forme en cloche avec un débit maximal entre 20 et 30 ml/s
- Un débit maximal inférieur à 15 ml/s associé à une courbe aplatie est évocateur d'une obstruction

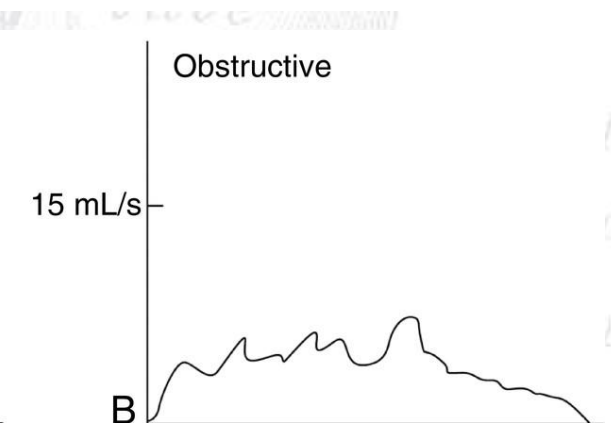
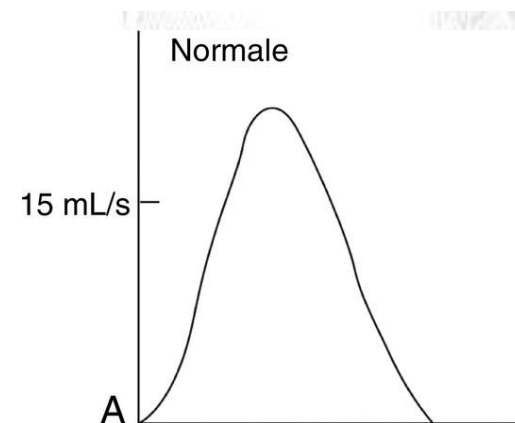
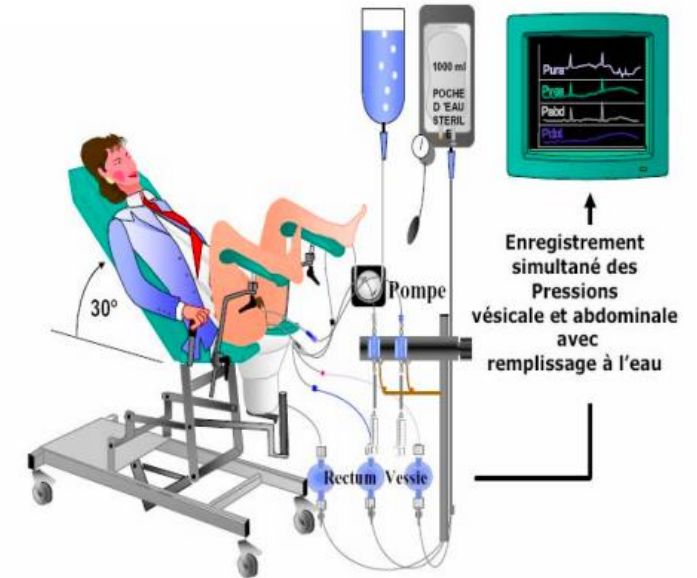
Débitmétrie =
examen de routine



VS

+ écho pour RPM

BUD : examen de
2^{de} intention



Prise en charge de la dysurie



- **Complications :**

- RAU: sondage vésical ou cathéter sus-pubien
- Infectieuses
- IR

- **Hypertrophie bénigne de la prostate (cf plus loin)**

- Traitement médical
- RTUP

- **Sténoses de l'urètre**

- Urétrotomie endoscopique: incision de la sténose par voie endoscopique.
- Urétroplastie: chirurgie de reconstruction de l'urètre.

Prise en charge de la dysurie

- Dyssynergie vésicosphinctérienne

- **α -bloquants** : efficacité partielle.
- **Auto-sondages propres intermittents +++**
 - Si les auto-sondages ne sont pas possibles par les voies naturelles (ex. : tétraplégie), une chirurgie de dérivation urinaire continente à l'ombilic peut permettre de réaliser les auto-sondages par voie abdominale.
- La **sphinctérotomie** : patients lésés médullaires et consiste à empêcher le sphincter strié de se contracter (soit au moyen d'un « stent », soit par section chirurgicale endoscopique) afin de permettre la réalisation de mictions réflexes à basse pression.
Etui pénien.
Nécessite le maintien d'une contractilité vésicale satisfaisante.
- **Bricker** dans les cas les plus graves
- Dans les formes non neurologiques (fonctionnelles), la **rééducation** peut être efficace.

Prise en charge de la dysurie

- **Causes médicamenteuses :** arrêter le ou les médicaments incriminés.
- Certaines dyssynergies fonctionnelles ou des situations rares de rétention « réflexe » et le **syndrome de Fowler** peuvent répondre à la stimulation électrique du nerf sacré S3 appelée « neuromodulation sacrée »



Prise en charge de la dysurie

- Hypocontractilité vésicale

Il n'y a **pas** à l'heure actuelle de **traitement pharmacologique de l'hypoactivité vésicale**.

Le traitement repose sur les **auto-sondages** propres intermittents.

Le **cathéter sus-pubien** et la **sonde vésicale à demeure** ne sont pas des **solutions viables à long terme** : inconfort permanent, destruction de l'urètre (escarres de verge chez l'homme et fistules urétrales), à des infections urinaires récidivantes menaçant le pronostic rénal et parfois vital, et à un risque de cancérisation sur inflammation chronique à long terme.

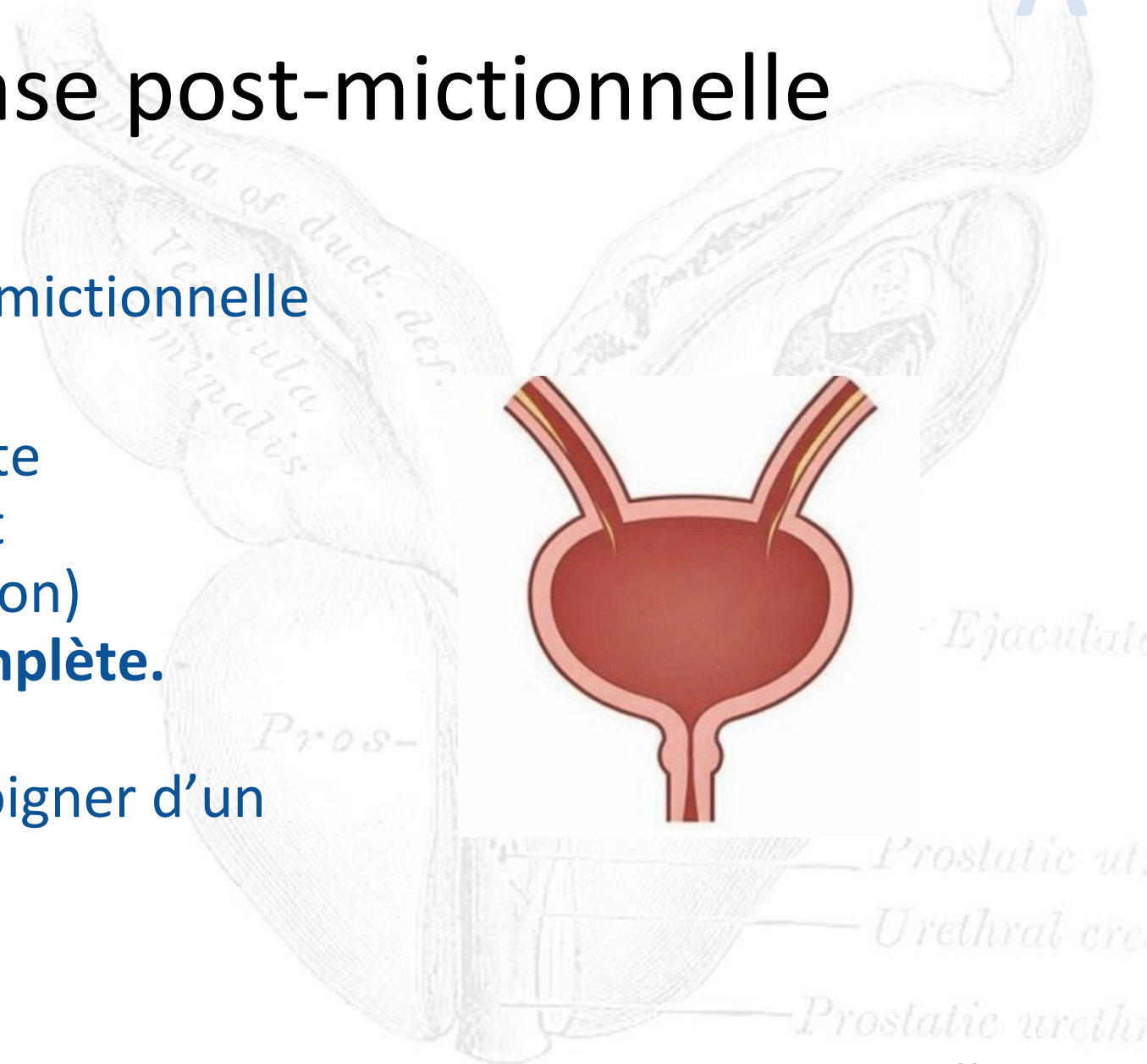
Dans de rares cas, l'hypocontractilité vésicale peut répondre à la **neuromodulation sacrée**.

Symptômes de la phase post-mictionnelle

Les symptômes de la phase post-mictionnelle comprennent :

- les **gouttes retardataires** (perte involontaire d'urine survenant immédiatement après la miction)
- la **sensation de vidange incomplète.**

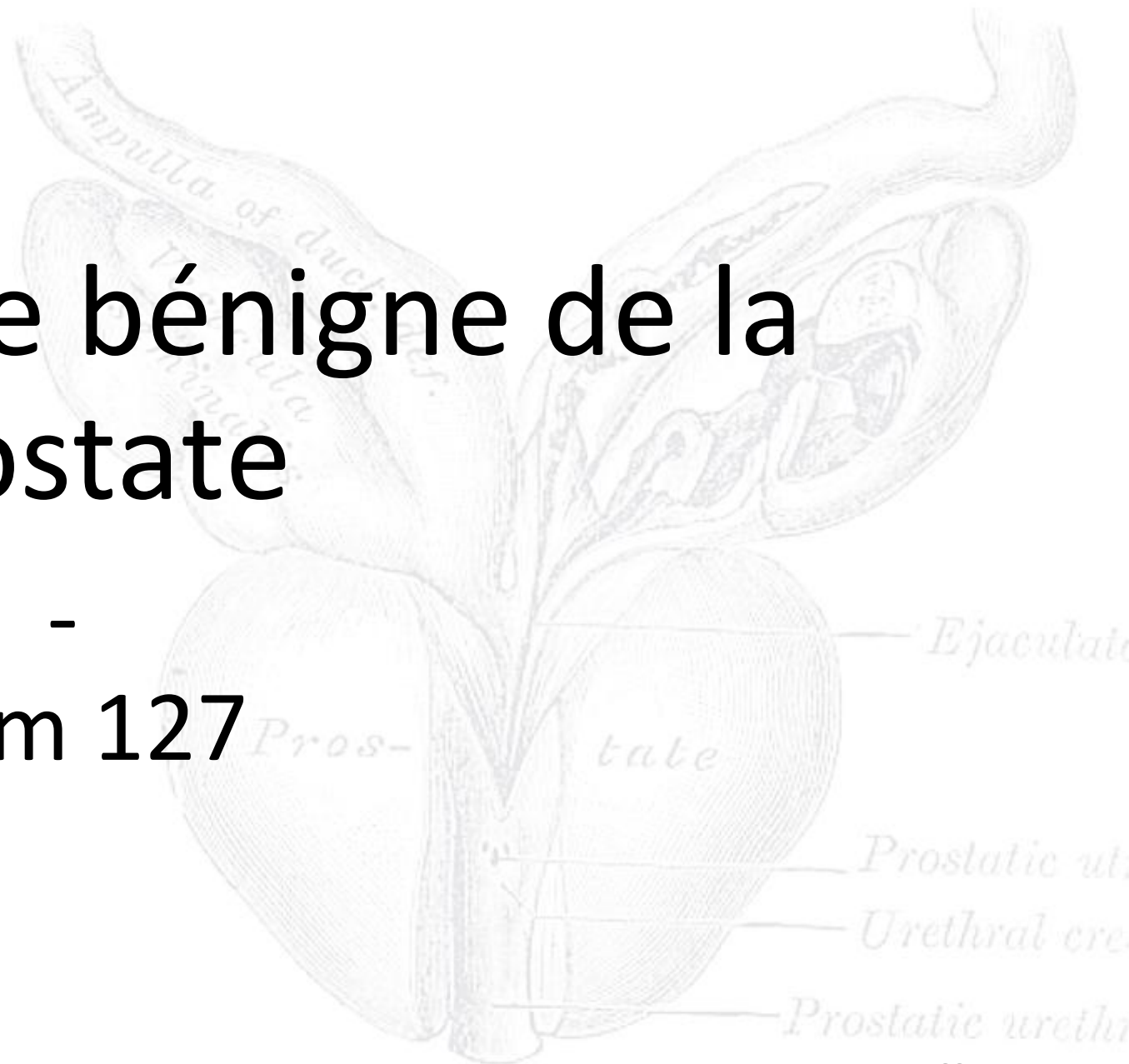
Ces symptômes peuvent témoigner d'un trouble de la vidange vésicale.



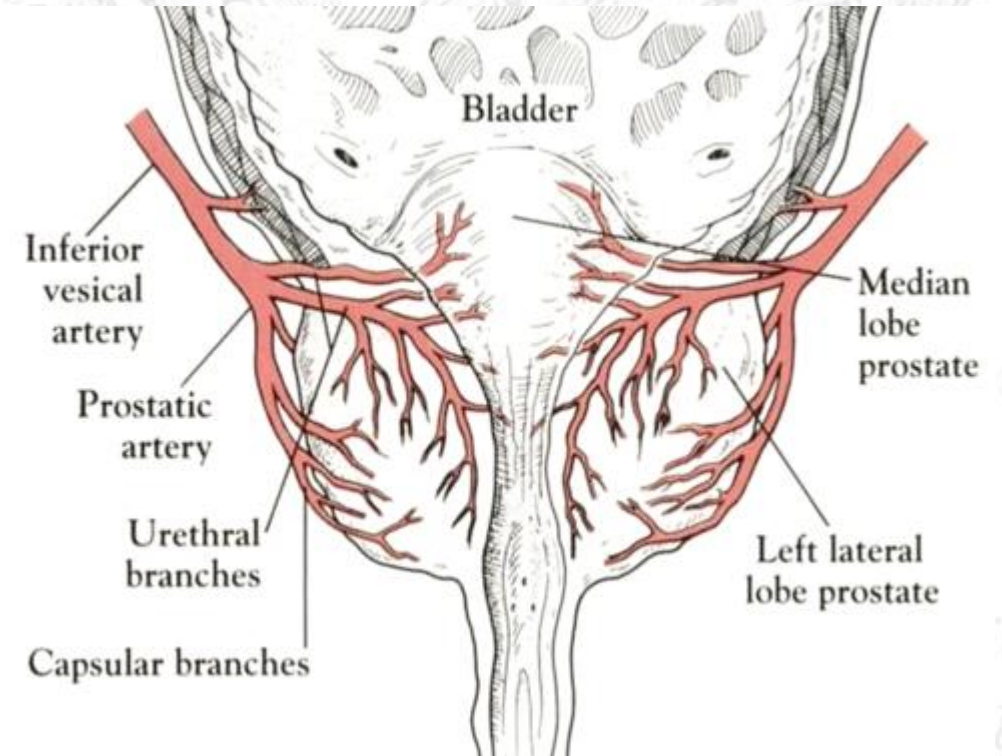
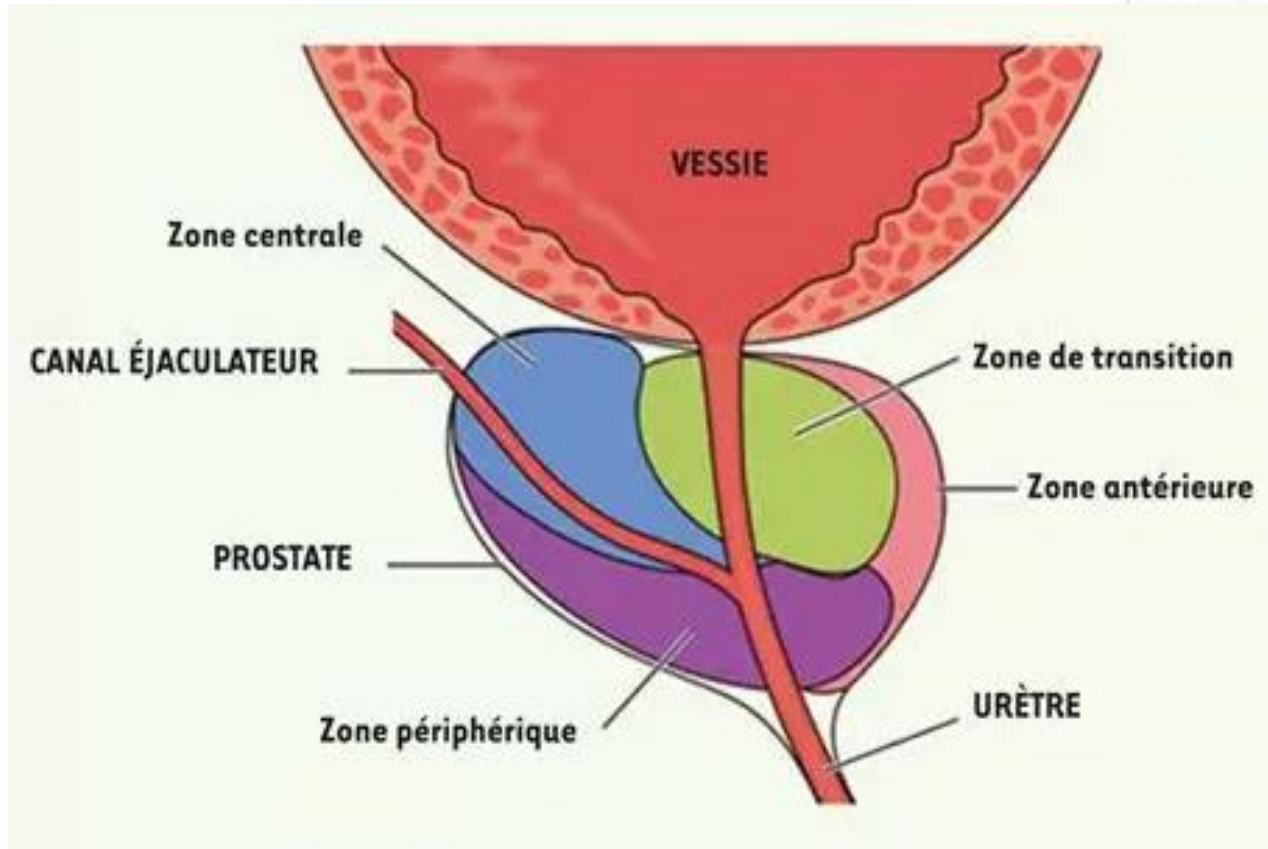
Hypertrophie bénigne de la prostate

-

Item 127



Prostate



Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP)

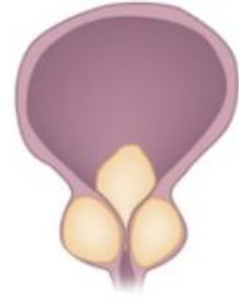
- Augmentation progressive de la taille de la prostate
- Mécanismes multifactoriels et imparfaitement élucidés. Facteurs génétiques et environnementaux.
- L'HBP est une affection :
 - **Bénigne** : pas de lien entre HBP et cancer de la prostate
 - **Liée à l'âge** : son incidence augmente progressivement après l'âge de 50 ans ;
 - **Souvent peu symptomatique** : la majorité des hommes >50 ans ont une HBP histologique sans symptômes significatifs ; environ 30 % des hommes de plus de 65 ans se plaignent de SBAU liés à une HBP
 - **Mais pouvant être très gênante**
- L'HBP peut être responsable :
 - d'une **obstruction sous-vésicale** (obstacle à la vidange de la vessie) :
 - lobes latéraux de la prostate qui grossissent et compriment l'urètre prostatique
 - lobe médian : protrusion intravésicale de la prostate, effet clapet
 - d'une **hyperactivité vésicale** :
 - protrusion intravésicale de la prostate (irritation du col vésical)
 - obstruction sous-vésicale chronique responsable d'une hypertrophie puis d'une hyperactivité détrusorienne
 - d'une **diminution de la capacité vésicale fonctionnelle** :
 - défaut de vidange de la vessie (résidu post-mictionnel)
 - volume prostatique qui ampute l'espace disponible dans la vessie.



Lateral Lobes



Median Lobe



Lateral & median lobes

Symptômes

Phase de remplissage	Phase mictionnelle	Phase post-mictionnelle
Pollakiurie (diurne et nocturne) Urgenturie ± associée à une incontinence urinaire Nycturie	Retard à l'initiation de la miction Dysurie Jet faible Interruption de la miction, jet haché Miction par poussée abdominale	Gouttes retardataires Sensation de vidange vésicale incomplète

Il n'existe pas de parallélisme direct entre le volume prostatique et l'intensité des SBAU.

Ces symptômes sont peu spécifiques → toujours penser à un dgc différentiel

Complications



- **Aigues**

- **RAU**

- +/- **IRA** : dilatation urétéro-pyélo-calicielle bilatérale sur l'échographie du haut appareil urinaire (normalisation classique après sondage)

- **Inf. Urinaires** (prostatite, orchio-épididymite) ⇔ mauvaise vidange vésicale entraînant une stagnation des urines dans la vessie

- **Hématurie macroscopique** : initiale ou totale ⇔ rupture de petites varices prostatiques

- **Chroniques** :

- bas appareil urinaire :

- **vessie de lutte** : hypertrophie détrusorienne (épaississement de la paroi vésicale secondaire à l'obstruction chronique), puis apparition de trabéculations et de diverticules vésicaux. Au stade ultime, la vessie se retrouve amincie, distendue, multidiverticulaire et acontractile.

- **rétention chronique d'urine (RCU)** : globe non douloureux avec mictions par regorgement,

- **calculs vésicaux** de stase, favorisant hématurie macroscopique et infections urinaires

- haut appareil urinaire : **insuffisance rénale chronique** obstructive, avec reins dilatés et amincis à l'écho (récupération pas systématique après sondage)

- (Hernie de l'aîne)

Bilan

- **Interrogatoire** complet (atcd, symptômes urinaires et sexuels), IPSS
- **Examen clinique** : abdomen, fosses lombaires, organes génitaux externes (OGE) et **toucher rectal** :
 - HBP : glande est augmentée de volume (> 20 g), souple, indolore, lisse et régulière avec disparition du sillon médian et évasement des bords latéraux ;
 - cancer de la prostate : nodule irrégulier et induré.
- **Calendrier mictionnel**
- **Bilan paraclinique** :
 - ECBU
 - Débitmétrie
 - PSA + créat
 - 1 point de PSA \approx 10 grammes de prostate
 - Echo
 - Autres en fonction du contexte (urétrocystoscopie, BUD...)



Examen clinique respectueux après recueil du consentement



Calendrier mictionnel



Mardi 11 octobre 2017

- 3 x 24h



Heure	Volume d'urine (ml)	Sensation de besoin					Fuites urinaires (x)	Change-ment de protection (x)	Boissons	
		0	1	2	3	4			Volume (dl)	Type
7h30	400				x			x		
8h									3	Café
10h30	150				x					
12h									2	Eau
13h30	200			x						
19h	140					x	x	x		
22h30									2	Tisane
23h										
2h	x					x	x	x		



Coucher

Traitement

	ABSTENTION/SURVEILLANCE	TRAITEMENT MÉDICAL	TRAITEMENT CHIRURGICAL
Indications	<ul style="list-style-type: none"> - HBP non compliquée - SBAU minimales/modérés sans altération de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - HBP non compliquée - SBAU minimales/modérés avec altération de la qualité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> - HBP compliquée - SBAU modérés/sévères résistant au traitement médical - Ou préférence du patient

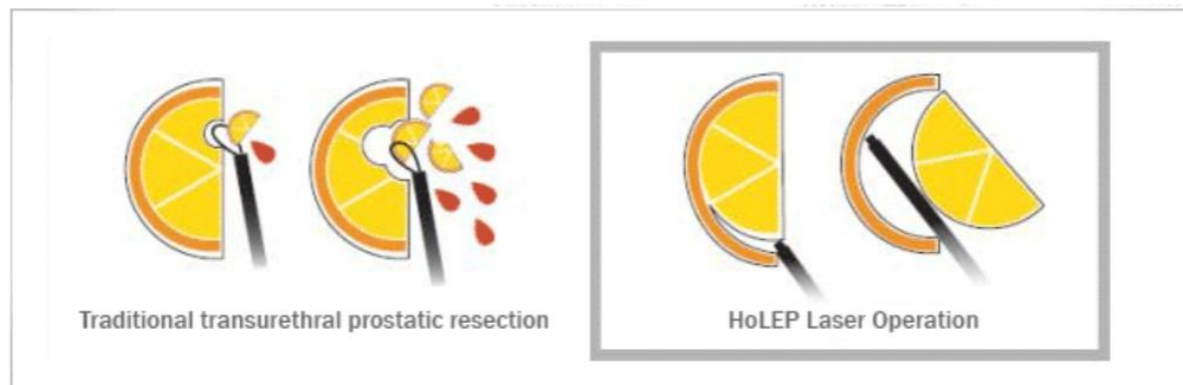
- Conseils hygiéno-diététiques :
 - réduction des apports hydriques après 18 heures,
 - diminution de la consommation de caféine et d'alcool,
 - traitement d'une constipation associée,
 - arrêt des traitements favorisant la dysurie (anticholinergiques, neuroleptiques, etc.).

Traitements médicamenteux

	α -BLOQUANTS	INHIBITEURS DE LA 5α RÉDUCTASE	PHYTOTHÉRAPIE	IPDE5	Anticholinergiques
Action pharmacologique	Diminution du tonus de l'urètre postérieur après 48 h de traitement	Diminution du volume prostatique après 6 mois de traitement	Mal connu	Augmentation de la GMP cyclique intracellulaire, réduisant le tonus des muscles lisses du détrusor, de la prostate et de l'urètre.	Inhibition de la contraction détrusorienne. Rapidité d'action: quelques semaines.
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> - Hypotension orthostatique - Céphalées, vertiges - Troubles de l'accommodation - Éjaculation rétrograde 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de l'érection - Diminution de la libido - Gynécomastie 	- Aucun	- Hypotension artérielle et collapsus en cas de prise de dérivés nitrés concomitante (contre-indication)	Effets indésirables: syndrome sec, constipation ; contre-indiqués en cas d'antécédent de glaucome aigu par fermeture de l'angle non traité.
Exemples	<ul style="list-style-type: none"> - Alfuzosine (Xatral[®]) - Tamsulosine (Josir[®], Omix[®]) - Silodosine (Urorec[®]) 	<ul style="list-style-type: none"> - Finastéride (Chibroproscar[®]) - Dutastéride (Avodart[®]) 	<ul style="list-style-type: none"> - Serenoa Repens (Permixon[®]) - Pygeum Africanum (Tadenan[®]) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tadalafil (Cialis[®]) quotidien Non remboursé seul médicament disponible	Solifénacine (Vesicare [®]), Chlorhydrate d'oxybutinine (Ditropan [®])

Traitement chirurgical

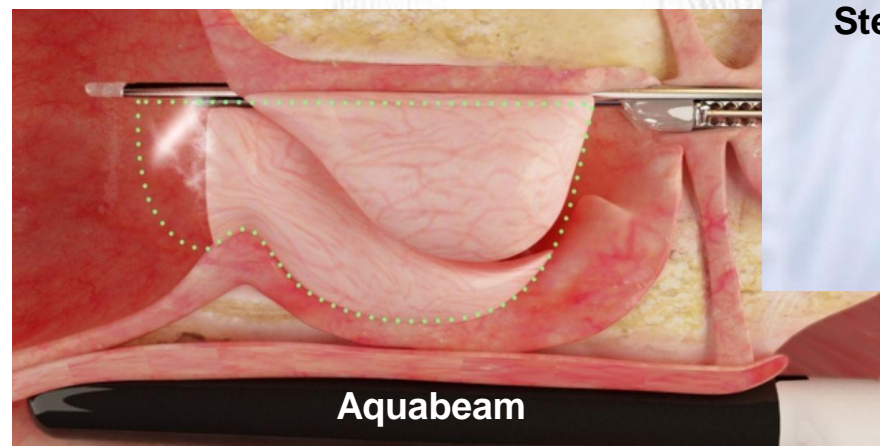
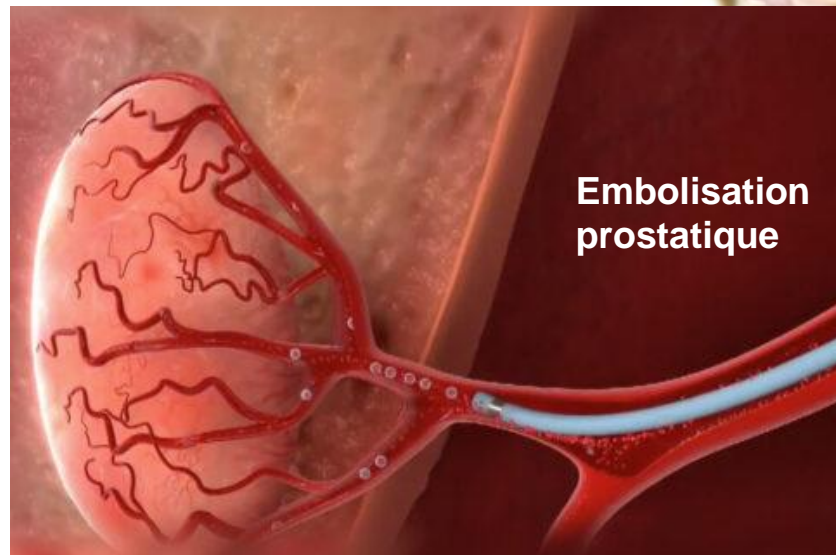
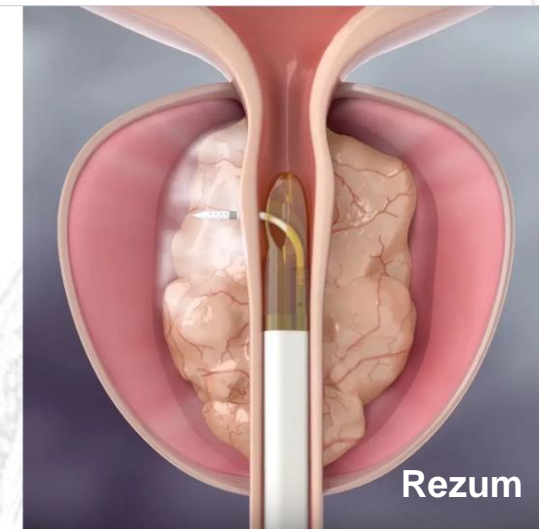
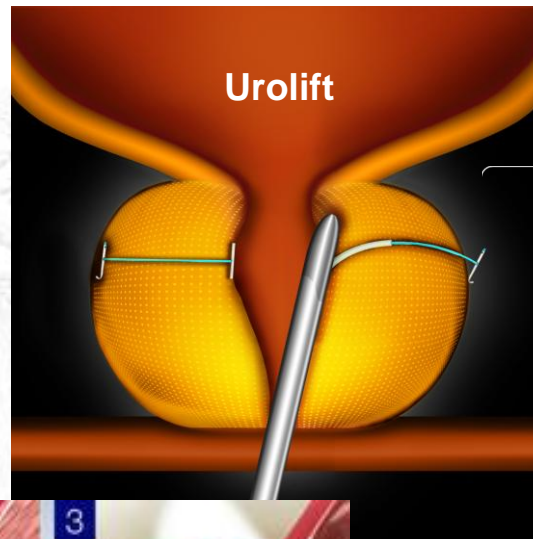
	INCISION CERVICO-PROSTATIQUE (ICP)	RÉSECTION TRANSURÉTRALE DE PROSTATE (RTUP)	Holep, Thulep, Greenlep	ADÉNOMECTOMIE VOIE HAUTE (AVH)
Indication	Prostate < 30 g	Prostate < 80 g	Prostate	Prostate >
Voie d'abord	Endoscopie	Endoscopie	Endoscopie	Laparotomie
Technique	Incision du col vésical et de l'adénome prostatique	Résection en copeaux de l'adénome prostatique	Énucléation de l'adénome prostatique	Énucléation de l'adénome prostatique
Complications aiguës	- Hématurie, RAU - Infection urinaire	- Hématurie, RAU - Infection urinaire - TURP syndrome (hyponatrémie)	- Hématurie, RAU - Infection urinaire	- Hématurie, RAU - Infection urinaire - Hématome, abcès de paroi
Complications chroniques	- Éjaculation rétrograde - Sténose du col vésical/urètre	- Éjaculation rétrograde - Sténose du col vésical/urètre	- Éjaculation rétrograde - Sténose du col vésical/urètre	- Éjaculation rétrograde - Sténose du col vésical/urètre



Prostatic ut
Urethral cre
Prostatic ureth

Les alternatives

- Quand le traitement médical ne suffit pas mais que le patient ne souhaite pas se faire opérer :



Rétention aiguë d'urine

Item 347



Etiologies

- La rétention aiguë d'urine peut résulter :
 - d'un **obstacle sous-vésical (le plus souvent)** : HBP, prostatite, cancer de prostate, sténose urétrale, traumatisme urétral...
 - d'une **altération de la commande neurologique** :
 - **Central** : sclérose en plaques, compression/lésion médullaire, lésions congénitales de la moelle (ex. : spina bifida), syndrome parkinsonien, lésion cérébrale (accident vasculaire cérébral, trauma crânien, tumeur cérébrale).
 - **Périphérique** : neuropathie périphérique (diabétique, alcoolique, autres), chirurgies lourdes d'exentération pelvienne (tumeur de lésions étendues du rectum, de l'utérus, chirurgie d'endométriose pelvienne profonde), syndrome de la queue-de-cheval.
 - d'un **défaut de contraction vésicale** : mdct à effet anti-cholinergique

Interrogatoire

- Impossibilité totale et brutale d'uriner malgré la réplétion vésicale, avec envie pressante et douloureuse d'uriner.
- L'interrogatoire doit permettre de préciser :
 - les circonstances d'apparition,
 - les signes associés (fièvre, hématurie),
 - les signes fonctionnels urinaires préexistants,
 - la douleur du patient (localisation et intensité),
 - les épisodes antérieurs de rétention aiguë d'urine,
 - les antécédents urologiques,
 - les autres antécédents (neurologiques notamment),
 - les traitements en cours.

Examen clinique

- Présentation : **patient algique, anxieux, agité, avec une envie permanente et douloureuse d'uriner sans y parvenir.**
- Palpation abdominale : rechercher un **globe vésical**
 - Voussure à convexité supérieure ;
 - Masse sus-pubienne douloureuse (dans la plupart des cas), la palpation de la vessie augmente la douleur et l'envie d'uriner ;
 - Matité à la percussion sus-pubienne.
- Touchers pelviens :
 - ♂ : TR → HBP? prostatite aiguë (prostate douloureuse) ? cancer de la prostate (nodule dur et indolore ou prostate pierreuse voire un blindage pelvien) + recherche fécalome
 - ♀ : TV → tumeur gynécologique, prolapsus génital, estimation de la trophicité des tissus vaginaux + TR pour fécalome
- Examen des organes génitaux externes :
 - ♂ phimosis serré, sténose du méat urétral, orchépididymite (peut parfois être associée à une prostatite aiguë).
 - ♀ sténose méat urétral



Parfois, le tableau est plus frustré

- **Personnes âgées** : confusion, désorientation temporo-spatiale, agitation, anxiété, dyspnée.
- **Diabétiques** : hypoesthésie vésicale avec rétention indolore ;
- **Blessés médullaires** (atteinte complète au-dessus de T6) : l'hyperréflexie autonome peut être le seul symptôme de rétention aiguë d'urine



Diagnostic différentiel : l'anurie

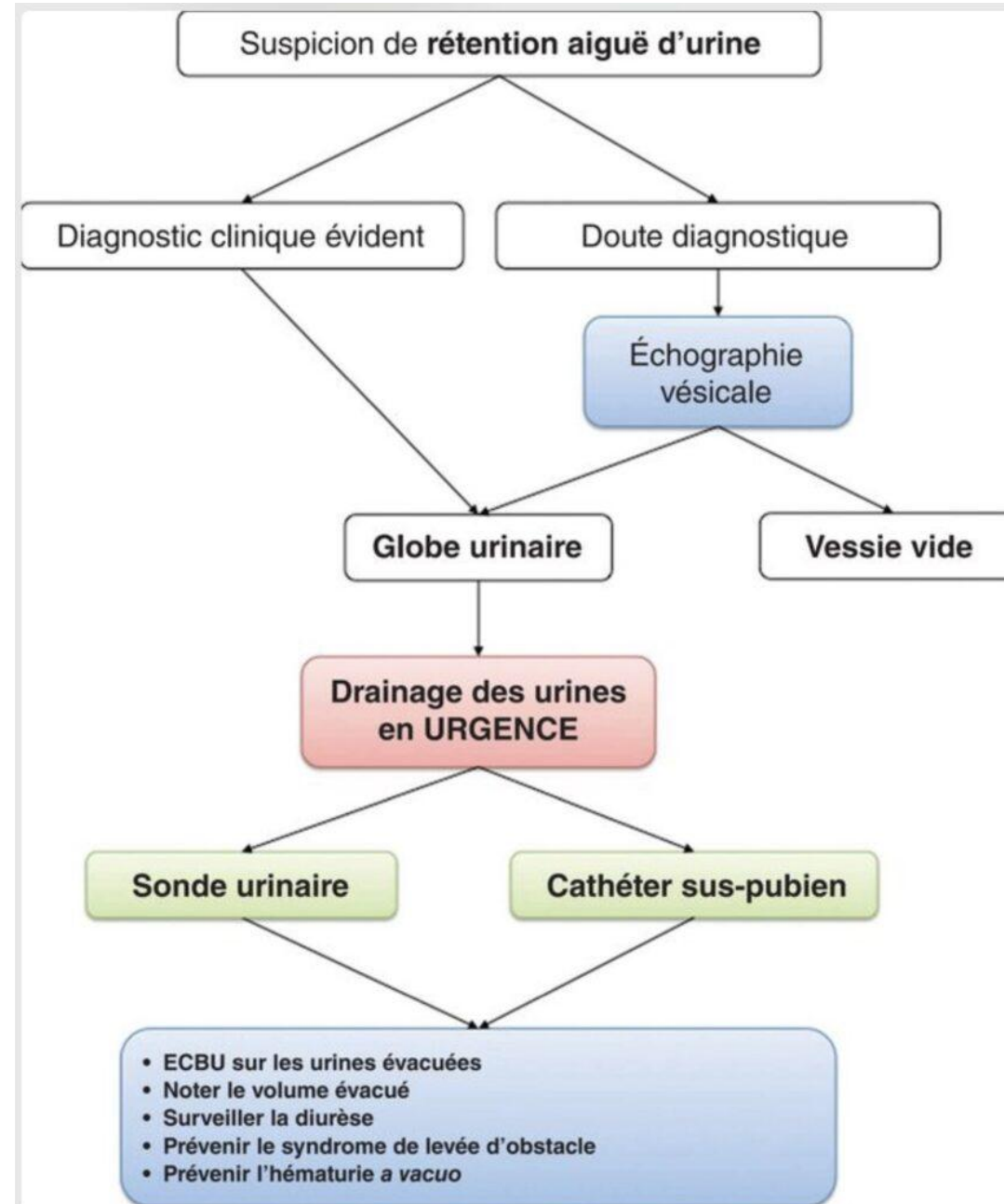
- Absence de sécrétion d'urine par les reins.
- La vessie est vide = pas de globe vésical, pas d'envie d'uriner, pas de douleur pelvienne associée.
- Insuffisance rénale aiguë



Chez le patient avec de l'ascite ou en état d'anasarque : abdomen distendu, bladderscan pouvant confondre l'épanchement intra-abdo avec une vessie pleine!

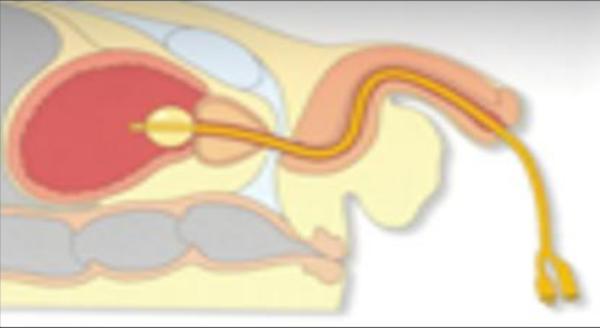
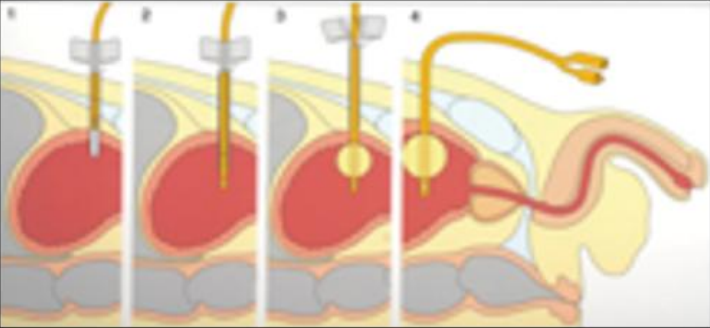
Prise en charge

- **Urgence thérapeutique : drainer les urines pour soulager le patient**



Sonde vésicale et cathéter sus-pubien

- Stricte asepsie
- Sondage vésical adapté au contexte (double-courant si hématurie macro)

Dérivation urinaire immédiate	Sondage vésical	KT sus pubien
		
Contre-indications	Fracture / trauma urètre	<ul style="list-style-type: none"> • Tumeur vésicale • Hématurie • Pontage sus-pubien • Cicatrice sous-ombilicale / abdo : ok après écho... • Troubles de l'hémostase (kardégic ok) • Doute sur la rétention → écho

Bilan

- **Avant drainage** : rien (ou echo +/- bilan coag si KT sus-pubien)
- **Après drainage** :
 - ECBU
 - Créatinémie, ionogramme sanguin.
 - Échographie du haut appareil en cas de fièvre ou d'insuffisance rénale aiguë, afin de rechercher une dilatation urétéropyélocalicielle ou des signes de pyélonéphrite. Si dilatation des cavités pyélocalicielles au moment de la rétention aiguë d'urine, il faudra s'assurer de la disparition de cette dilatation sur une échographie ultérieure.
 - Jamais de dosage de PSA dans ce contexte (fausse élévation).
- **A distance** : bilan de la cause

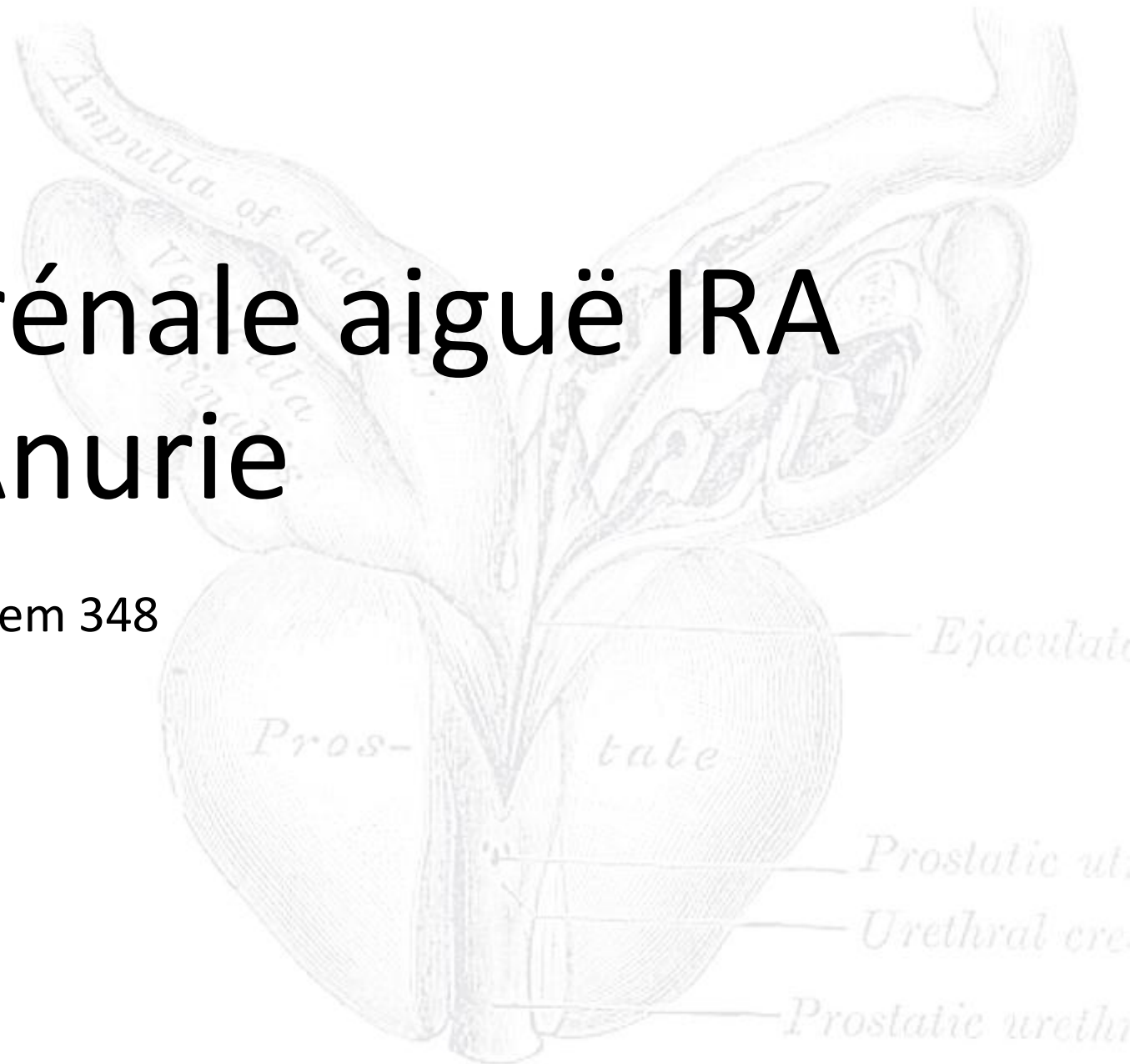
Et ensuite?

- Quelques jours après l'épisode de rétention = épreuve d'ablation de sonde vésicale (ou de clampage de cathéter), sous réserve que la cause ait été diagnostiquée et traitée.
- Contrôle de la bonne reprise mictionnelle avec mesure du RPM
- α -bloquant chez l'homme +++



Insuffisance rénale aiguë IRA – Anurie

Item 348



Définition

- Les valeurs normales de la créatininémie sont situées :
 - entre 60 et 107 $\mu\text{mol/l}$ ♀
 - entre 80 et 115 $\mu\text{mol/l}$ ♂
- Le diagnostic d'IRA tient compte de 2 paramètres :
 - l'élévation de la créatininémie (par rapport à la créatininémie antérieure connue du patient) récente (< 1 mois)
 - et/ou la diminution du volume de la diurèse.

Regarder la créat et non le DFG en condition aigue



3 stades d'IRA

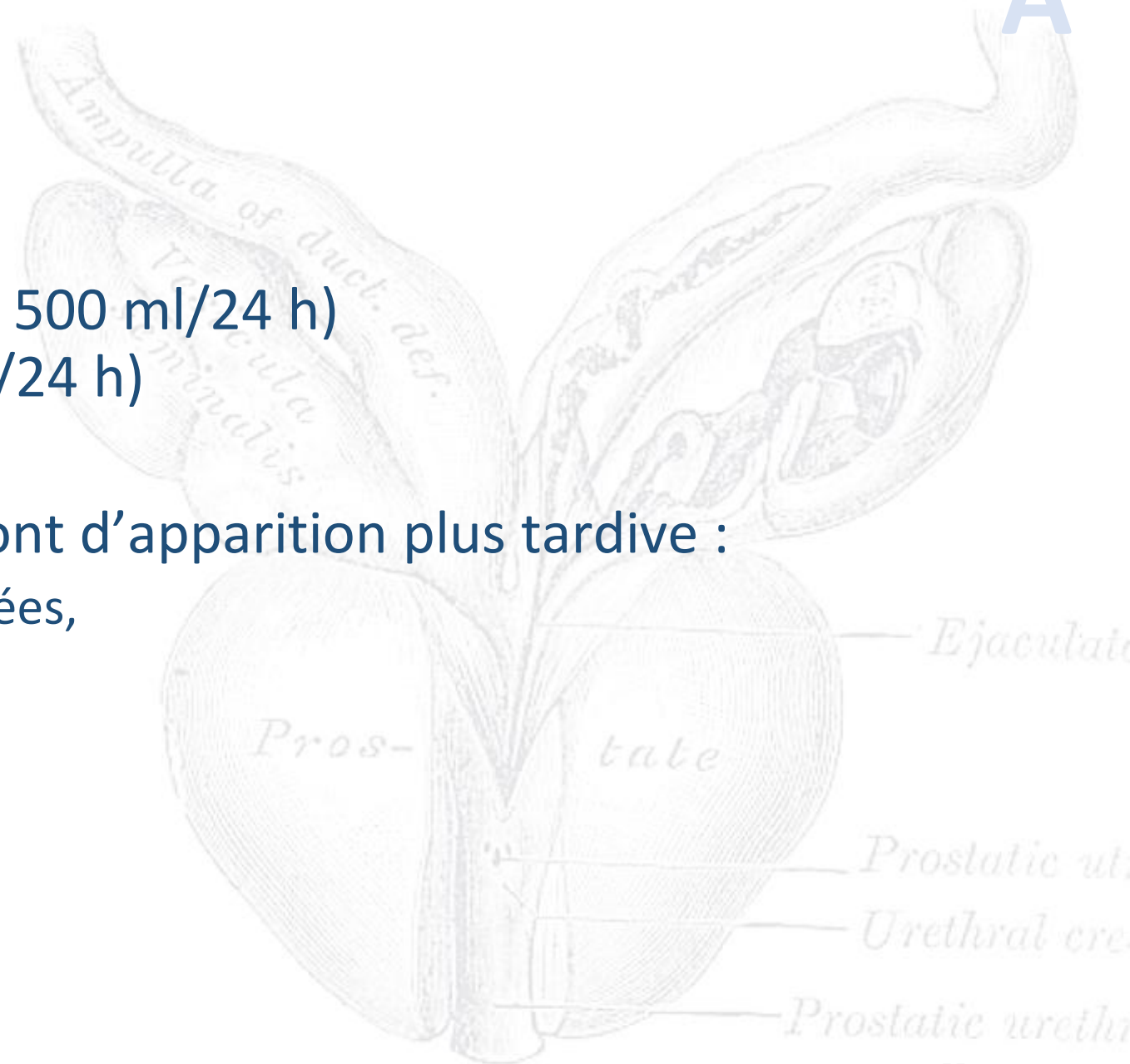
Stades	Créatininémie	Diurèse
1	Augmentation de la créatininémie > 26 $\mu\text{mol/l}$ en 48 h ou Augmentation de la créatininémie > 50 % en 7 jours	< 0,5 ml/kg/h pendant 6 à 12 h
2	Multiplication de la créatininémie > 2 en 7 jours	< 0,5 ml/kg/h pendant > 12 h
3	Multiplication de la créatininémie > 3 en 7 jours ou Créatininémie > 354 $\mu\text{mol/l}$ en l'absence de valeur antérieure ou Nécessité de dialyse	< 0,3 m/kg/h > 24 h ou Anurie > 12 h

Physiopathologie

- L'IRA est liée à une altération brusque des capacités d'excrétion du rein entraînant une rétention azotée et de nombreux troubles hydroélectrolytiques.
- Les causes de la diminution de la filtration glomérulaire et de l'IRA peuvent être classées en 3 groupes :
 - **Fonctionnelles** : par hypovolémie, état de choc, insuffisance cardiaque, sepsis. Le parenchyme est intact.
 - **Parenchymateuses (organiques)** : par lésions des différentes structures du rein (lésions glomérulaires, tubulaires, interstitielles ou vasculaires)
 - **Obstructives** : 10% des cas. Obstruction de l'ensemble des voies urinaires d'amont.
 - Obstacle sur le bas appareil urinaire (urètre, vessie)
 - Obstacle bilatéral sur le haut appareil urinaire (uretère, pyélon)
Obstacle unilatéral sur les voies excrétrices du rein sain en cas d'anomalie rénale (rein unique anatomique ou fonctionnel)

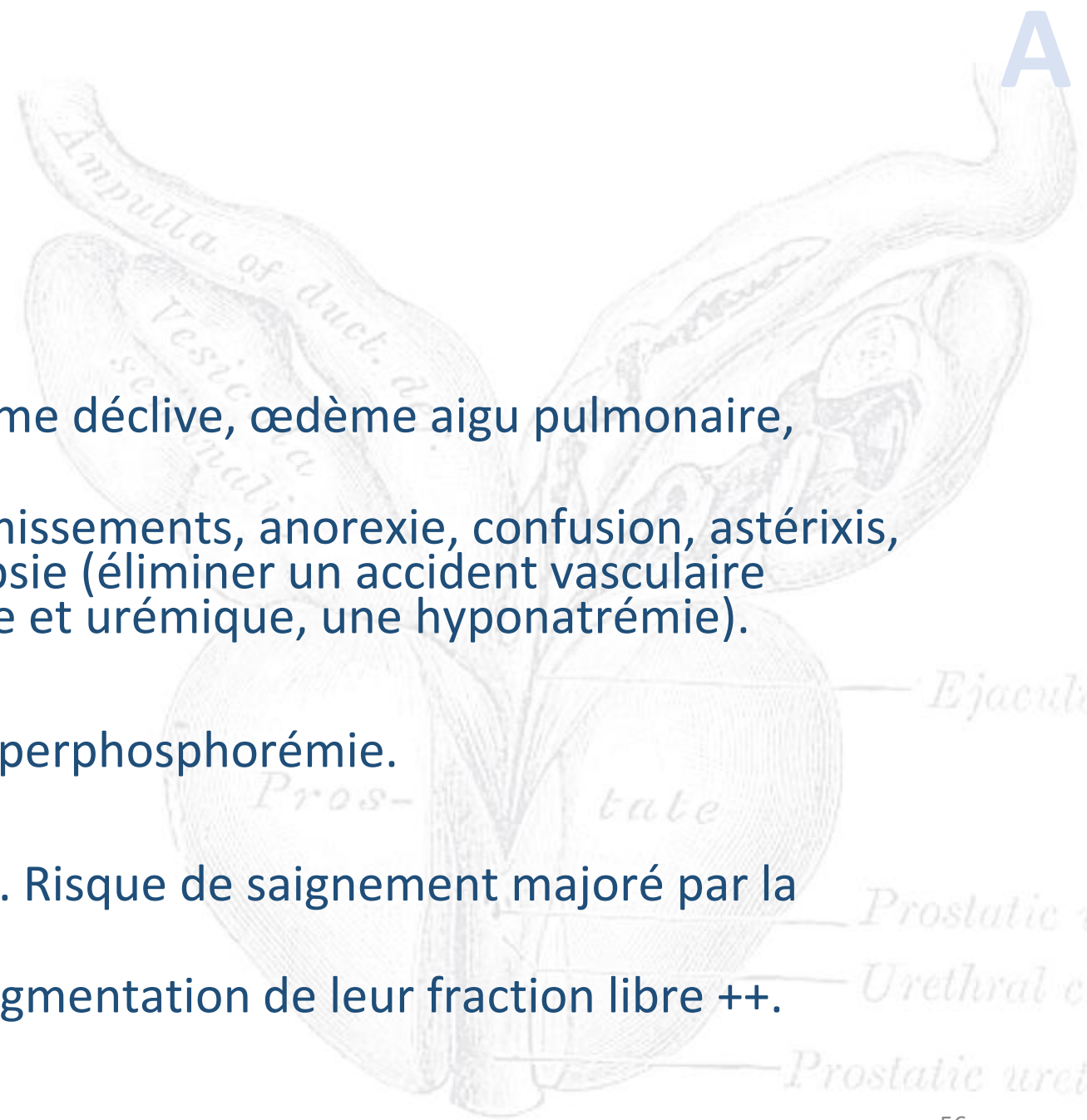
Clinique

- IRA est à diurèse conservée (> 500 ml/24 h) ou oligoanurique (200-500 ml/24 h) ou anurique (< 200 ml/24 h).
- Les signes révélateurs d'IRA sont d'apparition plus tardive :
 - nausées, vomissements, diarrhées,
 - céphalées, troubles visuels,
 - œdème



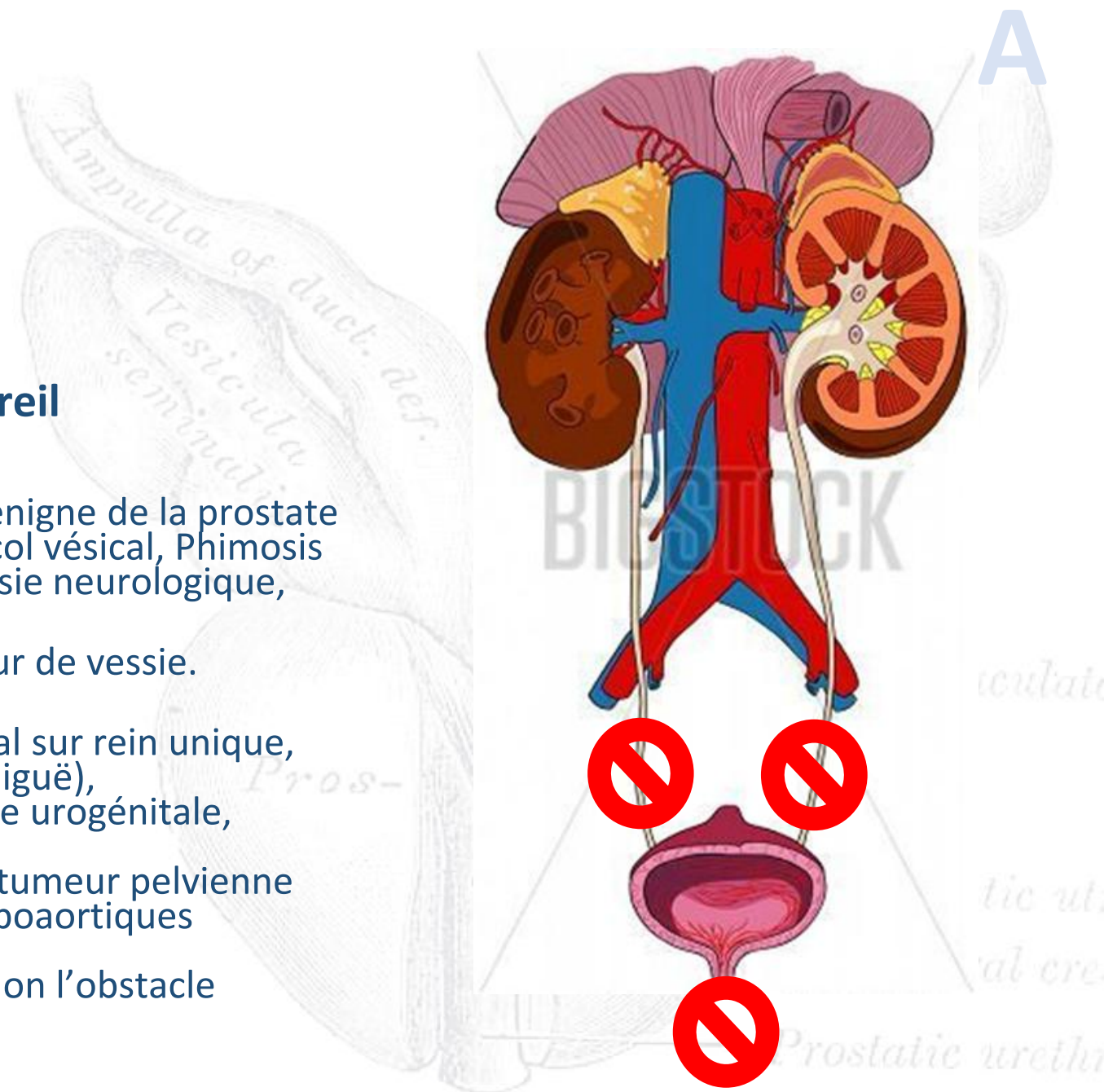
Situations d'urgence

- **Hyperkaliémie**: ECG +++
- **Surcharge hydrosodée** : HTA, œdème déclive, œdème aigu pulmonaire, hyponatrémie.
- **Syndrome urémique**: nausées, vomissements, anorexie, confusion, astérisis, réflexes ostéotendineux vifs, épilepsie (éliminer un accident vasculaire cérébral, un syndrome hémolytique et urémique, une hyponatrémie).
- **Acidose métabolique**
- **Hypocalcémie** secondaire à une hyperphosphorémie.
- **Infections** : immunodépression.
- **Digestifs** : ulcère de stress, gastrite. Risque de saignement majoré par la thrombopathie.
- **Surdosage en médicaments** par augmentation de leur fraction libre ++.



IRA obstructive

- **Imagerie +++** : écho ou scanner
- Recherche de **dilatation du haut appareil**
- Recherche de la cause +++
 - **Obstacle sous-vésical** : Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), Sténose de l'urètre, Maladie du col vésical, Phimosis serré, Valves de l'urètre postérieur, Vessie neurologique, latrogène.
 - **Obstacle intravésical** : caillotage, tumeur de vessie.
→ dilatation rénale bilat
 - **Obstacle urétéral** : bilatéral ou unilatéral sur rein unique, Intraluminal (calcul, nécrose papillaire aiguë), Pariétal (tumeur urothéliale, tuberculose urogénitale, sténose radique, endométriose), Extrapariétal (fibrose rétropéritonéale, tumeur pelvienne localement avancée, adénopathies lomboaortiques compressives)
→ dilatation rénale uni ou bilatérale selon l'obstacle



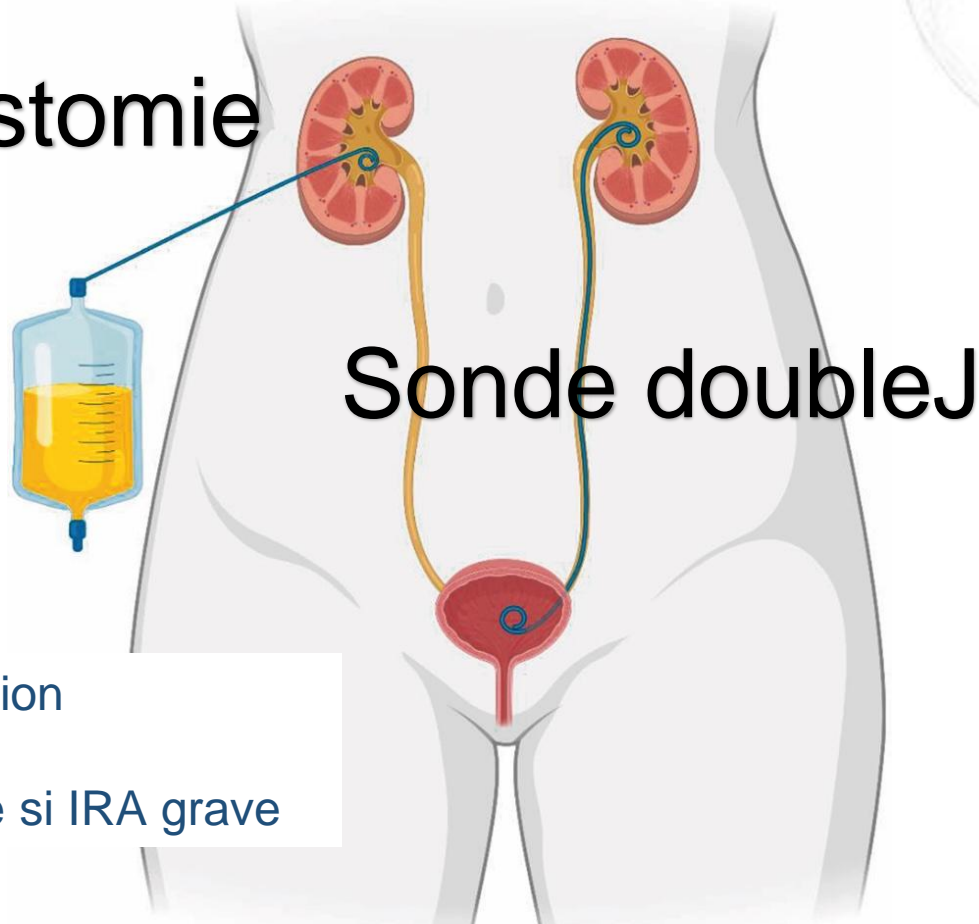
Traitement de l'IRA obstructive : dérivation

Blocage urétéral

Blocage sous-vésical

+ intérêt quoi qu'il en soit pour **surveillance de la diurèse**

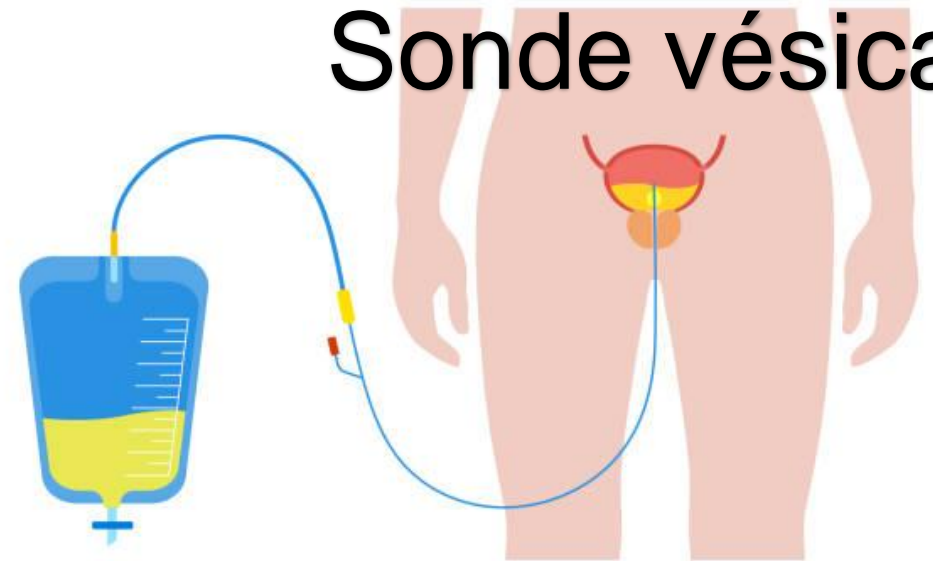
Néphrostomie



+ hydratation

+/- dialyse si IRA grave

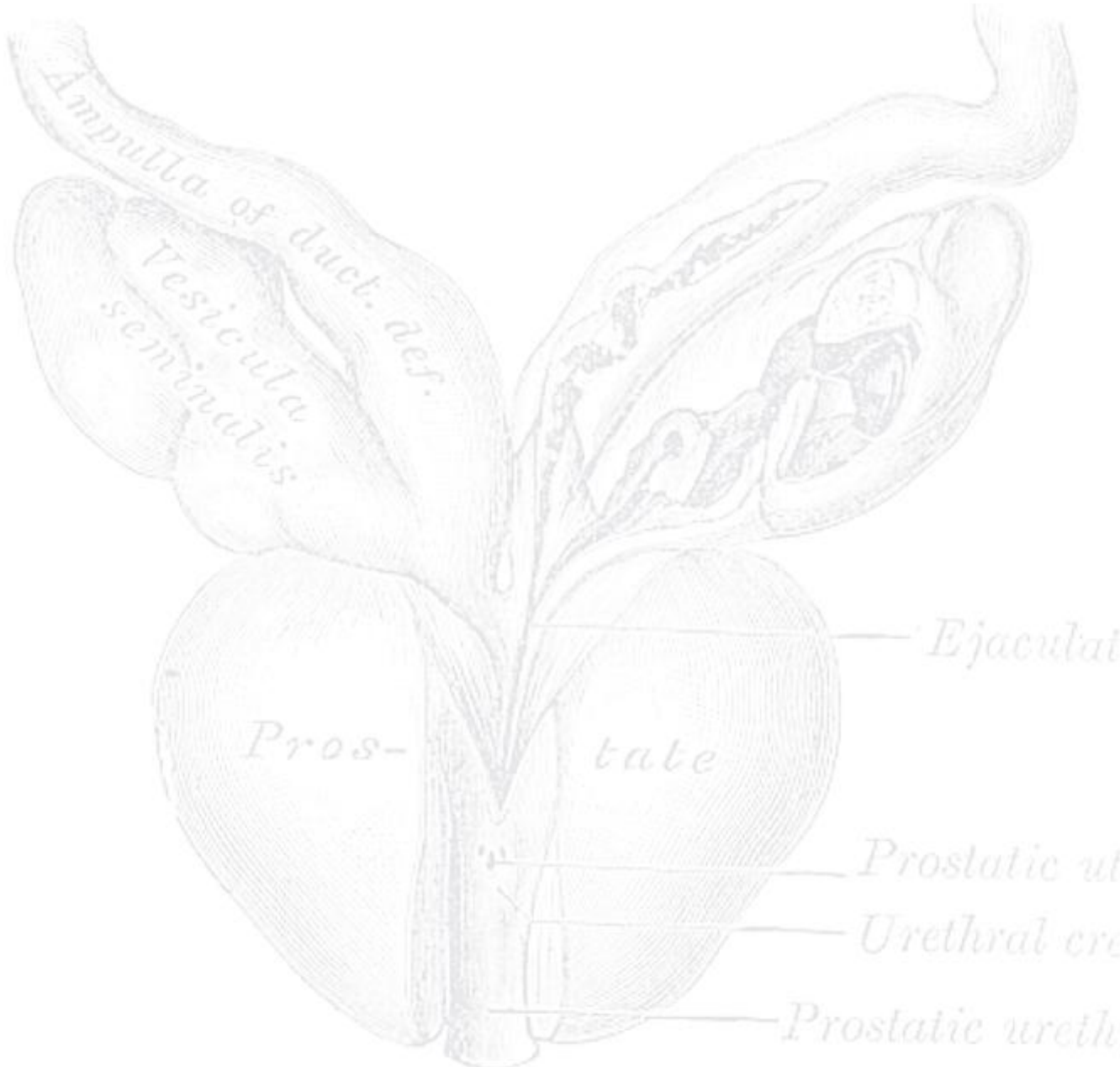
Sonde vésicale



IRA grave

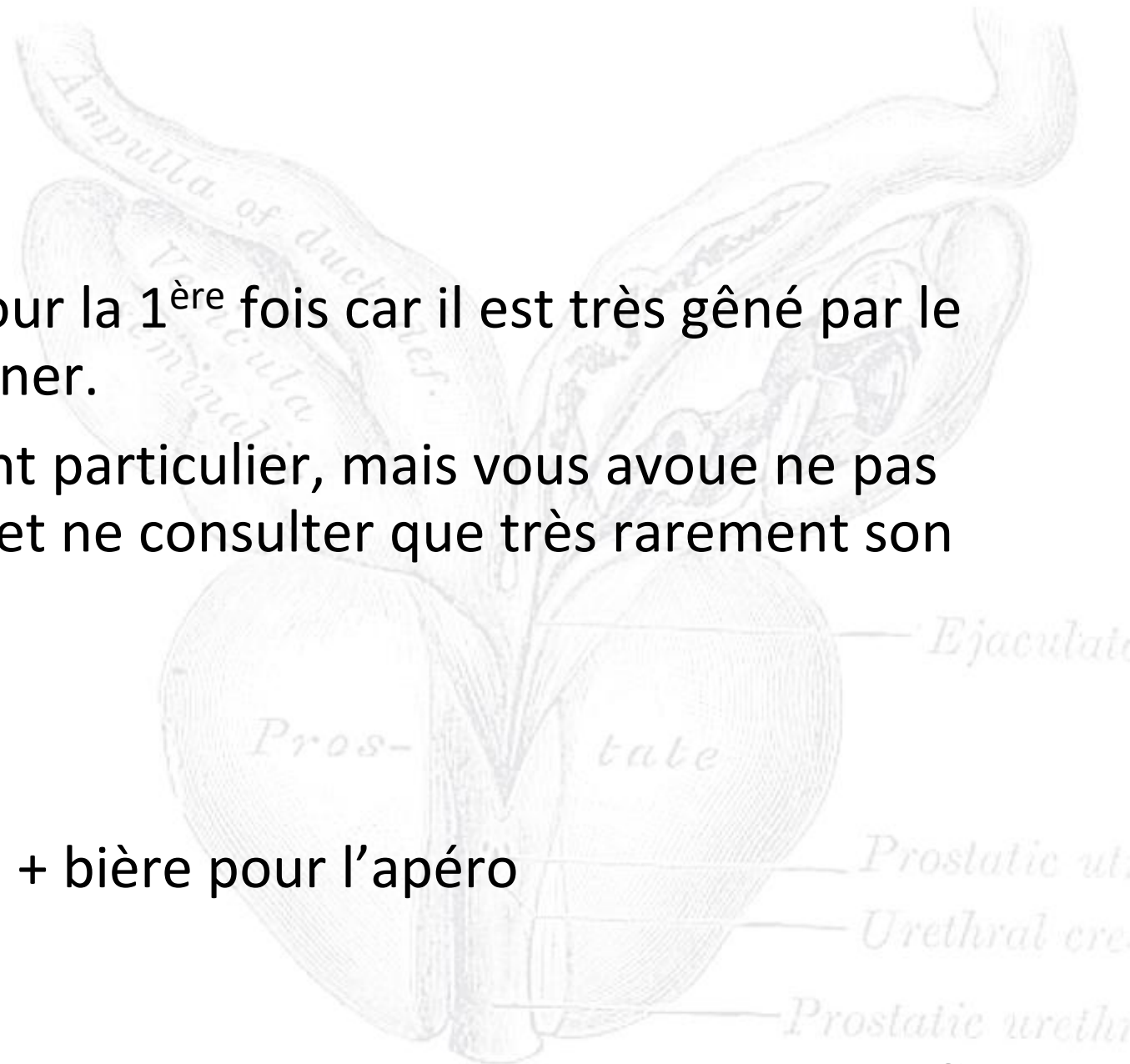
- **Les indications de la dialyse en urgence sont :**
 - hyperkaliémie symptomatique avec anurie ;
 - œdème aigu pulmonaire résistant au diurétique ;
 - hyperhydratation avec hyponatrémie (troubles de la conscience) résistant au diurétique ;
 - acidose métabolique sévère (pH < 7,2)
- **Complications :**
 - De l'IRA :
 - Mortalité IRA en réanimation ou nécessitant la prise en charge en dialyse : 40 % toutes causes confondues.
 - Liée à la maladie causale (choc septique ou hémorragique, convulsions, insuffisance respiratoire, grand traumatisme, pancréatite), au terrain et aux comorbidités du patient (âge, coronaropathie, insuffisance respiratoire, diabète, cancers), aux complications secondaires de la réanimation et en particulier aux infections nosocomiales.
 - Complications métaboliques propres à l'IRA sont l'acidose métabolique et l'hyperkaliémie, la surcharge hydrosodée et le risque de dénutrition lié à l'hypercatabolisme azoté.
 - De l'obstruction
 - La stase urinaire peut se compliquer d'infection, de prostatite, de pyonéphrose et rapidement de septicémie. Les **urines peuvent être « faussement » stériles** au-dessous de l'obstacle et infectées en amont.
 - De la dérivation urinaire
 - **Sd de levée d'obstacle :** polyurie osmotique secondaire à l'incapacité secondaire à concentrer les urines. Polyurie parfois très abondante (débit urinaire > 200 ml/h), hypokaliémie et déshydratation extracellulaire. PEC : compensation initialement volume à volume par des solutés intraveineux (dont le choix est adapté à l'ionogramme sanguin, dans la majorité des cas : soluté salé isotonique et/ou bicarbonate de sodium isotonique). La compensation sera progressivement diminuée dans les jours suivants avec la normalisation de la fonction rénale.
 - Complication des modes de drainage :
 - saignement et ulcération au point d'entrée en cas de cathéter sus-pubien ou de néphrostomie ;
 - infection, plaie liée au mauvais positionnement de la sonde en cas de sonde vésicale ;
 - saignement, fistule artérioveineuse ou déplacement de la sonde en cas de néphrostomie.

Cas clinique



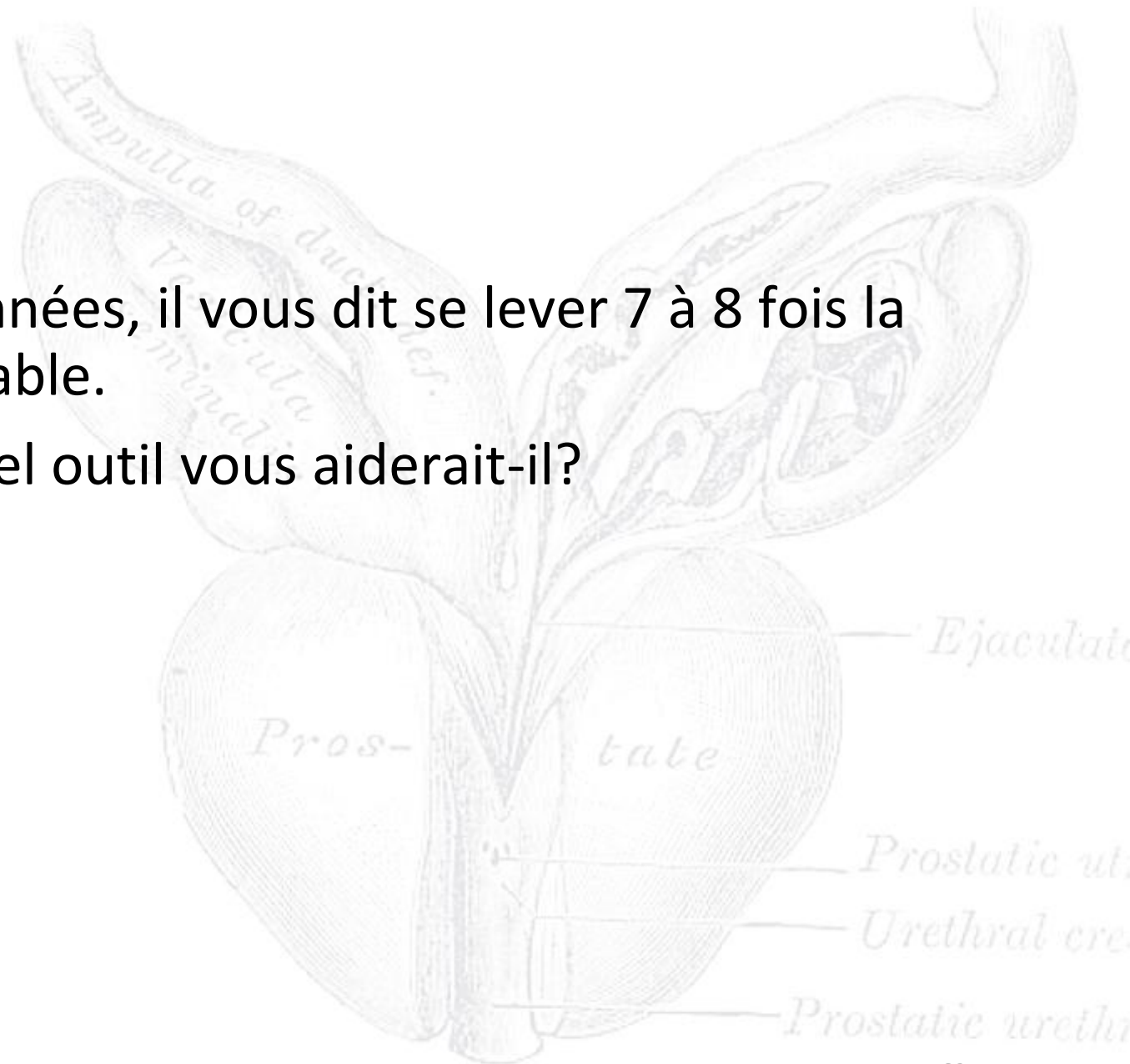
Mr P.

- Mr P. 65 ans, vous consulte pour la 1^{ère} fois car il est très gêné par le fait de se lever la nuit pour uriner.
- Il ne présente pas d'antécédent particulier, mais vous avoue ne pas faire très attention à sa santé et ne consulter que très rarement son médecin traitant.
- Traitement 0
- Allergie 0
- Tabac : 5 cig/j, OH : vin à table + bière pour l'apéro



Interrogatoire

- Depuis plusieurs mois voire années, il vous dit se lever 7 à 8 fois la nuit. La journée, il est confortable.
- Vous trouvez ça étonnant. Quel outil vous aiderait-il?
- Calendrier mictionnel



Calendrier mictionnel

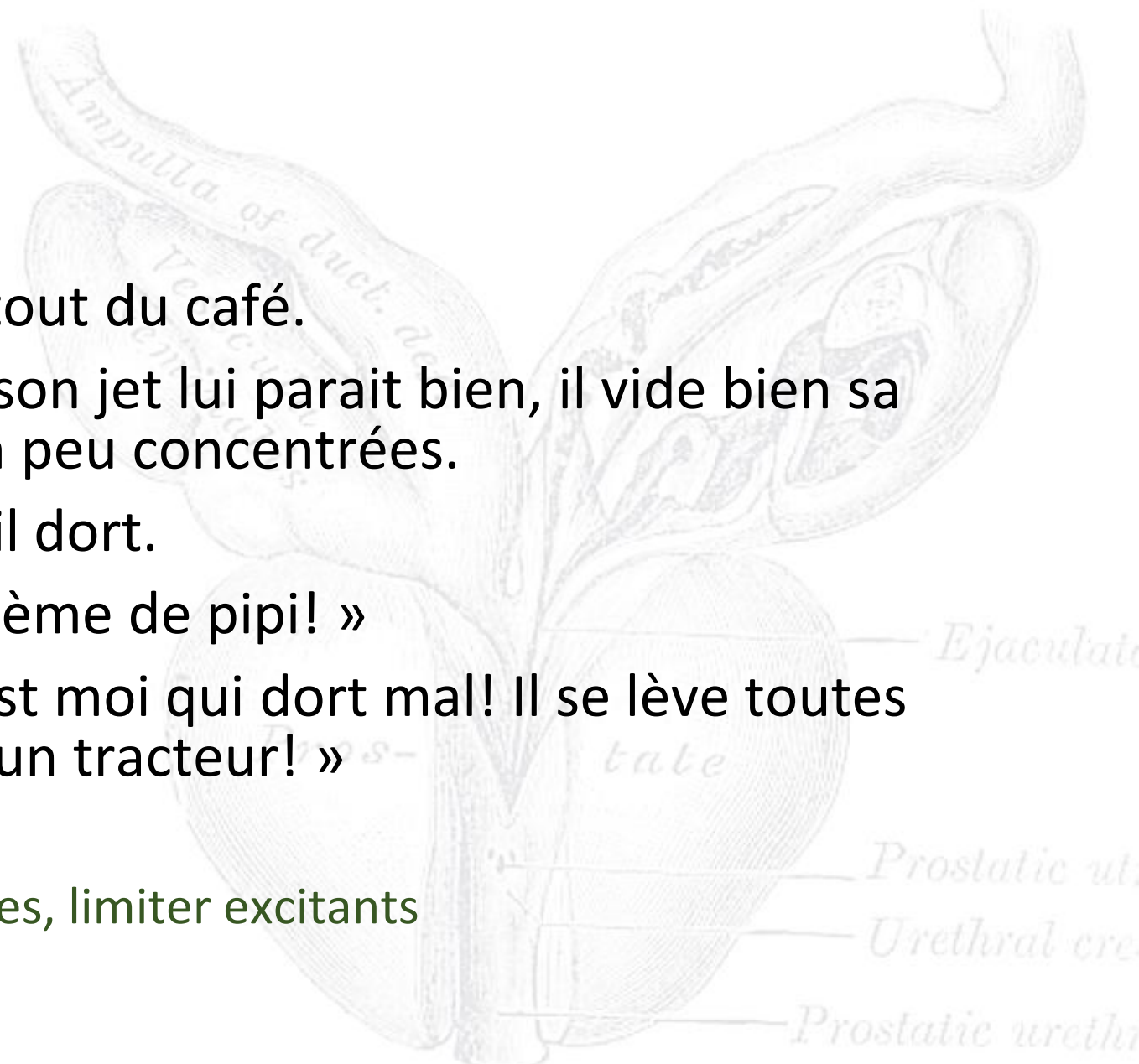
Jour n°1 - Date :

Heure de la miction	Quantité de la miction (ml)	Fuites	Remarques
8h	250	Non	?
14h	150	Non	
21h	150	Non	
1h	50	Non	
3h	80	Non	
5h	50	Non	
	Total : 730 ml		

- Comme vous vous occupez aussi de sa femme, elle lui a dit de faire un CM
- Voilà ce qu'il vous rend.
- Qu'en pensez vous?
 - Boit <1L/24h
 - 3 mictions la nuit
 - 1 seule journée de remplie
 - Manque d'infos

Interrogatoire

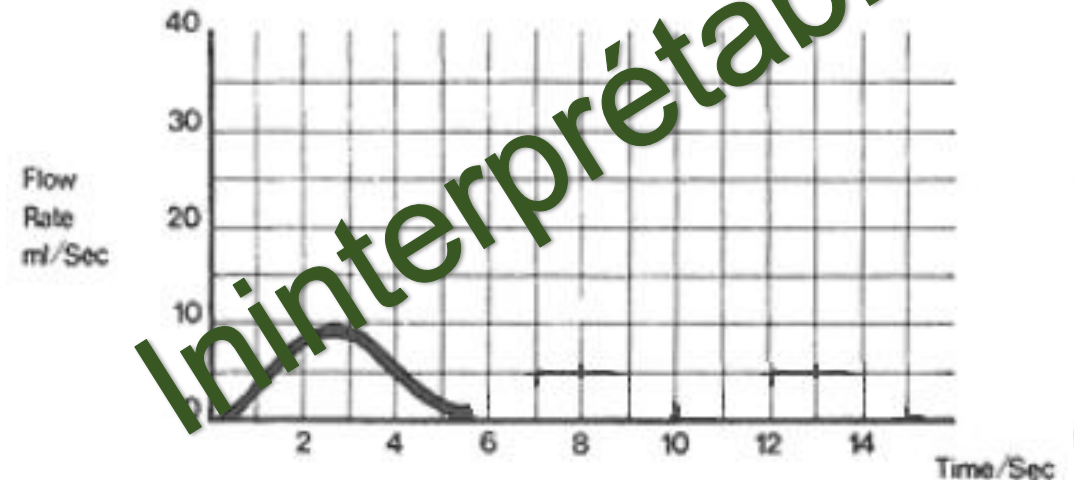
- Il avoue boire très peu, et surtout du café.
- Il ne se plaint d'aucun SBAU : son jet lui parait bien, il vide bien sa vessie, les urines sont juste un peu concentrées.
- Vous lui demandez comment il dort.
- « Pas trop mal, à part ce problème de pipi! »
- Mais sa femme rajoute : « C'est moi qui dort mal! Il se lève toutes les 2 heures et ronfle comme un tracteur! »
- Qu'en pensez vous?
 - Augmenter les apports hydriques, limiter excitants
 - SAOS???



Examen clinique

- Vous examinez Mr P.
- Les OGE sont normaux
- Le toucher rectal retrouve une prostate de 60 grammes, souple, indolore, lisse et régulière avec disparition du sillon médian et évasement des bords latéraux.
- Vous lui faites faire une débitmétrie.
- Qu'en pensez vous?
 - Il n'a pas assez uriné et il vous manque le RPM

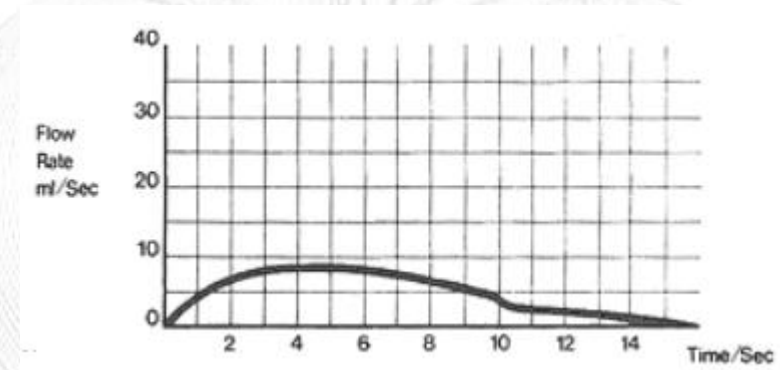
- Qmax 8ml/s
- V uriné 65ml



2nd rendez-vous

- Vous le revoyez un mois plus tard
- Il a suivi vos conseils, il boit 1L5 d'eau par jour, il a limité le café, l'OH et est en cours de sevrage tabagique.
- L'échographie est sans particularité, la prostate est estimée à 60 grammes.
- Bilan bio : créatininémie 65 μ mol/L, PSA 2,8
- Mais il n'est pas content : « C'est pire docteur! Maintenant je suis aussi gêné la journée! »
- Vous recontrôlez la débitmétrie.
- Qu'en pensez vous?
 - Q max diminué, RPM significatif, courbe aplatie
 - Méfiance : les patients peuvent s'habituer aux symptômes et être obstructifs sans plainte

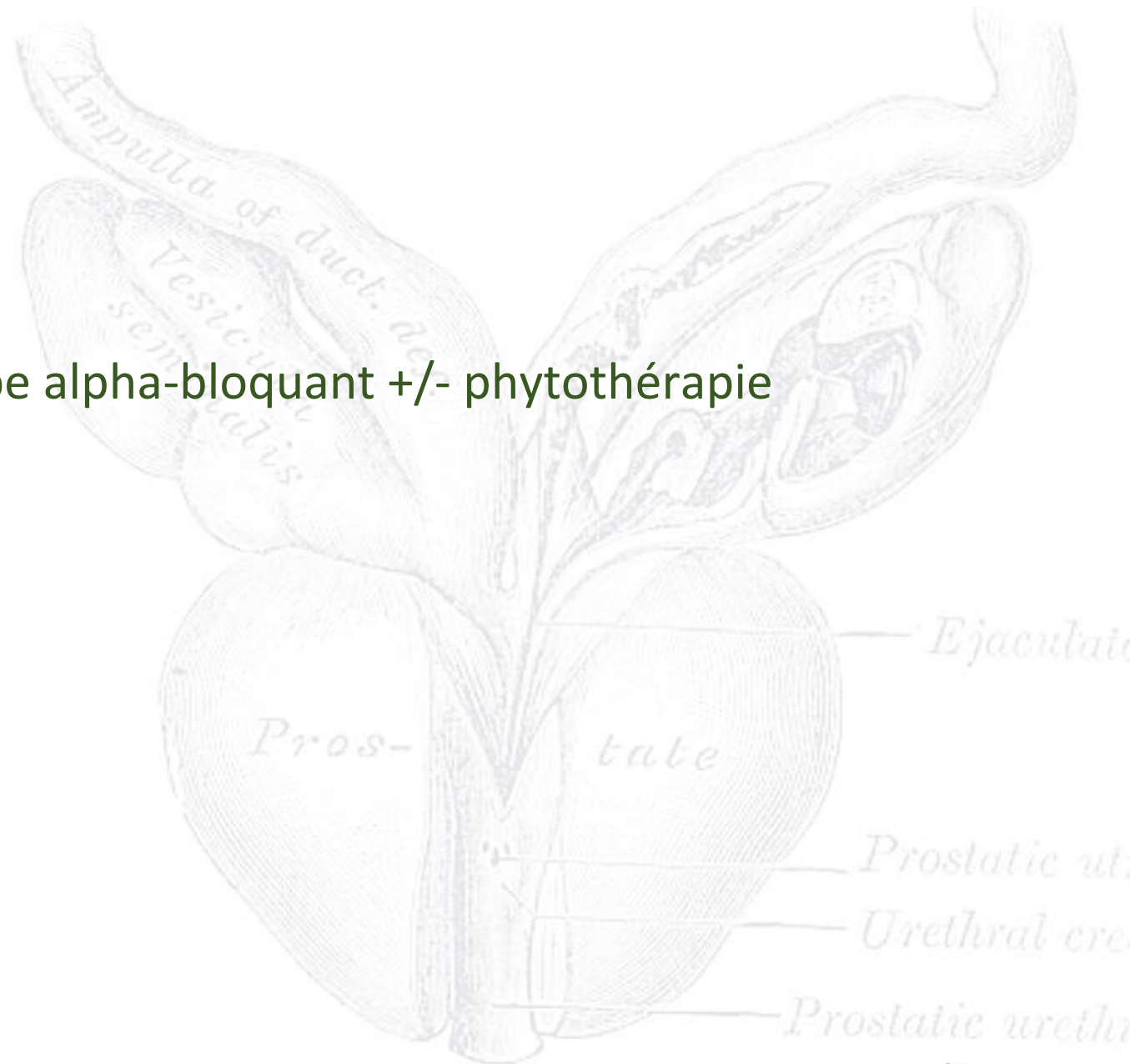
- Qmax 8ml/s
- V uriné 265ml
- RPM 155ml



Quel traitement ?

- Que lui proposez vous?
 - Traitement médicamenteux type alpha-bloquant +/- phytothérapie

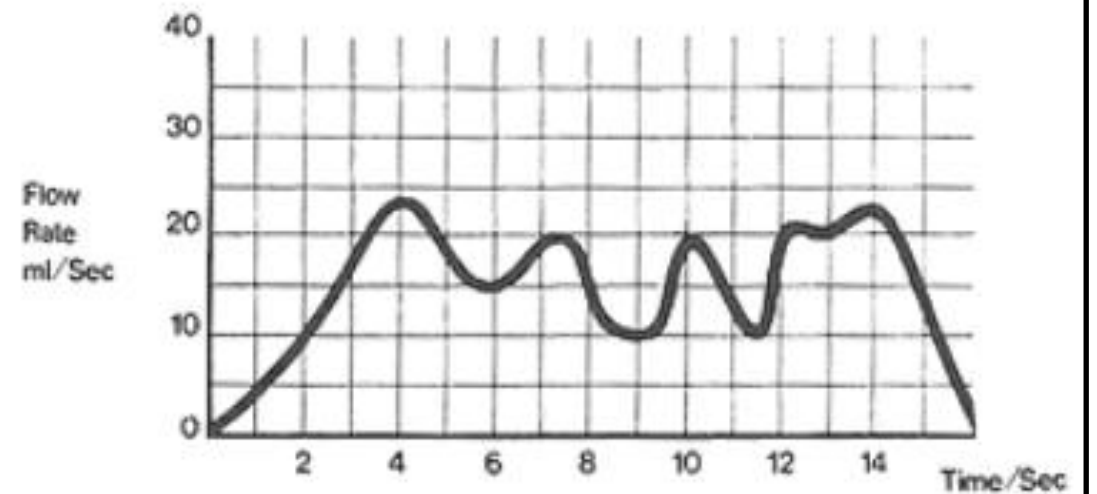
- Et dépistage du SAOS!!!



3^{ème} rendez vous

- Vous revoyez Mr P.
- Cette fois, il est content.
- Il est confortable pour uriner, sous Tamsulosine.
- Un SAOS a été diagnostiqué, il est appareillé depuis peu et dort effectivement mieux.
- Mais il s'étonne : depuis quelques temps, il n'a plus d'éjaculation.
- Quelle peut être la cause?
 - Tamsulosine, éjaculation rétrograde

- Qmax 15ml/s
- V uriné 250ml
- RPM 45ml



Merci pour votre attention

