

Les urgences en urologie

Par K .AIT SAID

Plan:

- RAU
- HEMATURIE MACROSCOPIQUE
- COLIQUE NEPHRETIQUE
- TORSION CORDON SPERMATIQUE
- INFECTIONS URINAIRES
- PARAPHIMOSIS

RETENTION VESICALE

- **A différencier de l'anurie**
- **Rétention aiguë (RAU)**
 - Envie douloureuse d'uriner impossible à satisfaire
- **Rétention chronique**
 - Distension vésicale non douloureuse
 - Parfois associée à des mictions par regorgement (pseudo-incontinence du vieillard ...)
- **GLOBE VESICAL**
 - Voussure hypogastrique
 - Mate à la percussion
 - A convexité supérieure
 - Au bord inférieur non palpable (≠ kyste ovaire)
- **Le drainage vésical soulage la RAU**
 - Sondage le plus souvent
 - Cathéter sus-pubien en cas de contre-indication au sondage
- **Le drainage vésical n'est pas une urgence en cas de rétention chronique**
 - Sauf si fièvre ou insuffisance rénale obstructive

Rétention aigue d'urines : attitude pratique

(cf cours sémio)

✓ **Affirmer la rétention**

✓ **Éliminer la prostatite**

✓ **Éliminer le rétrécissement urétral**

✓ **Sonder le patient**

⇒ pas d'aller-retour

⇒ évacuation progressive

⇒ sonde de Foley 16 ou 18

⇒ cathéter sus-pubien si

- contre-indication au sondage

- échec de sondage

✓ **Contre-indications du cathéter sus-pubien**

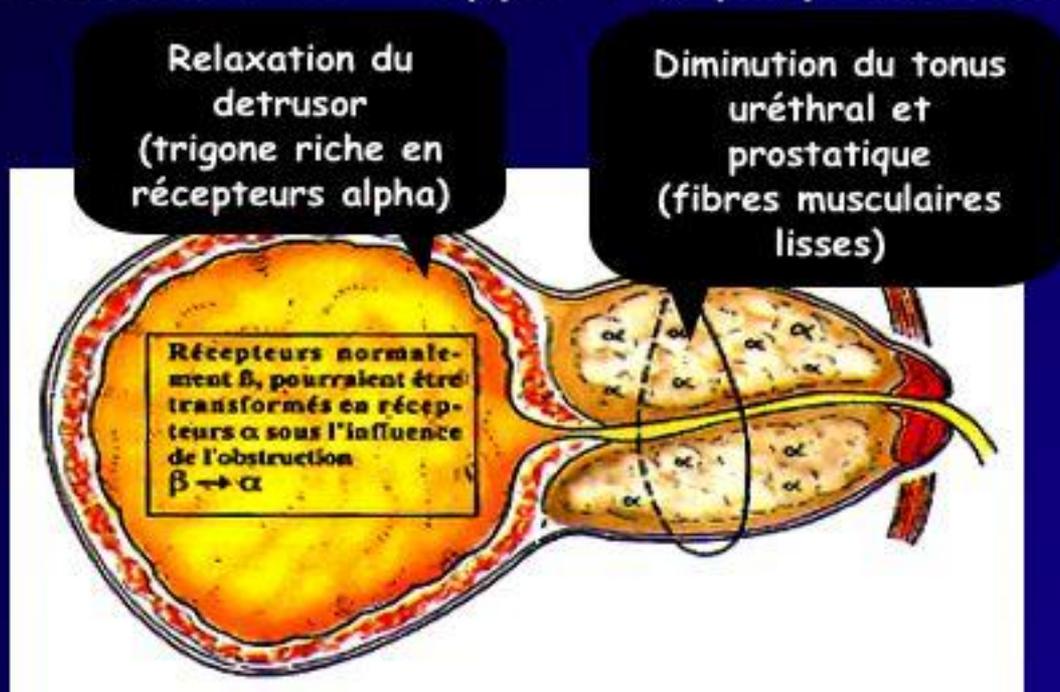
⇒ absolues : hématurie, TV, pontage rétro-pubien

⇒ relatives : anticoagulants, cicatrice

Traitement médical : action des alpha-bloquants

✓ Résultats

- ➔ amélioration des symptômes pour 60% des patients (vs 40% pour le placebo)
- ➔ action précoce (quelques jours)
- ➔ action durable chez les répondeurs
- ➔ effets secondaires : hypoTA, palpitations ...



Rétention aigue d'urines : attitude pratique

- ✓ Ablation de la sonde après 24h de traitement alpha -



Reprise des mictions sous α -bloquants
réévaluation à distance
Pas de reprise des mictions
indication chirurgicale

RETENTION AIGUE D'URINE

H
F

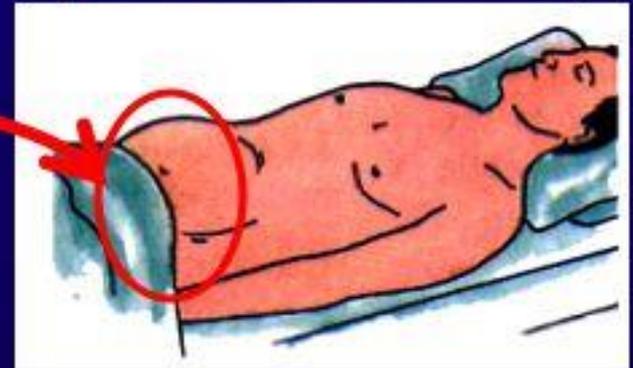
PHENOMENE AIGU
INCAPACITE A VIDER UNE VESSIE PLEINE
BESOIN CONSERVE

GLOBE (QS)

SOULAGER D'ABORD

SONDE OU CATHETER SUS-PUBIEN

ATTENTION AU RETENTISSEMENT BIOLOGIQUE



video



Hématurie macroscopique:

- Mr H 65 ans, consulte à 3h du matin pour hématurie macroscopique apparue dans la nuit.
- l'infirmière demande votre accord pour poser une sonde vésicale
- 1-Que recherchez vous à l'examen clinique?
- 2-Le patient est sous previscan, quelle est votre stratégie thérapeutique aux urgences et à la sortie du patient?
- 3-l'infirmière n'arrive pas à décailloter le patient, que faites vous?

HEMATURIES

PRESENCE D'UNE QUANTITE
ANORMALE D'HEMATIES DANS LES
URINES

**Causes
néphrologiques**

**le filtre rénal est déficient
= pathologie glomérulaire
le plus souvent**

**Causes
"urologiques"**

**saignement
à un niveau quelconque de
l'appareil urinaire**

HEMATURIES

Clinique

Hématurie MICROSCOPIQUE

non visible à l'oeil nu
médecine du travail (+++)
bandelettes (ECBU
compte d'Addis)

Hématurie MACROSCOPIQUE

visible à l'oeil nu
caillots
initiale
terminale
totale

Y-A-T-IL DES SIGNES ASSOCIES ?

oedèmes
HTA
...

douleurs
fièvre
troubles mictionnels
...



HEMATURIES

UROLOGIQUES

- traumatismes
- haut-appareil
 - tumeurs
 - calculs
 - malformations vasculaires
 - thrombose veine rénale
 - raretés (endométriose...)
- vessie
 - cystite aïgue
 - tumeur
 - raretés (endométriose...)
- (prostate
 - gros adénome
 - cancer)

NEPHROLOGIQUES

- Maladie de Berger
- Glomérulonéphrites variées
- ...

DIAGNOSTIC

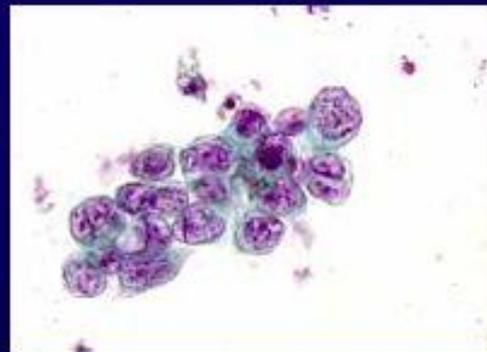
HEMATURIE MACROSCOPIQUE TERMINALE

POLLAKIURIE, BRULURES

Echographie réno-vésicale

Cytologie urinaire

ECBU



CAT

- ⊙ Evaluer le retentissement
- ⊙ NFS+créatinine+ECBU
- ⊙ Hospitalisation si:
 - anémie
 - RAU sur caillotage
 - insuffisance rénale
 - infection urinaire
 - chute d'escarre

Les autres cas, bilan en externe

HEMATURIES

Exploration (1)

TOUTE HEMATURIE
MEME UNIQUE
MEME ISOLEE
MEME SOUS ANTICOAGULANTS
DOIT ETRE EXPLOREE
UNE CAUSE UROLOGIQUE
DEVANT ETRE RECHERCHEE
EN PREMIERE INTENTION

ECBU
CYTOLOGIE URINAIRE
ECHOGRAPHIE RENO-VESICALE

video

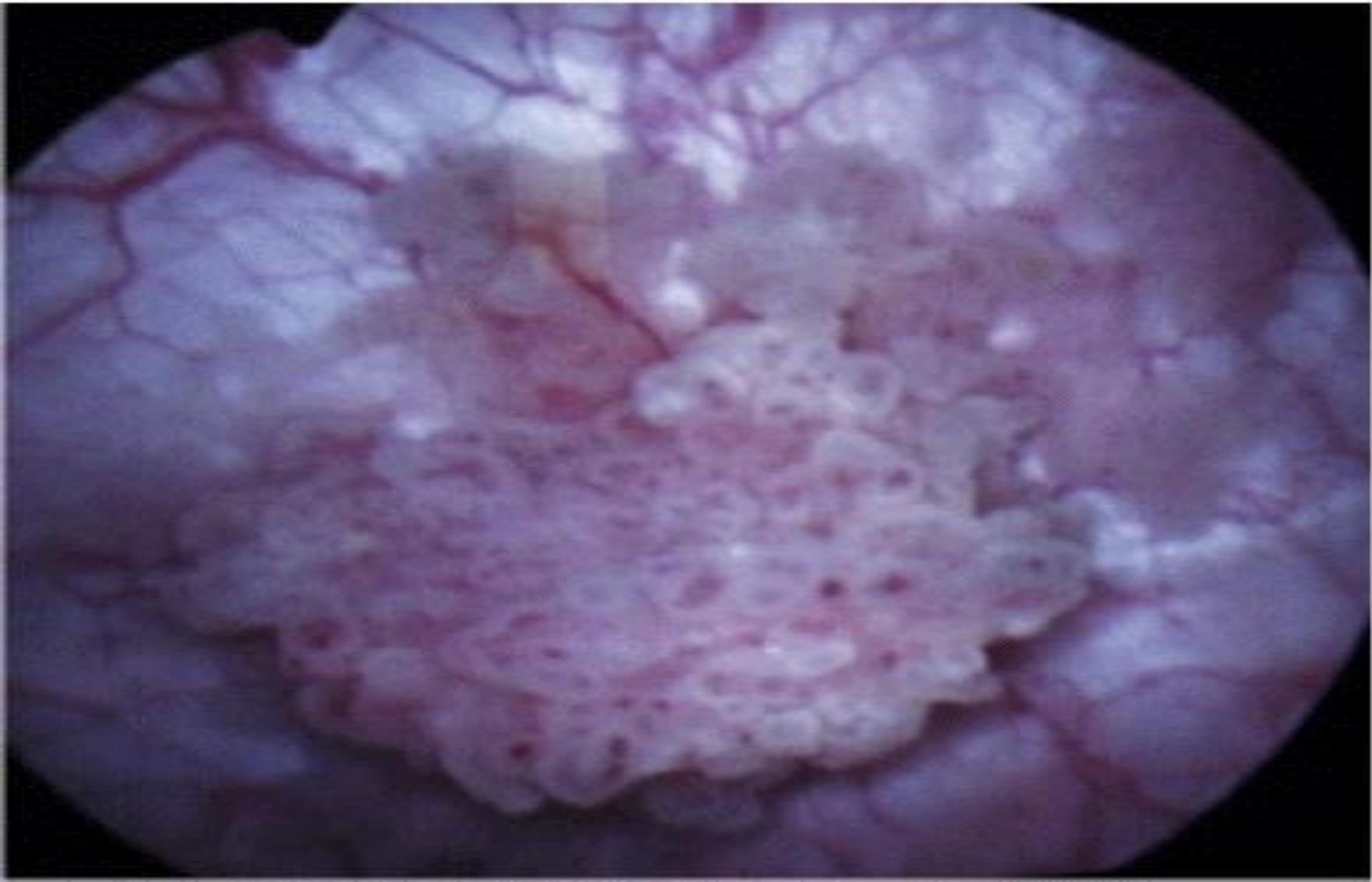
permettent dans la majorité
des cas un diagnostic étiologique



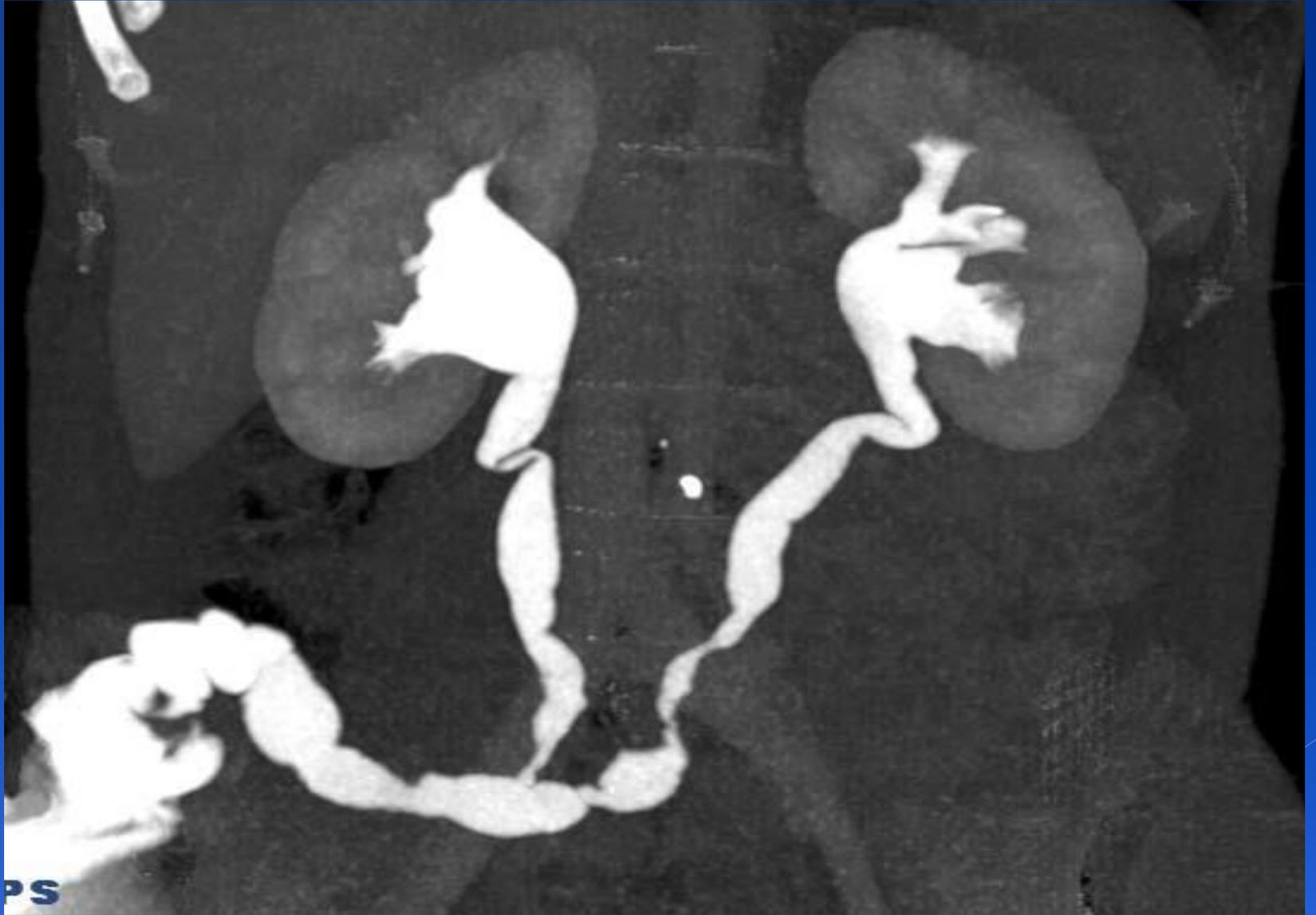
Place de l'uroscanner



Fibroscope vésicale



- Mlle Gérard, 32 ans, ayant comme antécédent une sclérose en plaque évoluée, porteuse d'une dérivation urinaire incontinent trans iléale type bricker pour vessie neurologique consulte aux urgences pour fièvre à 39 et douleur lombaire droite apparue il ya 24heures .
- Conduite à tenir aux urgences?



PS

- L'interne de radio te rappelle 5 minutes après pour s'excuser, il a mis les mauvaises planches d'un autre patient dans le dossier de ta patiente mais le scanner de la patiente est bien pathologique:
- Dilatation des cavités pyélocalicielles droite à 4cm en amont d'une lithiase de 1cm à 3 cm de l'anastomose urétéro iléale. Retard excretoire à 20mn avec une formation hétérogène au niveau parenchyme rénal de 5cm
- Que faites vous?

COLIQUE NEPHRETIQUE

Mécanisme

mise en tension aigue voie
excrétrice supérieure :
obstruction

Localisation

latéralisée
basi thoracique postérieure +
++
lombaire haute

Irradiations

contourne le flanc
fosse iliaque
organes génitaux externes
homolatéraux

Caractères évolutifs

sourde, en plateau
crises paroxystiques

● Signes associés

- ileus reflexe ++
- fièvre (38°C)
- signes urinaires (inconstants)

● Douleurs atypiques

- antérieure
- réduite à l'irradiation

● Signes négatifs

- non médiane
- pas de facteur mécanique
- pas d'irradiation aux membres inférieurs
- pas de douleur scapulaire

CAT

- ◎ AINS+ANTALGIQUE
- ◎ MORPHINE SI BESOIN
- ◎ RESTRICTION HYDRIQUE
- ◎ CREATININE+NFS
- ◎ ASP+ECHO OU SCANNER
ABDOMINAL NON INJECTE

AVIS UROLOGIQUE SI:

- Colique néphrétique fébrile ($T^{\circ} < 36.5$ OU $> 38^{\circ}$)
- Colique nephretique hyperalgique malgré morphinique
- Insuffisance rénale aigue obstructive
- une rupture de la voie excrétrice

- Selon terrain:
 - une grossesse
 - une insuffisance rénale et uropathies préexistantes,
 - un rein unique fonctionnel ou anatomique,
 - un rein transplanté
 - patient sous anti-coagulants

- Selon calcul: taille > 6 mm, calculs bilatéraux

Sondes JJ

But :

Dérivation interne (sans poche) du rein par endoprothèse réno-vésicale

Indications :

Drainage d'un rein en obstruction

En attendant le traitement "étiologique"

En longue durée, en traitement palliatif d'une obstruction néoplasique

Protection temporaire d'une anastomose urinaire

Drainage temporaire après geste endoscopique (urétéroscopie ...)

Technique

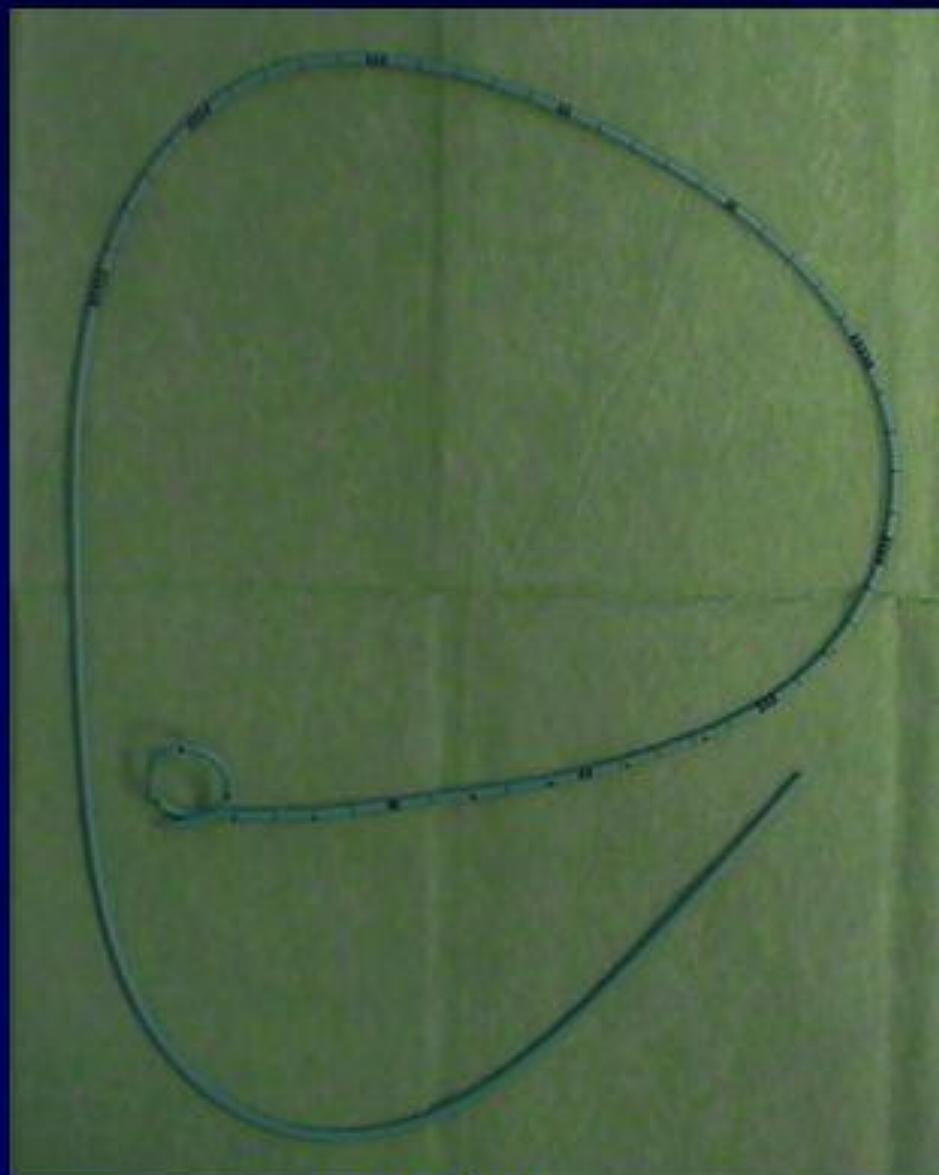
AG, ALR, rarement sous AL

Sous contrôle radioscopique

Endoprothèses réno-vésicales



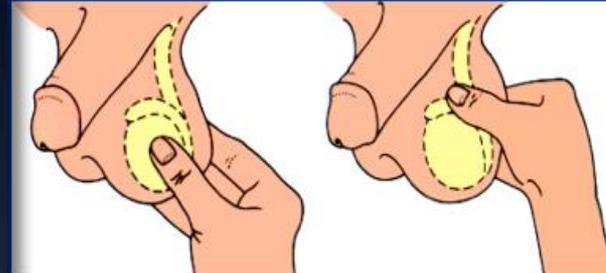
JJ ou "double J"



Simple J

ORGANES GENITAUX EXTERNES : TECHNIQUE D'EXAMEN

- **Debout-couché**
- **Poussée, manoeuvre de Valsalva**
- **Orifices herniaires**
- **Epididyme**
 - Tête-corps-queue
 - Nodule
 - Dilatation
- **Cordon**
 - Déférent
 - Artère
 - Veines
- **Testicule**
 - Situation
 - Forme
 - Volume
 - Consistance
- **Recherche d'épanchement ± transillumination**



Torsion du Testicule

● Fréquence

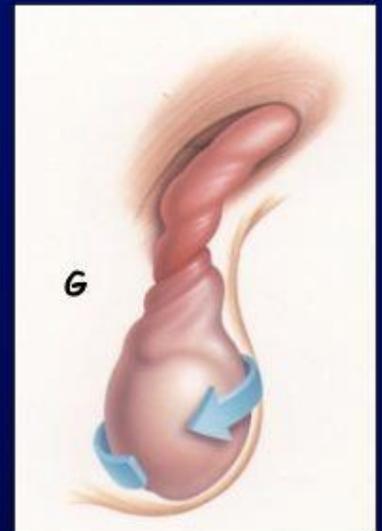
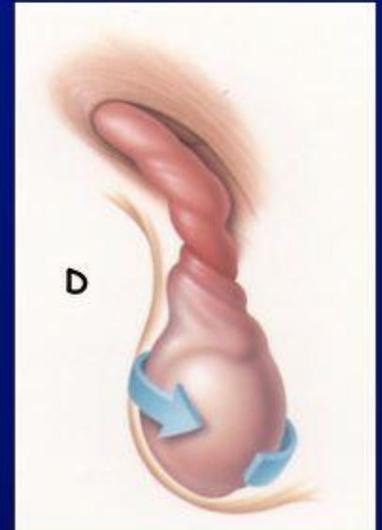
- 1/4000 H
- Rare après 30 ans
- Surtout avant 20 ans

● Mécanismes

- Supra-vaginale +++
 - Nourrisson
- Intra-vaginale ++++
 - Anomalie de fixité
- Inter épидидymo-testiculaire +

● Aspects médico-légaux

- Mineurs (autorisation d'opérer et information du risque de castration)
- Tenue du dossier (horaires, données d'examen)



Torsion du Testicule

● Symptômes

- douleur scrotale unilatérale, émétisante
- brutale
- permanente
- souvent au petit matin
- irradiant sur le trajet du cordon et vers la fosse lombaire
- pas de fièvre
- pas de signes urinaires
- notion d'épisodes moins intenses spontanément résolutifs

Torsion du Testicule

● Examen

- rétraction à l'anneau, horizontalisation du testicule
- abolition du réflexe crémastérien
- testicule dur au début, bourse tendue
- gros cordon
- TR normal
- orifices herniaires libres
- pas de notion de parotidite récente



Torsion du Testicule

● Examens complémentaires

- Peu contributifs, ne doivent pas retarder l'intervention

● Diagnostic différentiel

- épididymite, orchi-épididymite
- forme aïgue de cancer du testicule

● Cas particulier

- torsion de testicule ectopique
- torsion "vieillie"

● Traitement : **URGENCE**, détorsion + orchidopexie bilatérale

- la détorsion manuelle, possible ne doit pas retarder l'intervention



tôt



tard

Les infections urinaires

Facteurs favorisants

✓ Locaux

Femme

FOYER D'ORIGINE HAUTE
(calcul, poche infectée...)

PROPAGATION DE VOISINAGE
(sigmoïdite, appendicite...)

TRAUMATISME

CALCUL, CORPS ETRANGER

TUMEUR

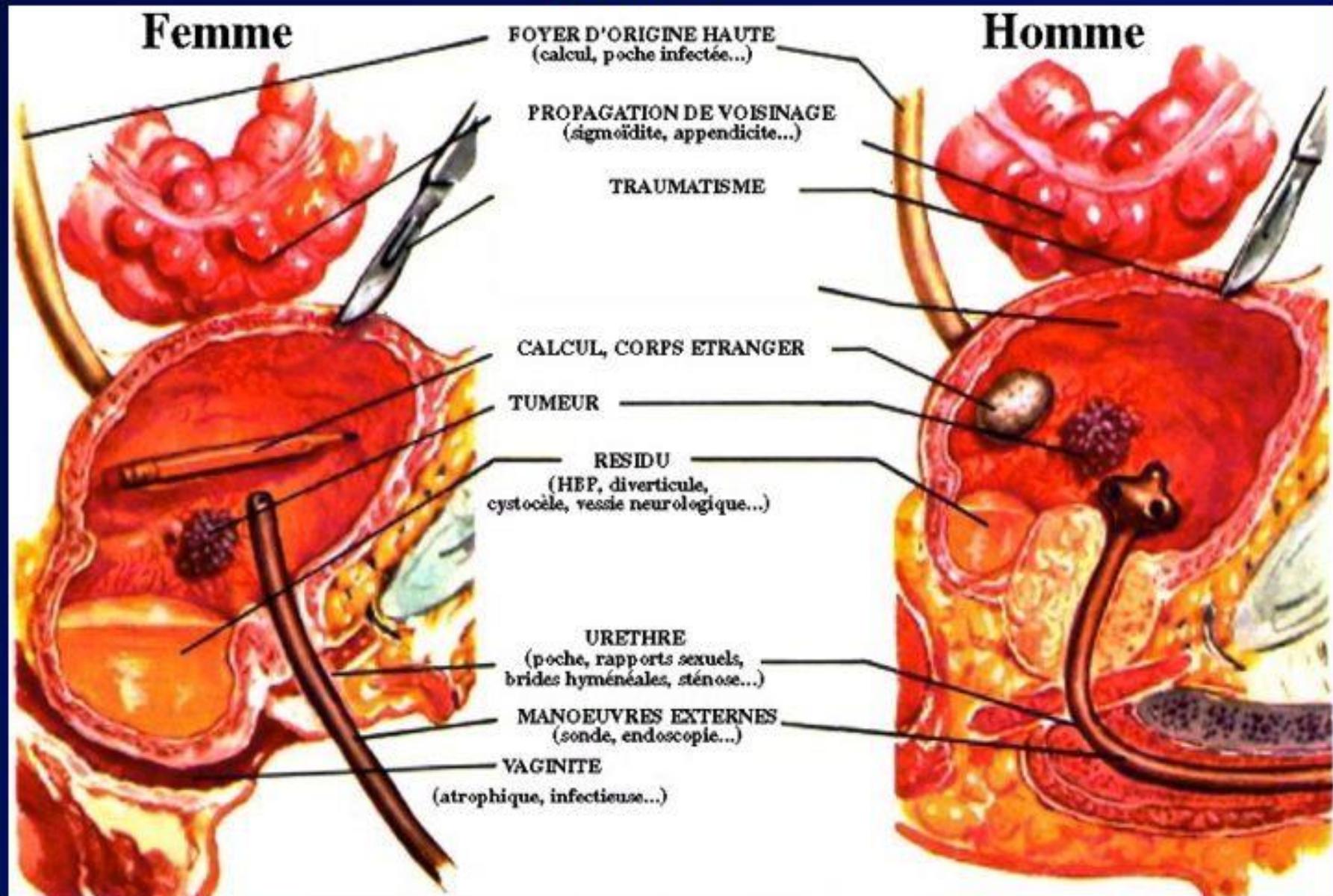
RESIDU
(HEP, diverticule,
cystocèle, vessie neurologique...)

URETHRE
(poche, rapports sexuels,
brides hyménales, sténose...)

MANOEUVRES EXTERNES
(sonde, endoscopie...)

VAGINITE
(atrophique, infectieuse...)

Homme



Cystites aiguës de la femme

✓ Population I

- En période d'activité génitale
- Non enceinte
- Pas d'atcd uro-néphrologique
- Pas de diabète
- Non immunodéprimée
- Acceptant d'être revue à distance du traitement

✓ Bactériologie

⇒ Germes en cause

- E. coli 75-80%
- Proteus mirabilis 8-10%
- Staphylococcus saprophyticus 3-7%
- Klebsiella 3%
- Enterobacter 2%
- Pseudomonas 3%
- Autres staphylocoques 3%
- Entérocoques 2%

✓ Bénigne, sans gravité immédiate et sans conséquence démontrée sur la fonction rénale.

- ⇒ 30 à 40 % des cystites guériraient spontanément sans traitement.
- ⇒ Certaines sont transitoires après les rapports sexuels

Cystites aiguës de la femme

✓ Population I

- En période d'activité génitale
- Non enceinte
- Pas d'atcd uro-néphrologique
- Pas de diabète
- Non immunodéprimée
- Acceptant d'être revue à distance du traitement

✓ Clinique

→ Symptômes

- Brulures mictionnelles
- Pollakiurie
- Impériosités mictionnelles
- Douleur hypogastrique
- Pas de fièvre, pas de douleur lombaire
- Urines troubles, parfois nauséabondes
- Hématurie macroscopique parfois

→ Examen

- Normal
- Tout au plus douleur vésicale provoquée au TV

Cystites aiguës de la femme

✓ Population I

- En période d'activité génitale
- Non enceinte
- Pas d'atcd uro-néphrologique
- Pas de diabète
- Non immunodéprimée
- Acceptant d'être revue à distance du traitement

✓ Examens complémentaires

→ Bandelettes urinaires

· Nitrites +, leucocytes +, sang +

- Nitrites - parfois

· faible inoculum ou germes

· Activité nitrite-réductase - (*Pseudomonas aeruginosa*,
Acinetobacter, cocci gram +)

- Seuil de sensibilité : 10^4 leucocytes/ml

· Valeur prédictive négative 98%, spécificité 70%

- Bandelettes normales : ce n'est pas une infection urinaire

- Bandelettes positives : c'est probablement une infection urinaire si le contexte clinique est en faveur

→ PAS D'ECBU sauf si nitrites -

· Consensus 1996

→ Aucune autre exploration n'est justifiée

Cystites aiguës de la femme

✓ Population I

- En période d'activité génitale
- Non enceinte
- Pas d'atcd uro-néphrologique
- Pas de diabète
- Non immunodéprimée
- Acceptant d'être revue à distance du traitement

✓ Traitement

⇒ Probabiliste

⇒ Traitement court (3 jours) ou traitement dose unique

• Fluoroquinolone

- Peflazine monodose®, 2cps en 1 prise
- Uniflox®, 1cp en 1 prise
- Monoflocet®, 2cps en 1 prise
- Logiflox®, 1cp/j pendant 3 jours

• Cotrimoxazole

- Bactrim Forte®, 3cps en 1 prise ou 1cp matin-soir 3 jours

• Fosfomycine-trométamol

- Monuril® ou Uridoz®, 1 sachet

Pyélonéphrites aiguës

- ✓ **État inflammatoire transitoire, d'origine infectieuse, atteignant le rein et sa voie excrétrice par voie canalaire plus souvent qu'hématogène,**
- ✓ **Entraînant**
 - oedème,
 - afflux leucocytaire
 - ischémie localisée du parenchyme rénal.
- ✓ **Tableau clinique aigu associant**
 - douleur lombaire le plus souvent unilatérale
 - fièvre habituellement supérieure ou égale à 38°5,
 - le plus souvent des frissons.
- ✓ **Une pyurie et une bactériurie sont mises en évidence à l'examen cytobactériologique urinaire.**
- ✓ **Des images spécifiques sont mises en évidence à l'examen tomодensitométrique des reins.**
- ✓ **La pyélonéphrite aiguë non compliquée**
 - Survient dans la majorité des cas chez une femme de 20 à 30 ans.
 - Est curable sans séquelle par une antibiothérapie adéquate.

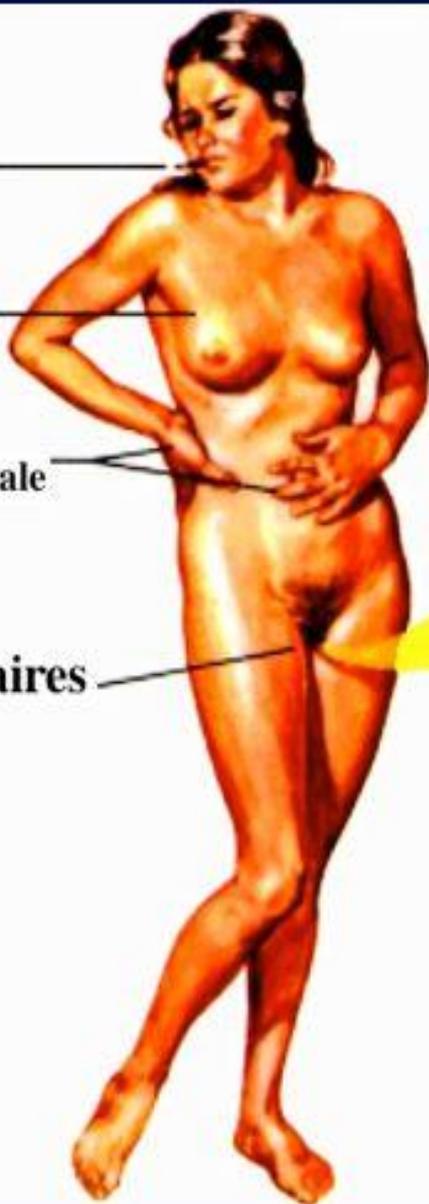
Pyélonéphrites aiguës

Fièvre

Survenue
chez les femmes
le plus souvent

Douleur lombaire
ou lombo-abdominale
latéralisée

Signes urinaires



Bactériurie

Pyurie



Pyélonéphrites aiguës

- ✓ **Bilan étiologique : éliminer la PNA compliquée**
 - ⇒ But : éliminer une obstruction de la voie excrétrice supérieure
 - ASP + Échographie de l'appareil urinaire



Pyélonéphrites aiguës

✓ Attitude pratique

⇒ En l'absence de signes de gravité (instabilité TA, choc, hypothermie, contracture lombaire ou abdominale)

- Peut être traité à domicile
- Faire faire écho-ASP-ECBU
- Antibiothérapie probabiliste
 - Fluoroquinolone en monothérapie, per os possible
 - 10 à 20 jours selon consensus
 - 15 jours paraissent raisonnables
 - C3G, per os possible (Oroken®)
 - Durée idem
- Revoir la patiente à J2-J4
 - Pour réévaluation clinique et vérifier les résultats d'examen
 - Si évolution anormale ou anomalie d'imagerie :
HOSPITALISER
- ECBU de contrôle 1 mois après l'arrêt des antibiotiques

Pyélonéphrites aiguës

✓ Attitude pratique

» En présence de signes de gravité ou problème médico-social

- Hospitaliser
- Faire faire écho-ASP-ECBU ± uro-TDM
- Bi-antibiothérapie probabiliste
 - Fluoroquinolone en monothérapie, per os possible
 - 10 à 20 jours selon consensus
 - 15 jours paraissent raisonnables
 - C3G IV (type Rocéphine®, relayée per os à la sortie
 - Durée idem
 - Associée à un aminoside jusqu'à l'apyrexie
- Sortie dès l'apyrexie confirmée (J2-J3)
- ECBU de contrôle 1 mois après l'arrêt des antibiotiques

Epididymite, orchite, orchi-épididymite (1)

- Infection aïgue de l'épididyme et/ou du parenchyme du testicule
- 2 complications majeures
 - Abscess
 - Obstruction définitive
- Etiologie
 - Voie hématogène
 - germes "banaux"
 - germes de la sphère ORL
 - soins dentaires, sinusite
 - ECBU stérile
 - Voie canalaire
 - Urétrite
 - Chlamydia Trachomatis +++, plus rarement Gonocoque, Candida Albicans, Trichomonas
 - ECBU négatif
 - Prostatite
 - germes d'origine digestive, E. Coli, Proteus Mirabilis le plus souvent
 - résidu infecté, obstacle
 - ECBU : positif ou stérile mais pyurie
 - Sondage
 - Malformation (sujet jeune)
 - Abouchement ectopique d'un uretère dans la voie séminale

Epididymite, orchite, orchi-épididymite (2)

● Diagnostic clinique exclusivement

- Grosse bourse douloureuse inflammatoire fébrile à marche rapide
 - Notion d'urétrite
- TR normal ou évocateur de prostatite
- Méat parfois inflammatoire

● Biologie

- confirme le syndrome inflammatoire
- ECBU : négatif n'élimine pas le diagnostic

● Faut-il un bilan ?

- Homme jeune, premier épisode, pas d'ATCD urologique
 - Bilan MST
- Homme jeune, premier épisode, ATCD urologique
 - Bilan MST, UIV avec clichés mictionnels
- Homme jeune, récurrences
 - Bilan MST, UIV avec clichés mictionnels
 - Panoramique dentaire, Radio des sinus
- Autres cas
 - UIV avec clichés mictionnels

● Traitement

● Antibiotiques

- Chez l'homme jeune, *C. Trachomatis*
- Chez l'homme moins jeune, germes "coliformes"
- Recherche d'une attitude univoque
 - Fluoroquinolone relayée par une cycline
 - Cycline seule
 - Intérêt de l'Ofloxacine (active sur Chlamydiae)
- Durée : consensus sur 3 semaines minimum

● Anti-inflammatoires

● But

- effet antalgique et anti-oedémateux
- effet sur la cicatrisation : prévention de l'obstruction
- accès des ATB sur le site infecté : prévention de l'abcédation

● AINS ou Corticoïdes ?

- AINS : effet antalgique et anti-oedémateux seul
- Corticoïdes : Triple action, non consensuel

● Durée

- 5-10 à 21 jours Réévaluation au 10ème jour

PROSTATE

● **Prostatite aigue**

- Fièvre, frissons, brulures mictionnelles, dysurie
- TR : prostate augmentée de volume, sensible ou douloureuse, succulente

Traitement

- ❖ Prostatite aigue simple: fluoroquinolone per os, 3-6 semaines.
Si contre indication: C3G.
- ❖ Prostatite aigue compliquée: Kt sus pubien, Fluoroquinolone ou C3G+aminoside.
- ❖ Contrôle vidange vésicale
- ❖ Sortie avec un traitement alpha bloquant
- ❖ Consultation urologie à distance

Phimosis et paraphimosis

PENIS

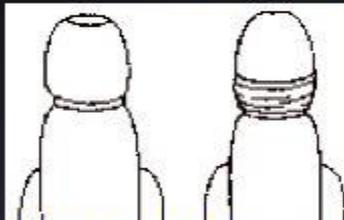
Phimosis

Le prépuce ne peut plus être rétracté en arrière du sillon balano preputial : impossibilité de décoller
Indolore
Parfois très serré : obstruction



Paraphimosis

Recallotage non effectué, œdème, anneau de striction, douleur



Maladie de Lapeyronie

Fibrose des corps caverneux : plaques
Induit souvent une incurvation en érection
Bénin

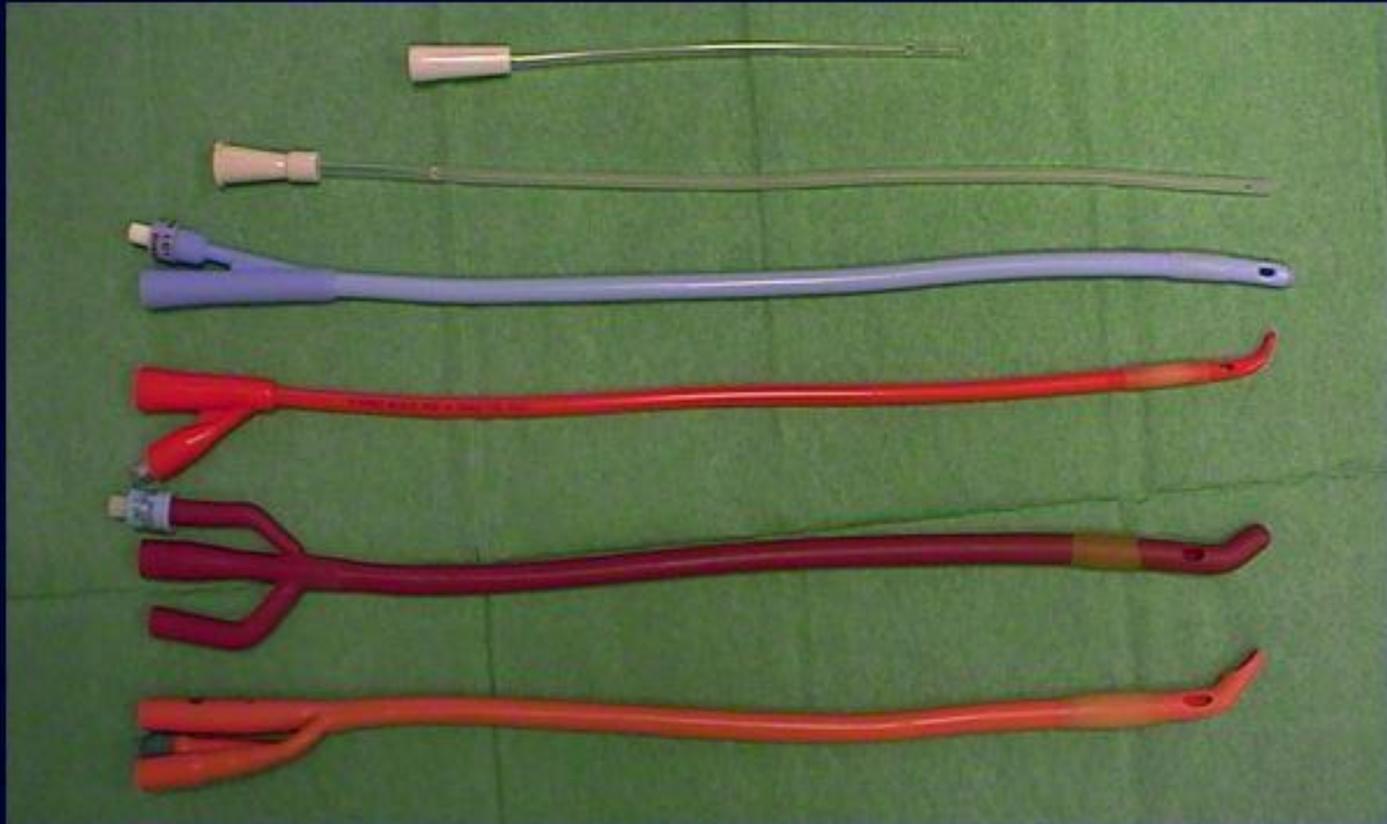


Priapisme

Erection prolongée, douloureuse
Rigidité cavernreuse, gland flasque



Sondage urinaire



Sonde simple courant béquillée type Tiemann



Les sondes urinaires



Sonde simple courant droite type Foley

Sonde double courant béquillée type Dufour



BACTERIURIE ET CATHETER INTRA-VESICAL

Risque en cas de drainage de courte durée

- 1 % pour sondage évacuateur
- 5% pour drainage de 1 à 4 jours
- 30% pour drainage de 10 jours

Risque en cas de drainage de longue durée (>1 mois): #100%

Bandelettes et drainage urinaire

- Intérêt nul
- leucocyturie, hématurie microscopique : toujours présents même en dehors de bactériurie

Quand traiter

- aucun bénéfice au traitement de principe
- fièvre, absence d'autre foyer
- cas particulier : prothèses, valvulaires ...
- ECBU 48 h après l'ablation de la sonde : traiter si positif

COMMENT TRAITER ?

prévention

1. limiter les indications de SAD

selon Warren (1988), près de 1 décès sur 2 observé dans une collectivité de patients cathétérisés est en rapport avec une bactériémie à point de départ urinaire

On a rarement vu mourir les vieillards d'incontinence urinaire mais combien sont morts d'un choc toxi-infectieux après cathétérisme vésical prolongé !

2. antibioprophylaxie lors du changement de sonde (?)

3. ne sont pas recommandés

antisepsie ou antibiothérapie prophylactique
lavages ou instillations vésicales
traitement systématique des bactériuries
asymptomatiques

BENEFICE NUL

traitement

- au coup par coup lors d'infection SYMPTOMATIQUE
- 10 jours
- changer la sonde après 24 heures de traitement

En pratique

Le drainage urinaire n'est pas un acte anodin

Le sondage est la première cause d'infections nosocomiales

Son indication doit être mesurée

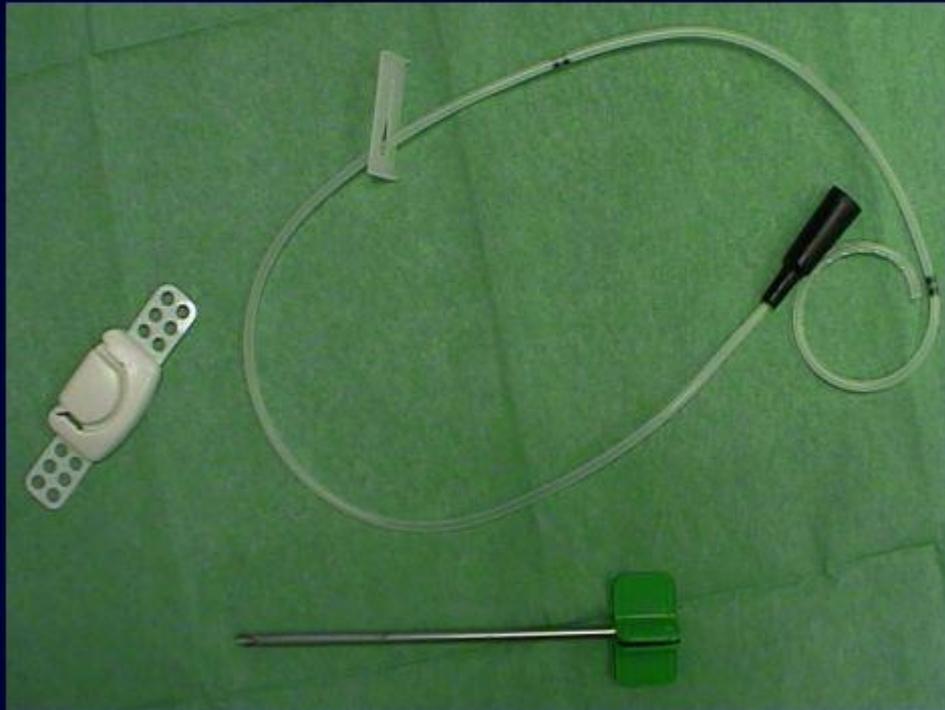
Sa durée doit être remise en question régulièrement

L'infection sur sonde doit être respectée et traitée en cas de nécessité uniquement

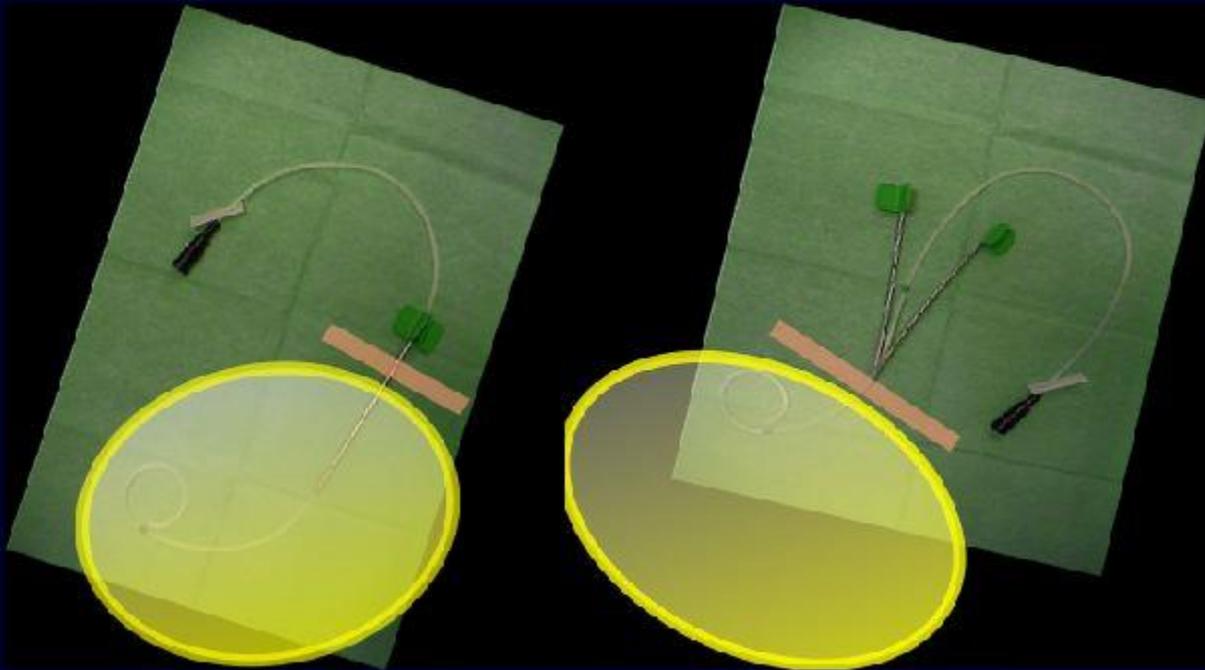
Cathéter sus-pubien



Cathéter sus-pubien

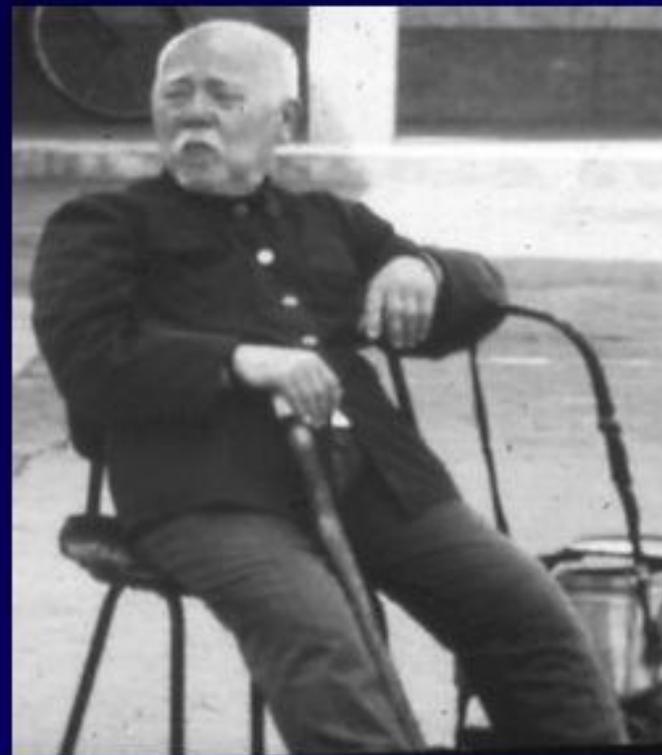


Cathéter sus-pubien





- ⊙ Bruyère F. Recommandations du comité d'Infectionlogie de l'Association française d'Urologie. Prog Urol 2008 Sup 1.
- ⊙ Rouprêt M, AFUF. Urologie, 2007. Ed Masson ; Paris. p.25-48.
- ⊙ Rétention aiguë d'urine sur prostatite aiguë: sonde vésicale ou cathéter sus-pubien?"
- ⊙ Bruyère F. Progrès en Urologie FMC Vol 19 - Dec 2009 - N°4 - F123.
- ⊙ Rouprêt M, AFUF. Urologie, 2007. Ed Masson ; Paris. p.184-186
- ⊙ El Khebir M, et al. Actualisation 2008 de la 8e Conférence de consensus de la Société francophone d'urgences médicales de 1999. Prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences. Prog Urol (2009),
- ⊙ Carpetnier X. Physiopathologie de la colique néphrétique Progrès en urologie (2008) 18, 844—848
- ⊙ Prise en charge de la colique néphrétique chez la femme enceinte : à propos de 48 cas
- ⊙ G. Guichard Progrès en urologie (2008) 18, 29—34
- ⊙ Calcul uretère distal : prise en charge thérapeutique O. Traxer Progrès en urologie (2008) 18, 981—985
- ⊙ Keeler B, Ghani KR, Nargund V. Haematuria 1: Risk factors, clinical evaluation and laboratory investigations. Br J Hosp Med (Lond). 2007;68(8):418-22.
- ⊙ Ghani KR, Keeler B, Nargund V. Haematuria 2: Imaging investigations, management and follow up. Br J Hosp Med (Lond). 2007;68(9):489-93.
- ⊙ Jourde-Chiche N, Fakhouri F. Hématurie : orientation diagnostique. Rev Prat. 2006;56(8):901-7.
- ⊙ Rouprêt M, AFUF. Urologie, 2007. Ed Masson ; Paris. p.194-204.
- ⊙ Flam T, Amsellem-Ouazana D, Ameur A. Mémento. Urologie, 3
- ⊙ Urocaen.free.fr du Pr Bensadoun



MERCI