

# HBP – troubles mictionnels – RAU chez le sujet âgé. PEC des sondes vésicales

LILLAZ Julien (CCA urologie)

## ADENOME DE PROSTATE

- Augmentation du volume prostatique du faite du « vieillissement » de la prostate.
  - HBP quasi constante chez le sujet > 75 ans.
  - Importance du trouble fonctionnel urinaire variable.
  - Attention : pathologie parfois évoluée sans plainte du patient.
- Cancer de prostate souvent associé, difficulté :
  - Faut-il me rechercher devant des troubles urinaires > 75 ans ?
  - Faut-il le traiter ?
- SAD parfois nécessaire chez le sujet âgé :
  - Pourquoi ?
  - SV et bonnes pratiques a connaître +++

## SIGNES URINAIRES

- Signes obstructifs (dysurie), irritatifs (pollakiurie).
- Interrogatoire difficile parfois (*pas de problème pour uriner, je pisse même 3 fois par nuit*).
- **Rechercher les complications +++ :**
  - Surveiller la fonction rénale.
  - Demander une écho vésico rénale et prostatique avec mesure du RPM en cas de doute sur le statut mictionnel.
    - Pour éliminer une rétention chronique d'urine, une vessie de lutte, une dilatation sur haut appareil secondaire à un trouble de la vidange vésicale.
  - Pas de PSA systématique.
- Signes trompeurs du sujet âgé :
  - Incontinence = souvent mictions par regorgement.
  - Infection urinaire = souvent HBP avec résidu post mictionnel.
  - Hernie = souvent poussée abdominale per mictionnelles liées à une HBP.

3

## EXAMEN CLINIQUE

- Rechercher un résidu post mictionnel.
- TR :
  - Volume prostatique.
  - Nodule ? Savoir ne pas pousser les investigations devant un nodule isolé.
  - Blindage pelvien :
    - Dosage du PSA recommandé.
    - Rechercher des douleurs osseuses +/- calcémie.
- Examen uro complet : fosses lombaires (néo rein), OGE (séquelles d'orchi-épididymite ?).

4

## CAS CLINIQUE

- 83 ans.
- Pas de plaintes fonctionnelles urinaires.
- Adressé pour PSA augmenté à 8 ng/ml dosé de manière systématique par le médecin traitant.
- EC :
  - RPM échographique : 130 ml.
  - TR : 80g, nodule apex droit, RAS apr ailleurs.
  - Bio : MDRD : 90 ml/min.
  - Echo vésico rénale : pas de dilatation du ht appareil, vessie légèrement hypertrophique.
- CAT ?

5

## CAS CLINIQUE

- Cancer de prostate ?
  - Patient non symptomatique.
  - TR rassurant.
  - Pas de BP, stop dosage du PSA.
- HBP :
  - HBP (80g).
  - Non compliqué. (Savoir tolérer un RPM en l'absence de complications)
  - 2 possibilités :
    - Abstention / surveillance (clinique, bio, écho).
    - Traitement médical : alpha bloquant (attention iatrogénie).

6

## INDICATION DE SONDE VESICALE

- HBP compliquée :
  - RAU (rare chez le sujet âgé).
  - Episodes infectieux : Prostatite aigue.
  - Rétention chronique d'urines.
- La rétention urinaire chronique :
  - Fréquent.
  - Résidu > 150 ml (mais savoir tolérer un résidu plus important).
  - Insuffisance rénale aigue/ chronique avec composante obstructive.
  - Dilatation sur haut appareil.
  - Infections urinaires récidivantes.

7

## OBSTACLE PROSTATIQUE CHRONIQUE

- Rétention chronique d'urines = obstacle prostatique chronique.
  - Augmentation progressif du résidu post mictionnel.
  - Croissance progressive de la pression intravésicale.
  - Dégradation du muscle détrusor secondaire aux hyperpressions vésicales.
  - Appartion d'une vessie de lutte avec diverticules et colonnes.
  - Vessie hypocontractile puis acontractile.
- 1 er traitement : pose d'une sonde vésicale puis ...

8

## SV ET SUJET AGE

- **Problématique :**
  - Difficultés majeure de sevrage de la sonde vésicale :
    - Vessie hypo-contractile voir acontractile.
    - Patients parfois grabataires (avec cercle vicieux lié à la SV).
    - Comorbidité : vessie neurologique (maladie de PK, diabète,...)
    - = facteur prédictifs d'échec de sevrage de SV
    - En plus : éventuelles CI médicamenteuses ou chirurgicales.
  
  - Morbidité associé au sondage à demeure :
    - Infections.
    - Difficultés de mobilisation, chutes, trauma de sonde vésicale, alitement.

9

## SEVRAGE SV ET SUJET AGE

- Illusoire sur vessies « claquées » = Vessie rétentionniste avec globe urinaire à 3L.
  
- **Sevrage médical 1<sup>er</sup> :**
  - Alpha bloquants ou I5AR ou les 2 associés.
  - Sevrage à distance. (Savoir attendre une bonne imprégnation médicamenteuse).
  
- **Chirurgie :**
  - RTUP, AVH.
  - MAIS : Co morbidité de la chirurgie (qui reste fonctionnelle).
  - Résultats souvent mauvais : car fonctionnement vésical souvent altéré.

10

## ALTERNATIVE A LA SV

- Difficile chez le sujet âgé.
- Autosondage :
  - Solution idéale mais :
    - Nécessite autonomie physique et cognitive.
    - Risque de difficulté de sondage.
    - Peu d'indications chez le sujet âgé.
- KT sus pubien : pas/peu d'avantage vs SAD.
- Chirurgie d'incontinence en cas de vessie claquée :
  - Permet ablation de SV.
  - Remplacée par étuis péniens.

11

## GESTION DES SAD

- Spasmes :
  - Fréquent.
  - Douleurs intermittentes (= crampes).
  - Fuites d'urines pendant les douleurs.
  - = intolérance SV avec contractions reflexes douloureuses.
  - CAT :
    - Vérifier bon positionnement SV =
      - Vessie vide.
      - Lavages OK.
    - Antispasmodiques.
    - Ditropan (1-1-1) : attention au glaucome.
    - Rivotril.
    - Parfois AINS.
  - Attention : symptôme mal connu responsable de nombreuses manipulations inutiles (Fuite ≠ Sonde bouchée !!!).

12

## GESTION DES SAD

- Traumatismes de SV :
  - Clinique :
    - Urétrorragie.
    - SV plus en place = Globe.
    - +/- douleurs.
  - CAT :
    - Ablation SV.
    - Repose d'une SV simple (pas de double courant !).
    - Gros calibre (18-20).
    - = urines hématuriques puis claires.
    - PAS DE CI AU RESSONDAGE, PAS DE PRECAUTIONS PARTICULIERE SAUF LA CHARRIERE 18 AU MINIMUM.

13

## GESTION DES SAD

- Hématurie :
  - Favorisé par la SV qui est un corps étranger irritant.
  - Favorisé par les traumatismes, les déplacement, les antiagrégants plaquettaires, les anticoagulants.
  - Souvent peu sévères (regarder couleurs des urines à la sortie de la verge).
  - Si importante ou prolongée :
    - Echo appareil urologique.
    - Cytologies urinaires 3 jours de suite.
    - Consulte uro + fibro (avec ECBU traitée depuis 48H)car il ne faudrait pas méconnaître une tumeur vésicale.

14

## GESTION DES SAD

Paraphimosis : Prévention : s'assurer que le patient est recalloté sur la Sv.



15

## GESTION DES SAD

- Colonisation de sonde : Toute SV est colonisée.
- = Corps étrangers = urines troubles, BU positive, ECBU positive, réaction à type de spasme, urines parfois malodorante. **Ce ne sont pas de signes d'infection.**
- Signe infection urinaire = Fièvre sans autre point d'appel.
- Ne pas traiter une colonisation.
- Ne pas faire d'ECBU systématique sur SAD.
- Sauf si fièvre.
- **Ne pas rattacher tous les signes de mauvaise tolérance de la SV à l'ECBU qui sera toujours positive.**

16

## FIEVRE ET SONDE VESICALE

- 1/ Eliminer une cause extra urologique à l'hyperthermie.
- 2/ EC : prostatite ?

Le plus souvent le TR ne retrouve pas de prostatite.

- 3/ Faire ECBU.
- 4/ Débuter antibiothérapie.
- 5/ Changement de SV après 48H d'apyrexie.
- 6/ En l'absence de prostatite au TR, durée totale d'antibiothérapie = 5 jours.
- 7/ Pas de contrôle ECBU à la fin de l'antibiothérapie.