

**Extrait gratuit : testez-vous !**



Collection dirigée par Romain Jouffroy et Benjamin Bajer  
Véronique Phe

# Comprendre par les dossiers

## D2/D3

# Urologie

**Programme intégral DCEM - ECN en dossiers**

**47 cas cliniques couvrant tous les items**

- ▶ **Explications détaillées des raisonnements**
- ▶ **Commentaires, conseils**
- ▶ **Focus sur les fondamentaux du cours**
- ▶ **Iconographies essentielles**
- ▶ **Grilles de réponses**
- ▶ **Notation sur 100 points**



EDITIONS

**Préparez vos partiels  
en toute sérénité !**

# Difficultés mictionnelles chez un patient de 60 ans

## ■ Enoncé

Vous recevez un patient âgé de 60 ans qui consulte pour des difficultés mictionnelles apparues il y a 3 mois. Il se plaint de se lever 4 fois chaque nuit pour uriner. Son médecin traitant lui a demandé un dosage de PSA qui est à 3 ng/mL. Il ne présente aucun antécédent.

### Question 1

Quel interrogatoire menez-vous ?

### Question 2

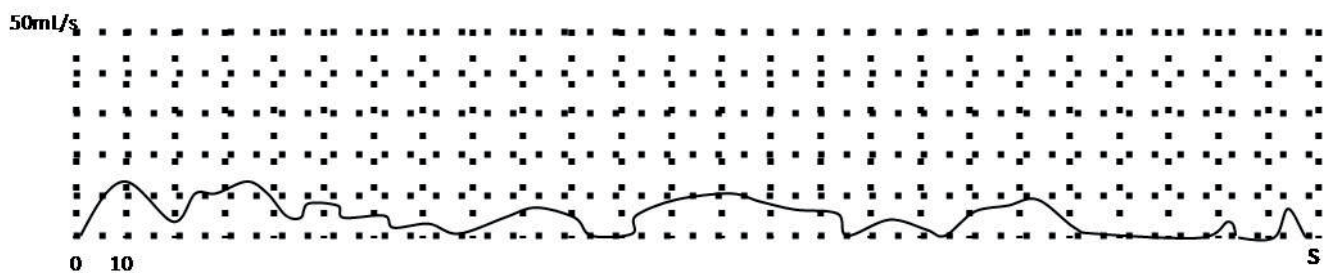
Quel examen clinique urologique effectuez-vous ?

### Question 3

Quels examens paracliniques pouvez-vous prescrire à votre patient et pourquoi ?

### Question 4

Quelle est votre interprétation de l'examen suivant sachant que le patient a uriné plus de 300 mL ?



### Question 5

Quel est le diagnostic le plus probable et quelle est la physiopathologie de cette affection ?

### Question 6

Quelles en sont les principales complications ?

### Question 7

Quelle prise en charge thérapeutique pouvez-vous proposer à ce patient sachant que le reste des examens paracliniques est normal ? Donnez un exemple pour chaque traitement proposé, le mécanisme d'action et les effets secondaires.

### Question 8

Le patient revient 3 mois après. Malgré le traitement que vous lui avez prescrit, après une amélioration transitoire, il se plaint des mêmes difficultés mictionnelles. L'examen clinique est inchangé. Vous décidez de lui proposer une intervention chirurgicale. Quelle est-elle ? Justifiez.

Vos réponses :



## ■ Corrections

### ■ Question 1

#### Quel interrogatoire menez-vous ? (16)

- Il faut rechercher des **signes fonctionnels urinaires obstructifs** (1) tels que :
  - le retard au démarrage de la miction (1)
  - une miction longue (1) en 2 temps ou plus
  - l'existence de gouttes retardataires (1)
  - un jet faible (1), une miction incomplète avec une sensation de mauvaise vidange vésicale (1)
  - l'existence de miction par regorgement (1)
- Il faut rechercher des **signes fonctionnels urinaires irritatifs** (1) tels que :
  - l'existence d'impériosités (1)
  - d'urgences mictionnelles (1) (urgenturie)
  - de pollakiurie nocturne (1)
  - de volume mictionnel réduit
- Il faut **rechercher** une notion :
  - d'hématurie (1)
  - d'infection urinaire (1)
  - de calculs urinaires (1)
  - de douleurs lombaires
- Enfin, il faut évaluer le **retentissement** des troubles mictionnels sur la qualité de vie (1) et rechercher une prise de médicament (1) au long cours.

### ■ Question 2

#### Quel examen clinique urologique effectuez-vous ? (6)

- Il faut **effectuer un toucher rectal** (1) afin d'évaluer la taille (1) de la prostate et sa consistance (1).
- Le reste de l'examen comprend :
  - palpation des fosses lombaires (1) à la recherche d'un gros rein
  - inspection du méat urétral (1) à la recherche d'une sténose
  - palpation abdominale à la recherche d'un globe urinaire (1)
- Enfin il faut réaliser une bandelette urinaire (qui fait partie de l'examen clinique).

### ■ Question 3

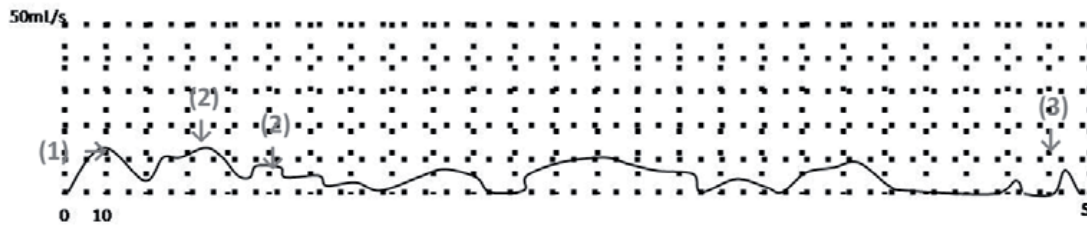
#### Quels examens paracliniques pouvez-vous prescrire à votre patient et pourquoi ? (16)

- Les examens suivants peuvent être prescrits :
  - débitmétrie (1), qui peut objectiver une dysurie (1) avec mesure du volume uriné (1), du temps de miction (1), du débit maximum (1)
  - dosage de créatininémie (1) pour rechercher une insuffisance rénale (1)
  - BU (bandelette urinaire) ou ECBU (examen cyto bactériologique des urines) (1) à la recherche d'une infection urinaire (1) ou d'une hématurie (1)
  - échographie rénovésicoprostatique (1) qui permet la mesure du volume (1) de la prostate, du résidu post mictionnel (1), la détection d'un lobe médian, l'existence d'un globe, de diverticules vésicaux (1) ou de calculs (1), le retentissement sur les cavités pyélocalicielles (1)

### ■ Question 4

#### Quelle est votre interprétation de l'examen suivant sachant que le patient a uriné plus de 300 mL ? (9)

- Il s'agit d'une courbe de débitmétrie (1) qui est interprétable compte tenu du volume uriné supérieur à 150 mL (1).
- Cet examen objective une dysurie (1) avec un jet urinaire faible (1) et un débit urinaire maximal diminué et égal à environ 11 mL/s (1), avec une miction prolongée dans le temps (1), des mictions par poussées (1), par à-coups, et des gouttes retardataires (1).
- On ne dispose pas d'échographie post mictionnelle pour évaluer le résidu post mictionnel (1).



Courbe de débitmétrerie

Axe des ordonnées = débit mictionnel, exprimé en mL/s

Axe des abscisses = temps, exprimé en secondes

(1) Débit maximal = 11 mL/s = jet urinaire faible

(2) Poussée abdominale

(3) Gouttes retardataires

### ■ Question 5

**Quel est le diagnostic le plus probable et quelle est la physiopathologie de cette affection ? (10)**

- Il s'agit d'une **hypertrophie** (ou hyperplasie) **bénigne de prostate** ou adénome de prostate (1).
- C'est une hypertrophie bénigne fibro-musculo-glandulaire (1) de la prostate développée aux dépens de la zone de transition (classique) (1) ou de la zone péri urétrale (lobe médian).
- **Ce n'est pas un état précancéreux** (1).
- Cet adénome est un obstacle à la vidange vésicale (1) dont le pronostic est lié au retentissement sur la vessie et le haut appareil urinaire (1).
- Cette obstruction est en rapport avec deux phénomènes : tout d'abord un problème mécanique du à l'augmentation du volume de la prostate (1) et un problème dynamique lié à l'augmentation du tonus du muscle lisse intraprostatique (1).
- Il en résulte une augmentation de la résistance urétrale au passage du flux urinaire (1).
- La vessie compense initialement par une hypertrophie du détrusor puis devient une vessie de lutte ou claquée.
- Il n'existe pas de parallélisme anatomoclinique (1) entre la taille de l'adénome et le degré d'obstruction.

### ■ Question 6

**Quelles en sont les principales complications ? (11)**

- Les complications possibles sont :
  - rétention aiguë d'urine (1)
  - prostatite (1)
  - orchite épидидymite (1)
  - insuffisance rénale (1)
  - lithiase vésicale (1)
  - fuites d'urine par regorgement (1)
  - vessie de lutte (1) avec diverticule (1) et résidu post mictionnel (1)
  - hématurie (1)
  - pathologies associées causées par l'hyperpression abdominale (1) telle qu'une hernie inguinale, des hémorroïdes, un prolapsus rectal

### ■ Question 7

**Quelle prise en charge thérapeutique pouvez-vous proposer à ce patient sachant que le reste des examens paracliniques est normal ? Donnez un exemple pour chaque traitement proposé, le mécanisme d'action et les effets secondaires. (27)**

- On propose un **traitement médical** (1) en première intention en raison d'une **hypertrophie bénigne de prostate symptomatique** (1) non compliquée (1).
- **Trois classes thérapeutiques** peuvent être proposées en première intention en l'absence de contre-indication :
  - **alphanbloquants** (1) comme l'alfuzosine (Xatral®), le tamsulosine (Josir®), le doxazosine (Zoxan®) (1 point si un exemple correct) :
    - ils diminuent la résistance à l'écoulement du flux urinaire (1) en diminuant le tonus de l'urètre postérieur, du col vésical et de la glande prostatique (1)

- ils permettent une amélioration de la qualité de vie et du débit mictionnel (1)
- leurs principaux effets secondaires sont l'hypotension orthostatique (1), les céphalées (1), les vertiges (1), les troubles de l'accommodation et les troubles de l'éjaculation (1) (anéjaculation et éjaculation rétrograde)
- **inhibiteurs de la 5 $\alpha$  réductase** (1) comme le finastéride (Chibroproscar<sup>®</sup>) et le dutastéride (Avodart<sup>®</sup>) (1 point si un exemple correct) :
  - ils permettent une diminution du volume prostatique (1)
  - le PSA est diminué de moitié (1) en cas d'utilisation de cette classe
  - les effets secondaires possibles sont des troubles de l'érection (1) et de la libido (1).
- **phytothérapie** (1) comme *Pygeum africanum* (Tadenan<sup>®</sup>) et *Serenoa repens* (Permixon<sup>®</sup>) (1 point si un exemple correct) :
  - ces médicaments agissent sur la congestion prostatique (1)
  - ils ont peu d'effets secondaires (1) mais leur effet est inconstant (1)
- Il faut revoir le patient dans le cadre de la surveillance (1) avec interrogatoire sur les signes fonctionnels urinaires (1), le toucher rectal annuel (1) et le dosage du PSA (1) dans le cadre du dépistage de cancer de prostate, une débitmétrie (1) et une évaluation de la qualité de vie (1).
- En cas d'échec, il est possible d'associer un alpha bloquant avec un inhibiteur de la 5 $\alpha$  réductase (1).

### ■ Question 8

**Vous décidez de lui proposer une intervention chirurgicale. Quelle est-elle ? Justifiez. (5)**

- On lui propose une résection transurétrale de prostate (2) en raison du volume prostatique inférieur à 60 grammes (2) et de l'échec des traitements médicamenteux (1).

### ■ Item de l'ECN

- 341 - Troubles de la miction.

## Commentaires et rappels

### Question 1

- On recherche en particulier les médicaments qui peuvent interagir avec le système vésico-sphinctérien et aggraver les troubles mictionnels : anticholinergiques, neuroleptiques, morphiniques.

### Question 2

- La **sténose urétrale** doit être recherchée de manière systématique car elle peut entraîner les mêmes symptômes mictionnels, notamment une dysurie. C'est l'un des diagnostics différentiels.
- La recherche d'une **hématurie** est essentielle. Si elle existe, il faut rechercher toutes les autres causes d'hématurie avant de l'attribuer à l'adénome de prostate : tout cancer de prostate, toute infection, tout cancer de vessie, tout corps étranger ... peut entraîner les mêmes signes mictionnels avec une hématurie.

### Question 3

- Il n'y a aucune indication à demander des biopsies de prostate car cela ne fait pas partie du bilan d'adénome et le PSA est < 4 ng/mL.

### Rappel sur la sémiologie urologique des troubles mictionnels

- La miction normale est volontaire, indolore et se fait sans difficulté selon une fréquence compatible avec une autonomie suffisante entre deux mictions et permet une évacuation vésicale complète. Tous ces critères définissent le confort mictionnel.
- La dysurie traduit une difficulté à évacuer la vessie. Il peut exister une diminution de la force du jet. La miction peut se faire en plusieurs temps. Des gouttes retardataires peuvent survenir et il peut exister une sensation de vidange incomplète de la vessie.
- La pollakiurie est une augmentation de la fréquence des mictions. La pollakiurie diurne se définit par une diminution du temps entre deux mictions (normale > 3h) et gêne le patient dans ses activités. La pollakiurie nocturne se compte en nombre de réveils induits par l'envie d'uriner. Il ne faut pas la confondre avec la polyurie qui est une augmentation de la quantité de la diurèse.
- L'impériosité mictionnelle est l'impossibilité de différer son envie d'uriner (urgenturie).

- Dans le diagnostic, précisez s'il s'agit d'un adénome de prostate « symptomatique » ou « non symptomatique » car c'est capital pour le traitement. Ne pas oublier d'évaluer le degré de gêne du patient pour poser l'indication thérapeutique (ZERO).
- Pour le traitement de l'adénome de prostate :
  - en cas de gêne symptomatique légère ou considérée comme acceptable par le patient, une abstention thérapeutique avec surveillance est proposée
  - en l'absence de complications mais en présence d'une gêne ressentie par le patient, le traitement est médical
  - en cas de complications, le traitement recommandé :
    - est chirurgical (résection transurétrale de prostate, incision cervicoprostatique, adénomectomie voie haute) en cas de rétention aiguë d'urine récidivante, calculs vésicaux, diverticules vésicaux symptomatiques ou d'insuffisance rénale liée à l'adénome
    - est chirurgical ou médical en cas d'hématurie, infection urinaire, diverticules non symptomatiques
- Pour le choix d'un traitement médical ou chirurgical, les souhaits du patient sont un facteur décisionnel majeur.

### Traitement chirurgical de l'adénome de prostate

Il existe deux principaux types de traitements chirurgicaux de l'adénome de prostate :

- La **résection transurétrale** de prostate s'effectue sous anesthésie générale et consiste à gratter l'adénome de prostate par les voies naturelles (en passant par l'urètre). On introduit dans la verge jusque dans la prostate un cystoscope muni d'un résecteur. La résection se fait à l'aide d'un courant bipolaire et d'un liquide d'irrigation appelé glycocolle. L'anse de résection a une fonction de section (qui permet de gratter les copeaux de prostate) et une fonction de coagulation. Les copeaux de résection sont envoyés systématiquement en anatomopathologie. Cette technique chirurgicale est réservée aux adénomes de prostate de taille limitée en général inférieure à 60 g. Au-delà de 60 g, le temps de résection est plus long. Si ce temps dépasse une heure, il expose au risque de TURP syndrome (= syndrome de résorption transurétrale avec hyponatrémie, choc, collapsus).
- L'**adénomectomie** voie haute consiste sous anesthésie générale, par une laparotomie médiane sous ombilicale, d'énucléer l'adénome par voie transvésicale. Elle est recommandée pour les adénomes de grande taille.
- Dans les deux cas, la prostate n'est pas retirée en intégralité. C'est juste l'adénome de prostate qui est enlevé. L'adénome de prostate n'est pas un facteur de risque de cancer de prostate et enlever l'adénome ne signifie pas empêcher la survenue d'un cancer. En effet les chirurgies de l'adénome n'enlèvent que l'adénome en laissant en place la coque prostatique c'est-à-dire la prostate périphérique qui est le siège de l'adénocarcinome prostatique.

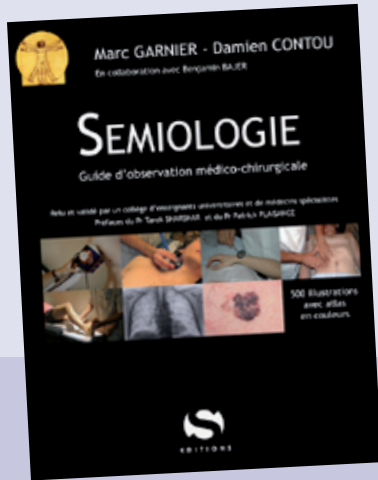
### Débitmétrie

- La débitmétrie est un examen urodynamique qui se réalise chez un patient vessie pleine. Elle permet d'évaluer l'efficacité globale de la miction et objective une obstruction. C'est une courbe de débit (Q) en fonction du temps (t en secondes).
- Le patient vide sa vessie dans un appareil spécial équipé d'un débitmètre. Il en ressort une courbe dite de débitmétrie où plusieurs paramètres apparaissent :
  - le volume uriné : la courbe de débitmétrie ne peut être interprétée que si le volume uriné est supérieur à 150 mL
  - le débit maximum (Q<sub>max</sub>) est le paramètre le plus représentatif du degré d'obstruction. Il est le témoin de l'efficacité globale de la miction
  - l'aspect général de la courbe : cloche, plate, irrégulière
  - le débit moyen
  - la durée de la miction
- Une débitmétrie normale a une courbe en cloche, avec un débit maximum supérieur à 20 mL/s.
- A la fin de l'examen, on évalue l'efficacité de la vidange vésicale par la mesure du résidu post mictionnel soit par une échographie sus pubienne, soit par un sondage. Le résidu est négligeable s'il est inférieur à 10% du volume mictionnel.

# « Comprendre par les dossiers D2/D3 » La collection incontournable pour valider vos partiels !

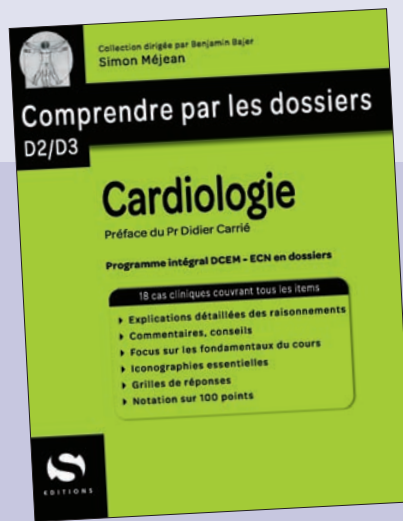
Titres disponibles dans la collection : Cardiologie • Dermatologie • Endocrinologie • Gériatrie • Gynécologie et obstétrique • Hématologie • Hépto-gastro-entérologie • Pédiatrie • Pneumologie • Psychiatrie • Urologie.  
À paraître : Neuro-neurochirurgie • Rhumatologie

## S-éditions : de la validation des partiels à la réussite des ECN

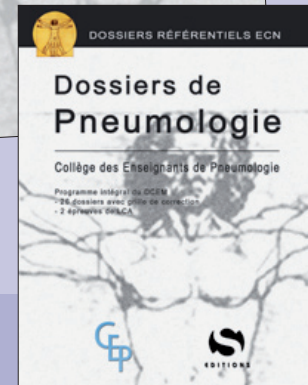
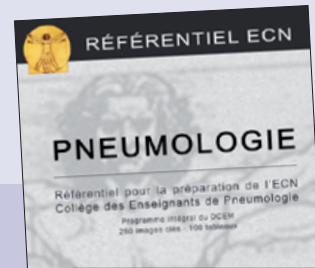


◀ Sémiologie : à partir de P2.  
Relu et validé par un collège d'enseignants universitaires et de médecins spécialistes.  
+ de 500 illustrations.

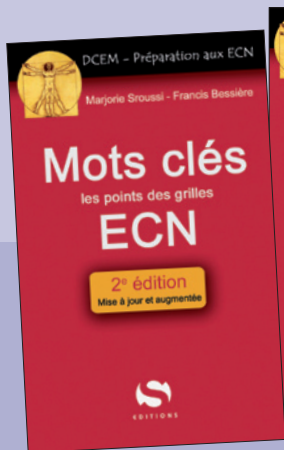
Pneumologie : à partir de D2.  
Le référentiel national de préparation de l'ECN.  
Rédigé par le collège national de pneumologie. ▼



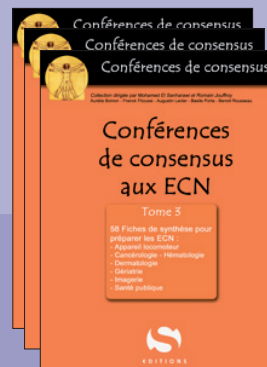
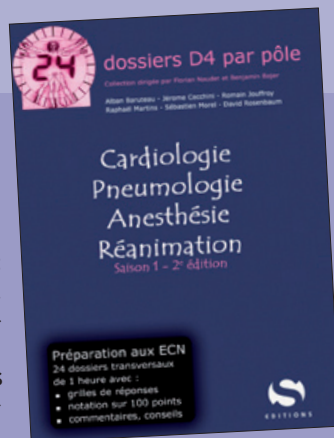
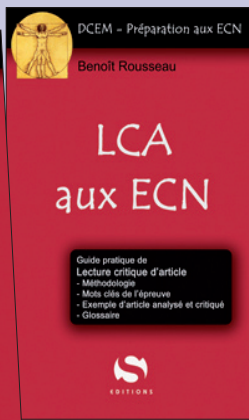
▲ Coll. Comprendre par les dossiers D2/D3 : à partir de D2.  
Tous les items du programme DCEM traités en dossier pour consolider vos acquis et valider vos partiels.



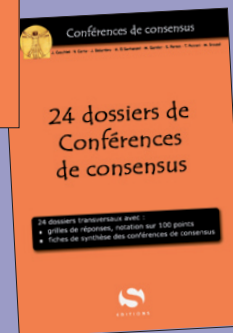
▲ Dossiers de Pneumologie : à partir de D2.  
Dossiers référentiels ECN.  
Rédigé par le collège national de pneumologie.



▲ Coll. ECN préparation : à partir de D3.  
Gagnez du temps et des points.  
Tous les trucs et astuces des conférenciers.



Coll. ECN consensus : à partir de D3.  
Fiches de synthèse et dossiers de conférence de consensus indispensables pour se préparer aux ECN. ▶



D1

D2

D3

D4



EDITIONS

www.s-editions.com

Ce dossier est offert par :

unithèque  
livres & outils du savoir.com