

SOINS INFIRMIERS EN UROLOGIE

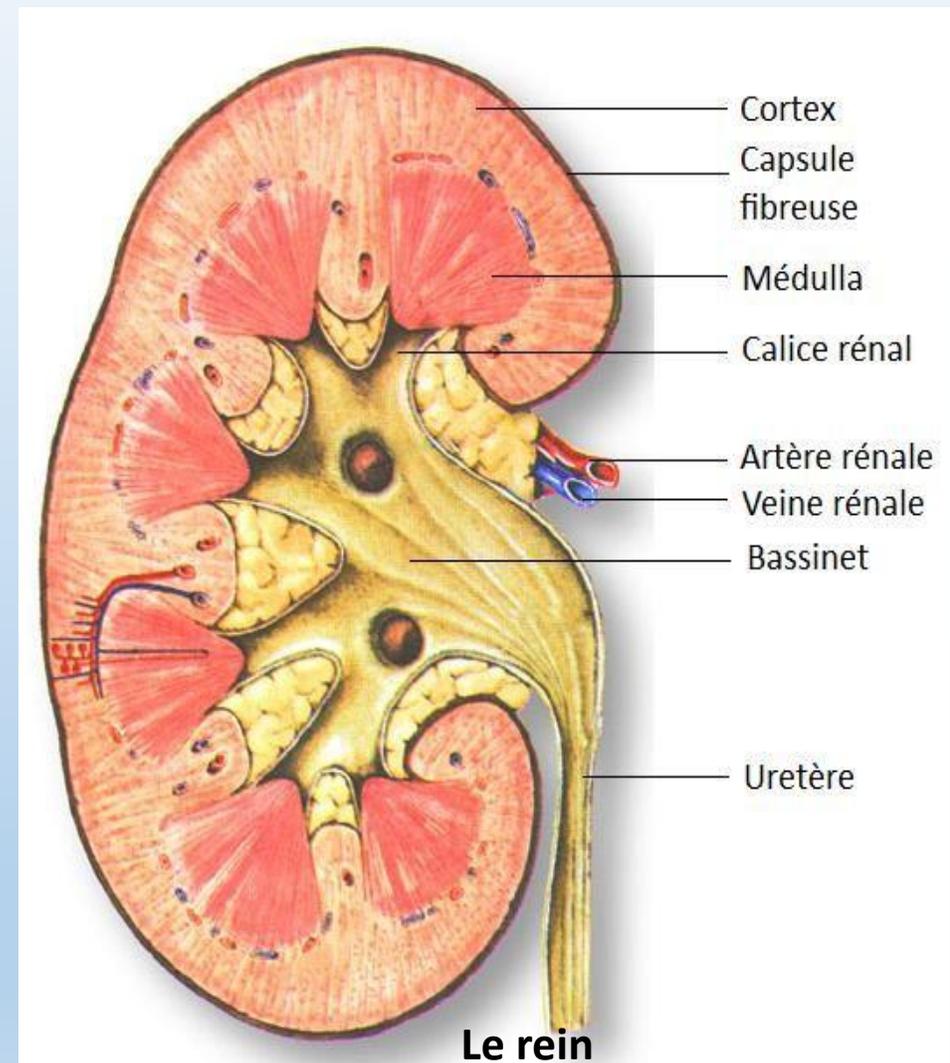
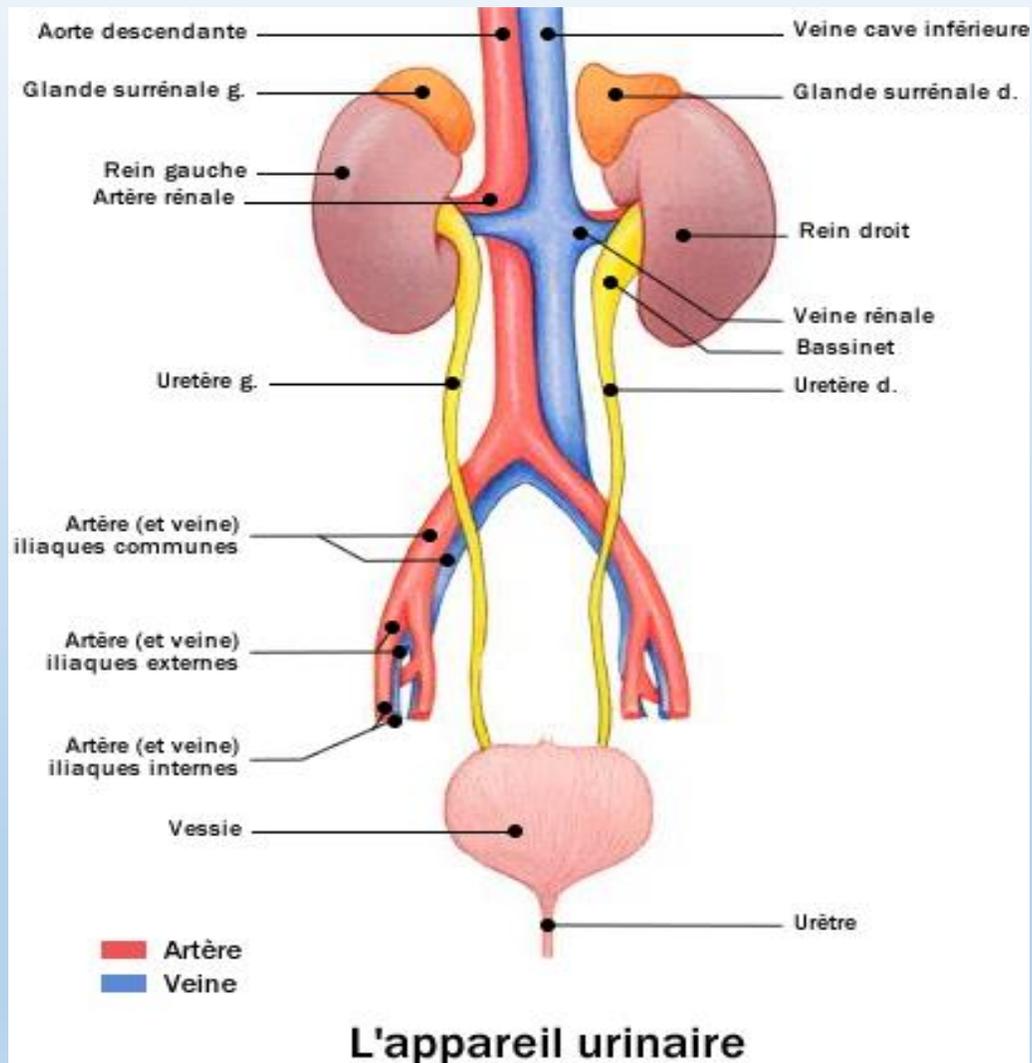
- Lithiases urinaires et coliques néphrétiques
- cancers prostatiques

UE 2.8 S3

L.AZEVEDO

LITHIASES URINAIRES ET COLIQUES NEPHRETIQUES

RAPPELS ANATOMIQUES



Définitions

- Maladie Lithiasique : tendance à faire des calculs (formation de dépôts dans une partie de l'organisme)
- Calcul : concrétion solide formée par l'agglomération de substances organiques et minérales dans les voies urinaires (un ou plusieurs calculs). Favorisé par un faible apport liquidien, l'alimentation, un syndrome métabolique et le diabète, un pH urinaire acide et maladie génétique, infections urinaires et anomalies anatomiques. Il s'agit immunologiquement d'un corps étranger, il est donc colonisé par des bactéries urinaires et peut induire des **infections**.
- Colique néphrétique : crise douloureuse due à l'obstruction des voies urinaires supérieures (uretères et rein).

La colique néphrétique

- Calcul = 80 % des coliques néphrétiques
- Cause = hyperpression aiguë des cavités rénales
- Un calcul non enclavé est asymptomatique.
- La douleur est le **résultat de la mise en tension brutale du rein** par accumulation des urines en amont d'un calcul enclavé.
- La taille du calcul ne fait pas varier l'intensité de la douleur.
- La douleur est due à la création d'un spasme de l'uretère.

- 20% Restants :
 - Tumeur urétérale
 - Caillot urétéral au décours d'une hématurie
 - Compressions :
 - Tumeur pelvienne (prostatique, vésicale ou gynécologique)
 - Adénomégalie
 - Femme enceinte
- Sténose urétérale
 - Syndrome de jonction pyélo-urétérale
 - Iatrogène (induite) après chirurgie ou radiothérapie abdomino-pelvienne

La crise de colique néphrétique

Douleur

- De début brutale
- Lombaire, unilatérale
- Irradiation en bas et en avant vers les organes génitaux externes
- Absence de position antalgique

Signes d'accompagnement

- Signes digestifs : nausées, vomissements, constipation
- Signes urinaires : pollakiurie, brûlures mictionnelles, hématurie claire

Différents types de traitements

- **Toute CCN ne conduit pas à une hospitalisation**
- **Taille du calcul**
- **Douleur**

La crise de colique néphrétique

- Dans un premier temps le patient peut être médicalement soigné à domicile après le passage aux urgences ou chez le médecin traitant.
- Temps médical :
 - Soulagement en urgence de la crise de colique néphrétique (à domicile ou 24h/48h d'hospitalisation).
 - Le traitement de la maladie lithiasique : éviter la formation de nouveaux calculs en normalisant les facteurs à l'origine de ces calculs.

Examens biologiques

- Bandelette urinaire
 - Hématurie microscopique (érosion muqueuse par le calcul et inflammation)
 - Nitrites et leucocytes (pour éliminer une infection urinaire associée)
 - pH urinaire acide orientant vers un probable calcul d'acide urique
- ECBU si infection à la BU
- Créatininémie : insuffisance rénale ?

Autres examens : Écho, Scanner

CAT

Traitement médical ambulatoire, pour 80% des CN simples

Au bout d'une semaine :

- Calcul éliminé dans 80 % des cas si < 7 mm
- Calcul toujours enclavé : prise en charge en semi-urgence avec hospitalisation

Hospitalisation, pour les situations intermédiaires

- Terrain fragile (femme enceinte, rein unique...)
- Calcul > 7 mm, bilatéraux, empièchement urétéral

En ambulatoire

- Repos, arrêt de travail
- Augmenter les boissons à plus de 2 litres d'eau par jour sauf si toujours douloureux
- AINS PO en prise systématique afin de dilater l'uretère
- Antalgiques PO
- Tamisage des urines par compresse ou autre pour vérifier l'évacuation du calcul.

ATTENTION AUX SITUATIONS D'URGENCE

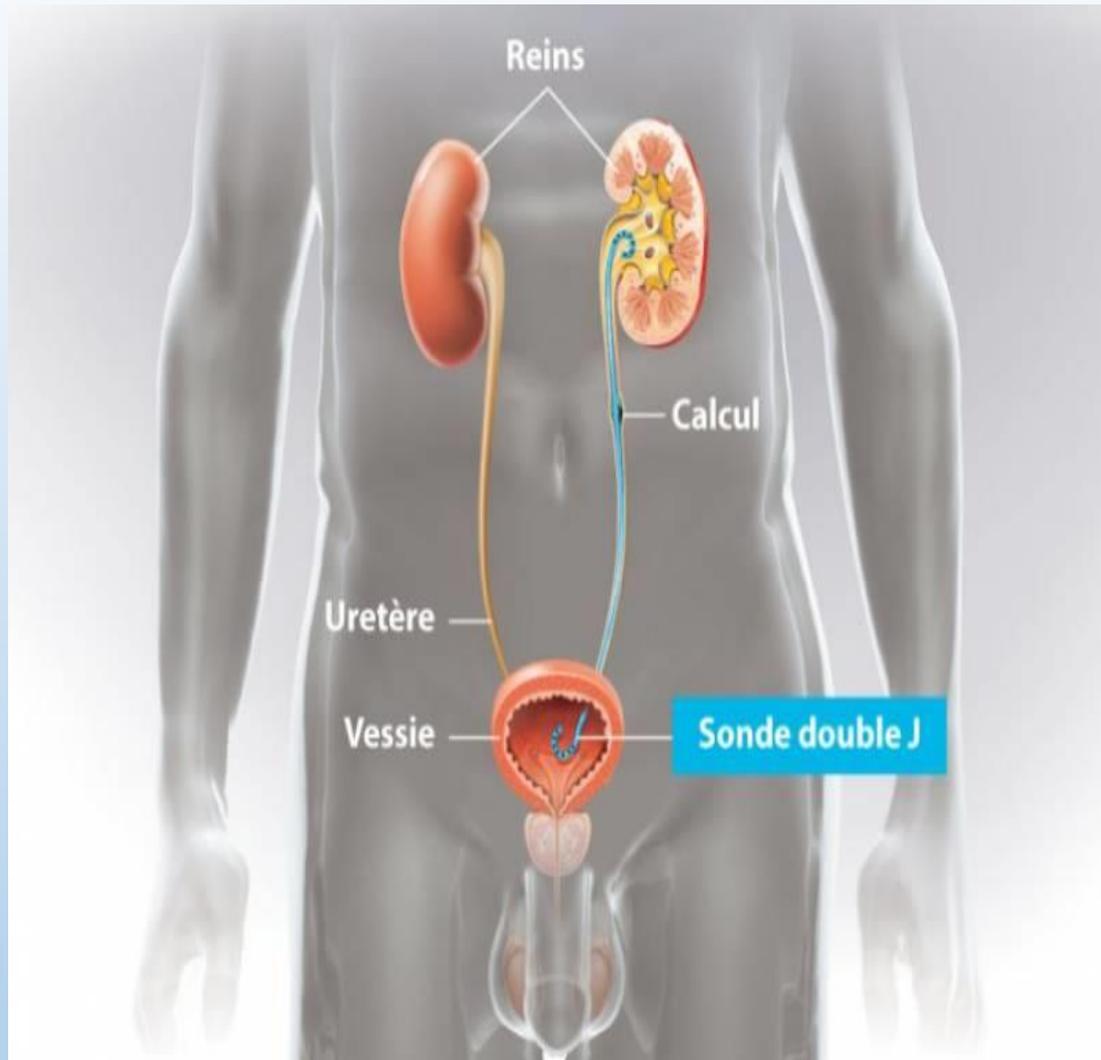
CNN compliquée

Urgence vitale

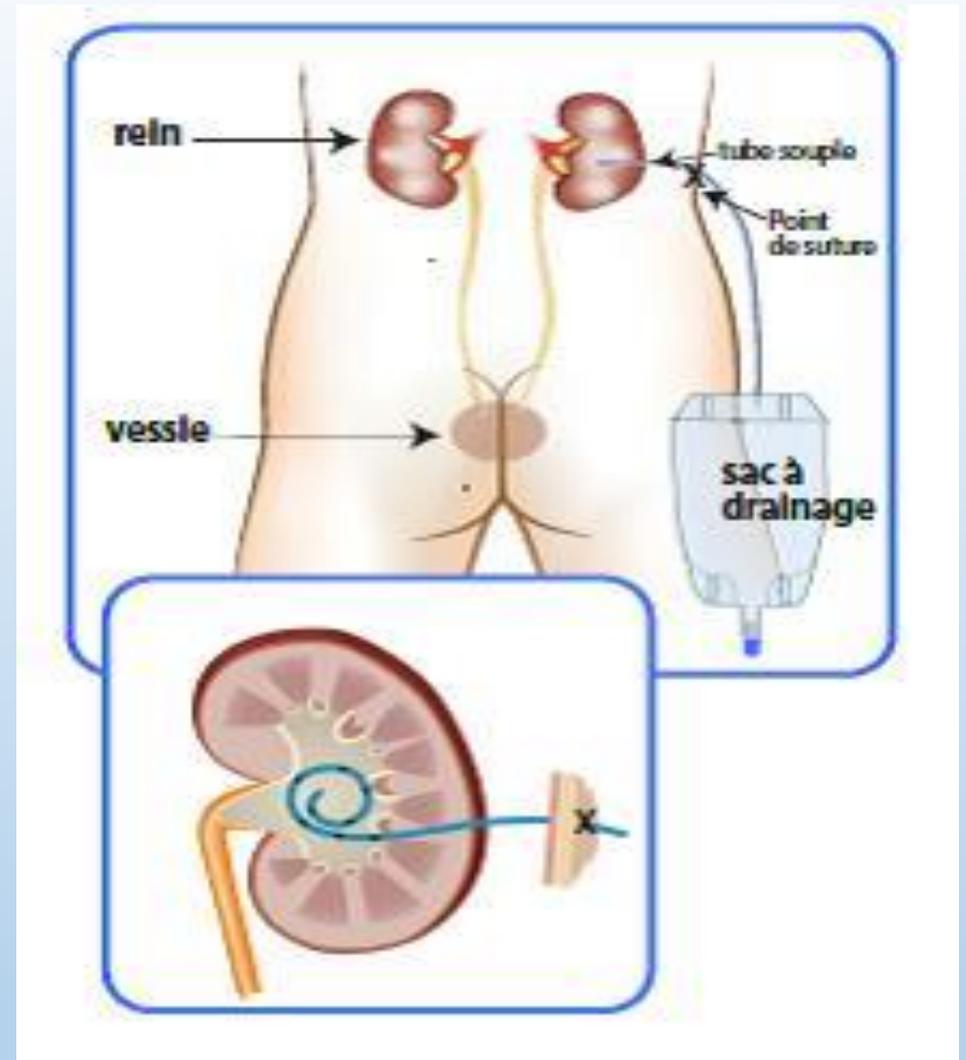
- Pyélonéphrite aiguë obstructive sur calcul
 - Sepsis ± grave (fièvre, frissons, sueurs, tachycardie, hypotension, marbrures), avec ou sans douleurs.

TTT Chirurgical

- **La pyélonéphrite obstructive**
- Hospitalisation
- Bi-antibiothérapie IV
- +/-
- Drainage des urines en urgence au bloc
 - Sonde double J
 - Sonde de néphrostomie
- Différentes chirurgies pour l'ablation du calcul à distance de la crise de colique nephretique :
 - Selon la taille du calcul
 - les antécédents du patient
 - les contres indications



SONDE JJ



SONDE NEPHROSTOMIE

TTT Chirurgical

Lithotritie extracorporelle (LEC)

Ondes acoustiques focalisées fragmentant le calcul à distance

- Ambulatoire
- Non invasif
- Résidus éliminés par les urines
- Sonde JJ préalable
- CI : femme enceinte

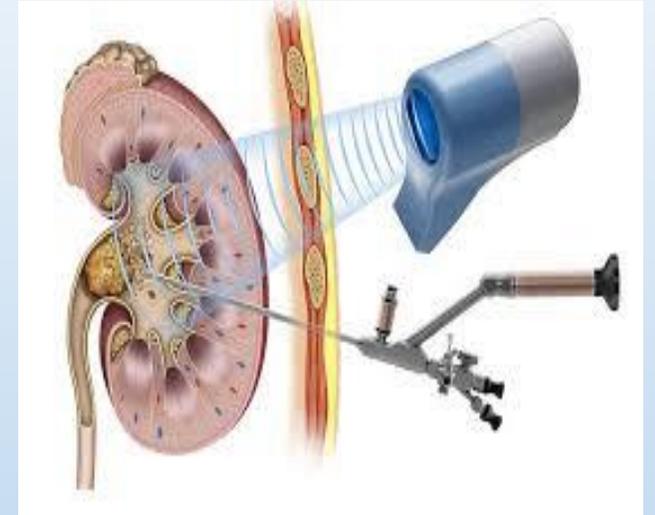
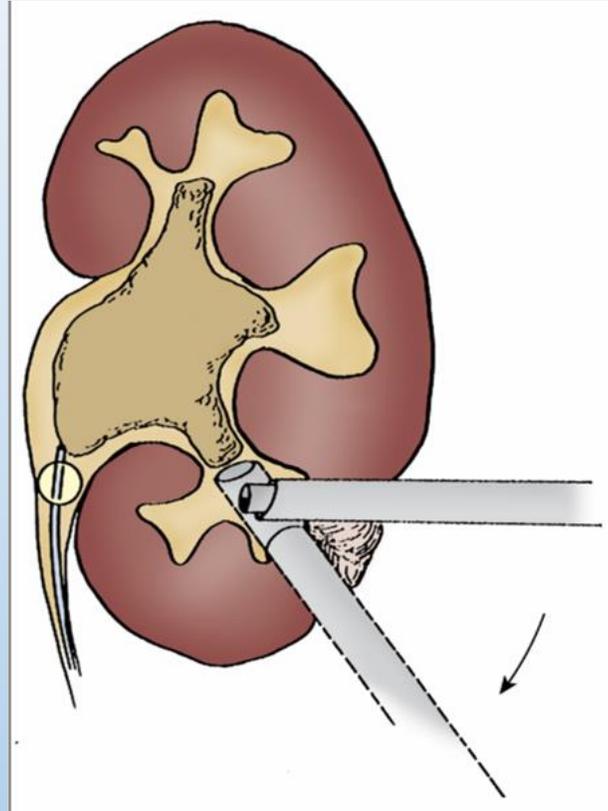
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Urétroscopie (URSS/URSR)

- Endoscopie urétérale rétrograde
- Calcul fragmenté par laser
- Préparer l'uretère par une sonde JJ préalable si possible
- Calculs < 20 mm et les échecs de LEC
 - Rigide dans l'uretère distal
 - Souple dans l'uretère proximal, le pyélon et les calices

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Néphrolithotomie percutanée (NLPC)
 - Ponction du rein radio ou échoguidée
 - Introduction d'un endoscope rigide ou souple
 - Fragmentation par percussion, ultrasons ou laser
 - Calculs pyélo-caliciels > 20 mm

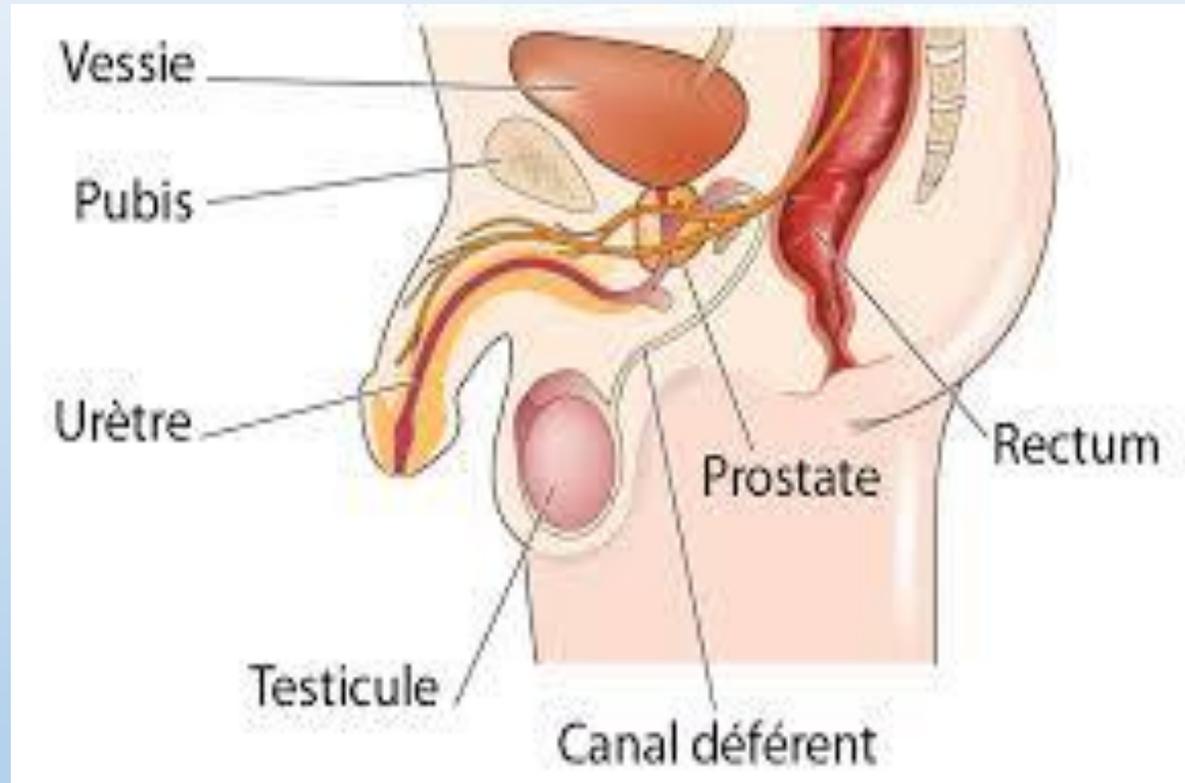


Pour toutes les CCN

- Éducation du patient sur sa maladie
- Enquête alimentaire et conseils diététiques
- Bilan métabolique sanguin et urinaire surtout si récidive

CHIRURGIE PROSTATIQUE

RAPPEL ANATOMIQUE



L'APPAREIL GENITAL MASCULIN

Définition

Adénome de prostate

Il s'agit d'une hypertrophie bénigne de la prostate, c'est à dire une augmentation en taille et en nombre des **éléments normaux** de la prostate. Non cancéreux.

Il touche tous les hommes de plus de 50 ans.

La cause est inconnue.

La seule condition nécessaire est la présence de testostérone donc elle est probablement d'origine hormonale.

Rappel physiologique

Adénome de la prostate

La prostate augmente en volume d'abord vers le haut au niveau médian (vessie).

Le trigone de la vessie est le lieu de convergence des récepteurs nerveux. La prostate irrite le trigone.

Signes de pollakiurie, de dysurie, d'une faiblesse du jet d'urines.

Présence d'un résidu post-mictionnel.

La prostate fait obstacle à l'écoulement des urines.

Première cause de rétention urinaire entraînant des IU.

La rétention chronique entraîne une IRA puis IRC car les reins ne se vidangeant plus souffrent.

TTT CHIRURGICAL

2 alternatives chirurgicales existent

Le choix est fonction du poids de l'adénome :

- **La résection endo-urétrale de prostate (REUP)**, envisagée si le poids de l'adénome ne dépasse pas 50g. L'intervention se fait par voie endoscopique donc par les voies naturelles. La prostate est réséquée à hauteur de 1g/min.
- **L'adénomectomie par voie haute** envisagée pour des adénomes dont le poids est supérieur à 50g.(Millin)

Au delà de 50 minutes de résection, le liquide de lavage risque d'être réabsorbé provoquant des troubles hydro-électrolytiques (turp syndrome).

La REUP

- Intervention 1 heure a 1heure 30.
- Passage par les voies naturelles.
- La prostate est « grattée » afin de faciliter le passage des urines.
- La résection se fait tout en lavant la vessie pour y voir plus clair.
Possibilité d'effectuer une chimiothérapie pendant l'intervention avec une cure appelée IPOP ou cure d'Améthycine. (chimiothérapie de contact).

Les différents risques

- Risque hémorragique ou de caillotage intra-vésical
- Risque de réabsorption du glycoColle: le TURP syndrome
- Risque de rétention urinaire
- Risque de chute d'escarre (saignement)
- Haut risque infectieux

Soins infirmiers et REUP

Risque hémorragique ou de caillotage intra-vésical

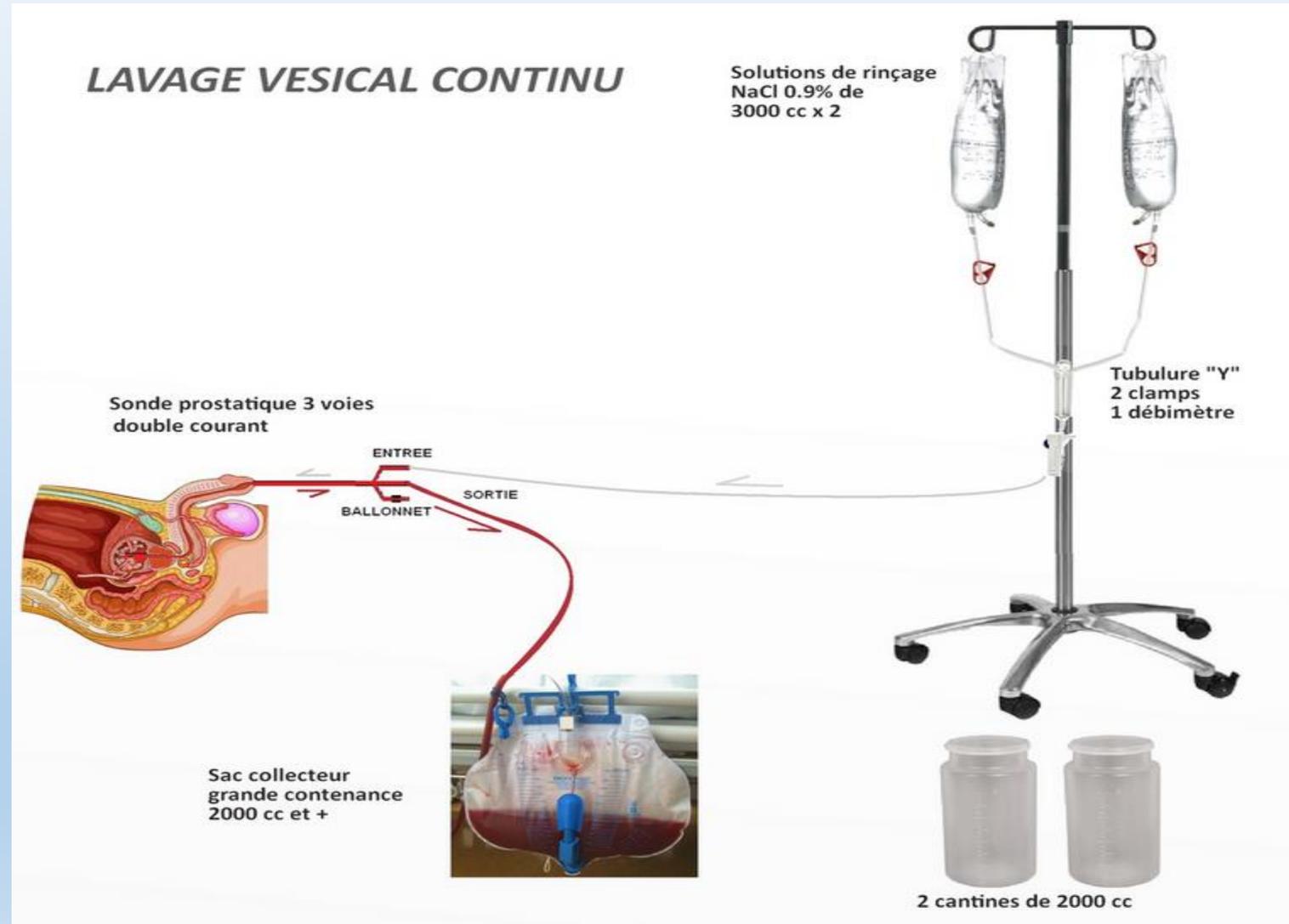
En postopératoire:

Risque hémorragique ou de caillotage intra-vésical

Lié à:

- la chirurgie potentiellement sanglante
- HBPM ou Antico (ttt majorant le risque de saignements)

Le patient remonte du bloc avec une SAD 3 voies et des Lavages Continus.



LAVAGE EN CONTINU SUR SAD 3 VOIES



Soins infirmiers et REUP

Risque hémorragique ou de caillotage intra-vésical

- bilan entrées/sorties = diurèse différentielle (DD). Doit être positive.
- Décaillotage si nécessaire : si DD négative ou fuites autour de la SAD (=lavage de vessie à la seringue de Guyon par la voie excrétrice, car les caillots entretiennent l'hémorragie -> rupture du système clos).
- Changement de SAD 3 voies si nécessaire (ex: SAD bouchée par un caillot).
- Si les urines restent claires pendant 24h, l'ablation de la SAD est envisagée.
- Stimulation boisson (minimum 2 à 3l/j)
- Pouls, TA
- Surveillance couleur des urines

Soins infirmiers et REUP

Risque de réabsorption du glyocolle: le TURP syndrome

Lié au : passage du liquide d'irrigation vésical dans la circulation systémique entraînant une **hyper hydratation intracellulaire**.

Les troubles neurologiques et cardio-vasculaires sont dus à une **hyponatrémie aiguë de dilution** et à la **toxicité propre du glyocolle**.

Cette réabsorption à lieu en cas de résection longue ou d'hémorragie importante.

(Effets toxiques du glyocolle : malaise, nausées, vomissements, cécité transitoire, anomalies neurologiques, mydriase)

Signes :

- manifestations hémodynamiques (hyper volémie avec HTA, bradycardie sinusale, puis une hypo TA et le choc cardiogénique avant arrêt cardiaque).
- des manifestations respiratoires de surcharge(OAP)
- des manifestations neurologiques : fourmillements, agitation, irritabilité, somnolence, coma, ...

Soins infirmiers et REUP

Risque de réabsorption du glycoColle: le TURP syndrome

Actions :

- pouls, tension
- surveillance de l'apparition des différentes manifestations.
- sur PM : oxygénothérapie, diurétiques, perfusion de sérum salé hypertonique ou restriction hydrique selon l'hyponatrémie.

Soins infirmiers et REUP

Risque de rétention urinaire, secondaire à l'ablation de la SAD

Lié à:

- la présence de copeaux de prostate,
- la présence de caillots de sang,
- un œdème de la loge prostatique.

Actions:

- stimuler à la boisson après désondage (1 verre toutes les 20 minutes),
- stimuler à la marche,
- RPM
- Surveillance couleur des urines
- Repose SAD si nécessaire

Soins infirmiers et REUP

Risque d'infection urinaire

Lié à:

- La sonde à demeure,
- la chirurgie,
- la mise en place de lavages continus
- la rupture du système clos lors des décaillotages.

Actions:

- Surveillance T°
- BU/ECBU
- Soins quotidiens de la sonde à demeure avec du savon doux
- Réaliser les gestes de décaillotage en respectant rigoureusement les règles d'asepsie (notion d'infection nosocomiale).
- RPM après ablation de la sonde (IU par stase),

Soins infirmiers et REUP

Risque de chute d'escarre (saignement) , du 5^{ème} au 21^{ème} jour

Liée à :

- la chute d'une croûte lors du processus normal de cicatrisation.

LE CANCER DE PROSTATE

Cancer de prostate: rappels

Les circonstances de découverte:

- souvent fortuite car longtemps asymptomatique
- systématique par le dosage des PSA
- secondaire à l'examen anatomopathologique des copeaux obtenu lors d'une résection de prostate
- troubles urinaires tels que dysurie, pollakiurie, mictions impérieuses, infections urinaires, hématuries, ... qui sont souvent le signe d'une maladie dépassée

Signes :

- douleurs souvent osseuses (métastases bassin, colonne)
- signes de compression : ascite, œdèmes des membres inférieurs, ...
- altération de l'état général.

Chez des patients de moins de 70 ans mais dont l'espérance de vie est supérieure à 10 ans, le traitement est chirurgical : prostatectomie radicale avec exérèse des vésicules séminales, du col vésical et curage ganglionnaire.

C'est un cancer à évolution lente.

Soins infirmiers et adénomectomie

- Intervention sous laparotomie ou coelioscopie.
- Plus longue que la REUP.
- Ablation de l'intérieur de la prostate, on garde la « coque ».

Les conseils à donner après cette intervention qui diffèrent par rapport à la REUP si laparo :

- Le port de la ceinture abdominale pendant 1 mois pour éviter l'éviscération ou l'éventration.
- L'interdiction de port de charges lourdes.

Risques : hémorragique ou de caillotage intra-vésical, Risque de chute d'escarre (saignement), Haut risque infectieux, Risque thromboembolique, Risque de douleur, Risque de complications urologiques, Fistule urinaire, Incontinence (transitoire), Risque de perturbation de l'élimination intestinale

La prostatectomie radicale



La prostatectomie radicale



La prostatectomie radicale

- Hospitalisation 24/48 heures
- Chirurgie robotique ou laparo
- Suites post opératoires simples
- SAD en place 15 jours pour cicatrisation
- **ATTENTION : ne surtout pas exercer de décaillotage sur SAD en cas de saignement suite à ce type de chirurgie !**

La prostatectomie radicale

Risques :

- Infectieux : lié à la chirurgie, présence d'une SAD

(-> température, surveillance cicatrices + sad, VVP et retrait le plus tôt possible)

- Thromboembolique : lié à une chirurgie du petit bassin, l'immobilité physique, la chirurgie sur cancer (-> lever précoce à J0/J1 et stimulation à la marche, HBPM à titre préventif dès le soir du retour de bloc et ce pendant 3 semaines, surveillance et éducation de l'apparition d'une phlébite).
- Douleur (-> paracétamol, anti-inflammatoires, antispasmodiques en cas de spasmes de vessie provoqués par le ballonnet de la SAD : spasfon gel de xylocaïne en cas de douleurs de la verge).
- Incontinence : liée à l'ablation de la prostate

Perturbation sexualité : liée à prostatectomie + ablation des vésicules séminales (-> -écoute active, explication des alternatives : injections intra caverneuses, Viagra, PP...)

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**