



Les principales urgences urologiques

Approche pratique et embûches

B. Hermans, V. Risse, C. Liétaer, S. Latteur

Epidémiologie des urgences urologiques

- De 2014 à 2019 (France):

- ✓ *Boissier et al, Prog Urol, 31/15, Nov 2021, 945-955*

- ✓ 4,2 % de la totalité des passages aux urgences.

- ✓ 25 % ont abouti à une hospitalisation.

- ✓ Les urgences infectieuses ont représenté 35 % des passages.

- ✓ La colique néphrétique, la rétention urinaire aiguë et l'hématurie font partie des dix situations les plus fréquentes des services d'accueil des urgences.

Urgences urologiques: programme

1. 4 GRANDS CAS

1. Crise Colique Néphrétique (CCN)
2. Rétention urinaire aigue
3. Testicule aigu
4. Hématurie macroscopique

2. 4 Petits cas

1. Fracture de verge
2. Surprise
3. Phimosis et paraphimosis
4. Priapisme

Urgences urologiques: programme

1. 4 GRANDS CAS

1. CCN (Mode UNLOCK/ Enquête à cartes)
2. Testicule aigu (Puzzle)
3. Rétention urinaire aiguë (Qui est-ce ?)
4. Hématurie macroscopique

Crise de colique néphrétique : théorie

Diagnostic clinique^[1-7]:

Physiopathologie	Syndrome douloureux aigu lombo-abdominal lié à la mise en tension brutale de la voie excrétrice supérieure en amont d'une obstruction, quelle qu'en soit la cause.
Examen clinique	- Douleur lombaire unilatérale, brutale et intense avec une irradiation antérieure et oblique vers la fosse iliaque et vers les organes génitaux externes. - Signes urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles, urgenturie, hématurie) - Signes digestifs (nausées, vomissements) - Signes généraux (agitation, anxiété).
BU	Hématurie macroscopique dans 70 à 100% des cas, leucocyturie sans nitrites
Étiologies	- Calcul - Syndrome de la jonction pyélo-urétérale - Compression/envahissement urétéral intrinsèque ou extrinsèque - Ligature chirurgicale d'un uretère

Diagnostics différentiels :

Affections urologies	Pyélonéphrite aiguë Infarctus rénal Nécrose papillaire Douleur scrotale aiguë
Affections non urologiques	Fissuration d'un anévrisme de l'aorte, dissection aortique Grossesse extra-utérine, torsion de kyste ovarien, torsion du cordon spermatique Affections iléocoliques et appendiculaires, infarctus mésentérique, pancréatite aiguë, colique hépatique Pneumopathie basale

CCN « simple » ou compliquée ?

Recherche de signes de CN compliquée :

Liée au terrain	Signes de gravité
- Grossesse - IRC - Rein transplanté - Rein unique - Uropathie connue - Patient VIH traité par antiprotéase	- Fièvre - IRA/oligoanurie - Douleur résistant au traitement médical bien conduit

Tableau 3 : Coliques néphrétiques compliquées

Bilan paraclinique

Biologie	NFS, plaquettes, CRP, ionogramme, créatinine, ECBU si sepsis
Imagerie	- CN simple : Échographie + ASP ou TDM AP sans injection dans les 48h - CN compliquée : TDM AP sans injection - Femme enceinte : Échographie - Si doute diagnostique : TDM avec injection et temps tardif

Avis urologique ?

Nécessité d'avis urologique

CN compliquée	Terrain particulier	Facteurs de gravité liés au calcul
-CN fébrile -IRA/oligoanurie -CN hyperalgique -Rupture de la voie excrétrice	-Grossesse -IRC, uropathie connue -Rein transplanté -Rein unique fonctionnel ou anatomique -Patient sous anticoagulants	- Calcul >6mm - Calculs bilatéraux - Empiement de la voie excrétrice après LEC

Prise en charge

Antalgiques		
<i>Première intention</i>	AINS : Ketoprofène 100 mg IV lente sur 30 min, maximum 3 fois/24h	En absence de CI : (insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique sévère, grossesse, ulcère gastrique, hypersensibilité au produit, infection).
	Paracétamol IV : 1g toutes les 6h	
	Tramadol voie IV	
<i>Deuxième intention</i>	Morphine voie IV en titration	
Traitements adjuvants	Antispasmodiques	Pas d'intérêt
	Corticoïdes	Utiles uniquement post urétéroscopie et chez la femme enceinte
	Alpha-bloquants	thérapie médicale expulsive des calculs de l'uretère pelvien <10 mm, hors AMM
	Tamassage des urines	

Prise en charge

Antalgiques		
<i>Première intention</i>	AINS : Ketoprofène 100 mg IV lente sur 30 min, maximum 3 fois/24h	En absence de CI : (insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique sévère, grossesse, ulcère gastrique, hypersensibilité au produit, infection).
	Paracétamol IV : 1g toutes les 6h	
	Tramadol voie IV	
<i>Deuxième intention</i>	Morphine voie IV en titration	
Traitements adjuvants	Antispasmodiques	Pas d'intérêt
	Corticoïdes	Utiles uniquement post urétéroscopie et chez la femme enceinte
	Alpha-bloquants	thérapie médicale expulsive des calculs de l'uretère pelvien <10 mm, hors AMM
	Tamassage des urines	

Prise en charge

Antalgiques		
<i>Première intention</i>	AINS : Ketoprofène 100 mg IV lente sur 30 min, maximum 3 fois/24h	En absence de CI : (insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique sévère, grossesse, ulcère gastrique, hypersensibilité au produit, infection).
	Paracétamol IV : 1g toutes les 6h	
	Tramadol voie IV	
<i>Deuxième intention</i>	Morphine voie IV en titration	
Traitements adjuvants	Antispasmodiques	Pas d'intérêt
	Corticoïdes	Utiles uniquement post urétéroscopie et chez la femme enceinte
	Alpha-bloquants	thérapie médicale expulsive des calculs de l'uretère pelvien <10 mm, hors AMM
	Tamassage des urines	

Formes graves/compliquées = Hospitalisation en urgence

Indications de drainage des urines en urgence	Définition	Sonde JJ ou sonde urétérale (urines très purulentes) + sonde vésicale en première intention, sonde de néphrostomie en 2 ^{ème} intention.
PNA obstructive	CN + fièvre ou syndrome inflammatoire biologique	- C3G IV ou IM si communautaire ou Carbapénème si risque de BLSE - Aminoglycoside - ECBU pyélique - Traitement du calcul à distance
IRA obstructive	CN + IRA rein unique ou obstruction bilatérale	Vérifier absence d'hyperkaliémie menaçante
CN hyperalgique	Douleur persistante malgré AINS + antalgiques de palier 1 et 3	

Colique néphrétique chez la femme enceinte

Traitement de 1 ^{ère} intention	Paracétamol Morphine
Traitement de 2 ^{ème} intention	Méthylprednisolone 0,5 mg/kg pendant 24 à 48h (CN non compliquée résistante au TRT de 1 ^{ère} ligne)
Contre-indications	AINS Codéine (3 ^{ème} trimestre)

TAKE HOME MESSAGE #1: CCN



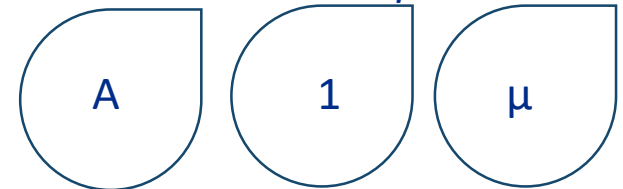
Avis uro urgent si :

1. Colique compliquée (T° / IRA / Douleur ++ / CRP)
2. Terrain (rein unique / grossesse / IRC / transplant)
3. Sévérité : calcul > 6mm / bilat / Complic lithotritie

2. Bourse ou testicule douloureux aigu

- PUZZLE de fiches : trouvez la bonne combinaison !
- 4 Fiches A-B-C-D
 - ✓ Présentation clinique
- 4 Fiches 1-2-3-4
 - ✓ Examen paraclinique
- 4 Fiches μ - β - Ω - π
 - ✓ Diagnostic
 - ✓ Traitement

Par exemple :



3. Rétention urinaire aigue

- Diagnostic clinique mais définition précise :

impossibilité totale d'uriner depuis plusieurs heures avec douleur sus-pubienne et besoin douloureux d'uriner.

- Tips : ténesme rectal / douleur dans le gland
- Exercice: QUI EST QUI ?
 - ✓ 5 cas différents et 5 diagnostics

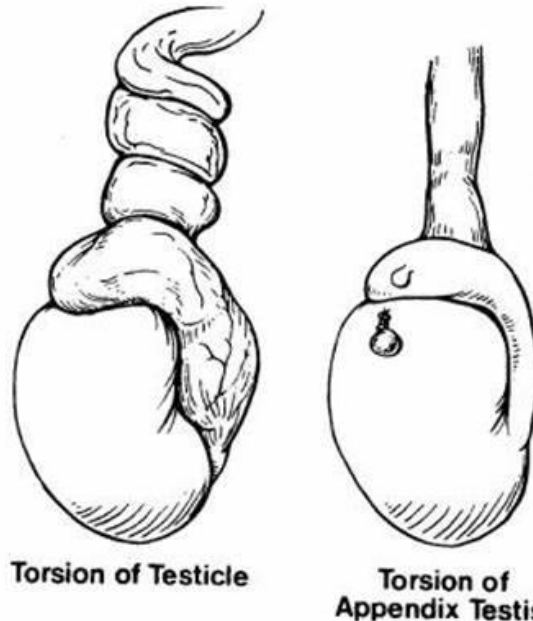
Les diagnostics possibles

- ① Rétention urinaire aiguë
- ② Rupture vésicale
- ③ Décompensation vésicale chronique
- ④ Rupture urétrale
- ⑤ Lithiases urétérales bilatérales

Diagnostic différentiel et autres pièges

Torsion d'hydatide testiculaire

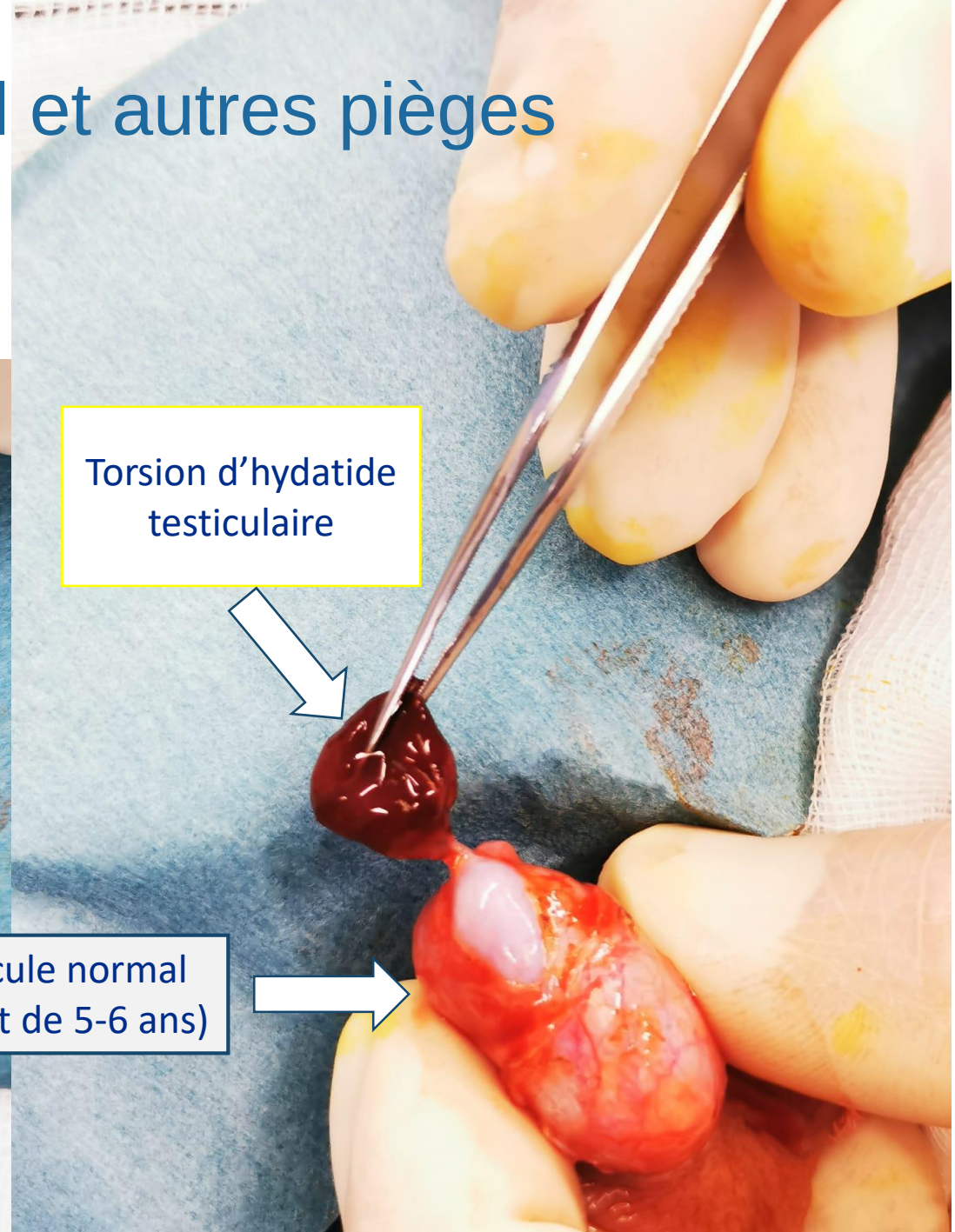
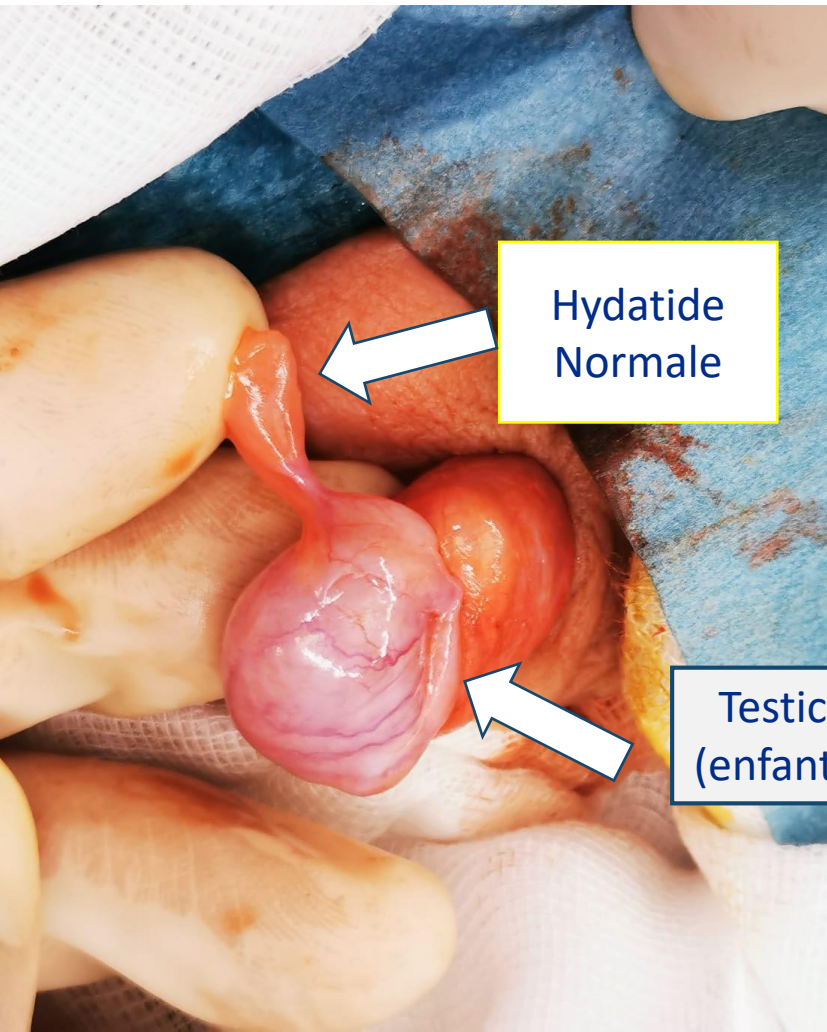
Figure 5. Torsion Of The Testis vs. Torsion Of The Appendix Testis.



Reproduced with permission of The McGraw-Hill Companies from:
Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, eds. *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1996:536. Figure 92-7.

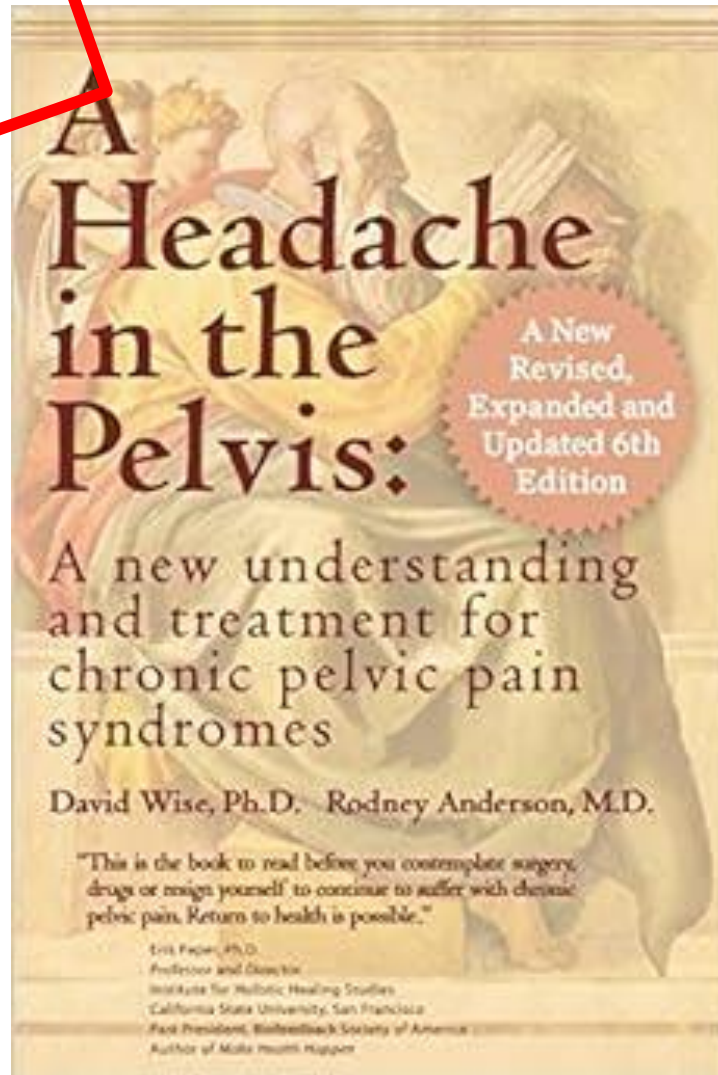
Diagnostic différentiel et autres pièges

Torsion d'hydatide testiculaire



Spasmes du plancher pelvien / protocole Wise/Anderson : une référence ?

NON URGENT
MAIS FREQUENT



2. Torsion testiculaire

- Douleur scrotale brutale, intense (moins importante si la torsion est vue tardivement.), aigue ou subaiguë, avec nausées/vomissement.
- Apyrexie.
- Testicule ascensionné et douloureux.
- Grosse bourse douloureuse et cordon douloureux.
- Pas de diminution de la douleur à l'ascension du testicule.
- Douleur abdominale chez un patient avec testicule cryptorchide.

Diagnostic différentiel et autres pièges

- Torsion d'hydatide testiculaire
- Epididymite virale ou bactérienne
- Douleur FID chez ado timide
- CCN avec lithiase du bas uretère

Torsion testiculaire

- Paraclinique LE DIAGNOSTIC EST CLINIQUE : L'échographie-doppler testiculaire ne peut éliminer le diagnostic si elle est normale.
- Information du patient et de sa famille: Risque d'orchidectomie d'autant plus important si douleur depuis plus de 6h
- **Détorsion manuelle : Rotation dans le sens horaire pour le testicule gauche et antihoraire pour le testicule droit. (Ouvrir un livre en regardant le patient)**
- Exploration testiculaire EN URGENCE, par voie inguinale ou scrotale. Détorsion du testicule et vérification de la vitalité +/- orchidectomie ou orchidopexie. Orchidopexie controlatérale en cas de torsion.
- Prescriptions post-opératoires: AINS, antalgiques. Surveillance douleur et hématome

TAKE HOME MESSAGE #2

Testicule aigu :



- Apparition brutale !
- Se méfier de l'ado pudique
- Timing : Torsion T. = 6h pour agir !!
- Enfant à référer pour explo chirurgicale
- Une écho normale n'exclut pas une torsion

3. Rétention urinaire aigue

- Diagnostic clinique mais définition précise :

impossibilité totale d'uriner depuis plusieurs heures avec douleur sus-pubienne et besoin douloureux d'uriner.

- Tips : ténesme rectal / douleur dans le gland
- Exercice: QUI EST QUI ?
 - ✓ 5 cas différents et 5 diagnostics

Les suggestions de diagnostics possibles

- ① Rétention urinaire aiguë
- ② Rupture vésicale
- ③ Décompensation vésicale chronique
- ④ Rupture urétrale
- ⑤ Rétention urinaire subaiguë

Les diagnostics possibles

1. Rétention urinaire aigue

- ✓ Sur obstacle infra-vésical: HBP, Sténose urétrale, prostatite
- ✓ Sur alpha-stimulants

URGENT : R/ drainage (sondage, cystocath ou auto-sondage)

Bilan urologique

Bilan bio et EMU

Alpha-bloquants

Intervention (TURP, REZM, Holep, Millin,...)



Les diagnostics possibles

2. Rupture vésicale



- ✓ Bilan par CT Abdomino-pelvien avec contraste (temps tardif)
Brèche péritonéale : R/ chirurgical
Brèche rétropéritonéale: drainage « simple »

Les diagnostics possibles

3. Décompensation vésicale chronique

- ✓ Pas d'urgence
- ✓ Bilan complet et urodynamique
- ✓ R/ Soit essai alphabloquants
- ✓ R/ Soit drainage par cystocath pour rééducation vésicale (attention à l'hémorragie a vacuo)

- ✓ Rarissime mais !!! Cause neurologique aigue ! Cas vécu!

Les diagnostics possibles

4. Rupture urétrale

✓ Pas en MG !

✓  NE PAS SONDER un patient (polytrauma)
avec du sang frais au méat urinaire



Les diagnostics possibles

5. Lithiases urétérales bilatérales



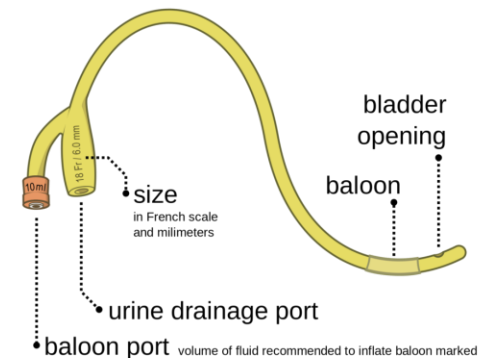
- Rarissime !
- Autres exceptions: patient HIV avec calcul protéique d'Indinavir



TAKE HOME MESSAGE #3

Rétention urinaire :

- Sondage urgent pour rétention urinaire aiguë
 - ✓ 2 x Instillagel et sonde HOMME pour HOMME
 - ✓ Instillagel et sonde FEMME pour FEMME
- Rétention urinaire chronique peut être peu symptomatique
- Trauma : pas sonder si sang au méat



4. Hématurie macroscopique

Définition	Présence de sang dans les urines
Hématurie microscopique	A l'ECBU : - Hématies $> 10/\text{mm}^3$ ou $10^3/\text{ml}$
Hématurie macroscopique	Visualisation de sang dans les urines. A partir de >500 hématies/ mm^3
Présence de caillots	Orienté vers une cause urologique

Tableau 14 : Diagnostic clinique d'une hématurie

Types d'hématurie :

- Initiale : origine uréthro-cervico-prostatique
- Terminale : origine vésicale
- Totale : haut appareil urinaire, mais toute hématurie peut être totale

Causes les plus fréquentes ou présentant un caractère de gravité

- **Les infections urinaires** sont la **cause la plus fréquente de sang dans les urines**. Toute atteinte infectieuse de l'appareil urinaire peut entraîner une hématurie.
- **Les calculs urinaires** concernent 5 à 15 % de la population
- **Le cancer de vessie** ou de la voie excrétrice supérieure. (Tabagisme)
- **Les tumeurs rénales**
- **Les maladies rénales ou Néphropathies glomérulaires** (problème de fonctionnement du rein). Le syndrome glomérulaire associe une protéinurie (protéine dans les urines) et/ou une hématurie, +/- une hypertension artérielle, des œdèmes et insuffisance rénale aiguë ou chronique.
- **Les traumatismes** : le saignement est lié à une fracture du parenchyme rénal, à une atteinte des vaisseaux du rein, ou à une plaie de la vessie.
- **Problème prostatique** : signe rarement révélateur de cancer de la prostate, elle est plus souvent associée à une prostatite ou une hypertrophie, et reste un diagnostic d'élimination.

Un traitement anticoagulant peut favoriser une hématurie mais n'est jamais à considérer comme responsable de première intention.

Diagnostiques différentiels

Saignement de voisinage	- Urétrorragie - Hémospermie - Menstruations - Métrorragies
Coloration d'origine alimentaire	Betteraves, mûres, choux rouge...
Coloration d'origine médicamenteuse	- Antibiotiques (Rifampicine) - AINS - Vitamine B12 - Laxatifs (phénolphtaléine) - Antiseptiques (Povidone-iodine)
Coloration d'origine métabolique	- Hémoglobinurie (hémolyse) - Myoglobinurie (rhabdomyolyse) - Urobilinurie, porphyrie - Intoxication plomb, mercure

Tableau 15 : Diagnostiques différentiels d'une hématurie

Étiologie des hématuries macroscopiques

Causes glomérulaires		Néphropathies glomérulaires, néphropathie interstitielle aiguë médicamenteuse, néphropathie vasculaire, PKRD
Causes urologiques	Rénales	Tumeur rénale Traumatisme rénal Calcul rénal, maladie de Cacchi-Ricci Infarctus rénal, thrombose de la veine rénale Malformation artério-veineuse Polykystose rénale, Tuberculose urinaire
	Urétérales	Calcul urétéral TVEUS Fistule artério-urétérale Urétérite, péri-urétérite, Endométriose
	Vésicales	Calcul de vessie Tumeur de vessie Traumatisme Endométriose, Bilharziose Chute d'escarre post RTUV Corps étranger Hématurie du marathonien Cystite infectieuse, interstitielle, radique ou toxique
	Prostatiques	HBP Cancer de prostate Prostatite aiguë ou chronique Chute d'escarre post RTUP

Bilan paraclinique

- Sédiment urinaire avec culture
- Biologie sanguine avec coagulation
- Ionogramme et créatininémie
- Echographie réno-vésicale en première intention

**Sauf cystite hémorragique manifeste,
TOUTE HÉMATURIE MACROSCOPIQUE IMPLIQUE
UN CT SANS & AVEC CONTRASTE ET
UNE CYSTOSCOPIE**

Hématurie macroscopique : tips

- Au téléphone: initiale ou totale ?
- Exclure hémospERMIE (« jamais grave »!)
- Exclure urétrorragie (rare)
- LA QUESTION: grenadine ou vin rouge ?



Prise en charge

- Critères d'hospitalisation:

- ✓ Signes de choc hypovolémique
- ✓ Anémie
- ✓ Rétention urinaire aigue sur caillotage (échographie)
- ✓ Insuffisance rénale / faible diurèse
- ✓ (Infection urinaire symptomatique)

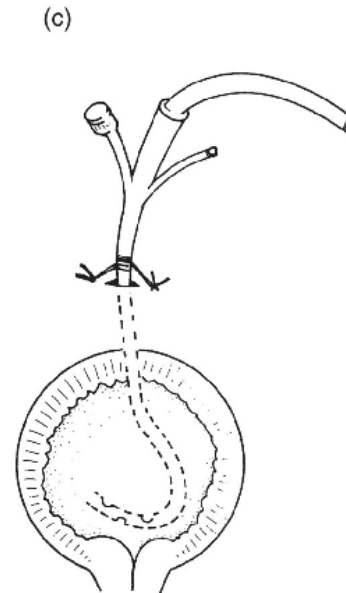
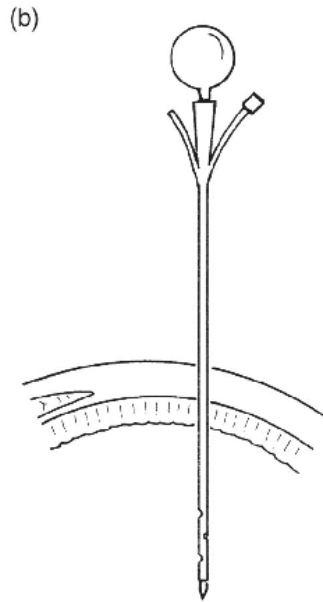
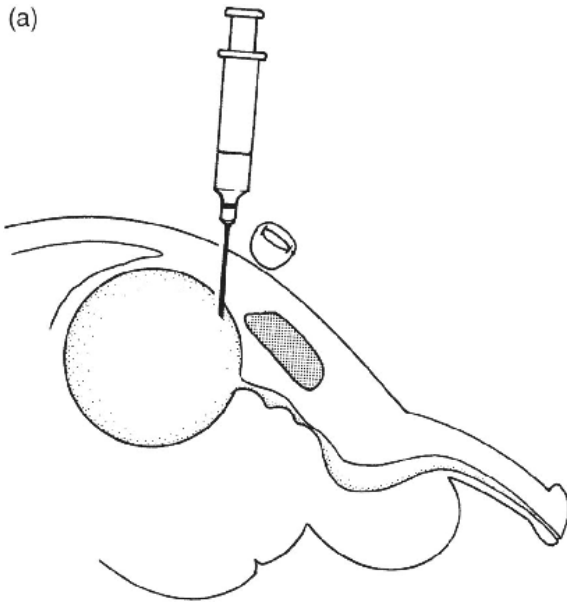
- Traitement:

- ✓ Sonde vésicale à 3 voies à double courant avec décaillotage à la seringue de 50 cc puis lavages vésicaux en continu.

Hématurie macroscopique: **DON'T**



**PAS DE CATHETER SUS-PUBIEN
si hématurie macroscopique**



Hématurie prise en charge en ambulatoire

En l'absence de critère d'hospitalisation
Pas de nécessité de sondage
Stimuler boissons (en l'absence de rétention) : 2 litres par 24h.
Arrêt d'un éventuel traitement anticoagulant/AAP +/- relais
Consignes de surveillance et ré-hospitalisation si caillotage et/ou RAU.

TAKE HOME MESSAGE #4

Hématurie :



- TOP 3
 1. Polype de vessie (surtout si tabagisme) (TCC urinaire)
 2. Lithiase urinaire
 3. Autres tumeurs
- Grenadine ou vin rouge ?
 - ✓ Anticoagulants ?
 - ✓ Boissons ?
- Pas de cathéter sus pubien !

4. Appel à 8 h du matin pour œdème et hématome de la verge

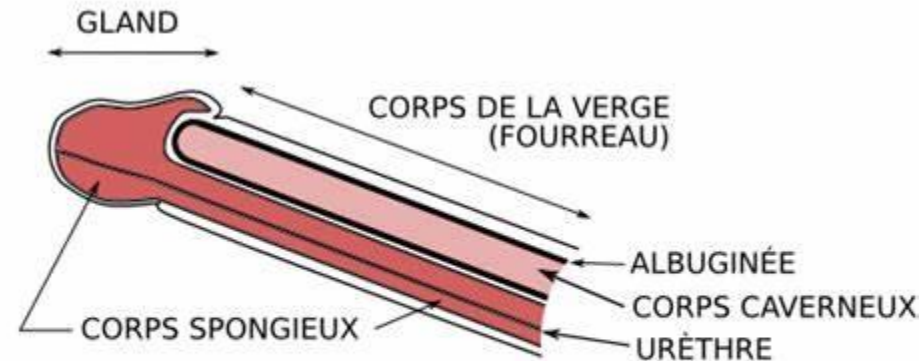
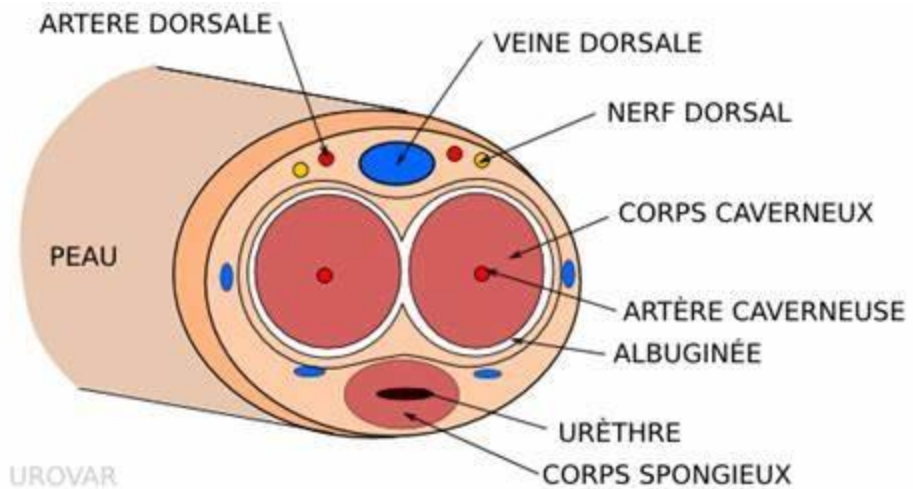
- Apparition post coïtale (à minuit) mais pas sûr de la notion de craquement
- Indolore
- Pas de dysurie, ni de mictalgies
- Verge « aubergine » avec œdème du prépuce, base scrotale avec hématome
- Votre attitude? D'emblée ou vous voulez voir le patient ?

4. Appel à 8 h du matin pour œdème et hématome de la verge



Fracture de la verge

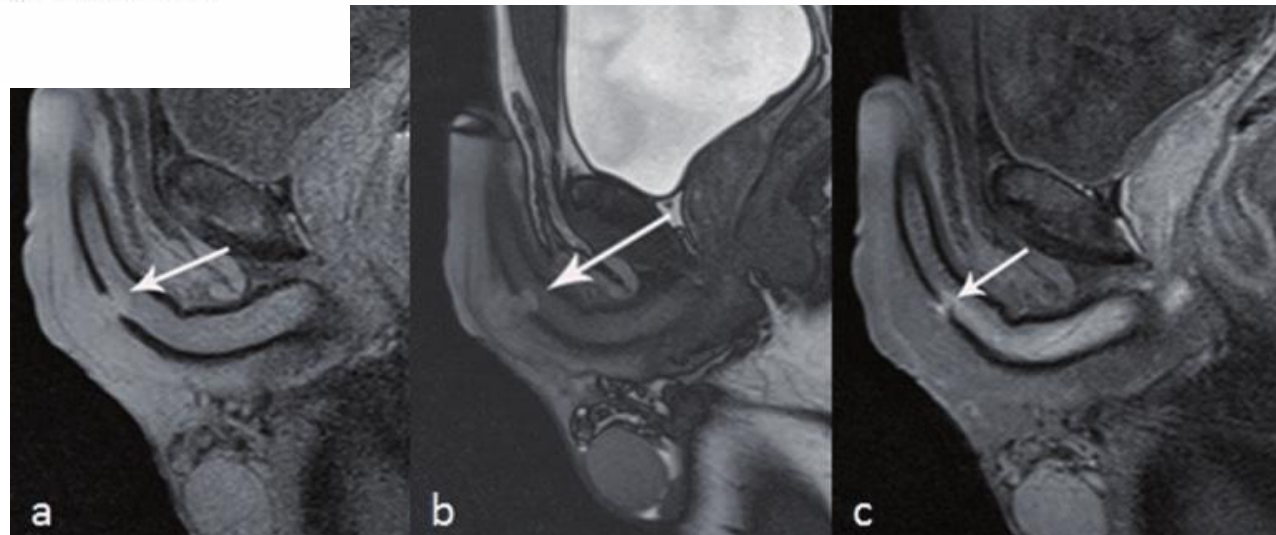
- Bilan par examen clinique et RMN



COUPE LONGITUDINALE D'UN PÉNIS
(La peau et le prépuce sont volontairement omis)

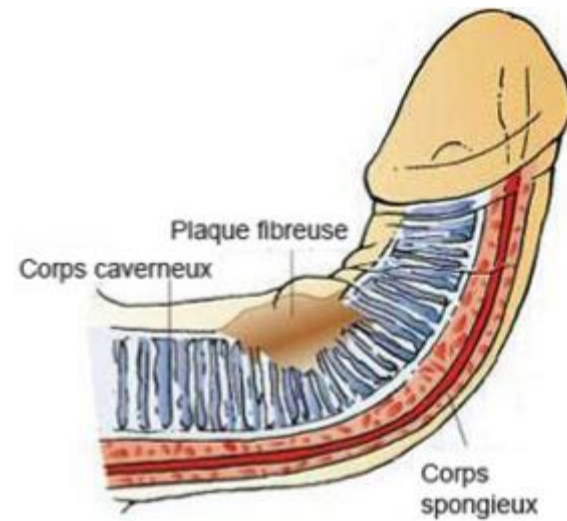
UROVAR

COUPE TRANSVERSALE DU PENIS



Fracture de la verge

- Bilan par examen clinique et RMN
- Chirurgie dans les 24 h
- Pas de sondage si miction présente
- Abord péno - scrotal ou périnéal
- Repos 6 semaines
- Risques de maladie de Lapeyronie et dysfonction érectile induites



TAKE HOME MESSAGE #5

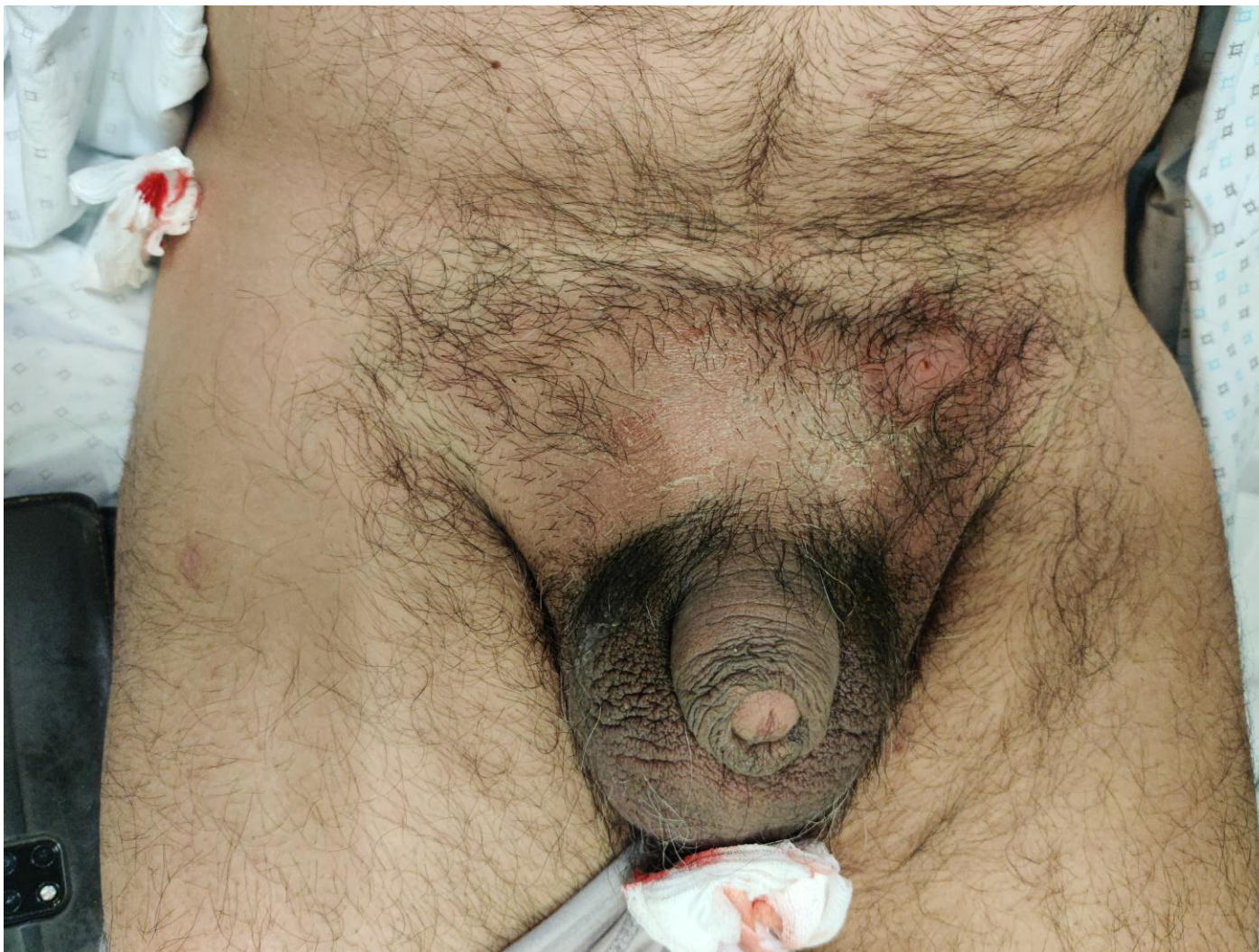
Fracture de la verge



- Hématome de la verge avec craquement = fracture
- Référer : chirurgie nécessaire dans les 24h !
- RMN et chirurgie

5. Gangrène de Fournier

- Pathologie extrêmement rare des parties génitales.
- Pronostic vital en jeu (50 %) par fasciite nécrosante avec destruction des tissus cutanés et sous-cutanés, à la fois au niveau du périnée et des organes génitaux externes (les testicules, chez les hommes, ne sont pas affectés par la gangrène de Fournier).
- Les hommes sont dix fois plus atteints que les femmes.
- Mortelle si pas prise en charge rapidement et pluridisciplinaire
- Pas contagieuse.
- Cinq cas pour un million de personnes aux États-Unis.
- infection synergétique provoquée par de multiples bactéries, combinant dans la majorité des cas des bactéries aérobies et anaérobies. (*Escherichia coli*; streptocoque ; entérocoque ; Bactéroïdes ; Proteus ; staphylocoque ; *Pseudomonas*.)

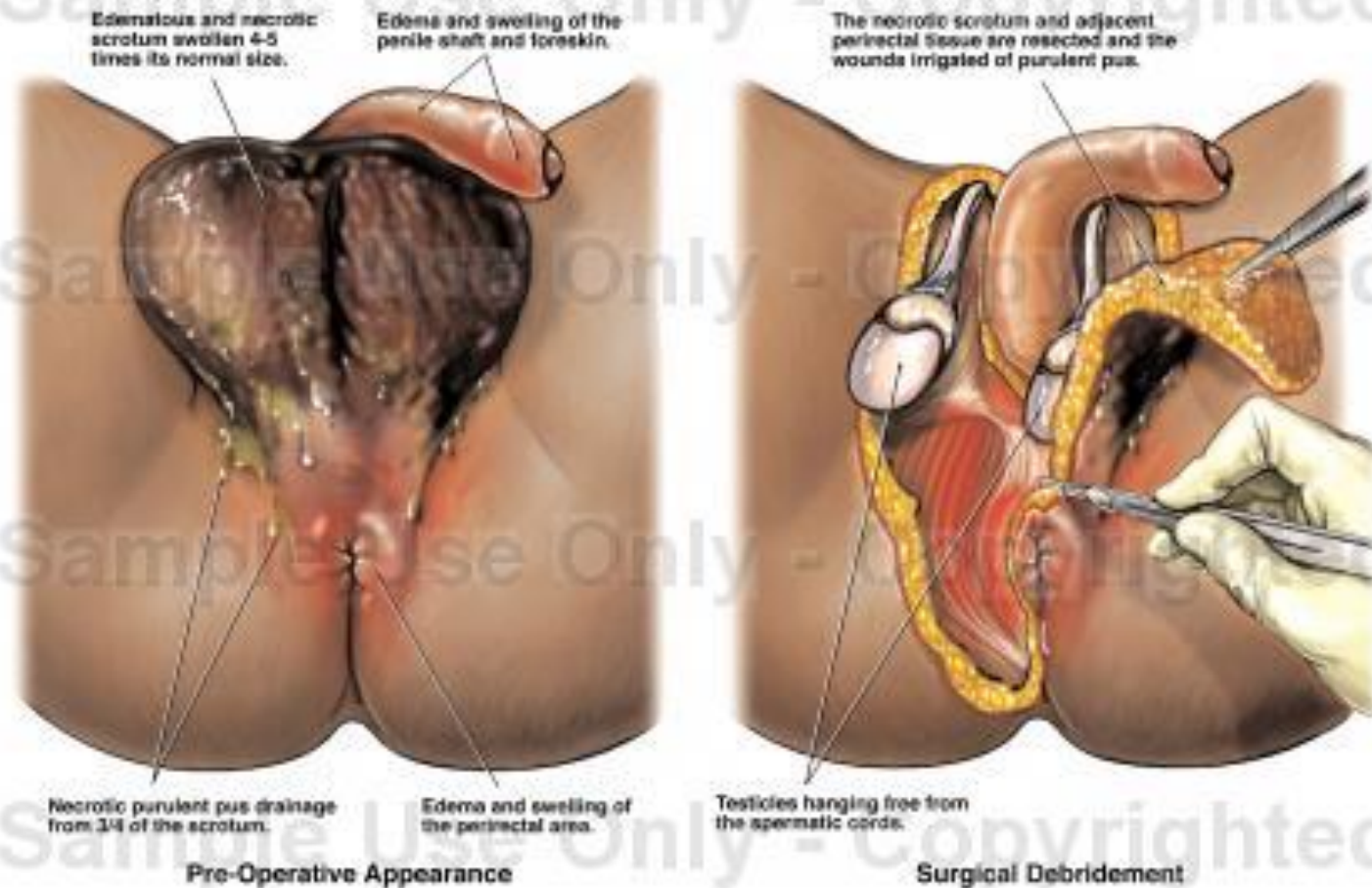


Gangrène de Fournier : AIR SOUS-CUTANE

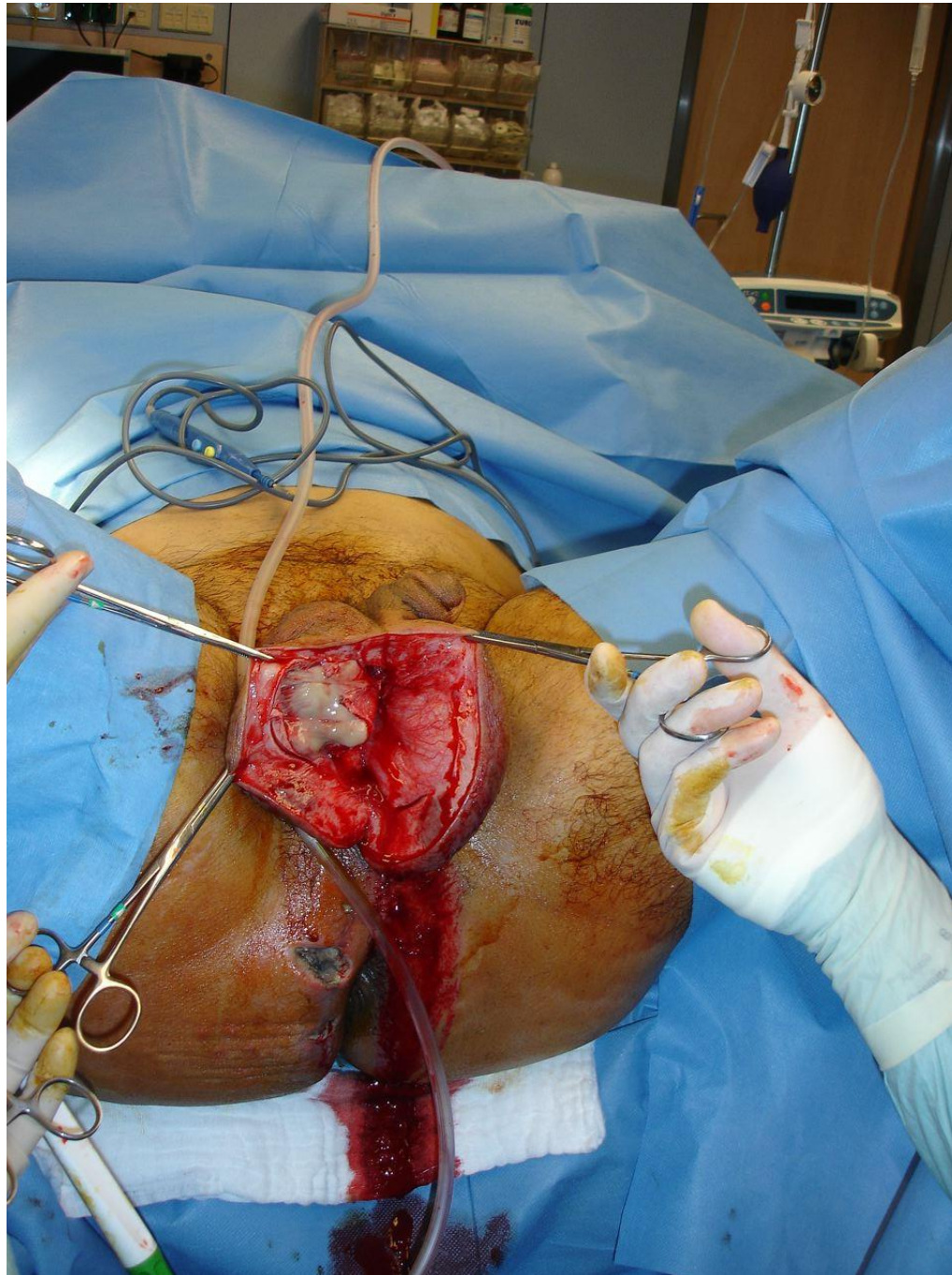
Diagnostic par CT abdominal (en urgence)

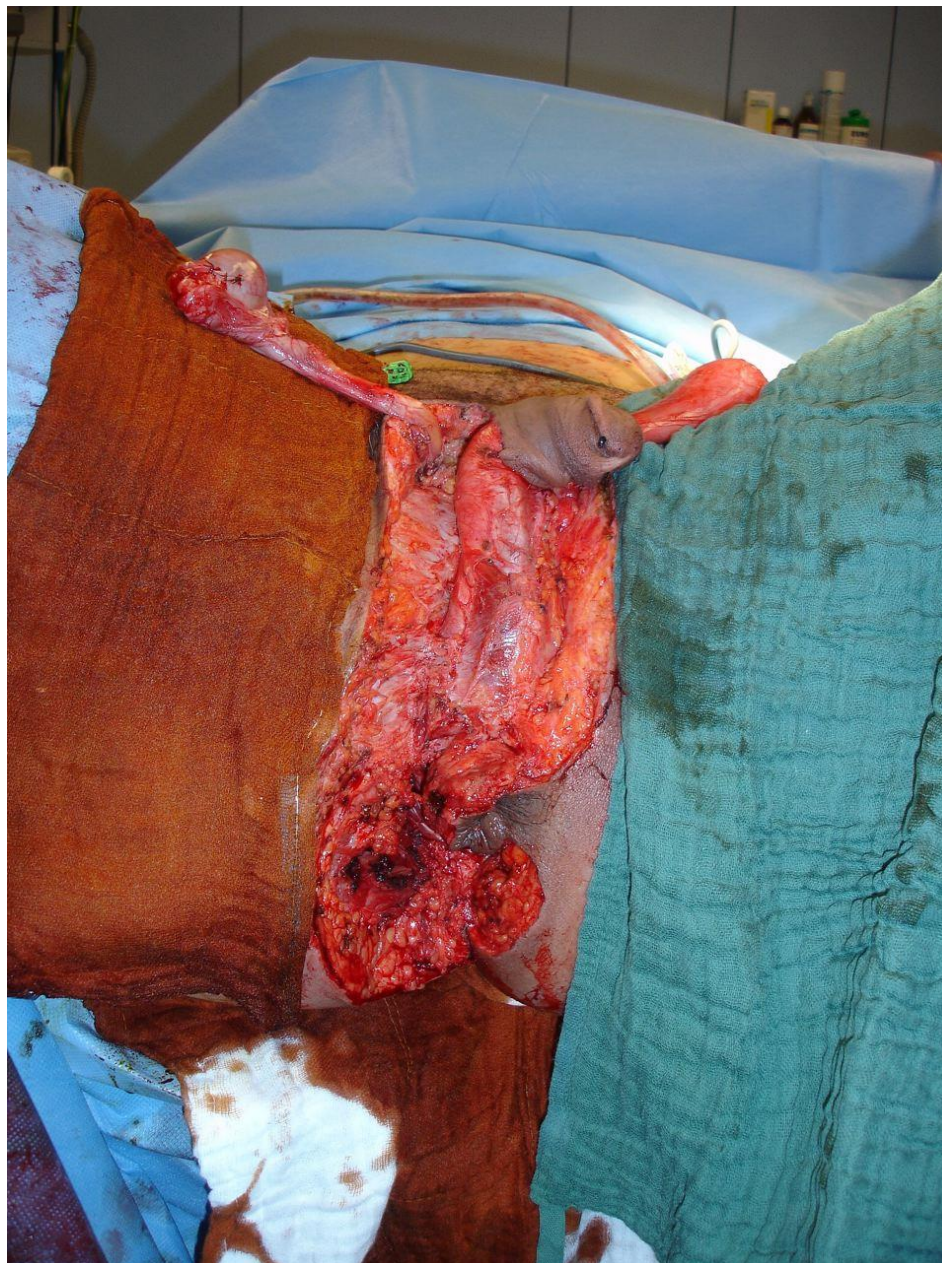


Fournier's Gangrene of the Scrotum and Perineal Area











TAKE HOME MESSAGE #6

Gangrène de Fournier

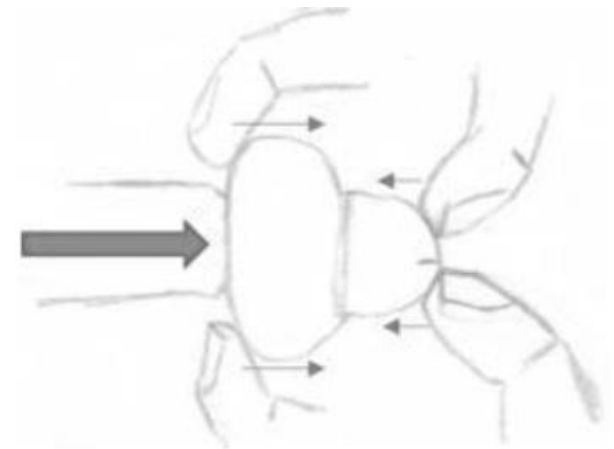


- **Mortel** si pas de prise en charge rapide !!
- Y penser si ...
 - ✓ Crépitation neigeuse (pathognomonique)
 - ✓ « Cellulite » périnéale
 - ✓ Terrain à risques: hygiène, obésité, diabète,...
 - ✓ Progression rapide (heures/minutes)
- Centre multidisciplinaire (Universitaire ?)

6. Paraphimosis

Strangulation du gland causée par le blocage de l'anneau préputial en arrière du sillon balano-préputial

- Défaut de recalotage +++ (phimosis, post sondage ou érection).
- Prise en charge = URGENCE CHIRURGICALE
- Réduction rapide pour éviter une nécrose du gland.
- Réduction par traction sur l'anneau préputial avec l'index et le majeur de chaque main pendant quelques minutes puis en repoussant le gland dans le prépuce avec les deux pouces.
- Si échec, incision longitudinale superficielle ou posthectomie (circoncision)



TAKE HOME MESSAGE #7

Paraphimosis



- Masser/comprimer le gland !
- Remettre la chaussette jusqu'au bout !
- Risque de récurrence rapide si pas complet

7. Priapisme

	Priapisme à bas débit 95% des cas	Priapisme à haut débit 5% des cas
Définition	État d'érection prolongé, dépassant 4 heures, parfois douloureux, en dehors de toute stimulation sexuelle.	
Physiopathologie	Veineux ou ischémique. Accumulation de sang dans les corps caverneux, responsable d'un arrêt de flux dans les artères caverneuses	Artériel ou non ischémique. Flux sanguin artériel non régulé dans les corps caverneux dû à une lésion d'une artère caverneuse ou à l'une de ses branches
Interrogatoire	ATCD, présence de douleurs, facteurs favorisant les érections. Noter l'horaire du début, (Si >6h risque important de nécrose des corps caverneux)	
Examen clinique	Érection rigide, douloureuse, gland mou	Semi-érection non douloureuse, renforcée par la stimulation sexuelle.

Priapisme à bas débit :

Sang noir, hypoxie et acidose (pH <7.25, PO₂ <30mmHg, PCO₂ >60 mmHg)

Etiologies

- Idiopathique
- Hématologique (thalassémie, leucémie...)
- Infectieuse (toxine : scorpion, araignée)
- Métabolique (amylose, maladie de Fabry)
- Neurogénique (blessé médullaire, Sd de la queue de cheval...)
- Néoplasique (envahissement locorégional par un cancer)
- **Iatrogène** : agents vasoactifs proérectiles, antagonistes α -adrénergiques, anxiolytiques, anticoagulants,
- antidépresseurs/antipsychotiques, antihypertenseurs), hormones.
- **Drogues**

Priapisme à haut débit

Semblable au sang artériel (pH >7.3, PO₂ >50mmHg, PCO₂ <40mmHg)

- Post traumatique, post-opératoire
- Erosion vasculaire par un processus tumoral des corps caverneux
- Cas particuliers :
 - - le priapisme dans les suites d'un choc spinal, non ischémique, classiquement spontanément résolutif dans les 30 heures.
 - - le priapisme chez le patient atteint de drépanocytose n'est ni artériel ni veineux, le contexte clinique est évocateur. Il faut quand même faire la gazométrie caverneuse. La prise en charge doit être conservatrice (ponction, shunt distal) et associée à une prise en charge hématologique (oxygénothérapie...).

Prise en charge

	Priapisme à bas débit	Priapisme à haut débit
Degré d'urgence	Urgence médico-chirurgicale	Pas d'urgence
Traitement médical	1/ Prise en charge des facteurs favorisants, exercice physique, glace 2/ Ponction latérale ou trans balanique des corps caverneux sous AL : Aiguille Butterfly 16-18G, vidange +/- lavage du corps caverneux jusqu'à détumescence 3/ Injection intra-caverneuse d' $\alpha 1$ adrénergique sous contrôle scopique et tensionnel (céphalées, HTA, bradycardie, arythmie, palpitations)	1/ Aspiration pour diagnostic 2/ Glaçage 3/ Abstention thérapeutique possible 4/ Traitement conservateur par une compression périnéale du faux-anévrysme avec la sonde de doppler $\pm$ blocage androgénique de 2 à 6 mois 5/ Embolisation sélective de l'artère pudendale en cas de fistule artério-caverneuse à l'artériographie Sclérose percutanée de la fistule sous guidage échographique
Traitement chirurgical	1/ shunts distal - Trans glandulaire, à l'aiguille ou au scalpel - Shunt distal ouvert (Al-Ghorab ou Burnett) 2/ shunt proximal Création d'une fistule caverno-spongieuse par voie périnéale 3/ Pose précoce (4-6 semaines) d'implant pénien si >36h et échec des autres traitements	Ligature artérielle chirurgicale

Bas débit: rinçages et injection IC !

Agent pharmacologique	Dosage et recommandations d'usage
Phenylephrine	Injection intracaverneuse de 200ug toutes les 3-5 min Dosage totale injectée : 1 mg en 1 heure
Etilephrine	Injection intracaverneuse Dilution 2,5 mg dans 1-2 mL
Adrénaline	Injection intracaverneuse de 2 mL d'une solution d'adrénaline diluée à 1/100,000 Jusqu'à 7 injections à intervalles de 20 min
Terbutaline	Administration orale 5 mg pour les érections prolongées > 2,5 heures, après injection d'IPDES
Bleu de Méthylène	Injection intracaverneuse de 50-100mg toutes les 5 min. Il faut ensuite l'aspirer et comprimer le pénis pendant 5 minutes supplémentaires

TAKE HOME MESSAGE #8

Priapisme



- Penser aux médicaments et aux drogues !!
- Urgences à envoyer en salle d'urgence
- Si pas possible: PIQUER avec une « paiseuse » dans les corps caverneux

TAKE HOME MESSAGE Atelier URO



- * **CCN** : Attention au sepsis et au rein précieux
- * **Rétention urinaire aigue** : sonder si douloureux
- * **Testicule aigu**: exploration chirurgicale si doute (6h)
- * **Hématurie macroscopique**: grenadine ou vin rouge ?
- * **Fracture de verge** : Semi-urgences (RMN et chir 24 h)
- * **Gangrène de Fournier** : Gravissime ! Air sous-cutané
- * **Paraphimosis** : C'est la tête qui rentre dans la chaussette
- * **Priapisme**: iatrogène médicamenteux et urgent de drainer

