

COMPTE RENDU TYPE DU COURRIER AU MÉDECIN TRAITANT DÉCRIVANT LA PRISE EN CHARGE EN CONSULTATION INFIRMIÈRE

Papier à en-tête de l'établissement

Coordonnées

Compte rendu de consultation urodynamique

Madame,

Je vous remercie de m'avoir confié votre patiente Mme ELY, née le 01/12/1949 pour un avis sur le retrait de sa sonde à demeure.

Rappel des antécédents médico-chirurgicaux

- 2003 : diabète insulino-requérant, compliqué avec apparition chronologique :
 - cataracte bilatérale ;
 - neuropathie sensitive des membres inférieurs ;
 - AVC ischémique (2003) avec hémiplégie gauche séquellaire ;
 - rétention chronique des urines ;
 - AOMI ;
 - amputation transtibiale gauche (récente).
- 2005 : prothèse totale de hanche gauche pour dysplasie dans un contexte clinique d'obésité (1 m 60, 128 kg) et d'arthrose du genou droit.
- Infection urinaire à répétition sur SAD.

Rappel des antécédents gynéco-obstétricaux

- 3 accouchements par voie basse pour 3 garçons de 3,5 kg à 5,5 kg. Pas de notion de déchirure périnéale.
- FC = 0, IVG = 0.
- Ménopausée à l'âge de 52 ans, pas de suivi gynécologique, pas de traitement hormonal substitutif, ni local, ni par voie générale.

Traitements en cours

Triatec	Lasilix	Amlor	Vasten
Plavix	Tardyféron	Inipomp	Effexor
Atarax	Neurontin	Rivotril	Sevredol
Topalgic 100	Novomix insuline	Lovenox préventif	Discotrine 10

Recueil clinique

La patiente se présente sur brancard à la consultation. Pour ménager la douleur, le recueil clinique et l'examen périnéal ont été réalisés sur le brancard. La communication lente et l'utilisation de mots simples permettent une compréhension difficile mais suffisante.

La patiente se plaint de devoir endurer la sonde à demeure en permanence depuis octobre 2005 en raison d'une aggravation progressive d'une plaie (escarre talonnière) qui a nécessité un alitement prolongé et qui s'est compliqué d'une nécrose aboutissant à l'amputation transtibiale du membre inférieur gauche (motif de son actuelle hospitalisation). Le premier épisode de rétention remonte à l'AVC de 2003, où une totale récupération n'a pas été possible puisque la patiente est retournée à domicile avec 2 hétéro-sondages par 24 heures. On ne retrouve pas la notion de miction même incomplète possible.

Actuellement, une infection urinaire a été retrouvée, non traitée en raison de l'absence de signes d'accompagnement. Le dernier bilan d'autonomie fonctionnelle laisse apparaître un gros déficit, seuls les transferts sur fauteuil et WC sont possibles mais avec 3 soignants. Les apports hydriques sont jugés satisfaisants ; il persiste une constipation importante, (iatrogénie probable) avec un rythme défécatoire d'une selle tous les 3 jours au mieux.

Examen neuro-périnéal

Le périnée montre une grande pâleur des muqueuses génitales et une probable mycose importante pour laquelle on ne retrouve pas de traitement en cours. On ne retrouve pas de prolapsus. Le tonus anal est légèrement abaissé. Tous les réflexes périnéaux sont présents (étirement non recherché). L'examen sensitif et moteur périnéal n'a pas été réalisé (présence de la SAD). Pour le reste de réflexes ostéotendineux :

- cutanée plantaire : flexion à droite ;
- achilléen : absent à droite ;
- rotulien : non retrouvé à droite, mais léger *flessum* et patiente tendue.

Analyse clinique et proposition d'actions

Il existe de nombreux facteurs favorisant ou aggravant la rétention. Une ablation de la SAD semble prématurée car le risque de récurrence est très important. Toutefois, quelques pistes de réflexion peuvent aider à envisager le sevrage de la SAD dans des conditions optimales dès que le terrain s'y prêtera mieux :

- *diabète équilibré ?*
- diminution de l'*iatrogénie médicamenteuse* (drogues à effets \pm anticholinergiques : Amlor, Effexor, Atarax, Sevredol, Topalgic \Rightarrow diminution de la sensibilité et de la contractilité vésicale) dès que possible ;
- traitement de l'*infection urinaire* (l'inflammation locale peut être facteur de dysurie) ;

- traitement de la *mycose* génitale étendue (pour les mêmes raisons);
- un avis gynécologique sur l'indication à un *traitement hormonal substitutif* de la ménopause (une meilleure imprégnation hormonale augmente la résistance aux infections locales, améliore la trophicité des tissus et diminue les résistances à l'écoulement des urines par l'urètre);
- une *prise en charge régulière du transit* avec un traitement de fond associé à une programmation défécatoire chaque jour (type Forlax + Édectyl suppo par exemple),
- une *hydratation optimale* à 1,5 l/24 h;
- l'amélioration de la *mobilité physique comme facteur de réussite* de la programmation mictionnelle après ablation de la SAD.

Quoi qu'il en soit, la prise en charge de Mme ELY sera complexe. La patiente est informée du cheminement clinique long qui lui est proposé dans ce domaine et semble en avoir compris le sens.

À toutes fins utiles, je vous joins la procédure d'ablation de SAD et de réentraînement vésico-sphinctérien telle que validée au sein de notre établissement et publiée dans une revue professionnelle.

Je me tiens à votre disposition pour toute explication complémentaire.

Je souhaiterais revoir Mme ELY à distance, si elle le désire, en présence cette fois d'un médecin urodynamicien et si vous le trouvez opportun, compte tenu des actions que vous aurez pu mettre en place.

En vous remerciant de votre confiance, veuillez agréer, Madame, l'expression de mon respect.

Nom

Infirmière clinicienne