

# RÉTENTION AIGUË D'URINE

Dr. Menacer – CHU Beni Messous 2020/2021

menakoukou@gmail.com

## PLAN

1. [Pour comprendre](#)
2. [Diagnostic](#)
3. [Prise en charge](#)
4. [Étiologies](#)
5. [Complications](#)

## OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Diagnostiquer une rétention aiguë d'urine.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

## I - POUR COMPRENDRE

- Rétention vésicale complète ou rétention aiguë d'urine = impossibilité totale d'uriner malgré la réplétion vésicale.
- Traduit le plus souvent la présence d'un obstacle sous la vessie empêchant l'évacuation des urines.
- Diagnostic généralement facile sur la constatation clinique du globe vésical.
- Le drainage vésical s'impose en urgence.
- Pathologie essentiellement masculine en dehors du contexte de vessie neurologique.

Pour uriner normalement (l'action d'uriner s'appelle la miction), il faut trois choses :

- un réservoir (la vessie) capable de se remplir facilement (la souplesse du réservoir vésical s'appelle la « compliance ») et de se contracter efficacement (le muscle vésical s'appelle le détrusor) ;
- une filière urétrale : col vésical, prostate, sphincter strié, urètre qui doit permettre la continence (absence de fuites) et s'ouvrir librement au moment de la miction ;
- un système nerveux qui contrôle à la fois les phases de remplissage de la vessie et les phases de miction, en permettant notamment que la vessie se contracte après que le sphincter urinaire se soit parfaitement relâché (synergie vésico-sphinctérienne).

La rétention aiguë d'urine peut donc résulter :

- d'un obstacle sous-vésical (le plus souvent) ;
- d'une altération de la commande neurologique ;
- plus rarement d'un défaut de contraction vésicale.

## II - DIAGNOSTIC

### A - INTERROGATOIRE

---

#### 1 - ANTÉCÉDENTS UROLOGIQUES

- Épisodes antérieurs de rétention.
- Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP).
- Cancer de la prostate.
- Sténose urétrale (traumatisme, urétrite, sondages pour une autre intervention).
- Intervention urologique endoscopique (résection endo-urétrale de la prostate, résection endo-urétrale de la vessie, section endoscopique du col de la vessie...).
- Sondage urinaire permanent ou intermittent.
- Prostatite, infection urinaire basse.
- Tumeurs de la vessie.

#### 2 - SIGNES ASSOCIÉS

- Circonstances d'apparition de la rétention (spontanée ou favorisée par des circonstances extérieures comme une anesthésie générale ou locorégionale).
- Dysurie, signes fonctionnels urinaires, brûlures mictionnelles.
- Hyperthermie, frissons.
- Hématurie.

#### 3 - ANTÉCÉDENTS NEUROLOGIQUES

- Blessés médullaires.
- Sclérose en plaques.
- Spina-bifida.
- Maladie de Parkinson.
- Neuropathie diabétique.

#### 4 - TRAITEMENT EN COURS

- Pouvant induire une rétention (cf. infra).

- Pouvant gêner le traitement de la rétention :
  - antiagrégants plaquettaires ;
  - AVK, héparine.

## B - EXAMEN PHYSIQUE

---

Patient algique, anxieux et agité, envie d'uriner permanente (« pisser ou mourir »).

- Palpation abdominale : on retrouve un **globe vésical** :
  - masse immédiatement sus-pubienne ;
  - voussure à convexité supérieure ;
  - matité à la percussion sus-pubienne ;
  - douloureuse dans la plupart des cas (palpation augmente l'envie d'uriner).
- **Touchers pelviens** :
  - chez l'homme : toucher rectal (TR) :
    - estimation du volume prostatique,
    - pathologie urologique : prostatite (douleur élective), HBP (augmentation symétrique de volume de la prostate, ferme sans être franchement indurée), cancer de la prostate (augmentation de volume asymétrique et « pierreuse ») ;
  - chez la femme : toucher vaginal et toucher rectal :
    - recherche d'une tumeur gynécologique,
    - estimation de la trophicité des tissus vaginaux ;
  - chez l'homme et la femme :
    - recherche d'un fécalome (cause isolée possible de rétention par distension de l'ampoule rectale),
    - recherche systématique de pathologie associée de l'ampoule rectale (hémorroïdes, tumeur du rectum).
- Organes génitaux externes :
  - phimosis serré chez l'homme ;
  - sténose méat urétral (homme et femme) ;
  - orchi-épididymite parfois associée à une prostatite.

**Diagnostic différentiel** : anurie (absence de sécrétion d'urine par les reins) : pas de globe vésical, pas d'envie d'uriner, le plus souvent pas de douleur pelvienne associée.

## C - EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

---

### 1 - AUX URGENCES

#### A - AVANT DRAINAGE

- **Aucun examen complémentaire en urgence** : (douleur = drainage rapide) avant le sondage urétral.
- Si indication de drainage par cathéter sus-pubien (contre-indication de pose de sonde urétrale), discuter :

- bilan d'hémostase (inutile en l'absence de problèmes hémorragiques connus et traitement connu, sans anticoagulants et/ou antiagrégants) ;
- échographie vésicale indispensable si le globe vésical n'est pas parfaitement perçu (doute clinique sur le diagnostic de rétention aiguë d'urine). Se méfier particulièrement chez :
  - les patients obèses ;
  - les personnes âgées confuses ;
  - le contexte de pathologie neurologique.

## B - APRÈS DRAINAGE

- **ECBU systématique.**
- Créatinémie, ionogramme sanguin.
- Échographie du haut appareil à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélocalicelle, recherche également des signes de pyélonéphrite. **Attention** : si on retrouve une dilatation des cavités alors que la vessie est pleine, il faut impérativement vérifier que les cavités ne restent pas distendues après le traitement. La persistance de la dilatation signe le caractère chronique de la rétention et doit inciter à une prudence particulière sur le risque de syndrome de levée d'obstacle (*cf. infra*).
- **Jamais de dosage de PSA dans ce contexte (fausse élévation).**

## 2 - BILAN ÉTIOLOGIQUE

- Échographie vésico-prostatique par voie sus-pubienne :
- Débitmétrie : éventuelle, à distance de l'épisode de rétention (par définition impossible au moment de l'épisode de rétention).
- Urétrocystoscopie (fibroscopie urétéro-vésicale) :

# III - PRISE EN CHARGE

---

- **Urgence thérapeutique** (fig. 20.1).
- **Drainage vésical.**

Quelle que soit la modalité de drainage, systématiquement :

- noter précisément le volume contenu dans la vessie au moment de la rétention (meilleur pronostic si inférieur à 600 cc) ;
- surveiller la diurèse horaire ;
- prévenir le syndrome de levée d'obstacle, et l'hématurie *a vacuo*.

## A - SONDAGE URINAIRE À DEMEURE (SAD)

---

- Sonder dans des strictes conditions d'**asepsie** et de **stérilité**.
- Utiliser des sondes à double courant si une irrigation est nécessaire (hématurie).
- Prélever de manière rigoureusement aseptique les urines pour examen cytot bactériologique.
- Éviter les sondes de petit calibre en première intention, (utiliser une Charrière 18–20).

- Ne pas utiliser de sérum physiologique pour gonfler le ballonnet, le chlorure de sodium peut cristalliser et empêcher par la suite le dégonflage du ballonnet.

### Contre-indications du sondage vésical :

- sténose urétrale ;
- traumatisme de l'urètre, notamment en cas de polytraumatisme (fracture du bassin) ;
- prostatite aiguë.

## B - CATHÉTÉRISME SUS-PUBIEN (KTSP)

---

Le KTSP constitue une excellente méthode de drainage des urines, dont les avantages sont les suivants :

- pas de risque de fausses routes urétrales ;
- épreuve de clampage possible pour juger de la reprise mictionnelle ;
- moins de complications locales au long cours ;
- bon système de drainage à moyen terme.

### S'assurer de l'existence d'un globe vésical :

- en cas d'échec ou de contre-indication au sondage vésical ;
- acte médical,
- prévenir le patient, lui expliquer le principe du soin et son utilité, le rassurer ;
- strictes conditions d'**asepsie** et de **stérilité**, désinfection de la zone de ponction en quatre temps ;
- sous anesthésie locale (lidocaïne 1 %) ;
- incision cutanée ;
- introduction du trocart dans le globe vésical ;
- mise en place du cathéter sus-pubien dans la vessie par la lumière du trocart ;
- ablation du trocart et fixation du cathéter à la peau.

### Contre-indications du cathéter sus-pubien :

- contre-indications absolues :
  - **absence de globe vésical**,
- contre-indications relatives (dans tous les cas prendre l'avis d'un urologue) :
  - troubles de l'hémostase, patients sous anticoagulant,
  - cicatrices de laparotomie,
  - antécédents de tumeurs de la vessie.

## IV - ÉTIOLOGIES

### A - HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE

---

L'incidence annuelle de la rétention aiguë d'urine dans les populations de patients présentant une HBP symptomatique a été évaluée entre 0,4 et 6 %.

- L'ablation de la sonde pourra être tentée après 48 heures de traitement par alphabloquant (si le patient n'était pas déjà traité). En l'absence de facteur de risque lors de l'épisode de rétention, le risque de récidiver est aux alentours de 50 %.
- Une intervention chirurgicale sera discutée d'emblée ou en cas d'échec de désondage.

## B - PROSTATITE

---

Favorisée par l'hypertrophie bénigne de prostate.

Traitement antibiotique adapté à l'ECBU pendant 14 jours.

L'utilisation d'anti-inflammatoires, d'alphabloquants peut être proposée pour permettre la résolution de l'épisode de rétention. La suspicion du diagnostic de prostatite aiguë (rétention aiguë d'urine fébrile) impose de ne pas poser de sonde et de préférer la pose d'un cathéter sus-pubien.

## C - CANCER DE LA PROSTATE

---

Le cancer de la prostate ne donne des rétentions qu'en cas de pathologie localement avancée (T3-T4), facilement diagnostiquée au TR (prostate globalement « pierreuse »).

## D - NEUROLOGIQUES

---

### 1. CENTRALES

- Sclérose en plaques.
- Compression/lésion médullaire.
- Lésions congénitales de la moelle (ex. : spina-bifida).
- Maladie de parkinson.
- AVC.

### 2. PÉRIPHÉRIQUES

- Diabète.
- Chirurgies lourdes d'exentération pelvienne (tumeur de lésions étendues du rectum, de l'utérus).

## E - CAUSES MÉDICAMENTEUSES

---

### 1 - ANTICHOLINERGIQUES

De nombreuses spécialités pharmaceutiques ont des effets anticholinergiques directs ou secondaires :

- collyre mydriatique : atropine (Atropine®), cyclopentolate (Skiacol®), topicamide (Mydriaticum®)...

- anticholinergiques utilisés en urologie pour traiter l'instabilité vésicale : oxybutinine (Ditropan®), Driptane®), toltérodine (Détrusitol®), trospium (Céris®) ;
- neuroleptiques en particulier les phénothiazines : Haldol®, Clopixol®, Largactil®...
- antidépresseurs tricycliques imipraminiques (première génération) ;
- antalgiques d'usage courant : néfopam (Acupan®), tiémonium (Viscéralgine®) ;
- bronchodilatateurs bêtamimétiques à action secondaire anticholinergique (Atrovent®, Tergistat®) ou associé à un anticholinergique (Bronchodual®, Combivent®) ;
- antihistaminiques utilisés comme antitussifs (Hexpneumine®, Toplexil®, Rhinathiol®...), comme sédatifs (hydroxyzine : Atarax®, Théralène®), comme antiallergiques (Polaramine®, Allergefon®) ou encore dans la prévention du mal des transports (Dramamine®, Mercalm®, Nautamine®, Scopoderm®).

Ces produits exposent à un risque de rétention élevée surtout si on les prescrit chez un patient ayant déjà une rétention chronique avec un résidu supérieur à 100 mL.

## 2 - MORPHINIQUES

- Au cours des rachianesthésies et des anesthésies péridurales (le plus souvent).
- Forte dose par voie orale sous-cutanée ou intraveineuse (analgésie, ou toxicomanie).

## 3 - AUTRES TRAITEMENTS (MOINS FRÉQUENTS)

- Les sympathomimétiques
- Les bêta 2-mimétiques :
- Les inhibiteurs calciques.

### F - STÉNOSE DE L'URÈTRE

---

- Post-traumatique.
- Iatrogène (antécédent de sondage urétral prolongé, chirurgie endoscopique urologique).
- Post-infectieuse (urétrite sur IST).

### G - CAILLOTAGE VÉSICAL

---

- Nécessite la pose d'une sonde vésicale trois voies pour réaliser un lavage vésical continu jusqu'à éclaircissement des urines.
- Une prise en charge chirurgicale en urgence est parfois nécessaire pour enlever les caillots à l'aide d'un endoscope.

### H - AUTRES

---

- Prolapsus génital chez la femme.
- Fécalome.
- Phimosis serré.

## V - COMPLICATIONS

### A - INSUFFISANCE RÉNALE AIGUË

---

- L'obstruction sous-vésicale entraînant une stase vésicale peut avoir un retentissement sur le haut appareil par l'augmentation de la pression intravésicale. Le retentissement peut se manifester par la dilatation bilatérale des voies excrétrices supérieures, par une augmentation de la créatininémie ou par l'association des deux (la fréquence de l'augmentation de la créatininémie chez des patients porteurs d'HBP symptomatique et candidats à un traitement chirurgical a été estimée entre 7 et 18 %).
- L'insuffisance rénale régresse très rapidement après drainage vésical. La dilatation des cavités pyélocalicielles peut persister pendant quelques semaines.

### B - SYNDROME DE LEVÉE D'OBSTACLE (SLO)

---

La physiopathologie du SLO est double : il procède d'une tubulopathie fonctionnelle rendant le rein incapable transitoirement de concentrer l'urine, phénomène auquel se surajoute le rôle osmotique de l'urée.

Le dépistage du SLO repose de façon simple sur la surveillance horaire de reprise de la diurèse après la levée de l'obstacle. Le diagnostic se doit d'être précoce car la polyurie osmotique qui apparaît est parfois majeure avec un volume supérieur à un litre par heure, engageant le pronostic vital du patient.

- Réhydratation intraveineuse en compensant les entrées aux sorties.

### C - HÉMATURIE A VACUO

---

En cas de vidange vésicale trop rapide, il peut survenir une hématurie macroscopique, appelée hématurie *a vacuo*. Cette hématurie est favorisée en cas de troubles de l'hémostase ou de traitements anticoagulants.

Il est conseillé de réaliser une vidange vésicale progressive et de clamber la sonde quelques minutes tous les 500 mL.

### D - VESSIE CLAQUÉE

---

La distension détrusorienne aboutit à un claquage musculaire, la vessie perd ses capacités contractiles. C'est la raison pour laquelle il peut être nécessaire d'attendre quelques jours à quelques semaines avant de tenter d'enlever une sonde à demeure.

Altérations de la paroi vésicale pouvant aboutir au développement de diverticules vésicaux.



## RÉSUMÉ

---

### Diagnostic :

- clinique ;
- impossibilité complète et douloureuse d'uriner ;
- douleur abdominale sus-pubienne intense, globe vésical.

### Signes associés :

- hyperthermie, frissons ;
- hématurie.

### Toucher rectal (TR) :

- volume prostatique, HBP ;
- consistance de la prostate, cancer ;
- douleur élective, prostatite ;
- rechercher un fécalome.

### Cas particulier :

- personnes âgés : désorientation temporo-spatiale, agitation, fécalome associé.

### Examens complémentaires :

- **aucun examen complémentaire en urgence** avant le drainage ;
- ECBU après drainage ;
- créatinémie, ionogramme sanguin ;
- échographie du haut appareil à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélocalicielle, recherche également des signes de pyélonéphrite ;
- **jamais de dosage de PSA en urgence.**

### Prise en charge :

- sondage urinaire en première intention ;
- KTSP en cas de sténose de l'urètre ou de traumatisme, en l'absence de contre-indication ;
- noter précisément le volume contenu dans la vessie (bon pronostic si inférieur à 900 cc) ;
- surveiller la diurèse horaire ;
- prévenir le syndrome de levé d'obstacle, réhydratation compenser les pertes ;
- débiter chez l'homme un traitement par alphabloquant.

### Étiologies :

- hypertrophie bénigne de la prostate ;
- prostatite ;
- cancer de la prostate ;
- vessie neurologique ;
- iatrogénies médicamenteuses ;
- sténose de l'urètre ;
- caillottage vésicale ;
- prolapsus génital chez la femme ;
- fécalome ;
- phimosis serré.

**Complications :**

- insuffisance rénale aiguë ;
- syndrome de lever d'obstacle, réhydratation intraveineuse en compensant les entrées aux sorties ;
- vessie claquée.