

Faculté de Médecine de Setif
Service d'Urologie

CAT devant une rétention vésicale aiguë

Présenté par: Dr. Serdouk

Plan

1. Introduction et définition;
2. Interêt de la question;
3. Rappel physiologique;
4. Conduite à tenir:
 - A. Diagnostic clinique;
 - B. Diagnostic paraclinique;
 - C. Prise en charge.
6. Diagnostic étiologique;
7. Etiologies;
8. Conclusion.

Objectifs pédagogiques

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

Introduction et définition

- Rétention vésicale complète ou rétention aiguë d'urine = impossibilité brutale, douloureuse et totale d'uriner malgré la réplétion vésicale.
- Traduit le plus souvent la présence d'un obstacle sous la vessie empêchant l'évacuation des urines.
- A différencier de l'anurie: arrêt de sécrétion d'urine par les reins
- Diagnostic généralement facile sur la constatation clinique du globe vésical.
- Le drainage vésical s'impose en urgence.

Interêt de la question

- **Urgence urologique fréquente;**
- **Diagnostic facile clinique;**
- **Urgence thérapeutique (drainage urinaire);**
- **impose une enquête étiologique.**

Rappel physiologique

- Pour avoir une bonne miction il faut avoir trois conditions:
 1. Une bonne **compliance** et une **bonne contraction** vésicale;
 2. Perméabilité de la filière urétrale;
 3. Une synergie vésico-sphinctérienne sous contrôle nerveux.
- La rétention aiguë d'urine peut donc résulter d'un défaut de l'un de ces trois éléments.

Rappel physiologique

- L'appareil urinaire est subdivisé en deux parties:
 1. Le haut appareil urinaire (rein et uretère) qui sert à la filtration et l'acheminement des urines à la vessie;
 2. Le bas appareil urinaire:
 - A. La vessie qui comporte un muscle lisse, le détrusor et un sphincter lisse le col vésical
 - B. L'urètre entouré de fibres musculaires striées formant le sphincter urétral.

Conduite à tenir

Diagnostic clinique

- Type de description: patient de sexe masculin++, **algique**, anxieux et agité, **envie d'uriner permanente** (« pisser ou mourir »).
- L'interrogatoire doit être bref et rapide, recherchant essentiellement une contre indication au drainage vésical.

Diagnostic clinique

- Examen physique à la recherche du **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).



Diagnostic différentiel :

- **Anurie: pas de globe vésical, pas d'envie d'uriner, le plus souvent pas de douleur pelvienne associée.**

Diagnostic para-clinique

- A ce moment **aux urgences aucun examen** complémentaire ne doit retarder le drainage.
- Si Indication de drainage par cathéter sus pubien un bilan d'hémostase peu être demandé avec échographie vésicale.

Prise en charge

1. But du traitement: drainage des urines en urgence.

2. Moyens thérapeutiques:

- Sondage vésicale trans urétral;
- CATHÉTÉRISME SUS-PUBIEN (KTSP).

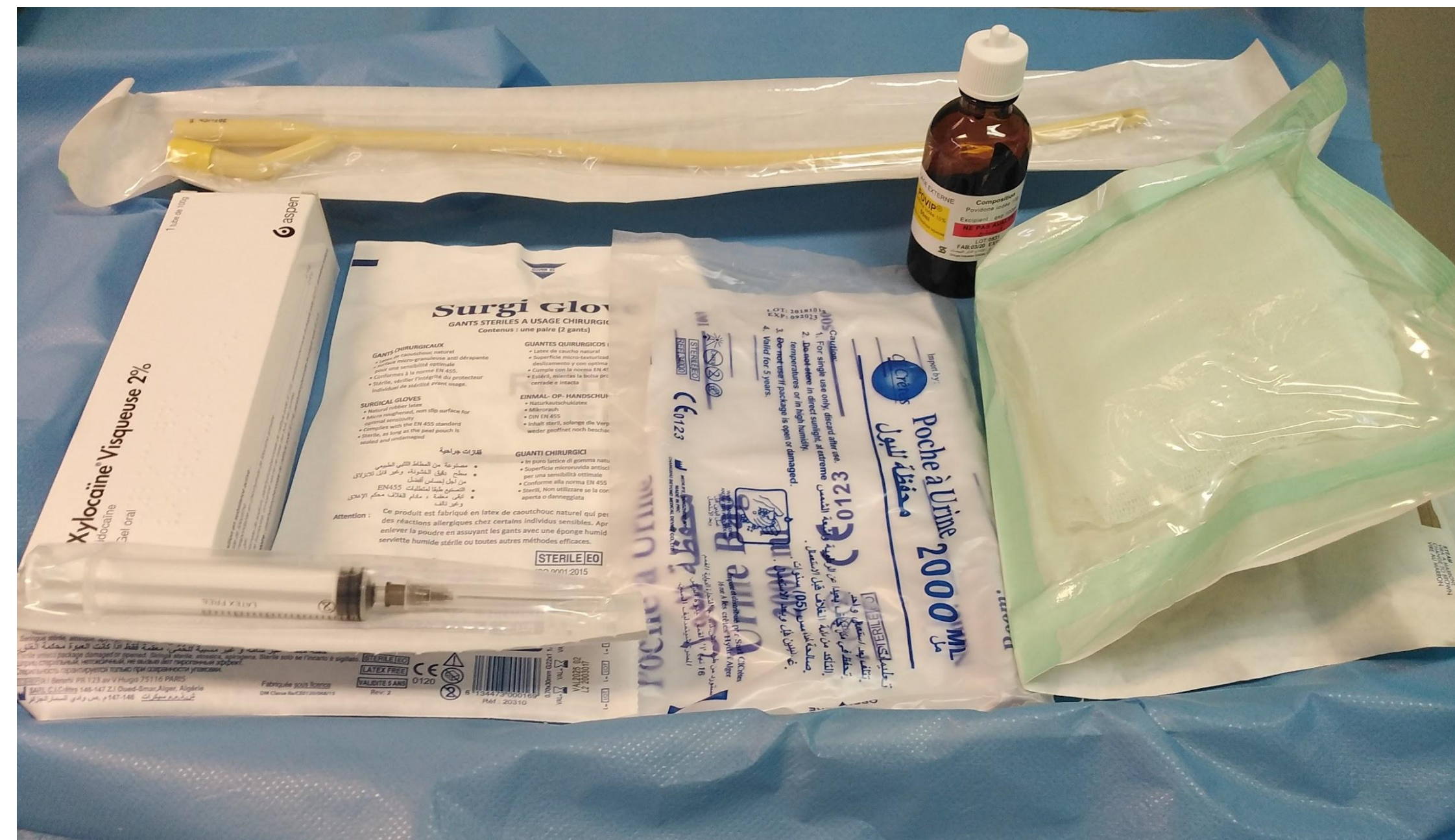
Quelle que soit la modalité de drainage, systématiquement :

- 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*.

Prise en charge

1. Sondage vésicale trans urétral:

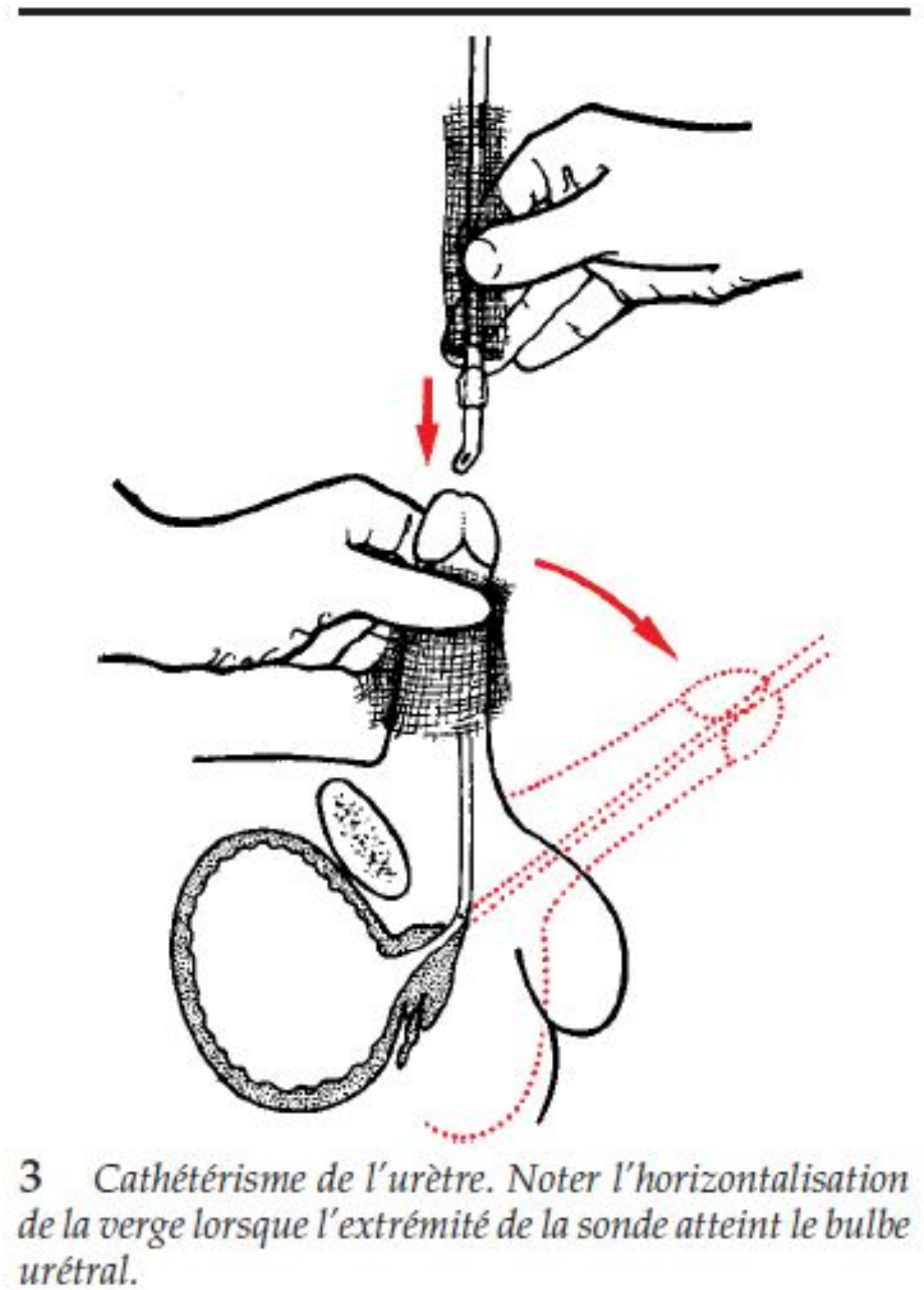
○ Matériels:



Prise en charge

1. Sondage vésicale trans urétral:

- Technique:
 - Expliquer le geste au patient;
 - Dans des conditions strictes d'asepsie et de stérilité;
 - En DD jambe écartées désinfection des OGE et lubrification;
 - Verge saisie et tractée au zénith;
 - Introduction de la sonde de manière douce (CH18-20);
 - Gongler le ballonnet après écoulement des urines;
 - Instaurer un drainage décline en permanence



Prise en charge

1. Sondage vésicale trans urétral:

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

Prise en charge

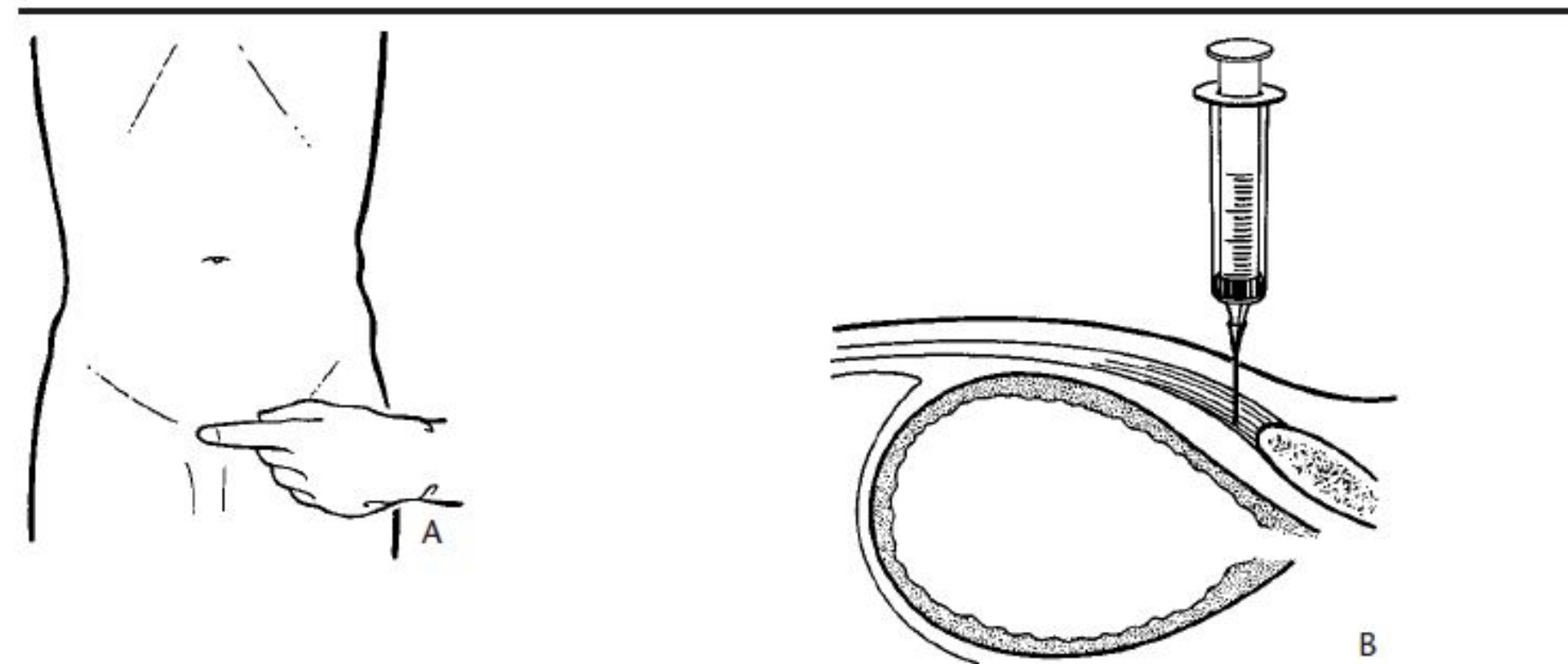
2. Cathétérisme sus pubien:

- Indication: en cas de contre indication ou échec du drainage trans-urétral.
- Avantages:
 - Pas de risque de fausses routes urétrales ;
 - Epreuve de clampage possible pour juger de la reprise mictionnelle ;
 - Moins de complications locales au long cours ;
 - Bon système de drainage à moyen terme.

Prise en charge

2. Cathétérisme sus pubien:

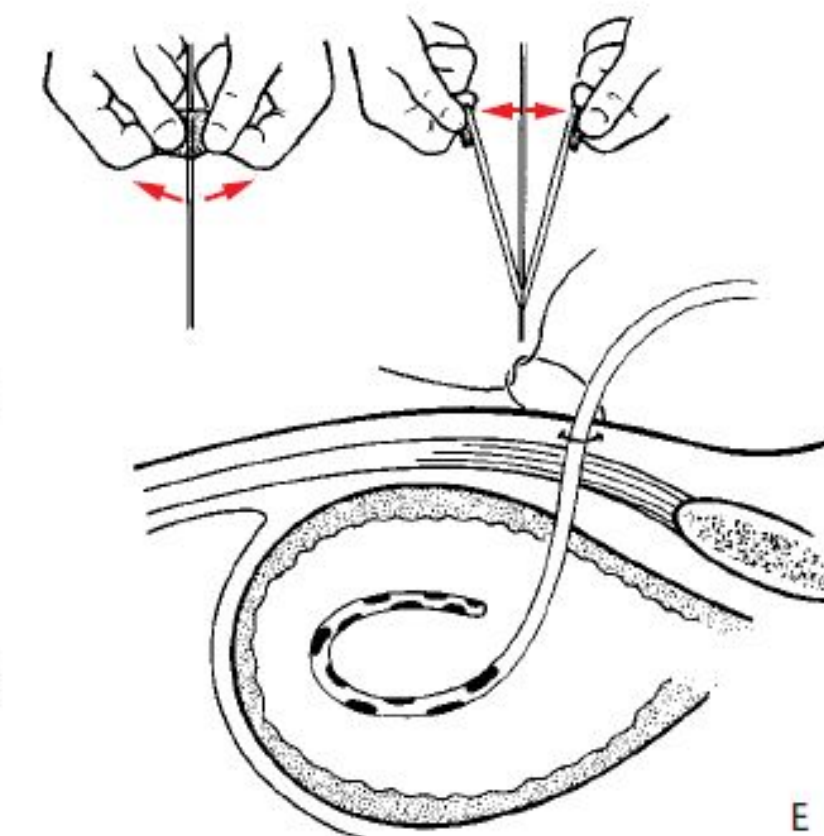
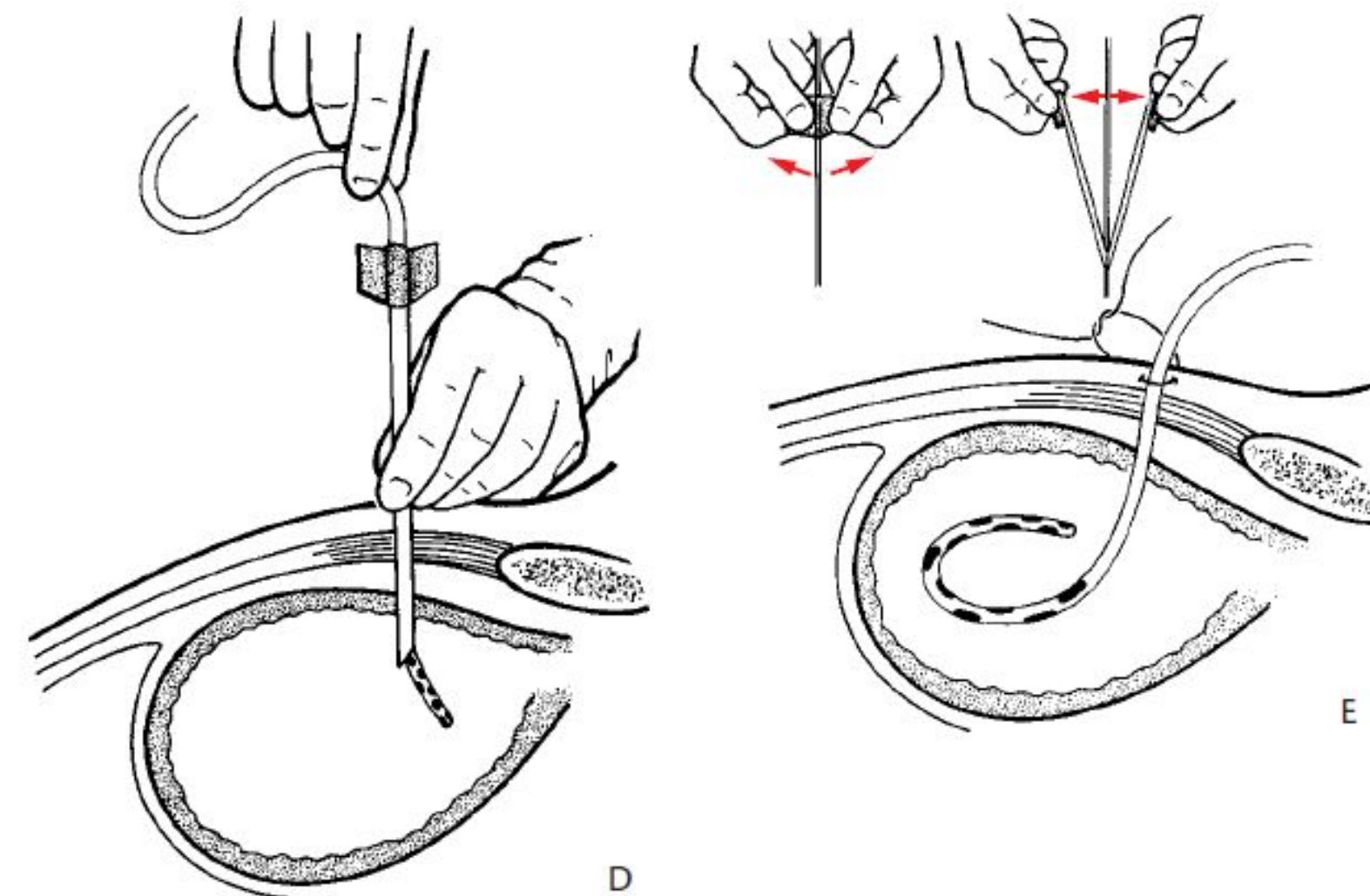
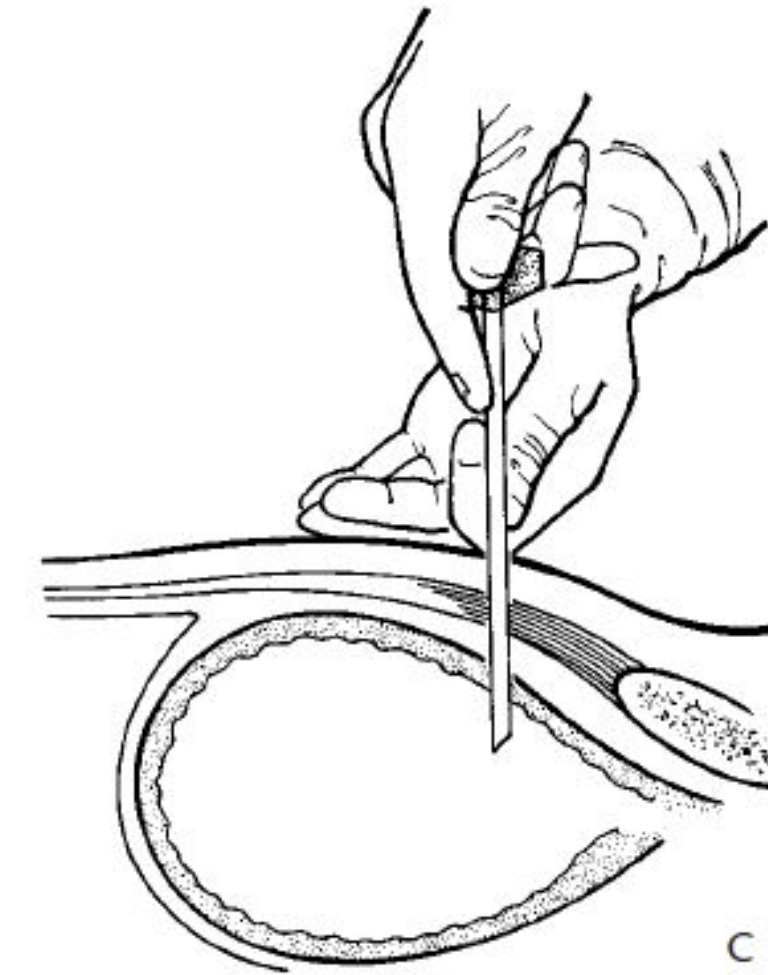
- Technique:
 - **S'assurer de l'existence du globe vésical+++;**
 - Informer le patient et le rassurer;
 - Strictes conditions d'asepsie et de stérilité,
 - Repérage du point de ponction à l'intersection de la ligne médiane de l'abdomen et la ligne horizontale à 2 travers de doigts au-dessus de la symphise pubienne (A) ;
 - Sous anesthésie locale (lidocaïne 1 %) (B) ;



Prise en charge

2. Cathétérisme sus pubien:

- Technique:
 - Introduction du trocart dans le globe vésical (C) ;
 - Mise en place du cathéter sus-pubien dans la vessie par la lumière du trocart (D)
 - Ablation du trocart et fixation du cathéter à la peau (E).



Prise en charge

2. Cathétérisme sus pubien:

- Contre indications:
 - Contre-indications absolues :
 - absence de globe vésical,
 - pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne (fémoro-fémorale croisé) ;
 - antécédents de tumeurs de la vessie.
 - Contre-indications relatives (dans tous les cas prendre l'avis d'un urologue) :
 - troubles de l'hémostase, patients sous anticoagulant,
 - cicatrices de laparotomie,

Prise en charge

- Surveillance:
 - ECBU;
 - Noter le volume évacué;
 - Prévenir le syndrome du levé d'obstacle, hématurie à vacuo en clampant le drain tous les 500 ml pendant 15min;
 - Compenser en cas du syndrome du levé d'obstacle.

Diagnostic étiologique

1. L'interrogatoire:

1 - ANTÉCÉDENTS UROLOGIQUES

- **Épisodes antérieurs de rétention.**
- **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- ANTÉCÉDENTS NEUROLOGIQUES

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

3- TRAITEMENT EN COURS

- Pouvant induire une rétention (cf. infra).
- Pouvant gêner le traitement de la rétention :
 - antiagrégants plaquettaires ;
 - AVK, héparine.

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.

Diagnostic étiologique

2. Examen clinique: Complet et minutieux;

- **TR:**

- chez l'homme :

- estimation du volume prostatique,
 - pathologie urologique : prostatite (douleur élective), HBP, cancer de la prostate volume asymétrique ;

- 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;
 - recherche systématique de pathologie associée de l'ampoule rectale (hémorroïdes, tumeur du rectum).

Diagnostic étiologique

- **Organes génitaux externes:**
 - Phimosis serré chez l'homme ;
 - Sténose méat urétral (homme et femme) ;
 - Orchi-épididymite parfois associée à une prostatite.

Diagnostic étiologique

3. Examens para clinique:

- APRÈS DRAINAGE:
 - **ECBU systématique.**
 - 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 dans ce contexte (fausse élévation).**

Diagnostic étiologique

3. Examens para clinique:

- . BILAN ÉTIOLOGIQUE
- **Échographie vésico-prostatique:**
 - résidu post-mictionnel ;
 - retentissement vésical, diverticule, épaissement pariétal, lithiase vésicale ;
 - tumeurs vésicales (en cas d'hématurie) ;
 - lobe médian prostatique ;
 - volume prostatique (échographie endorectale).
- **Débitmétrie** : éventuelle, à distance de l'épisode de rétention
- **Urétrocystoscopie:**
 - bilan obligatoire en cas d'hématurie macroscopique associée ;
 - indispensable aussi en cas de difficultés de sondage : recherche d'une sténose.
- Plus rarement :
 - urétrocystographie rétrograde et mictionnelle : bilan de sténose urétrale ;
 - bilan urodynamique : surtout si pathologie neurologique sous-jacente.

Etiologie

1. HYPERTROPHIE BÉNIGNE DE LA PROSTATE;

2. PROSTATITE;

3. CANCER DE LA PROSTATE;

4. NEUROLOGIQUES:

→CENTRALES: Sclérose plaques;

- Compression/lésion médullaire;
- lésions congénitales de la moelle (spina-bifida);
- maladie de parkinson ;
- AVC;

→PÉRIPHÉRIQUES:

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

Etiologie

5. CAUSES MÉDICAMENTEUSES:

- Anticholinergiques;
- Morphiniques;
- Les sympathomimétiques;
- Les beta-2-mimétiques;
- Les inhibiteur calciques;

6. STÉNOSE DE L'URÈTRE;

7. CAILLOTAGE VÉSICAL;

8. Prolapsus génital chez la femme;

9. Fécalome;

10. Phimosis serré.

Complications

- Insuffisance rénale aiguë;
- Syndrome du levée d'obstacle;
- Hémorragie à vacuo;
- Claquage vésicale.

Conclusion

- La rétention vésicale aiguë reste une urgence urologique fréquente surtout chez l'homme;
- Le diagnostic est purement clinique;
- Le drainage vésicale reste la priorité de la prise en charge tout en s'assurant d'éviter les complications.