



# Conduite A Tenir Devant Une Rétention Aigue D'urines



**Dr Chelef S.M.A**

Maitre-Assistant en Chirurgie Urologique

# *Objectifs pédagogiques*

- Connaître la définition de la rétention aiguë d'urine
- Connaître la physiopathologie de la rétention aiguë d'urine
- Connaître les principales causes de rétention aiguë d'urine
- Connaître les éléments cliniques de la rétention aiguë d'urine
- Connaître les diagnostics différentiels
- Connaître les éléments de gravité en cas de rétention aiguë d'urine
- Planifier la prise en charge en urgence de la rétention aiguë d'urine

# Définition

- Rétention vésicale complète ou rétention aiguë d'urine = impossibilité totale d'uriner malgré la réplétion vésicale.

## Urgence Urologique+++

- 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.

# Physiopathologie

- pathologie essentiellement masculine en dehors du contexte de vessie neurologique.
- Une miction normale nécessite :
  1. Réservoir (vessie) : capable de se remplir facilement et se contracter efficacement
  2. filière urétrale : col , Prostate , Sphincter strié , urètre : continence + OL lors de la miction
  3. Système nerveux : remplissage et vidange

## Rétention

Un obstacle sous-vésical (le plus souvent)

Une altération de la commande neurologique

Un défaut de contraction vésicale (plus rarement)

# Diagnostic

## Interrogatoire

### 1. Circonstances d'apparition et signes associés à rechercher lors de l'interrogatoire

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

### 2. Antécédents urologiques à rechercher

- Épisodes antérieurs de rétention aiguë d'urine.
- Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP).
- Cancer de la prostate.
- Sténose urétrale (traumatisme urétral, urétrite, notion de sondages traumatiques).
- Intervention urologique endoscopique (résection endo-urétrale de la prostate, résection endo-urétrale de la vessie, incision endoscopique du col de la vessie).
- Sondage urinaire permanent ou intermittent.
- Prostatite, infection urinaire basse.
- Cancer de la vessie.

### 3. Antécédents neurologiques à rechercher

- Lésion médullaire.
- Sclérose en plaques.
- Spina bifida.
- Maladie de Parkinson.
- Neuropathie diabétique.
- Accident vasculaire cérébral (AVC).

### 4. Traitements en cours

- Médicaments pouvant induire une rétention aiguë d'urine
- Médicaments pouvant gêner le traitement de la rétention aiguë d'urine :
  - antiagrégants plaquettaires
  - anticoagulants (antivitamine K [AVK], héparine).

# Diagnostic

## Examen Clinique

- Patient anxieux agité avec une envie permanente d'uriner.  
« Pisser ou mourir »
- Palpation abdominale : on retrouve un globe vésical :
  - masse immédiatement sus-pubienne ;
  - voussure à convexité supérieure ;
  - matité à la percussion sus-pubienne ;
  - masse douloureuse dans la plupart des cas (la palpation augmente l'envie d'uriner).
- Touchers pelviens (chez l'homme : réaliser un toucher rectal ; chez la femme : réaliser un toucher vaginal et un toucher rectal) :
  - chez l'homme : HBP , Prostatite , Cancer de prostate
  - chez la femme : tumeur gynécologique, prolapsus génital
  - chez la femme comme chez l'homme : le toucher rectal permet de rechercher un fécalome (cause isolée possible de rétention par distension de l'ampoule rectale)
- OGE : sténose méatique , phimosis serré , orchite.

### Cas particuliers !!!

- Personnes âgées : Fécalomes
- Diabétiques : hypoesthésie vésicale
- Traumatismes rachidiens : rétention urinaire indolore



# Diagnostic

## Examens complémentaires

### 1. Bilan urgences

#### a. Avant drainage

- Aucun examen complémentaire n'est requis en urgence avant le drainage : la douleur

impose un drainage rapide.

- En cas d'indication de drainage par cathéter sus-pubien, il faut discuter :

- un bilan d'hémostase (en cas de suspicion de troubles de l'hémostase ou en cas de prise de traitement anticoagulant) ;

- une échographie vésicale. Indispensable en cas de doute clinique sur le diagnostic de

rétenion aiguë d'urine (méfiance chez les patients obèses, chez les personnes âgées

confuses et dans un contexte de pathologie neurologique).

#### b. Après drainage

- Examen cytbactériologique des urines (ECBU) systématique.
- Créatinémie, ionogramme sanguin.
- Échographie du haut appareil en cas de fièvre ou d'insuffisance rénale aiguë, afin de rechercher une dilatation urétéro-pyélo-calicielle ou de signes de pyélonéphrite
- Jamais de dosage de PSA (prostate-specific antigen) dans ce contexte (fausse élévation).

### 2. Bilan étiologique

Le bilan étiologique ne doit être réalisé que secondairement. La priorité est la dérivation des urines en urgence.

- Échographie vésicoprostatique par voie sus-pubienne qui permet :

- la recherche d'un résidu postmictionnel (si aucune sonde urinaire n'est en place) ;

- l'évaluation du retentissement vésical : présence de diverticules vésicaux, d'un épaissement pariétal, de lithiase vésicale

- la recherche de tumeurs vésicales en cas d'hématurie

- la recherche un lobe médian prostatique et d'une protrusion prostatique intravésicale

- l'évaluation du volume prostatique (possibilité d'effectuer une échographie endorectale pour une évaluation plus précise).

- Débitmétrie : à distance de l'épisode de rétention et en l'absence de sonde vésicale.

- Urétrocystoscopie

Plus rarement :

- urétrocystographie rétrograde et mictionnelle : bilan de sténose urétrale ou de traumatisme urétral

- bilan urodynamique : en cas de pathologie neurologique sous-jacente.



# Prise en charge

urgence thérapeutique = Un drainage vésical

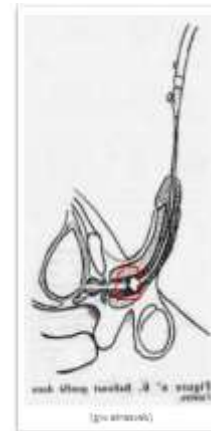
## Sondage vésical

- Modalités de mise en place d'une sonde urinaire :
  - sonder dans des strictes conditions d'asepsie et de stérilité ;
  - utiliser du gel lubrifiant en seringue ;
  - maintenir un système clos : interdiction de déconnecter la sonde vésicale du système de drainage ;
  - utiliser des sondes à double courant si une irrigation est nécessaire (en cas d'hématurie macroscopique) ;
  - instaurer un drainage vésical déclive en permanence pour éviter toute stase urinaire ;
  - prélever de manière rigoureusement aseptique les urines pour les examens cytbactériologiques ;
  - éviter les sondes de petit calibre en première intention, (utiliser une Charrière 18–20 chez les hommes susceptibles d'avoir une HBP) ;
  - utiliser de l'eau pour préparation injectable pour gonfler le ballonnet de la sonde urinaire.

**Important :** Ne pas utiliser de sérum physiologique pour gonfler le ballonnet : le chlorure de sodium peut cristalliser et empêcher le dégonflage du ballonnet par la suite ; ballon gonflé à 8–10 mL habituellement ;

### Contre-indications du sondage vésical

- sténose urétrale ;
- traumatisme de l'urètre, notamment en cas de polytraumatisme (fracture du bassin associée à une urétrorragie) ;
- prostatite aiguë (contre-indication relative, possibilité de sondage si le patient est apyrétique et après mise en route d'une antibiothérapie) ;





# Cathétérisme sus-pubien

## Prise en charge

urgence thérapeutique = Un drainage vésical



### Avantages

- pas de risque de fausse route urétrale
- épreuve de clampage possible pour juger de la reprise mictionnelle
- moins de complications locales au long cours
- bon système de drainage à moyen terme

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

- absence de globe vésical (contre-indication absolue) ;
- pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne (fémoro-fémoral croisé) (contre-indication absolue) ;
- antécédents de cancer de la vessie (risque d'essaimage du cancer dans la paroi) ;
- hématurie macroscopique (risque de cancer de vessie méconnu et risque d'obstruction du cathéter par des caillots) ;
- troubles de l'hémostase, patients sous anticoagulant ;
- cicatrices de laparotomie (contre-indication relative, il faut s'assurer avec une échographie qu'il n'y ait pas d'anse digestive intercalée entre la vessie et la paroi).

### Modalités de mise en place d'un cathéter sus-pubien :

- indication en cas d'échec ou de contre-indication au sondage vésical,
- toujours s'assurer de l'existence d'un globe vésical avant de mettre en place un cathéter sus-pubien. En l'absence de globe, il y a un risque élevé de perforation d'une anse intestinale,
- c'est un acte médical,
- informer 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,
- repérage du point de ponction qui est situé à l'intersection de deux lignes : la ligne médiane de l'abdomen et la ligne horizontale située à deux travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne,
  - 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.

# Surveillance post-Drainage

- Noter précisément le volume contenu dans la vessie (bon pronostic si inférieur à 600 cc).
- Surveiller la diurèse horaire, prévenir le syndrome de levée d'obstacle.
- Mettre en place un traitement par alpha-bloquant per os.

# Epreuve d'ablation de sonde (Sevrage)

Quelques jours après l'épisode de rétention, sera organisée une épreuve d'ablation de sonde vésicale (ou de clampage de cathéter), sous réserve que la cause ait été diagnostiquée et traitée.

- Pour majorer les chances de reprise des mictions chez l'homme, un traitement  $\alpha$ -bloquant sera mis en place et ce d'autant plus qu'une hypertrophie prostatique est impliquée dans le mécanisme de la rétention.
- Lors de cette épreuve d'ablation de sonde, une mesure du résidu postmictionnel sera réalisée et un avis spécialisé sera habituellement demandé

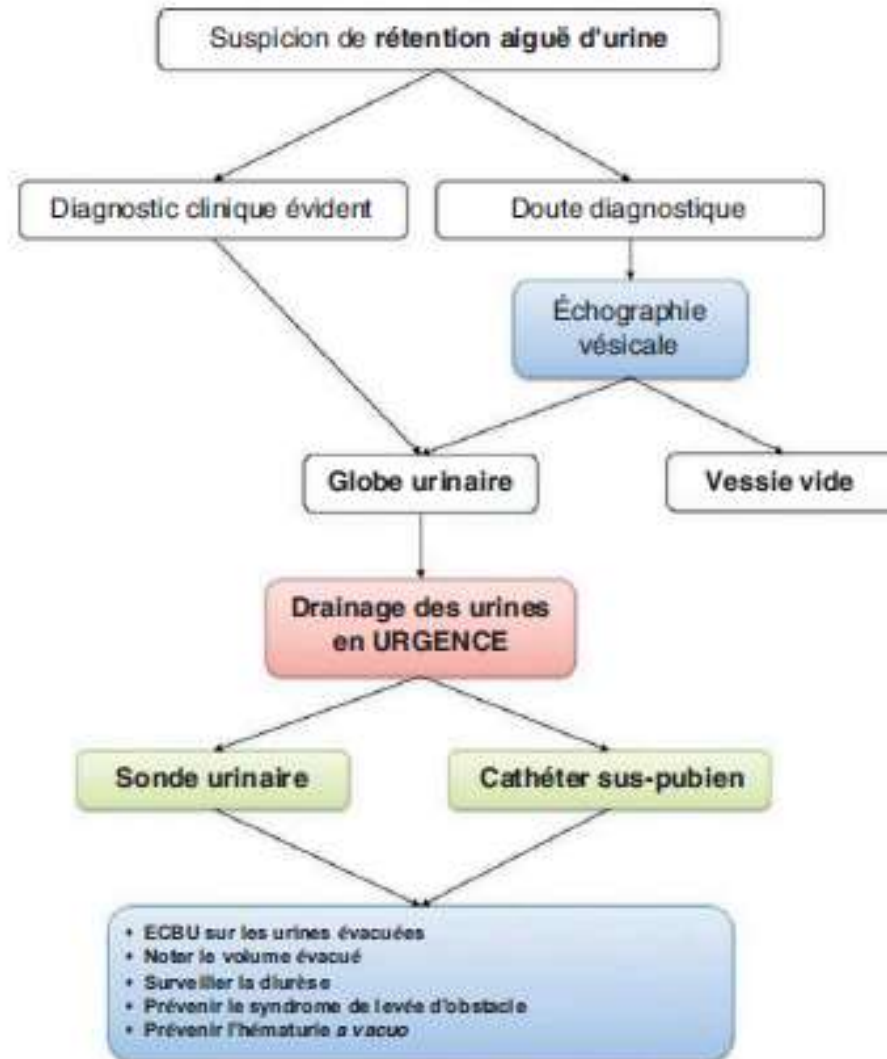
# Etiologies

- **Mécaniques** : liées à une obstruction par HBP, par prostatite aiguë, par cancer de la prostate, par sténose urétrale, par traumatisme de l'urètre, par hématurie macroscopique caillottante, par calcul de vessie, par prolapsus génital (chez la femme) .
- **Fonctionnelles** :
  - Réflexes par pathologie anorectale (fécalome, hémorroïdes)
  - Causes neurologiques centrales : (Sclérose en plaques ,Compression/lésion médullaire , Lésions congénitales de la moelle (ex. : spina bifida), Maladie de Parkinson, AVC.
  - Causes neurologiques périphériques : Neuropathie diabétique ,Chirurgies pelvienne lourde.
  - cystite aiguë (chez la femme) .
- **Iatrogènes et Médicamenteuses** (**Anticholinergiques, Morphiniques**).

# Complications

- **A. Insuffisance rénale aiguë**
- **B. Syndrome de levée d'obstacle**
- **C. Hématurie a vacuo**
- **D. Vessie claquée**

# Algorithme de prise en charge d'une R.A.U



# The Take Home Messages

- La rétention aiguë d'urine (RAU) est une urgence urologique fréquente dont les étiologies sont multiples.
- Sa prise en charge initiale nécessite une vidange vésicale en urgence.
- Le traitement alpha-bloquant, associé au drainage, augmente les chances de succès de sevrage et diminue les risques de récurrence..