

Rétention aiguë d'urine



	Tour 1	Tour 2	Tour 3	Dernier tour
Date				

OBJECTIFS

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

LIENS TRANSVERSAUX

- ▶ **ITEM 156** Tumeurs de la prostate.
- ▶ **ITEM 171** Recherche d'un terrain à risque et adaptation thérapeutique. Interactions médicamenteuses.
- ▶ **ITEM 177** Prescription et surveillance des psychotropes.
- ▶ **ITEM 181** Iatrogénie. Diagnostic et prévention.
- ▶ **ITEM 201** Évaluation de la gravité et recherche des complications précoces.
- ▶ **ITEM 247** Hypertrophie bénigne de la prostate.
- ▶ **ITEM 252** Insuffisance rénale aiguë – Anurie.
- ▶ **ITEM 315** Hématurie.
- ▶ **ITEM 339** Troubles de l'hémostase et de la coagulation.
- ▶ **ITEM 342** Tuméfaction pelvienne chez la femme.

CONSENSUS

- Aucune conférence de consensus n'existe à ce jour sur ce thème.

POUR COMPRENDRE...

- La rétention aiguë d'urine est une **urgence thérapeutique**.
- Elle est due à un obstacle sous-vésical à l'écoulement des urines.
- Le traitement de la rétention aiguë d'urine est le drainage vésical.
- La rétention aiguë d'urine touche principalement les hommes.
- En l'absence de drainage vésical, elle conduit à des complications mécaniques du bas appareil urinaire et/ou à une insuffisance rénale obstructive.

I. DIAGNOSTIC

- La rétention aiguë d'urine correspond à une **impossibilité totale et brutale d'uriner**.
- Elle s'accompagne d'une **envie pressante et douloureuse d'uriner**.
- Elle est en rapport avec un obstacle sous-vésical à l'écoulement des urines.
- Elle concerne principalement les **hommes mais peut se voir chez la femme**.
- Le diagnostic initial est uniquement clinique. La douleur du patient étant souvent très vive, aucun examen complémentaire à visée diagnostique ne doit être demandé dans le cadre de l'urgence.

A. Interrogatoire

L'interrogatoire doit permettre de préciser :

- les circonstances d'apparition;
- les **épisodes antérieurs de rétention**;
- les **signes fonctionnels urinaires** préexistants;
- les **antécédents urologiques**;
- les autres antécédents (neurologiques, principalement);
- la douleur du patient (douleur sus-pubienne);
- les signes associés (**fièvre, hématurie**).

Il doit être rapide et précis pour ne pas retarder la prise en charge.

B. Examen physique

- L'examen physique met en évidence un **globe vésical** :

- **voussure hypogastrique**;
- **mate** à la percussion;
- à convexité supérieure;
- **douloureuse** à la palpation et provoquant une envie d'uriner.

- En présence d'un globe vésical douloureux, le diagnostic est très facile. Parfois, la symptomatologie est plus fruste, en particulier chez la **personne âgée**. Une rétention aiguë d'urine peut alors se manifester par :

- une **confusion** ou une désorientation temporo-spatiale;
- une **anxiété**;
- une **agitation**.

0

- Comme toujours en urologie, le **toucher rectal** est un élément important de l'examen physique :

- il recherche une hypertrophie bénigne de la prostate (appréciation du volume de la prostate);
- il confirme l'existence d'une prostatite (fièvre associée à la rétention d'urine et douleur au toucher rectal);
- il recherche un nodule prostatique induré (cancer de la prostate associé).

- L'examen des **organes génitaux externes** est systématique : il permet de diagnostiquer un **phimos serré**.

- La palpation des fosses lombaires fait partie de l'examen physique recommandé :

- elle recherche un syndrome de masse en rapport avec une dilatation du haut appareil urinaire;
- elle est très peu sensible et a été supplantée par l'échographie.

II. PRISE EN CHARGE

- La rétention aiguë d'urine est une **urgence thérapeutique**.
- Elle se traite par la **vidange vésicale**;
- Elle ne nécessite aucun examen complémentaire à visée diagnostique.
- Le drainage des urines peut se faire (fig. 216-1) :
 - par les voies naturelles : **sonde vésicale** (sonde urétrale);
 - par voie percutanée : **cathéter sus-pubien** (cystocathéter).
- Ces deux techniques de drainage des urines ont des avantages et des contre-indications respectives qu'il faut connaître (tableau 216-1).

- Après la mise en place d'un système de drainage vésical adapté, il faut :
 - **éviter une vidange trop rapide**, pouvant conduire à une **hémorragie vésicale a vacuo** (en pratique, il faut clamper la sonde vésicale après avoir évacué environ 400 ml d'urine);
 - **surveiller la reprise de la diurèse** pour rechercher un éventuel **syndrome de levée d'obstacle** (augmentation transitoire de la diurèse provoquant une déshydratation en l'absence de compensation adaptée).

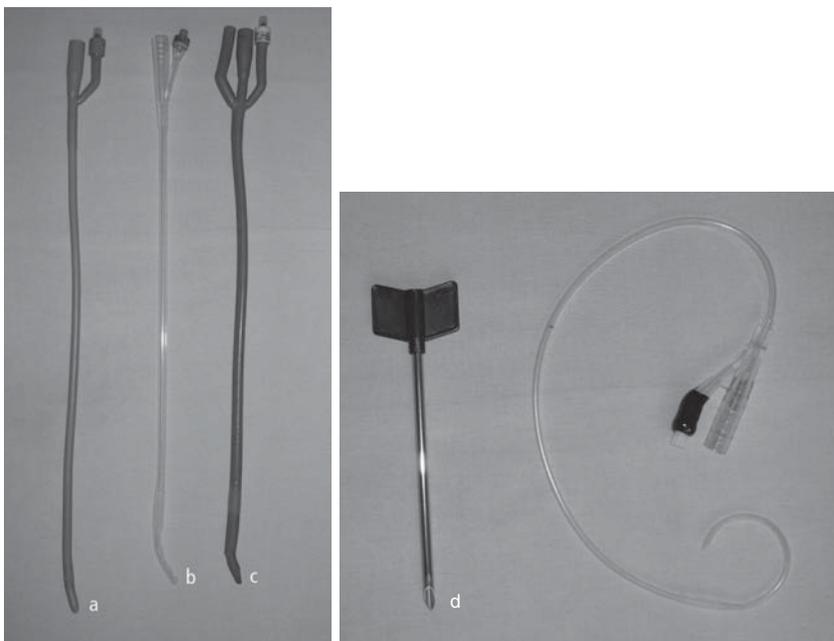


Fig. 216-1. Systèmes de drainage vésicaux.

a. Sonde de Foley. b. Sonde béquillée. c. Sonde à trois voies pour lavages vésicaux. d. Cathéter sus-pubien avec trocart.

Tableau 216-I. Méthodes de drainage vésical

	Sonde vésicale	Cystocathéter
Indications	HBP Caillottage vésical	Prostatite Sténose urétrale Traumatisme du bassin
Contre-indications	Prostatite Sténose urétrale Traumatisme du bassin	Tumeur de vessie Anticoagulants Troubles de l'hémostase Pontage vasculaire extra-anatomique (sus-pubien) Absence de globe vésical ± Cicatrice médiane sous-ombilicale
Avantages	Simplicité	Peu d'infections Permet des épreuves de clampage
Inconvénients	Risque de traumatisme de l'urètre Risque d'infection ascendante	Risque de perforation vasculaire ou digestive

A. Sondage vésical

- Le sondage vésical est le mode de drainage vésical le plus fréquemment utilisé :
 - il consiste à vidanger la vessie en introduisant une sonde à l'intérieur de l'urètre ;
 - il comporte un **risque de lésion urétrale** pouvant évoluer secondairement vers une sténose ;
 - il nécessite des mesures d'asepsie strictes.
 - Le sondage vésical est conseillé :
 - en présence d'une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) ;
 - lors d'un caillottage vésical.
 - Il est déconseillé chez les patients jeunes (en raison du risque de lésion de l'urètre).
- 0**
- Il est contre-indiqué en cas de :
 - **prostatite aiguë** ;
 - **sténose urétrale** connue ;
 - **traumatisme de l'urètre** (fracture du bassin, traumatisme périnéal).

B. Cathétérisme sus-pubien

- Le cathétérisme sus-pubien consiste à vidanger la vessie en mettant en place un cathéter par voie percutanée dans la région sus-pubienne.
 - Il nécessite une anesthésie locale et une incision cutanée punctiforme.
 - Il comporte un **risque de perforation d'une anse intestinale**.
- Il est conseillé :
 - lorsque le sondage vésical est contre-indiqué ;
 - en cas de prostatite ;
 - en présence d'un antécédent de sténose de l'urètre ;
 - dans le contexte d'un traumatisme de l'urètre (fracture du bassin ou traumatisme périnéal avec urétrorragie).

0

- Il est déconseillé en présence d'un antécédent de chirurgie abdominopelvienne.
- Il est **contre-indiqué** en cas de :
 - **tumeur de vessie** ;
 - **trouble de l'hémostase** ou prise d'anticoagulants ► **ITEM 339** ;
 - **absence de globe vésical franc** (risque important de plaie intestinale) ;
 - caillottage vésical ;
 - pontage vasculaire extra-anatomique fémoro-fémoral croisé.

C. Étiologie

- Certaines causes de rétention aiguë d'urine sont communes aux deux sexes :
 - les obstacles mécaniques : sténose urétrale, calcul de l'urètre, corps étranger de l'urètre, maladie du col vésical (hypertrophie des fibres musculaires lisses), tumeur vésicale ou pelvienne ;
 - les obstacles fonctionnels : réflexe par pathologie anorectale (fécalome, hémorroïdes...), neurologiques centraux (sclérose en plaques, compression médullaire, maladie de Parkinson...), neurologiques périphériques (diabète, éthyliste chronique, lésions traumatiques...), vessie « claquée » ;
 - les causes médicamenteuses ou iatrogènes : atropiniques, neuroleptiques, parasympatholytiques, alphastimulants, morphiniques, anesthésie locorégionale ou générale ► **ITEMS 171, 177, 181** ...
- Certaines étiologies sont typiquement masculines :
 - tumeur de la prostate ► **ITEM 156** ;
 - prostatite ► **ITEM 247** .
- D'autres étiologies sont typiquement féminines :
 - prolapsus génital ;
 - diverticule sous-urétral compliqué ;
 - cystite aiguë ► **ITEM 342** .
- Certaines étiologies se rencontrent chez l'enfant :
 - valve de l'urètre postérieur ;
 - urétérocèle.

D. Prise en charge selon l'étiologie

L'étiologie de la rétention aiguë d'urine doit être identifiée rapidement et la prise en charge doit y être adaptée.

- **En cas d'hypertrophie bénigne de la prostate** :
 - la rétention aiguë d'urine est une complication sérieuse ;
 - une **sonde vésicale** est mise en place en urgence ;
 - parfois l'utilisation d'une sonde béquillée est nécessaire pour passer l'obstacle prostatique ;
 - une **tentative d'ablation de la sonde** peut être réalisée 48 heures après la mise en route d'un traitement alphabloquant ;
 - une **intervention chirurgicale** peut être proposée d'emblée ou après échec du sevrage de sonde ► **ITEM 247** .
- **En cas de prostatite aiguë** :
 - un **cathéter sus-pubien** doit être mis en place aux urgences ;

- un **traitement antibiotique** adapté à l'ECBU est prescrit pour 3 semaines;
 - un traitement anti-inflammatoire y est associé pendant quelques jours;
 - des épreuves de clampage sont réalisées avant ablation du cystocathéter;
 - lorsque le résidu postmictionnel est important, une intervention chirurgicale peut être proposée pour éviter les récives.
- **En cas de sténose de l'urètre :**
 - un **cathéter sus-pubien** doit être posé pour ne pas aggraver les lésions;
 - une **urétrocystographie rétrograde et mictionnelle** (UCRM) est nécessaire pour apprécier la localisation et l'étendue de la sténose;
 - une intervention endoscopique est souvent nécessaire (**urétrotomie**).
- **En cas de traumatisme de l'urètre :**
 - le contexte est souvent celui d'un **polytraumatisme** avec rétention d'urine et urétrorragie **ITEM 201**;
 - un **cathéter sus-pubien** est mis en place d'emblée;
 - la prise en charge du traumatisme de l'urètre est différée (plusieurs mois);
 - une **UCRM** fait le bilan précis des lésions;
 - le traitement est souvent chirurgical (résection de la zone traumatisée et suture).
- **En cas de caillottage vésical :**
 - un **décaillottage vésical** est nécessaire (lavage des caillots par voie endoscopique sous anesthésie générale);
 - une **sonde vésicale triple voie** est utilisée pour réaliser un lavage vésical continu jusqu'à éclaircissement des urines;
 - un **bilan étiologique complet** est réalisé après l'arrêt du saignement **ITEM 315**;
 - la lésion responsable du saignement doit être identifiée et traitée.
- **En cas de phimosis serré :**
 - la mise en place d'une sonde vésicale est souvent impossible;
 - il faut éviter les manipulations brutales pouvant conduire à un paraphimosis;
 - un **cathéter sus-pubien** doit être utilisé pour drainer les urines;
 - une intervention chirurgicale doit être réalisée (**circoncision**).
- **En cas de pathologie neurologique associée :**
 - la vessie est drainée;
 - la pose d'un **cathéter sus-pubien** est préférable car il permet de réaliser des **épreuves de clampage**;
 - des explorations complémentaires sont nécessaires (bilan urodynamique, EMG);
 - la prise en charge est complexe.

III. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

A. Dans le cadre de l'urgence

- Pour confirmer le diagnostic :
 - **aucun examen** n'est nécessaire;
 - parfois une échographie abdominale (vésicale) peut être demandée pour lever un doute diagnostique.

- Avant la mise en place d'un cathéter sus-pubien : un bilan d'hémostase est conseillé.
- Après le drainage des urines :
 - ECBU;
 - créatininémie;
 - NFS;
 - **échographie du haut appareil urinaire.**

B. Dans le cadre du bilan étiologique

- Échographie vésicoprostatique :
 - pour mesurer le volume prostatique;
 - pour rechercher un épaissement de la paroi vésicale ou des diverticules.
- Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle :
 - pour explorer les sténoses de l'urètre ou les traumatismes urétraux;
 - pour décider du type de prise en charge (endoscopique ou chirurgicale).
- Bilan urodynamique :
 - en cas de pathologie neurologique associée;
 - pour décider du type de prise en charge (médicale, chirurgicale, sondage à demeure).
- Bilan d'une hématurie macroscopique :
 - pour explorer une hématurie macroscopique;
 - il devra être complet (échographie rénale, uro-TDM, cystoscopie).
- PSA :
 - afin de dépister un cancer de la prostate asymptomatique;
 - il sera souvent augmenté dans le contexte d'une rétention aiguë d'urine;
 - en cas d'augmentation, il devra être contrôlé à distance.

IV. COMPLICATIONS

A. Insuffisance rénale aiguë obstructive

- La négligence d'une rétention aiguë d'urine conduit à :
 - une dilatation vésicale avec augmentation de la pression intravésicale;
 - une dilatation progressive de l'arbre urinaire d'amont;
 - une insuffisance rénale dès lors que les cavités pyélocalicielles sont dilatées.
- L'insuffisance rénale régresse très rapidement après drainage vésical.
- La dilatation des cavités pyélocalicielles peut persister pendant quelques semaines.

B. Altérations de la paroi vésicale

- L'augmentation brutale de la pression intravésicale conduit également à des altérations de la paroi vésicale :
 - perte des capacités de contraction du detrusor;
 - apparition de diverticules vésicaux.
- Ces altérations peuvent favoriser les récurrences des épisodes de rétention aiguë ou le développement d'une rétention chronique.

C. Syndrome de levée d'obstacle

La vidange brutale d'une vessie rétentionniste peut entraîner, en cas d'insuffisance rénale obstructive préalable, une polyurie accompagnant la levée de l'insuffisance rénale. Le risque de déshydratation est donc important et il faut surveiller la diurèse horaire après drainage et perfuser le patient en cas de diurèse excessive.

V. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A. Anurie

- C'est un **arrêt de la diurèse** qui se traduit par :
 - une absence d'envie d'uriner ;
 - une **vessie vide lors du sondage** ;
 - une insuffisance rénale (augmentation de la créatininémie, hyperkaliémie, surcharge hydrosodée) ► **ITEM 252**.
- L'étiologie peut être :
 - néphrologique ;
 - obstructive (lithiase urétérale bilatérale ou sur rein unique) ;
 - générale (choc septique, hypovolémique ou cardiogénique).

B. Rétention chronique d'urine

- La rétention chronique d'urine correspond à la **distension progressive de la vessie** en amont d'un obstacle (HBP).
- Elle conduit à une altération de la paroi vésicale.
- Elle se manifeste par :
 - une **pollakiurie** ;
 - un **résidu postmictionnel** important ;
 - des **mictions par regorgement** (sensations de fuites d'urine) ;
 - un **globe vésical indolore** et parfois très volumineux.
- Elle se complique d'un retentissement sur le haut appareil :
 - **dilatation progressive des cavités pyélocalicielles** ;
 - **évoluant vers une insuffisance rénale obstructive**.

Fiche **Dernier tour****Rétention aiguë d'urine****Physiopathologie**

- Obstacle sous-vésical à l'écoulement des urines.
- Accumulation d'urines dans la vessie.
- Distension vésicale douloureuse.

Clinique

- Globe vésical (voussure hypogastrique, douloureuse, mate, à convexité supérieure).
- Toucher rectal **O** (hypertrophie bénigne de la prostate).
- Examen des organes génitaux externes (phimosis serré).
- Palpation des fosses lombaires (dilatation des cavités pyélocalicielles).

Étiologie

- Sténose urétrale, calcul de l'urètre, corps étranger de l'urètre, maladie du col vésical, tumeur vésicale ou pelvienne, réflexe par pathologie anorectale (fécalome, hémorroïdes...), troubles neurologiques centraux (sclérose en plaques, compression médullaire, maladie de Parkinson...), troubles neurologiques périphériques (diabète, éthylisme chronique, lésions traumatiques)...
- Étiologie médicamenteuse ou iatrogène : atropiniques, neuroleptiques, parasympholytiques, alphastimulants, morphiniques, anesthésie locorégionale ou générale.
- Prostatite chez l'homme.
- Prolapsus génital chez la femme.

Bilan initial

- Aucun examen à visée diagnostique.
- Parfois bilan d'hémostase avant la pose d'un cathéter sus-pubien.

Traitement en urgence

- Urgence thérapeutique.
- Drainage vésical **O** (sonde vésicale ou cathéter sus-pubien).
- Le cathéter sus-pubien est contre-indiqué en cas de tumeur de la vessie ou en cas d'anticoagulation efficace **O**.
- Le sondage vésical est contre-indiqué en cas de sténose ou de traumatisme de l'urètre **O**.

Traitement selon l'étiologie

- Hypertrophie bénigne de la prostate : sonde vésicale, alphabloquants ± chirurgie.
- Prostatite : cathéter sus-pubien + traitement antibiotique.
- Sténose ou traumatisme de l'urètre : cathéter sus-pubien + UCRM.
- Caillottage : décaillottage + sonde à 3 voies + bilan étiologique complet.

Examens complémentaires

- ECBU.
- Échographie de l'arbre urinaire (prostate, vessie, uretères, reins).
- Créatininémie et NSF.

Complications

- Insuffisance rénale obstructive (rétention d'urine négligée).
- Altération de la paroi vésicale (diverticules, altération du detrusor).