



CAT devant UNE RÉTENTION VÉSICALE AIGUE

I- Définition :

- La rétention aiguë d'urine se définit par l'impossibilité brutale totale et douloureuse d'uriner malgré un besoin impérieux "pisser ou mourir".
- Le tableau de rétention aiguë d'urines comporte:
 - ▶ L'impossibilité d'uriner,
 - ▶ Une douleur sus-pubienne de plus en plus intense,
 - ▶ Besoin impérieux d'uriner, douloureux et n'aboutissant au maximum qu'à l'émission de quelques gouttes d'urine.

II- Intérêt de la question :

- ☛ Motif de consultation fréquent aux urgences urologiques.
- ☛ Il intéresse surtout le sujet âgé porteur d'une affection prostatique.
- ☛ Le diagnostic est clinique.
- ☛ L'urgence est le drainage des urines par sondage vésicale ou cathétérisme suspubien.
- ☛ Le traitement étiologique dépend de la pathologie en cause.

III- Démarche diagnostique :

A- CONFIRMER LA RÉTENTION AIGUË D'URINE :

1- Interrogatoire :

Antécédents urologiques	<ul style="list-style-type: none"> - HBP ou cancer de la prostate, - Une sténose urétrale (traumatisme, urétrite...), - Une résection endo-urétrale de la prostate antérieure, - Une prostatite ou d'infection urinaire basse, - Et enfin un antécédent personnel de tumeur de vessie
Signes associés	<ul style="list-style-type: none"> • Dysurie, signes fonctionnels urinaires, brûlures mictionnelles; • Hyperthermie, frissons; AEG • Douleurs lombaires • Hématurie. • Et en cas de traumatisme, une fracture du bassin ou une urétrorragie
Antécédents neurologiques	Les patients blessés médullaires, SEP ou de spina bifida, la maladie de Parkinson ou de neuropathie diabétique
Traitement en cours	Certains médicaments peuvent induire une RAU. D'autres peuvent en gêner le traitement, notamment les antiagrégants plaquettaires ou les AVK et l'héparine qui contre-indiquent la mise en place d'un cathéter sus-pubien.

2- Examen clinique : L'examen clinique trouve :

- ▶ **Un globe vésical :** masse hypogastrique :
 - Régulière et rénitente pouvant remonter jusqu'à l'ombilic
 - Douloureuse et dont la palpation augmente le besoin d'uriner
 - Mate et convexe vers le haut à la percussion.
- ▶ **Les touchers pelviens :** bimanuels sont systématiques.

Le TR peut déceler une pathologie urologique: une prostatite, une HBP ou un cancer de la prostate. Il peut aussi diagnostiquer des causes de rétention non urologique comme le fécalome,



- L'examen des organes génitaux externes recherchera notamment un phimosis serré, une sténose méat urétral ou une orchite-épididymite parfois associée à une prostatite

3- Examens complémentaires :

➤ Avant drainage :

- Aucun examen complémentaire n'est requis en urgence. La présence de la douleur impose un drainage rapide des urines.
- Il faut demander **une échographie vésicale** en cas de doute clinique, notamment chez les patients pléthoriques voir obèses, les personnes âgées confuses ou cicatrice de Laparotomie médiane sous ombilicale

➤ Après drainage :

On demande certains examens pour l'enquête étiologique

B- ELIMINER CE QUI N'EST PAS RÉTENTION AIGUË D'URINES :

Δ La rétention chronique d'urines :

- Elle correspond à une vidange vésicale incomplète (résidu post-mictionnel > 100 mL)
- Elle se manifeste par un globe vésical chronique, indolore et sans besoin d'uriner.
- Elle s'accompagne de mictions par regorgement (le trop plein qui se vide).

Δ L'anurie :

Elle correspond à l'absence de formation d'urine, l'absence de globe, l'absence de sensation de besoin et de douleur.

- Δ Divers : Devant un globe vésical, on doit éliminer aussi : les tumeurs pelviennes, une urgence abdominale ou gynécologique.

C- SOULAGER LE PATIENT :

Le drainage vésical en **urgence** s'impose en cas de rétention aiguë d'urines

Quelle que soit la méthode utilisée, elle exige:

- Des mesures d'asepsie rigoureuse,
- Un prélèvement à visée bactériologique (ECBU),
- Une vidange lente et progressive de la vessie pour éviter une hémorragie vésicale dite « hématurie à vacuo » par saignement en nappe de la muqueuse vésicale due à un lever de pression brutale.

Deux moyens de drainage urinaire : Sondage urinaire/ Cathétérisme sus pubien.

◆ Sondage urinaire :

a- Matériel :

- ♦ Sonde de Foley droite, l'eau distillée et seringue pour gonfler le ballonnet (ne pas utiliser de sérum physiologique pour gonfler le ballonnet, le chlorure de sodium peut cristalliser et empêcher par la suite le dégonflage ultérieur du ballonnet)
- ♦ Champs stérile, compresses, désinfectant, lubrifiant et 2 paires de gants.

b- Contre-indications :

- Rétrécissement urétral,
- Traumatisme urétral,
- Prostatite aiguë,
- L'enfant (relative).

c- Complications :

- ♦ Infections urinaires,
- ♦ Prostatite aiguë,
- ♦ Sténose urétrale.

d- Techniques :

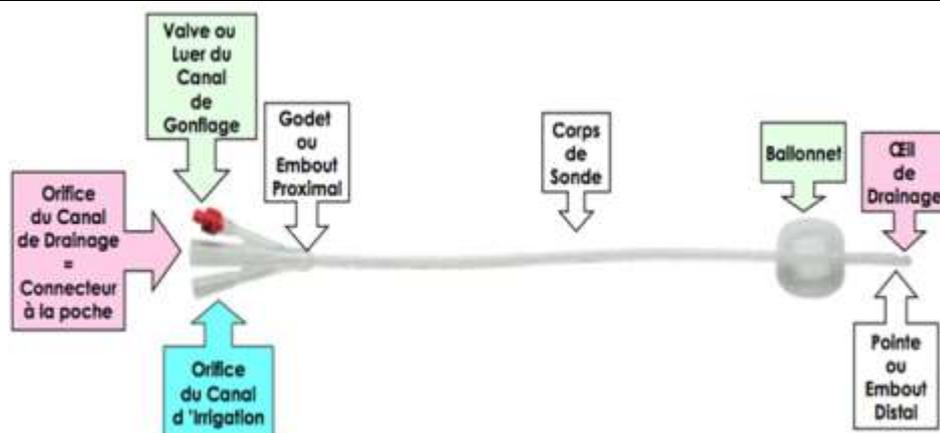
Chez la femme la technique est facile et simple vue que l'urètre féminin est court :

- Désinfecter bien le méat urétral et la vulve.
- Faites progresser la sonde lubrifiée jusqu'à avoir des urines.
- Pousser la sonde d'avantage pour ne pas gonfler le ballonnet dans l'urètre.
- Gonfler le ballonnet et tirer sur la sonde.
- Fixer la sonde urinaire à la cuisse.

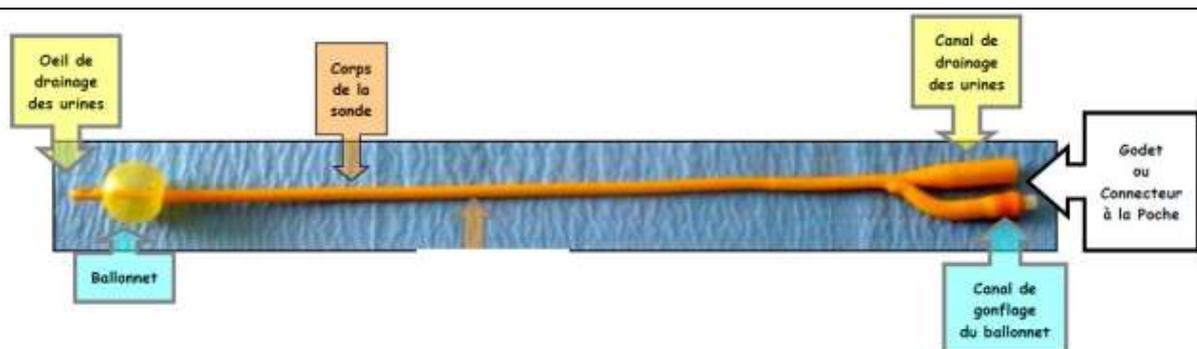
Chez l'homme, l'urètre est long et comporte un angle droit au niveau de l'urètre bulbaire :

- Désinfecter bien la verge.
- Prendre la verge en zénith et faites progresser la sonde lubrifiée jusqu'à l'angle bulbaire.
- Horizontaliser la verge et continuer la progression jusqu'à avoir des urines.
- Pousser la sonde d'avantage pour ne pas gonfler le ballonnet dans l'urètre.
- Gonfler le ballonnet et tirer sur la sonde.
- Fixer la sonde urinaire à la cuisse.

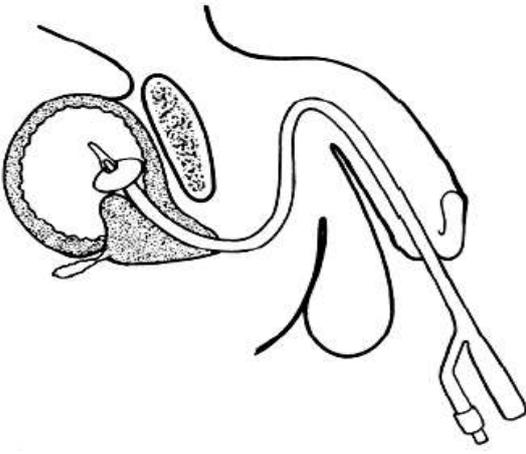
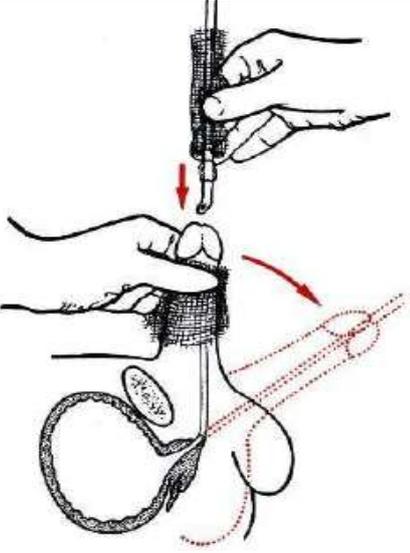
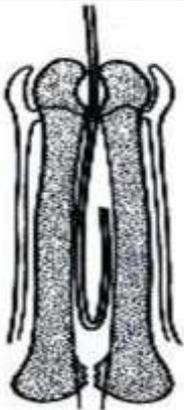
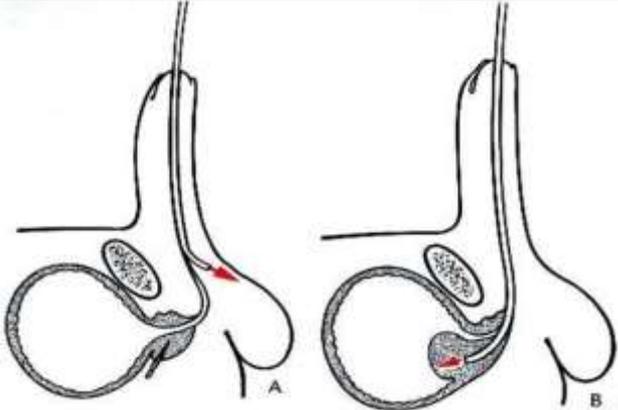
- ☞ Veiller à maintenir **un système clos** avec interdiction de déconnecter la sonde vésicale du système de drainage (poche collectrice)
- ☞ Penser à utiliser des **sondes à doubles courants** lorsqu'une irrigation est nécessaire (hématurie)
- ☞ Instaurer un drainage vésical **déclive** en permanence pour éviter toute stase urinaire...



Sonde urinaire à 3 voies (double courant)



Sonde urinaire à 2 voies (de Foley)

	
<p>Sonde autostatique à ballonnet en place : le ballonnet gonflé dans la vessie s'appuie sur le col.</p>	<p>Cathétérisme de l'urètre. Noter l'horizontalisation de la verge lorsque l'extrémité de la sonde atteint le bulbe urétral.</p>
	
<p>Rétrécissement urétral responsable d'un enroulement de la sonde. Celle-ci ne ramène pas d'urines, ce qui témoigne qu'elle n'est pas en place dans la vessie.</p>	<p>A. Fausse route intraspongieuse. Elle s'accompagne le plus souvent d'urétrorragie. B. Fausse route intra-prostatique.</p>

◆ **Cathétérisme sus-pubien (cystostomie à minima) :**

a. Matériel :

Il s'agit généralement d'un kit complet préparé qui contient :

- Cathéter CH 10 ou 12, Un collecteur d'urines.
- Un trocart et un mandrin.
- Bistouri.

Il faut préparer :

- La Xylocaine injectable, compresses et désinfectant.
- Porte d'aiguille et fils de suture.

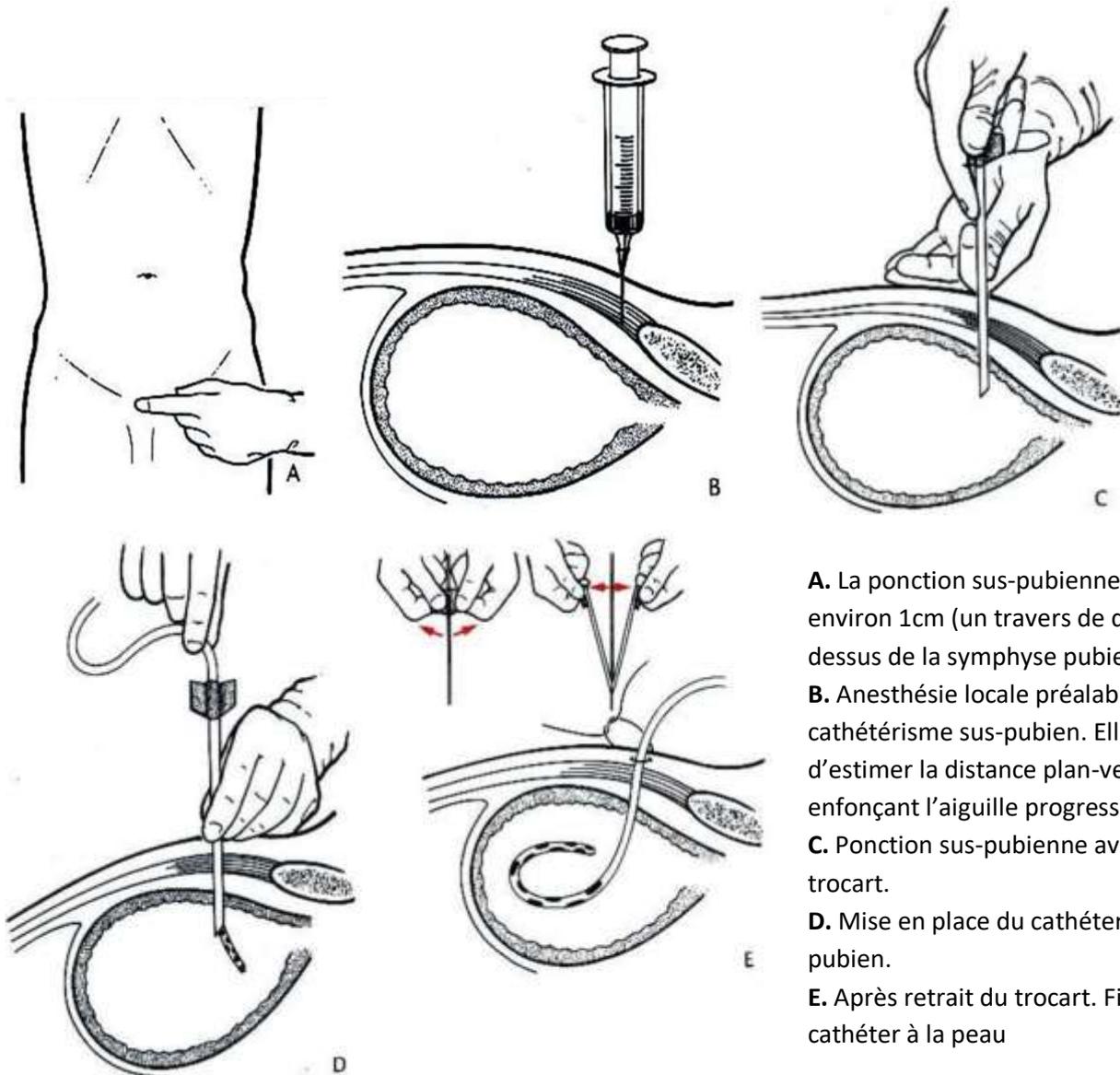
b. Contre-indications :

Absolues	Relatives
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Absence de globe vésical ✓ Pontage vasculaire sus pubien fémoro-fémorale 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Troubles de l'hémostase ✓ Patients sous anticoagulants ✓ ATCD de Tumeur de vessie ✓ Laparotomie sous ombilicale

Avant de mettre un cathéter sus-pubien, il faut s'assurer de l'existence formelle d'un globe vésical (risque de perforation d'une anse intestinale).
Il faut évidemment prévenir le patient, lui expliquer le principe du soin, son utilité, et le rassurer

c. Technique :

- La désinfection de la zone de ponction
- On procède d'abord à un repérage sur l'hypogastre : à 2 travers de doigt de la symphyse pubienne sur la ligne médiane sous ombilicale.
- Infiltration locale à la Xylocaïne de la peau plan par plan jusqu'à l'aponévrose,
- Incision au bistouri froid,
- Introduction de trocart verticalement jusqu'à la vessie,
- Mise en place du cathéter suspubien,
- On retire le trocart,
- Fixation de cathéter à la peau.



A. La ponction sus-pubienne se fait à environ 1cm (un travers de doigt) au-dessus de la symphyse pubienne.
B. Anesthésie locale préalable au cathétérisme sus-pubien. Elle permet d'estimer la distance plan-vessie en enfonçant l'aiguille progressivement.
C. Ponction sus-pubienne avec le trocart.
D. Mise en place du cathéter sus pubien.
E. Après retrait du trocart. Fixation du cathéter à la peau



d. 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.

* **Indication :** On opte toujours pour le sondage urinaire sauf s'il existe une contre-indication parce qu'il est moins invasif que le cathétérisme suspubien.

* **Surveillance après drainage urinaire :**

- ♦ Vider progressivement la vessie (éviter l'hématurie à vacuo).
- ♦ Asepsie rigoureuse et sondage clos : adapter toujours le collecteur à la sonde urinaire avant de sonder le patient.
- ♦ Poche à changer tous les 15 jours (poche de cuisse/mollet)
- ♦ Sonde à changer toutes les 4 à 6 semaines.
- ♦ Respecter les germes dans les urines (éviter l'antibiothérapie abusive).
- ♦ Il est également impératif de prévoir une compensation hydroélectrolytique en cas de syndrome de levée d'obstacle qui associe polyurie et troubles ioniques, ceci apparaissant en particulier en cas de distension du haut appareil urinaire et d'insuffisance rénale.
- ♦ En cas de rétention aiguë d'urines sur cailloutage vésical, une sonde vésicale à double courant doit être mise en place afin de permettre un décailloutage et la mise en route d'un lavage vésical.

IV- Bilan étiologique :

Après avoir soulagé le patient, l'enquête étiologique s'avère nécessaire pour éviter la récurrence.

⊗ **Interrogatoire :** Il doit préciser :

- ✓ L'âge, profession,
- ✓ Les circonstances de survenue,
- ✓ Les antécédents médicaux et chirurgicaux notamment urologiques.
- ✓ Notion d'épisodes similaires,
- ✓ Interventions chirurgicales antérieures,
- ✓ Traitement médical antérieur ou en cours,
- ✓ La prise récente de médicaments en particulier atropiniques,
- ✓ L'existence éventuelle d'une hématurie, d'une fièvre ou de troubles mictionnels.

⊗ **Examen clinique :** Il doit être complet :

- Centré sur l'appareil urinaire: Examen de l'hypogastre, des fosses lombaires, des organes génitaux externes et les touchers pelviens.
- Examen des orifices herniaires et des aires ganglionnaires,
- Rechercher les œdèmes des membres inférieurs, examen neurologique en particulier périnéal.

⊗ **Examens biologiques :**

- ✓ Ionogramme sanguin, urée, créatininémie
- ✓ PSA (chez l'homme mais à distance)
- ✓ ECBU (systématique) après drainage vésical, hémoculture en cas de T° > 38,5°C.

⊗ **Examens radiologiques :**

- **Echographie Abdominale :** C'est l'examen de 1^{ère} intention facile, simple, non invasif et répétitif.
- **TDM abdomino-pelvienne :** en fonction de l'orientation diagnostique.
- **Autres :** Examen urodynamique en cas de suspicion d'une étiologie d'origine neurologique, cystoscopie en cas d'hématurie,



Au terme de ce bilan, plusieurs étiologies sont possibles :

Chez l'homme	Chez la femme
Les étiologies sont dominées par les pathologies prostatiques : ✓ Adénome prostatique, ✓ Cancer de prostate évolué, ✓ Prostatite, méatite, ✓ Sténose de l'urètre, ✓ Rupture urétrale traumatique, ✓ Phimosis serré, ✓ Maladie du col vésical.	Les causes tumorales et gynécologiques prédominent : ▶ Fibrome du col ou du corps utérin, ▶ Tumeur pelvienne maligne ou bénigne, ▶ Prolapsus génital, ▶ Rétroversion d'un utérus gravide, ▶ Sténose du méat, méatite.
	Chez l'enfant
Chez le garçon : valves de l'urètre postérieur, phimosis serré, sténose congénitale (méat, urètre) Chez la fille : prolapsus d'urétérocèle, hématoocolpos .	
Les deux sexes	
▶ <u>Causes urologiques :</u> - Caillots, calculs, corps étrangers, - Tumeurs vésicales, tumeurs de l'urètre. ▶ <u>Causes neurologiques :</u> - Sclérose en plaque, méningite, poliomyélite, neuropathie diabétique ou alcoolique, - Traumatisme rachidien - Zona, herpès.	▶ <u>Causes médicamenteuses :</u> - Morphiniques, - Atropiniques, - Neuroleptiques, - Alpha-stimulants, - Anesthésiques. ▶ <u>Autres :</u> - Fécalome. - Tumeur rectale. - Hématome périnéal

Points forts
<ul style="list-style-type: none"> ★ La rétention aiguë d'urine se définit par l'impossibilité brutale totale et douloureuse d'uriner malgré un besoin impérieux "pisser ou mourir". ★ Le diagnostic est clinique. ★ En cas de doute diagnostique, l'échographie pourra confirmer l'existence du globe vésical. ★ L'urgence est de soulager le patient en choisissant un mode de drainage adéquat. ★ On a 2 modes de drainage urinaire : sondage urinaire ou cathétérisme suspubien. ★ Une fois le patient est soulagé, une enquête étiologique est lancée pour éviter les récurrences. ★ Les étiologies sont dominées par les pathologies prostatiques chez l'homme et les pathologies gynécologiques et tumorales chez la femme. ★ Le traitement étiologique dépend de la pathologie en cause.