CAT devant une RVA

DR A. BENMESSAOUD

I- Objectifs pédagogiques

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

Cas Clinique 1 :

- Monsieur TAHAR, âgé de 62 ans, se présente aux urgences à 21 heures pour douleur abdominale intense, avec impossibilité totale d'uriner depuis le matin, il est apyretique .
- **Antécédents médicaux** :
  Diabétique de type 2 depuis 15 ans.
- **Antécédents chirurgicaux :**
  Cure de hernie bilatérale en 1998.
  Cholécystectomie par voie coelioscopique en 2003.
- **Traitements :** • Aspégic® ADO

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ? ANURIE ou RVA ???

Comment faire la différence???

II- DEF + physiopath

✓ 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.

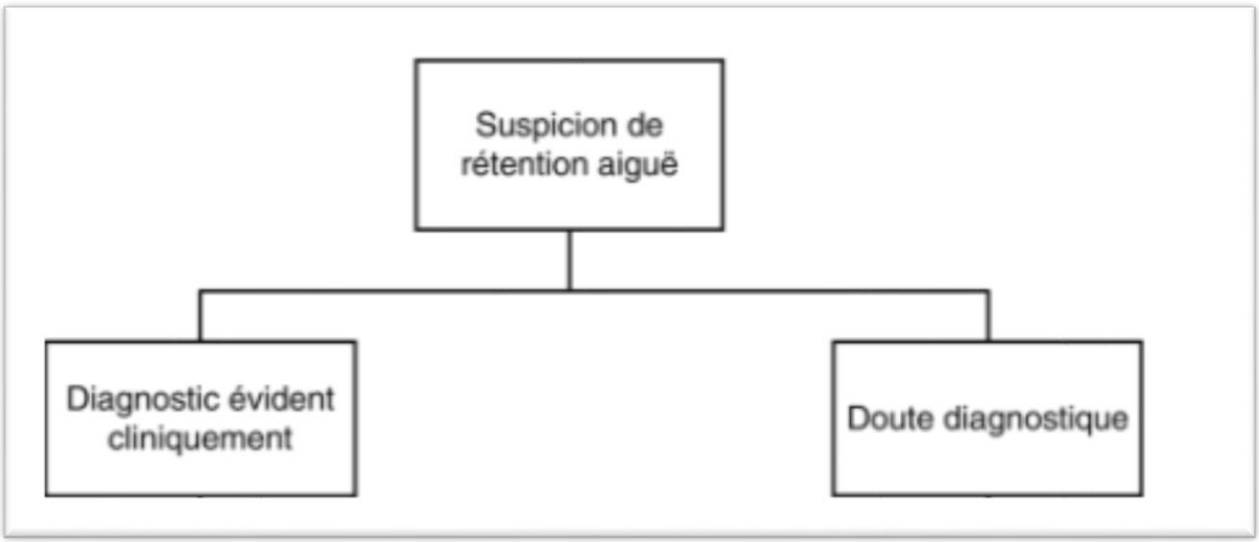
Pour uriner

750 à 2 000 ml d'urines, acheminées vers la vessie

- Réservoir (vessie) : capable de se remplir facilement et se contracter efficacement
- filière urétral : col , P , SS , urètre : continence + OL lors de la miction
- SN : remplissage et vidange

Rétention = ????

III- Quelle est la 1 ère étape de la PEC



DGC = envie douloureuse d'uriner + globe vésical

1-Interrogatoire :

- Antécédents de rétention. ATCDS URO, NEURO
- Signes associés
- Hyperthermie, frissons
- Hématurie
- Traitements en cours
- Antiagrégants, anticoagulant

Cas particuliers ;

Personnes âgées

Diabétiques

Trauma rachidiens

2- EC

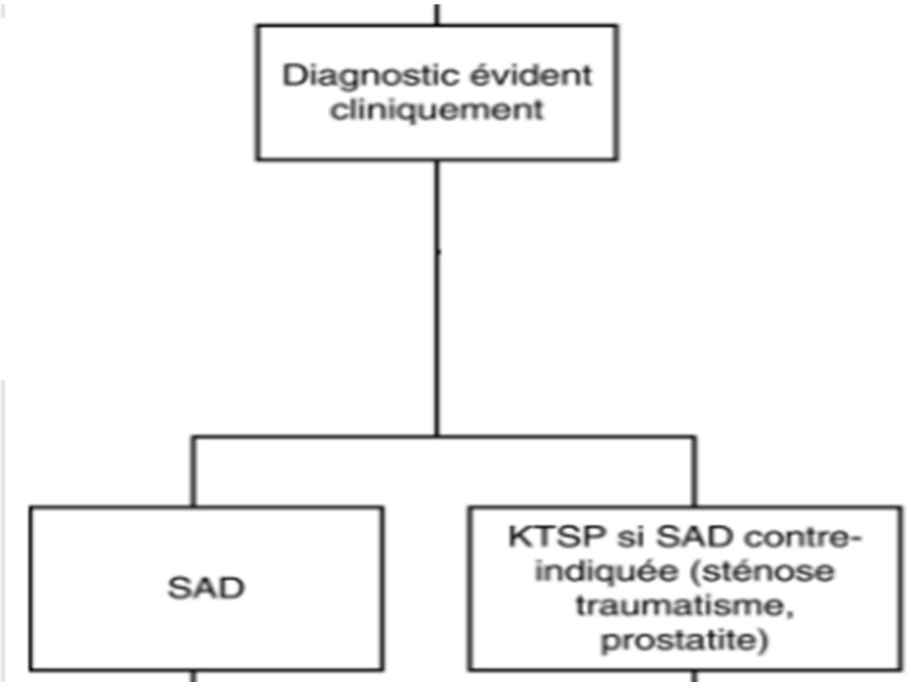
- Patient anxieux agité ….. Pisser ou mourir
- Palpation
- TR :
- TV
- OGE
- Examen NEURO

Quel examen confirme le diagnostic de rétention ?

- Echographie A/P
- TDM sans injection de PC
- IRM en cas de CI à la TDM
- AUSP
- Scintigraphie rénale
- **Aucun examen complémentaire en urgence**

URGENCE Thérapeutique => DRAINAGE VESICAL

3- KTSP ou SV ??????????



4- surveillance post drainage

- Noter précisément le volume contenu dans la vessie (bon pronostic si inférieur à 900 cc).
- Surveiller la diurèse horaire, prévenir le syndrome de levée d'obstacle.
- Mettre en place un traitement par alpha-bloquant per os.

Après drainage , quels EC demander ?

- ECBU
- Fonction rénale
- Acide urique
- PSA
- Echo a/p

- Votre patient est maintenant soulagé, ses constantes sont bonnes, vous avez demandé une échographie rénale dont le résultat est le suivant : présence d'une dilatation urétéro-pyélocalicielle bilatérale avec une prostate à 70 g
- L'ionogramme sanguin retrouve une créatinémie à 25 mg/mL, une kaliémie à 3,8. Na++ = 125..BU = négatif
- Quelle est votre CAT ?

- Réhydratation intraveineuse, compensation des entrées aux sorties.
- Contrôler le ionogramme sanguin.
- Drainer par néphrostomies
- Drainer par sonde JJ
- RTUP

On a fait un test d'ablation , Monsieur TAHAR revient 4 heures après fébril à 39°, frissonne et est tachycarde à 130/min. avec une impossibilité d'uriner et un GV

a- Echographie A/p en urgence pour confirmer DGC
B- Sondage en urgence avant les EC
C- Hémoculture
D- FNS – CRP
E- KTSP

Cas Clinique 2 :

Une patiente âgée de 78 ans se présente aux urgences pour une impossibilité d'uriner depuis 4 h , vous décidez de mettre en place un drainage urinaire, afin de la soulager. Quelle est votre prise en charge ?

- **A - Vous demandez en urgence une échographie vésicale pour être sure du DGC**
- **B - Le premier sondage doit obligatoirement être réalisé par un médecin.**
- **C - Vous mettez une sonde à demeure sous couverture antibiotique.**
- **D - Vous mettez en première intention une SV.**
- **E – ECBU en urgence est optionnel**

Votre patiente est drainée, quelle surveillance organisez-vous ?

- **A - Surveillance précise de la diurèse.**
- **B - Prévention du syndrome de levée d'obstacle.**
- **C - Mise en place de sondes double J bilatérales en urgence pour soulager les 2 reins**
- **D - Bi-antibiothérapie probabiliste après réalisation de l'ECBU**
- **E - Mise en place d'un traitement par alpha-bloquant**

En reprenant l'interrogatoire, vous apprenez que votre patiente est diabétique insulinodépendante depuis 15 ans, vous retrouvez dans sa liste de traitement un anticholinergique qu'un urologue lui aurait prescrit il y a un an environ, mais elle ne se rappelle plus pourquoi.

- **A - Le diabète peut expliquer cet épisode de rétention aiguë.**
- **B - Les anticholinergiques peuvent entraîner une rétention aiguë d'urine.**
- **C - Vous devez réaliser les touchers pelviens.**
- **D - Vous arrêtez son traitement anticholinergique.**
- **E - Vous demandez en un uroscanner pour étayer votre DGC**

Finalement une échographie rénale a été réalisée, elle retrouve une dilatation bilatérale des bassinets ; La patiente a présenté une hématurie importante.

- **A - Il faut en urgence mettre en place des sondes double J bilatérales vu la dilatation bilatérale**
- **B - Elle présente un syndrome de levée d'obstacle.**
- **C - Vous réhydratez la malade 3 L/24h**
- **D - Vous mettez la malade en restriction hydrique.**
- **E – il faut une vidange progressive**

IV- Étiologies des RVA

- Augmentation à l'écoulement des urines

chez Homme HBP – ADK – obstacle CU- causes pén- causes trauma

Chez la femme : psy – trauma vulv – myxome vaginal…etc

- Troubles VS : causes anales – Post P – post op – psy- médoc
- - NEURO avc sep park PND GB

V- Conclusion :

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 préférentiellement réalisée par un cathétérisme sus-pubien. Le traitement a-bloquant, associé au drainage, augmente les chances de succès de sevrage et diminue les risques de récidive..