

Item342-Rétention aiguë d'urine.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une rétention aiguë d'urine. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Aucune	- Hypertrophie bénigne de prostate - Globe vésical / examen des OGE - Ebranlement lombaire / BU-ECBU - Résidu post-mictionnel > 100mL - ECBU / créatinine (IRA) / écho - Drainage des urines en urgence - Sondage endo-urétral vs KT sus-pubien - Fractionné / compensation par NaCl	- Prise de la température - Toucher rectal - KT si fébrile / sondage si Hu - P° de la levée d'obstacle - NPO le facteur déclenchant - RAU = drainage + ECBU (A savoir !)

Généralités

Définition

- **Rétention aiguë d'urine (RAU)**
 - Impossibilité brutale et totale d'uriner malgré un besoin impérieux
 - secondaire à un obstacle **sous-vésical** à l'écoulement des urines
- **!! Ne pas confondre avec**
 - **anurie**: absence de sécrétion d'urine par les reins
 - **rétention chronique d'urine**: résidu post-mictionnel > **100mL**

Etiologies

- **Obstacles mécaniques**
 - Hypertrophie bénigne de la prostate (**HBP**) +++ / prostatite
 - Tumeur vésicale / tumeur pelvienne / cancer de la prostate
 - Sténose urétrale / corps étranger urétraux / lithiase vésicale
- **Obstacles fonctionnels (!)**
 - **Contraction réflexe**: sur pathologie anorectale: **fécalome** ++ / hémorroïdes
 - **Neuro**: SEP / Parkinson / syndrome de la queue de cheval / NP (diabète / alcool)

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: atcd de RAU / HBP connue / diabète, SEP, tumeur pelvienne, etc.
 - **Prise**: toujours rechercher une prise médicamenteuse +++ (**A savoir !**)
 - **Anamnèse**: installation brutale / rechercher facteur déclenchant
 - **Signes fonctionnels**
 - **Douleur sus-pubienne**: intense (EVA) / spontanée / envie impérieuse d'uriner
 - **Signes associés**: fièvre +++ / signes urinaires préalables à la RAU
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes**: température (**A savoir !**) / FC / FR
 - **En faveur du diagnostic positif**
 - **Globe vésical +++** : voussure hypogastrique / matité / douloureuse
 - **Evaluation du retentissement**
 - Palpation des fosses lombaires (PNA) / sepsis / AEG..
 - Rechercher un syndrome confusionnel
 - **Pour orientation étiologique**
 - **Toucher rectal**: recherche [HBP / **prostatite** / cancer / fécalome] (**A savoir !**)
 - **Examen de OGE**: recherche un phimosis / une inflammation locale

Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif = AUCUN
 - !! urgence thérapeutique: aucun examen ne doit retarder le drainage (A savoir !)
- Pour évaluation du retentissement
 - !! A faire seulement après la mise en place du drainage
 - Bilan infectieux: NFS-CRP et **ECBU** (recherche une infection urinaire)
 - Bilan rénal: iono sanguin - urée - **créatinine** (recherche une IRA obstructive)
 - Echographie rénale et voies urinaires: rechercher une **dilatation des CPC**
- Pour diagnostic étiologique
 - En 1ère intention: ECBU / échographie réno-vésico-prostatique / PSA
 - En 2nde intention: bilan uro-dynamique / uréthro-cystographie rétrograde
- Pour bilan pré-thérapeutique
 - Hémostase (TP-TCA) si drainage par KT sus-pubien

Diagnostics différentiels

- Anurie +++
 - Définition: arrêt de la diurèse par les reins
 - Etiologies: obstacle urétéral bilatéral ou sur rein unique / IRA organique / choc
 - Diagnostic: pas d'envie d'uriner / pas de globe / **vessie vide** à l'échographie
- Rétention chronique d'urine
 - Définition: résidu post-mictionnel avec distension vésicale
 - Etiologies: RAU répétées / HBP +++ (cf Diagnostic: globe indolore / mictions par regorgement)

Complications

IRA obstructive +++ (cf Par dilatation en amont: uretères → cavités pyélocalicielles)

- Remarque: régression rapide de l'IRA après drainage vésical
- Si RAU prolongée
 - Infection urinaire: par stase urinaire: cystite-PNA (femme) / prostatite-PNA (homme)
 - Altération de la paroi vésicale: perte de contraction du détrusor / diverticules vésicaux

Complications du drainage urinaire

- Syndrome de levée d'obstacle +++: DEC sur polyurie (atteinte tubulaire distale)
- Hémorragie a vacuo +/- « claquage » de vessie: si drainage trop rapide
- Si sondage endo-urétral: trauma ou sténose urétral / infection urinaire
- Si KT sus-pubien: hémorragie vésicale +/- caillottage / plaie vasculaire ou digestive

Traitement

Mise en condition

- Urgence thérapeutique
- En pratique: drainage aux urgences ; au calme ; VVP ; antalgique

Drainage des urines (= sondage vésical) +++

- En aseptie stricte (gants stériles / bétadine) / !! NPO de prélever un **ECBU**
- !! 2 complications à toujours prévenir
 - Syndrome de levée d'obstacle (A savoir !)
 - Compensation de la diurèse: 2L de NaCl de base + 1/2 de la diurèse
 - NPO : HYDRATATION IV
 - Hémorragie vésicale a vacuo / claquage de vessie
 - Drainage progressif: clampage (15min) tous les 500ml évacués
- Deux modalités possibles
 - En pratique: sondage endo-urétral rétrograde en 1ère intention sauf prostatite
 - Cathétérisme sus-pubien en 2nde intention si échec du sondage endo-urétral

	sondage endo-urétral	cathétérisme sus-pubien
principe	<ul style="list-style-type: none"> ◦ sonde par voie urétrale ◦ vaseline / aseptie stricte 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ KT percutané sus-pubien ◦ sous anesthésie locale

contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> ◦ prostatite aiguë (A savoir !) ◦ sténose urétrale ◦ trauma de l'urètre ◦ éviter si patient jeune 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ hématurie: c'est une tumeur vésicale JPDC +++ (A savoir !) ◦ absence de globe vésical ◦ troubles de l'hémostase / AVK ◦ caillottage vésical ◦ pontage abdominal
avantages	<ul style="list-style-type: none"> ◦ simplicité ◦ peut être laissé à demeure 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ préservation de l'urètre ◦ épreuves de clampage
complications	<ul style="list-style-type: none"> ◦ traumatisme urétral ◦ sténose urétrale ◦ infection urinaire 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ hémorragie vésicale / caillottage ◦ perforation vasculaire ou digestive (anse intestinale)

- **Cas particulier: si hématurie (= caillottage vésical)**
 - Drainage par sonde endo-urétrale type sonde à double courant
 - Décaillottage et lavage vésical par irrigation vésicale continue

Traitement symptomatique

- Antalgique selon EVA (en pratique, soulagement rapide après drainage)
- Rééquilibrage hydro-électrolytique selon iono / traitement d'une IRA obstructive

Traitement étiologique

- **Rechercher et traiter le facteur déclenchant (A savoir !)**
 - **Exemple: facteurs de décompensation sur une HBP (4)**
 - Arrêt ou mauvaise observance du traitement +++
 - Prise médicamenteuse: α -stimulants (vasoC) / anti-cholinergiques
 - Prostatite aiguë (même apyrétique)
 - Fécalome / constipation
- **Rechercher et traiter la pathologie de fond**
 - **Caillottage vésical**: cystoscopie systématique au décours (**A savoir !**)
 - **Hypertrophie de prostate**: cf **Prostatite aiguë**: !! endo-urétral contre-indiqué / ABT au décours (cf **Sténose urétrale**: urétrotomie endoscopique après URCM)

Surveillance

- **Reprise de la diurèse +++** : arrêt du drainage lorsque reprise de la miction (**A savoir !**)
- **Clinique**: EVA / sondage progressif et clampage / aspect des urines (hématurie)
- **Paraclinique**: ionogramme sanguin (cf DEC sur syndrome de levée d'obstacle)

Synthèse pour questions fermées

Citez 3 contre-indications du sondage endo-urétral ?

- Prostatite aiguë
- Sténose urétrale
- Traumatisme de l'urètre

Quelles sont les 2 complications à toujours prévenir lors d'un drainage des urines ? Quels sont les moyens pour les prévenir ?

- Syndrome de levée d'obstacle -> compensation de la diurèse
- Hémorragie vésicale a vacuo -> drainage progressif

Quelle est la complication aiguë d'une RAU ?

- IRA obstructive