

# CAT DEVANT UNE RETENTION AIGUE D'URINE

## Introduction :

- La rétention aiguë (ou complète) d'urine se définit par l'impossibilité brutale et totale d'uriner.

## I-Rappel anatomique et physiologique

### II- Diagnostic clinique :

#### 1-Signes fonctionnels :

- Tableau de rétention d'urine :

\* Impossibilité d'uriner.

\* Douleur sus-pubienne de plus en plus intense.

\* Besoin impérieux d'uriner permanent, devenant douloureux, et n'aboutissent au mieux qu'à

l'émission de quelques gouttes d'urines.

#### 2-Examen clinique :

- Il retrouve un globe vésical :

\* Masse hypogastrique tendue, pouvant remonter jusqu'à l'ombilic, convexe en haut.

\* Mat à la palpation, ne descendant pas sur les côtés (à l'opposé de l'ascite).

\* Douloureux et dont la palpation augmente le besoin d'uriner.

### III- Examens complémentaires :

- En cas de doute diagnostique (obèse, coma ,polytraumatisé et pb neurologique), on pourra réaliser une échographie sus-pubienne.

### IV-Diagnostic différentiel :

- La rétention d'urine est à distinguer de l'anurie où il n'y a pas de formation d'urine, et donc pas de globe ni de sensation de besoin.

- la rétention vésicale chronique

### V-CAT d'urgence :

#### Drainage des urines

- Sondage urétral.(technique)

- Cathétérisme sus-pubien.(technique et type de cathé..)

-Quelque soit la méthode utilisée, on exige :

\* Des mesures d'asepsie rigoureuse ;

\* Un prélèvement à visée bactériologique ECBU ;

\* Une vidange lente et progressive de la vessie (500cc / heure) pour éviter une hémorragie « à

vacuo » par saignement en nappe de la muqueuse vésicale ;

\* Une compensation hydroélectrolytique en cas de Sd de levée d'obstacle, qui associe polyurie et troubles ioniques ;

\* Apport de base : 2 litres / jour ;

\* Compensation du 1/3 de la diurèse au delà de 2500 ml / j.

\* Une antibiothérapie adaptée en cas d'infection des urines.

Choix de la méthode de drainage vésical en cas de rétention :

### **1-Sondage :**

Indications préférentielles:

- Sexe féminin.
- Hématurie.
- Traitement anticoagulant.
- Tm de la vessie.
- Obésité importante.

### Contre-indications :

- Sténose urétrale.
- Infection uréthro-prostatique ou épидидymite.
- Traumatisme urétral.

### **2-Cathétérisme suspubien :**

Il faut être certain du Dgc de globe vésical :

- Traumatisme urétral.
- Prostatite.
- Rétrécissement urétral.

### Contre indications :

- Tm de la vessie.
- Troubles de la coagulation.
- +/- cicatrice abdominale sousombilicale.(cystostomie chirurgicale)
- +/- diverticule vésical.
- Pontage artériel rétro pubien.

Surveillance après drainage des urines:

- Ne jamais déconnecter sonde et sac urinaire.
- Maintenir la poche en position déclive.
- Noter la quantité d'urine évacuée et l'aspect.
- En position allongée passer la sonde par dessus de la jambe (et non par dessous).

### **VI-BILAN ETIOLOGIQUE :**

- Le bilan étiologique ne sera envisagé qu'après drainage vésical en cas de rétention aiguë d'urine. +++

### **1- Interrogatoire :**

- Il précise : les circonstances de survenue, l'âge, les antécédents médicaux (notamment la prise de médicaments) et chirurgicaux, l'existence d'une hématurie, d'une fièvre ou de troubles mictionnels...

## **2- Examen clinique :**

- L'examen doit être :

\* Complet : prise de la température, de la tension artérielle, recherche d'œdèmes des membres

inférieurs, examen neurologique, examen gynécologique.

\* Centré sur l'appareil urinaire : palpation des fosses lombaires, examen des organes génitaux

externes, toucher rectal à vessie vide (le TR ne peut réellement bien apprécier la prostate qu'après vidange de la vessie)...

## **3- Examens complémentaires :**

A- Examens biologiques et bactériologiques :

- Bilan sanguin préopératoire usuel.

- Bilan rénal : urée, créatininémie.

- ECBU.

- PSA.

B- Examens iconographiques :

- De première intention, on réalisera une échographie (rein- vessie- prostate).

- Si un drainage sus-pubien a été mis en place, on pourra réaliser par le cathéter une cystographie avec des clichés mictionnels.

C- Autres :

- Examens urodynamiques à la recherche d'une atteinte neurologique.

- Urétrocystoscopie souple chez l'homme, cystoscopie rigide chez la femme.

## **VII-ETIOLOGIES :**

- La rétention d'urine est une pathologie essentiellement masculine où prédominent les lésions cervicoprostatiques.

- Elle est bcp plus rare chez la femme.

- Les rétentions aiguës et chroniques ont les mêmes étiologies.

1- Chez l'homme :

- Adénome prostatique.

- Kc de la prostate évolué.

- Prostatite aiguë (rétention fébrile).

- Maladie du col vésical.
- Rétrécissement urétral (iatrogène, infectieux ou traumatique).
- Phimosis serré.

## 2- Chez la femme :

- Rétroversion d'un utérus gravide.
- Fibrome enclavé.
- Tm maligne pelvienne.
- Sténose du méat.

## 3- Dans les deux sexes :

### - Causes urologiques :

- \* Caillot, calcul, corps étranger intra-vésical,
- \* Tm vésicale ou urétrale.

### - Causes neurologiques :

- \* Méningite, poliomyélite, SEP ;
- \* Traumatismes rachidiens, Zona ;
- \* Réflexes post-opératoires qui ne sont, en fait, le plus svu que la décompensation d'un obstacle organique.

### - Causes médicamenteuses : atropiniques, neuroleptiques.

### - Autres : Tm rectale, fécalome, hématome périnéal.

## **IIX- Chez l'enfant :**

- Infection urinaire.
- Valve de l'urètre postérieur chez le garçon.
- Hématocolpos de la fille pubère.
- Tm pelvienne.
- Phimosis infecté.

## **TRAITEMENT :**

Traitement étiologique