

- I. **Définition :** l'impossibilité totale et douloureuse d'uriner malgré une réplétion vésicale ≠ Anurie (vessie vide).

II. **Physiopathologie :**

La rétention aiguë d'urine peut résulter :

- D'un obstacle sous-vésical (le plus souvent) ;
- D'une altération de la commande neurologique ;
- Plus rarement d'un défaut de contraction vésicale.

III. **Diagnostic positif :**

A. Interrogatoire :

- **Antécédents urologiques**
- **Signes associés :**
 - Circonstances d'apparition de la rétention (spontanée ou favorisée par des circonstances extérieures comme une anesthésie générale ou locorégionale).
 - Dysurie, signes fonctionnels urinaires, brûlures mictionnelles.
 - Hyperthermie, frissons.
 - Hématurie.
- **Antécédents neurologiques**
- **Traitement en cours**

B. Examen physique :

Patient algique, anxieux et agité, envie d'uriner permanente (« pisser ou mourir »).

☒ Palpation abdominale : « Un globe vésical » :

- Masse sus-pubienne ;
- Voussure à convexité supérieure ;
- Matité à la percussion sus-pubienne ;
- Douloureuse dans la plupart des cas (palpation augmente l'envie d'uriner).

☒ Touchers pelviens :

- **Chez l'homme :** toucher rectal (TR) :
 - Estimation du volume prostatique,
 - Pathologie urologique : prostatite (douleur élective), HBP (augmentation symétrique de volume de la prostate, ferme sans être franchement indurée), cancer de la prostate (augmentation de volume asymétrique et « pierreuse ») ;
- **Chez la femme :** toucher vaginal et toucher rectal :
 - Recherche d'une tumeur gynécologique,
 - Estimation de la trophicité des tissus vaginaux ;
- **Chez l'homme et la femme :**
 - Recherche d'un fécalome (cause isolée possible de rétention par distension de l'ampoule rectale),
 - Recherche systématique de pathologie associée de l'ampoule rectale (hémorroïdes, tumeur du rectum).

☒ Organes génitaux externes :

- Phimosis serré chez l'homme
- Sténose méat urétral (homme et femme)
- Orchi-épididymite parfois associée à une prostatite.

☒ Cas particuliers :

- Personnes âgées : désorientation temporo-spatiale, agitation, fécalome associé fréquent
- Diabétique : hypoesthésie vésicale, rétention indolore
- Traumatisme rachidien, anesthésie : rétention urinaire indolore.

C. Examens complémentaires :

1) Aux urgences :

a) Avant drainage :

Aucun examen complémentaire en urgence : (douleur = drainage rapide) avant le sondage urétral.

Si indication de drainage par cathéter sus-pubien (contre-indication de pose de sonde urétrale), discuter :

- Bilan d'hémostase
- Échographie vésicale indispensable si le globe vésical n'est pas parfaitement perçu (doute clinique sur le diagnostic de rétention aiguë d'urine).

b) Après drainage :

- ECBU systématique.
- Créatinémie, ionogramme sanguin.
- Échographie du haut appareil à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélocalicielle, recherche également des signes de pyélonéphrite.
- **Jamais de dosage de PSA dans ce contexte (fausse élévation).**

- Dilatation des cavités alors que la vessie est pleine → vérifier que les cavités ne restent pas distendues après le traitement.

- La persistance de la dilatation = RETENSION

CHRONIQUE → prudence particulière sur le risque de syndrome de levée d'obstacle.

2) Bilan étiologique :

② Échographie abdomino-pelvienne :

- Résidu post-mictionnel ;
- Retentissement vésical, diverticule, épaissement pariétal, lithiase vésicale ;
- Tumeurs vésicales (en cas d'hématurie) ;
- Lobe médian prostatique ;
- Volume prostatique (échographie endorectale).

② Débitmétrie : éventuelle, à distance de l'épisode de rétention (par définition impossible au moment de l'épisode de rétention).

② Urétrocystoscopie (fibroscopie urétero-vésicale) :

- Bilan obligatoire en cas d'hématurie macroscopique associée ;
- Indispensable aussi en cas de difficultés de sondage : recherche d'une sténose.

② Plus rarement :

- Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle : bilan de sténose urétrale ;
- Bilan urodynamique : surtout si pathologie neurologique sous-jacente.

IV. Prise en charge :

- **C'est une Urgence thérapeutique** qui repose sur le **Drainage vésical**.

A. Mesures générales :

- Noter précisément le volume contenu dans la vessie au moment de la rétention (meilleur pronostic si < 600 cc) ;
- Surveiller la diurèse horaire ;
- Prévenir le syndrome de levée d'obstacle, et l'hématurie.

B. Sondage urinaire :

- Sonder dans des strictes conditions d'asepsie et de **stérilité**.
- Maintenir un système clos : interdiction de déconnecter la sonde vésicale du système de drainage.
- Utiliser des **sondes à double courant** si une **irrigation** est nécessaire (**hématurie**).
- Instaurer un drainage vésical déclive en permanence pour éviter toute stase urinaire.
- Prélever de manière rigoureusement aseptique les urines pour **examen cytobactériologique**.
- Éviter les sondes de petit calibre en première intention.

☒ Contre-indications du sondage vésical :

- Sténose urétrale
- Traumatisme de l'urètre, notamment en cas de polytraumatisme (fracture du bassin)
- Prostatite aiguë.

C. Cathétérisme sus-pubien (KTSP) : « si échec/CI du sondage vésical »

1) Avantages :

- Pas de risque de fausses routes urétrales ;
- Épreuve de clampage possible pour juger de la reprise mictionnelle ;
- Moins de complications locales au long cours ;
- Bon système de drainage à moyen terme.

2) Repérage du point de ponction :

- À l'intersection de deux lignes :
 - Ligne médiane de l'abdomen,
 - Ligne horizontale 2 travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne ;

3) Contre-indications du cathéter sus-pubien :

☒ Contre-indications absolues :

- **Absence de globe vésical**,
- Pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne (fémoro-fémorale croisé) ;

☒ Contre-indications relatives :

- Troubles de l'hémostase, patients sous anticoagulant,
- Cicatrices de laparotomie
- Antécédents de tumeurs de la vessie.

V. Étiologies :

A. Hypertrophie bénigne de la prostate +++ :

- Une intervention chirurgicale sera discutée d'emblée ou en cas d'échec de désodage.

B. Prostatite :

- Favorisée par l'hypertrophie bénigne de prostate.
- Traitement antibiotique adapté à l'ECBU pendant 14 jours.
- Pose d'un **cathéter suspubien**.

C. Cancer de la prostate

D. Neurologiques :

- ☐ **Centrales** : SEP, compression ou lésion médullaire, Lésions congénitales de la moelle, Maladie de parkinson, AVC.
- ☐ **Périphériques** : Diabète, Chirurgies lourdes d'exentération pelvienne.

E. Causes médicamenteuses :

- **Anticholinergiques**
- **Morphiniques**
- **Autres traitements (moins fréquents) :**
 - Les sympathomimétiques
 - Les bêta 2-mimétiques : salbutamol, terbutaline.
 - Les inhibiteurs calciques.

F. Sténose de l'urètre :

- Post-traumatique.
- Iatrogène (sondage urétral prolongé, chirurgie endoscopique urologique).
- Post-infectieuse (urétrite sur IST).

G. Caillottage vésical

- Signe une hématurie d'origine urologique :
 - Tumeur de l'arbre urinaire
 - Chute d'escarre à 8-10 jours d'une chirurgie du bas appareil urinaire
- Nécessite la pose d'une **sonde vésicale trois voies** pour réaliser un **lavage vésical continu** jusqu'à éclaircissement des urines.
- Une prise en charge chirurgicale en urgence est parfois nécessaire pour enlever les caillots à l'aide d'un endoscope.

H. Autres :

- Prolapsus génital chez la femme.
- Fécalome.
- Phimosis serré.

VI. Complications :

- **Insuffisance rénale aiguë**
- **Syndrome de levée d'obstacle (SLO) = polyurie osmotique massive (natriurèse) :**
 - Dépistage = **surveillance horaire de reprise de la diurèse** après la levée de l'obstacle.
 - Réhydratation intraveineuse en compensant les entrées aux sorties.
- **Hématurie a vacuo :**
 - En cas de vidange vésicale trop rapide, il peut survenir une hématurie macroscopique, en nappe = **hématurie a vacuo**.
 - Cette hématurie est favorisée en cas de **troubles de l'hémostase** ou de traitements **anticoagulants**.
 - Réaliser une **vidange vésicale progressive** et **clamper la sonde** quelques minutes tous les 500 mL.