

Chapitre 20 Item 342 – UE 11 – Rétention aiguë d'urine

Auteur : Souhil Lebdaï

Relecteur : Yann Neuzillet

Coordonnateur : Aurélien Descazeaud

- I. Pour comprendre
 - II. Diagnostic
 - III. Prise en charge
 - IV. Étiologies
 - V. Complications
-
-

Objectifs pédagogiques

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

I Pour comprendre

La rétention aiguë d'urine est l'impossibilité totale et brutale d'uriner malgré la réplétion vésicale. Elle s'accompagne d'une envie pressante et douloureuse d'uriner.

Elle traduit le plus souvent la présence d'un obstacle sous-vésical empêchant l'évacuation des urines.

Le diagnostic est généralement facile sur la constatation clinique du globe vésical.

Un globe vésical se définit comme une masse sus-pubienne, douloureuse, à convexité supérieure et mate à la percussion. Le globe vésical correspond à une vessie douloureuse et tendue.

Le drainage vésical s'impose en urgence, soit par sondage vésical soit par cathétérisme sus-pubien.

La rétention aiguë d'urine est une pathologie essentiellement masculine en dehors du contexte de vessie neurologique.

Une miction normale nécessite :

- un réservoir (la vessie), capable de se remplir facilement (compliance), et de se contracter efficacement (le muscle vésical s'appelle le détrusor) ;
- une filière urétrale (col vésical, prostate, sphincter strié, urètre) permettant à la fois la continence (entre les mictions) et le libre passage des urines (durant la miction) ;
- un système nerveux qui contrôle à la fois les phases de remplissage de la vessie et les phases per- et post-mictionnelles, en permettant notamment que la vessie se contracte après que le sphincter urinaire se soit parfaitement relâché (synergie vésicosphinctérienne).

La rétention aiguë d'urine peut donc résulter :

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

II Diagnostic

A Interrogatoire

L'interrogatoire doit permettre de préciser : les circonstances d'apparition, les signes associés (fièvre, hématurie), les signes fonctionnels urinaires préexistants, la douleur du patient (localisation et intensité), les épisodes antérieurs de rétention aiguë d'urine, les antécédents urologiques, les autres antécédents (neurologiques notamment), les traitements en cours. L'interrogatoire doit être rapide et précis afin de ne pas retarder la prise en charge.

1 Circonstances d'apparition et signes associés à rechercher lors de l'interrogatoire

- Circonstances d'apparition (spontanée ou favorisée par des circonstances extérieures comme une anesthésie générale ou locorégionale).
- Dysurie, signes fonctionnels urinaires, brûlures mictionnelles.
- Hyperthermie, frissons.
- Hématurie macroscopique.

2 Antécédents urologiques à rechercher

- Épisodes antérieurs de rétention aiguë d'urine.
- Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP).
- Cancer de la prostate.
- Sténose urétrale (traumatisme urétral, urétrite, notion de sondages traumatiques).
- Intervention urologique endoscopique (résection endo-urétrale de la prostate, résection endo-urétrale de la vessie, section endoscopique du col de la vessie).
- Sondage urinaire permanent ou intermittent.
- Prostatite, infection urinaire basse.
- Cancer de la vessie.

3 Antécédents neurologiques à rechercher

- Lésion médullaire.
- Sclérose en plaques.
- Spina-bifida.
- Maladie de Parkinson.
- Neuropathie diabétique.
- Accident vasculaire cérébral.

4 Traitements en cours

- Médicaments pouvant induire une rétention aiguë d'urine (*cf. infra*).
- Médicaments pouvant gêner le traitement de la rétention aiguë d'urine :
 - antiagrégants plaquettaires ;
 - anticoagulants (AVK, héparine).

B Examen physique

- Tableau typique : patient algique, anxieux, agité, avec une envie permanente d'uriner.
- Palpation abdominale : on retrouve un globe vésical :
 - masse immédiatement sus-pubienne ;
 - voussure à convexité supérieure ;

- matité à la percussion sus-pubienne ;
- masse douloureuse dans la plupart des cas (la palpation augmente l'envie d'uriner).
- Touchers pelviens (chez l'homme : réaliser un toucher rectal ; chez la femme : réaliser un toucher vaginal et un toucher rectal).
 - Chez l'homme : le toucher rectal permet de rechercher une hyperplasie bénigne de la prostate et d'évaluer le volume de la prostate (typiquement une prostate augmentée de volume, ferme, indolore, avec disparition du sillon médian). Il permet aussi de rechercher des signes de prostatite aiguë (prostate douloureuse) et de rechercher un cancer de la prostate (nodule dur et indolore ou prostate pierreuse voire un blindage pelvien).
 - Chez la femme : le toucher vaginal permet de rechercher une tumeur gynécologique, un prolapsus génital et d'estimer la trophicité des tissus vaginaux.
 - Chez la femme comme chez l'homme : le toucher rectal permet de rechercher un fécalome (cause isolée possible de rétention par distension de l'ampoule rectale), et de rechercher une pathologie associée de l'ampoule rectale (hémorroïdes, tumeur du rectum...).
- Examen des organes génitaux externes :
 - rechercher un phimosis serré chez l'homme ;
 - rechercher une sténose du méat urétral (homme et femme) ;
 - une orchite-épididymite peut parfois être associée à une prostatite aiguë.
- Cas particuliers : parfois, la symptomatologie peut être plus fruste rendant le diagnostic plus difficile chez les patients suivants :
 - les personnes âgées : confusion, désorientation temporo-spatiale, agitation, anxiété, dyspnée. Il faut systématiquement rechercher un fécalome lors du toucher rectal ;
 - les patients diabétiques : hypoesthésie vésicale avec rétention indolore ;
 - les patients blessés médullaires ou sous anesthésie : rétention urinaire indolore.
- **Diagnostic différentiel** : l'anurie. Elle correspond à une absence de sécrétion d'urine par les reins. La vessie est alors vide. Cliniquement, il n'y a pas de globe vésical, pas d'envie d'uriner, pas de douleur pelvienne associée. Une insuffisance rénale aiguë y est associée.

C Examens complémentaires

Deux temps sont à distinguer : le bilan en urgence et le bilan étiologique. Le bilan étiologique a lieu à distance de l'épisode aigu.

1 Aux urgences

a Avant drainage

- **Aucun examen complémentaire n'est requis en urgence avant le sondage urétral : la douleur impose un drainage rapide.**
- En cas d'indication de drainage par cathéter sus-pubien, il faut discuter :
 - un bilan d'hémostase (en cas de suspicion de troubles de l'hémostase ou en cas de prise de traitement anticoagulant) ;
 - une échographie vésicale. Indispensable en cas de doute clinique sur le diagnostic de rétention aiguë d'urine (méfiance chez les patients obèses, chez les personnes âgées confuses et dans un contexte de pathologie neurologique).

b Après drainage

- Examen cytbactériologique des urines (ECBU) systématique.
- Créatinémie, ionogramme sanguin.
- Échographie du haut appareil en cas de fièvre ou d'insuffisance rénale aiguë, afin de rechercher une dilatation urétéro-pyélocalicielle ou de signes de pyélonéphrite. Si l'on retrouve une dilatation des cavités pyélocalicielles au moment de la rétention aiguë d'urine, il faudra s'assurer de la disparition de cette dilatation sur une échographie ultérieure. La persistance de la dilatation signe le caractère chronique de la rétention et doit inciter à une prudence particulière sur le risque de syndrome de levée d'obstacle (*cf. infra*).
- Jamais de dosage de PSA dans ce contexte (fausse élévation).

2 Bilan étiologique

Le bilan étiologique ne doit être réalisé que secondairement. **La priorité est la dérivation des urines en urgence.**

- Échographie vésicoprostatique par voie sus-pubienne qui permet :
 - la recherche d'un résidu post-mictionnel (si aucune sonde urinaire n'est en place) ;
 - l'évaluation du retentissement vésical : présence de diverticules vésicaux, d'un épaissement pariétal, de lithiase vésicale ;
 - la recherche de tumeurs vésicales en cas d'hématurie (mais cela ne dispense pas de la réalisation d'une fibroscopie urétrovésicale en cas d'hématurie) ;
 - la recherche un lobe médian prostatique et d'une protrusion prostatique intravésicale ;
 - l'évaluation du volume prostatique (possibilité d'effectuer une échographie endorectale pour une évaluation plus précise).
- Débitmétrie : à distance de l'épisode de rétention et en l'absence de sonde vésicale.
- Urétrocystoscopie (fibroscopie urétrovésicale) :
 - bilan obligatoire en cas d'hématurie macroscopique associée ;
 - indispensable aussi en cas de difficultés de sondage : recherche d'une sténose urétrale.
- Plus rarement :
 - urétrocystographie rétrograde et mictionnelle : bilan de sténose urétrale ou de traumatisme urétral ;
 - bilan urodynamique : en cas de pathologie neurologique sous-jacente.

III Prise en charge

C'est une urgence thérapeutique (fig. 20.1). Un drainage vésical doit être réalisé.

Fig. 20.1

Algorithme de prise en charge d'une rétention aiguë d'urine.

La rétention aiguë d'urine est une urgence thérapeutique. Elle se traite par la vidange vésicale. Le drainage des urines peut se faire :

- par les voies naturelles : **sonde vésicale** ;
- par voie percutanée : **cathéter sus-pubien**.

Quelle que soit la modalité de drainage, il faut systématiquement :

- relever le volume contenu dans la vessie au moment de la rétention (meilleur pronostic si inférieur à 600 ml) ;
- surveiller la diurèse horaire ;
- prévenir le syndrome de levée d'obstacle, et l'hématurie *a vacuo*.

A Sondage urinaire à demeure (sondage vésical)

Le sondage vésical est le mode drainage le plus fréquemment utilisé. C'est une méthode simple. Il existe néanmoins un risque de lésion urétrale lors de sa pose pouvant évoluer secondairement vers une sténose urétrale.

- Modalités de mise en place d'une sonde urinaire :
 - sonder dans des strictes conditions d'asepsie et de stérilité ;
 - utiliser du gel lubrifiant en seringue ;
 - 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 (en cas d'hématurie macroscopique) ;
 - instaurer un drainage vésical déclive en permanence pour éviter toute stase urinaire ;
 - prélever de manière rigoureusement aseptique les urines pour les examens cytotobactériologiques ;
 - éviter les sondes de petit calibre en première intention, (utiliser une Charrière 18–20 chez les hommes susceptibles d'avoir une HBP) ;
 - utiliser de l'eau pour préparation injectable pour gonfler le ballonnet de la sonde urinaire. Ne pas utiliser de sérum physiologique pour gonfler le ballonnet : le chlorure de sodium peut cristalliser et empêcher le dégonflage du ballonnet par la suite ; ballon gonflé à 8–10 ml habituellement ;
 - toujours recalotter le malade en fin de geste (risque de paraphimosis).
- Contre-indications du sondage vésical :
 - sténose urétrale ;
 - traumatisme de l'urètre, notamment en cas de polytraumatisme (fracture du bassin associée à une urétrorragie) ;
 - prostatite aiguë (contre-indication relative, possibilité de sondage si le patient est apyrétique et après mise en route d'une antibiothérapie) ;
 - présence d'un sphincter urinaire artificiel (nécessité de désactivation du système préalablement).

B Cathétérisme sus-pubien

Le cathéter sus-pubien constitue une excellente méthode de drainage des urines, dont les avantages sont les suivants :

- pas de risque de fausse route urétrale ;
- épreuve de clampage possible pour juger de la reprise mictionnelle ;
- moins de complications locales au long cours ;
- bon système de drainage à moyen terme.
- Modalités de mise en place d'un cathéter sus-pubien :
 - indication en cas d'échec ou de contre-indication au sondage vésical ;

- toujours s'assurer de l'existence d'un globe vésical avant de mettre en place un cathéter sus-pubien. En l'absence de globe, il y a un risque élevé de perforation d'une anse intestinale ;
- c'est un acte médical ;
- informer le patient, lui expliquer le principe du soin et son utilité, le rassurer ;
- strictes conditions d'asepsie et de stérilité, désinfection de la zone de ponction en quatre temps ;
- repérage du point de ponction qui est situé à l'intersection de deux lignes : la ligne médiane de l'abdomen et la ligne horizontale située à 2 travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne ;
- sous anesthésie locale (lidocaïne 1 %) ;
- incision cutanée ;
- introduction du trocart dans le globe vésical ;
- mise en place du cathéter sus-pubien dans la vessie par la lumière du trocart ;
- ablation du trocart et fixation du cathéter à la peau.
- Contre-indications du cathéter sus-pubien :
 - absence de globe vésical (contre-indication absolue) ;
 - pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne (fémoro-fémoral croisé) (contre-indication absolue) ;
 - antécédents de cancer de la vessie (risque d'essaimage du cancer dans la paroi) ;
 - hématurie macroscopique (risque de cancer de vessie méconnu et risque d'obstruction du cathéter par des caillots) ;
 - troubles de l'hémostase, patients sous anticoagulant ;
 - cicatrices de laparotomie (**contre-indication relative**, il faut s'assurer avec une échographie qu'il n'y ait pas d'anse digestive intercalée entre la vessie et la paroi).

C Épreuve d'ablation de sonde

Quelques jours après l'épisode de rétention, sera organisée une épreuve d'ablation de sonde vésicale (ou de clampage de cathéter), sous réserve que la cause ait été diagnostiquée et traitée. Pour majorer les chances de reprise des mictions chez l'homme, un traitement alpha-bloquant sera mis en place, et ce d'autant plus qu'une hypertrophie prostatique est impliquée dans le mécanisme de la rétention. Lors de cette épreuve d'ablation de sonde, une mesure du résidu post-mictionnel sera réalisée, et un avis spécialisé sera habituellement demandé.

IV Étiologies

Les rétentions aiguës d'urine peuvent avoir des causes :

- mécaniques : liées à une obstruction par HBP, par prostatite aiguë, par cancer de la prostate, par sténose urétrale, par traumatisme de l'urètre, par hématurie macroscopique caillottante, par calcul de vessie, par prolapsus génital (chez la femme) ;
- fonctionnelles : réflexes par pathologie anorectale (fécalome, hémorroïdes), causes neurologiques centrales, causes neurologiques périphériques, cystite aiguë (chez la femme) ;
- iatrogènes et médicamenteuses.

A Hypertrophie bénigne de la prostate

L'incidence annuelle de la rétention aiguë d'urine dans les populations de patients présentant une HBP symptomatique a été évaluée entre 0,4 et 6 %.

L'âge et la sévérité des symptômes (IPSS >7) apparaissent comme des facteurs augmentant le risque de rétention aiguë d'urine.

L'ablation de la sonde peut être tentée après 48 heures de traitement par alpha-bloquant (si le patient n'était pas déjà traité). En l'absence de facteur de risque lors de l'épisode de rétention, le risque de récurrence est aux alentours de 50 %.

Une intervention chirurgicale sera discutée d'emblée en cas d'HBP compliquée ou sévère ou en cas d'échec de désobstruction.

B Prostatite aiguë

La prostatite aiguë est une infection urinaire parenchymateuse de la prostate. Elle peut être favorisée par l'HBP chez l'homme de plus de 50 ans ou par une infection sexuellement transmissible (IST) chez l'homme jeune. Dans tous les cas, il faut drainer les urines, préférentiellement par un cathéter sus-pubien, et instaurer une antibiothérapie adaptée à l'ECBU pendant 14 jours.

L'utilisation d'un alpha-bloquant peut être proposée pour permettre la résolution de l'épisode de rétention. Le traitement par alpha-bloquant peut être prolongé dans le cadre de la prise en charge d'une HBP.

C Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate ne donne des rétentions qu'en cas de pathologie localement avancée (stades T3 ou T4). Le toucher rectal révèle alors une prostate « pierreuse » et une infiltration locale voire un blindage pelvien.

D Causes neurologiques

1 Centrales

- Sclérose en plaques.
- Compression/lésion médullaire.
- Lésions congénitales de la moelle (ex. : spina-bifida).
- Maladie de Parkinson.
- Accident vasculaire cérébral (AVC).

2 Périphériques

- Neuropathie diabétique.
- Chirurgies lourdes d'exentération pelvienne (tumeur de lésions étendues du rectum, de l'utérus).

E Causes médicamenteuses

1 Anticholinergiques

De nombreuses spécialités pharmaceutiques ont des effets anticholinergiques directs ou secondaires :

- collyre mydriatique : atropine (Atropine[®]), cyclopentolate (Skiacol[®]), topicamide (Mydriaticum[®])...
- anticholinergiques utilisés en urologie pour traiter l'instabilité vésicale : oxybutinine (Ditropan[®], Driptane[®]), tolterodine (Détrusitol[®]), trospium (Céris[®]) ;
- neuroleptiques en particulier les phénothiazines : halopéridol (Haldol[®]), zuclopenthixol (Clopixol[®]), chlorpromazine (Largactil[®])...
- antidépresseurs tricycliques imipraminiques (première génération) ;
- certains antiparkinsoniens : bipéridène (Akineton[®]), trihexyphénidyle (Artane[®]), tropatépine (Lepticur[®]) ;
- antalgiques d'usage courant : néfopam (Acupan[®]), tiémonium (Viscéralgine[®]) ;
- bronchodilatateurs bêtamimétiques à action secondaire anticholinergique (Atrovent[®], Tergistat[®]) ou associés à un anticholinergique (Bronchodual[®], Combivent[®]) ;
- antihistaminiques utilisés comme antitussifs (Hexpneumine[®], Toplexil[®], Rhinathiol[®]...), comme sédatifs (hydroxyzine : Atarax[®], Théralène[®]), comme antiallergiques (Polaramine[®], Allergefon[®]) ou encore dans la prévention du mal des transports (Dramamine[®], Mercalm[®], Nautamine[®], Scopoderm[®]).

Ces produits exposent à un risque élevé de rétention surtout si on les prescrit chez un patient ayant déjà une rétention chronique avec un résidu post-mictionnel supérieur à 100 ml.

2 Morphiniques

- Au cours des rachianesthésies et des anesthésies péridurales (le plus souvent).
- Forte dose par voie orale, sous-cutanée ou intraveineuse (analgésie, ou toxicomanie).

3 Autres traitements (moins fréquents)

- Les sympathomimétiques : phénylpropanolamine, pseudo-éphédrine, phényléphrine, éphédrine (vasoconstricteurs nasaux).
- Les bêta-2-mimétiques : salbutamol, terbutaline.
- Les inhibiteurs calciques.

F Sténose de l'urètre

- L'étiologie des sténoses de l'urètre peut être :
 - post-traumatique ;
 - iatrogène (complicant un sondage urétral traumatique ou une chirurgie endoscopique urologique) ;
 - post-infectieuse (urétrite sur IST).
- La dérivation des urines doit se faire par cathéter sus-pubien. Le sondage urétral risque d'aggraver les lésions.
- Le bilan lésionnel devra comporter une urétrocystographie rétrograde et permictionnelle (UCRM) permettant de déterminer la localisation et la longueur de la lésion.

G Traumatisme de l'urètre

Le contexte est souvent celui d'un polytraumatisme avec lésion du bassin associée à une urétrorragie. Il est contre-indiqué de tenter un sondage urétral. Un cathéter sus-pubien devra être mis en place d'emblée. La prise en charge du traumatisme de l'urètre est souvent différée. Une UCRM sera réalisée au préalable.

H Caillottage vésical

- Nécessite la pose d'une sonde vésicale double-courant de gros calibre (22 ou 24) pour réaliser un lavage vésical continu jusqu'à éclaircissement des urines.
- Un décaillottage peut être nécessaire, soit au lit du malade soit au bloc opératoire par voie endoscopique en cas de caillottage majeur.
- Un bilan étiologique d'hématurie macroscopique devra être effectué à l'arrêt du saignement (*cf.* chapitre 13).

I Autres causes de rétention aiguë d'urine

- Prolapsus génital chez la femme : réduire le prolapsus.
- Fécalome : à évacuer.
- Phimosis serré : en cas d'impossibilité de mettre une sonde urétrale en place, il faudra recourir à un cathéter sus-pubien et réaliser une circoncision dans un second temps.

V Complications

A Insuffisance rénale aiguë

La rétention aiguë d'urine peut avoir un retentissement sur le haut appareil par l'augmentation de la pression intravésicale et le reflux des urines vers le haut appareil urinaire. On peut observer alors une dilatation bilatérale des voies excrétrices supérieures à l'imagerie, une augmentation de la créatininémie ou l'association des deux.

L'insuffisance rénale régresse rapidement après drainage vésical. La dilatation des cavités pyélocalicielles peut persister pendant quelques semaines.

B Syndrome de levée d'obstacle (SLO)

Le syndrome de levée d'obstacle peut survenir après dérivation des urines. Il est favorisé par une insuffisance rénale aiguë obstructive due à la rétention aiguë d'urine. Du fait de l'augmentation de pression dans les cavités rénales, les reins vont surcompenser afin de maintenir une diurèse. Après dérivation des urines cette surcompensation va persister quelque temps induisant une polyurie avec risque de déshydratation. La diurèse doit donc être surveillée toutes les heures après dérivation des urines. La polyurie peut parfois être majeure avec un volume supérieur à un litre par heure, la déshydratation consécutive peut engager le pronostic vital du patient. Une réhydratation parentérale en adaptant les entrées aux sorties doit être mise en place en cas de polyurie liée à un SLO.

C Hématurie *a vacuo*




En cas de vidange vésicale trop rapide, il peut survenir une hématurie macroscopique, appelée hématurie *a vacuo*. Cette hématurie est favorisée en cas de troubles de l'hémostase ou de traitements anticoagulants. Il est conseillé de réaliser une vidange vésicale progressive.

D Vessie claquée

La distension détrusorienne peut aboutir à un claquage musculaire du détrusor : la vessie perd alors ses capacités contractiles. C'est la raison pour laquelle il peut être nécessaire d'attendre quelques jours à quelques semaines avant de tenter d'enlever une sonde à demeure.

Les altérations de la paroi vésicale peuvent aboutir au développement de diverticules vésicaux. Ces altérations peuvent favoriser des récidives de rétention aiguë d'urine ou le développement de rétention chronique d'urine.

Pour en savoir plus

	Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Comité des troubles mictionnels de l'homme de l'association française d'urologie. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012 ; 22(16) : 977-88.
	Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, Drake MJ, Madersbacher S, Mamoulakis C, et al. EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. Eur Urol 2015 ; 67(6) : 1099-109.
	http://urofrance.org/publications-livres/publications-scientifiques/resultats-de-la-recherche/html/bilan-initial-suivi-et-traitement-des-troubles--mictionnels-en-rapport-avec-hyperplasie-benigne-de.html

Pour en savoir plus

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Comité des troubles mictionnels de l'homme de l'association française d'urologie. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012;22(16) : 977-88. <http://urofrance.org/publications-livres/publications-scientifiques/resultats-de-la-recherche/html/bilan-initial-suivi-et-traitement-des-troubles-mictionnels-en-rapport-avec-hyperplasie-benigne-de.html>

Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, Drake MJ, Madersbacher S, Mamoulakis C, et al. EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. Eur Urol 2015;67(6) : 1099-109. <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Management-of-non-neurogenic-male-LUTS-2016-1.pdf>

<http://urofrance.org/publications-livres/publications-scientifiques/resultats-de-la-recherche/html/bilan-initial-suivi-et-traitement-des-troubles--mictionnels-en-rapport-avec-hyperplasie-benigne-de.html>

Résumé

> Diagnostic :

- clinique ;
- impossibilité complète et douloureuse d'uriner ;
- douleur abdominale sus-pubienne intense, globe vésical (masse sus-pubienne douloureuse, à convexité supérieure, mate à la percussion).

> Signes associés éventuels à rechercher :

- hyperthermie, frissons ;
- hématurie macroscopique.

- **Toucher rectal :**
 - évaluation du volume prostatique à la recherche d'une HBP ;
 - évaluation de la consistance de la prostate, une consistance pierreuse étant évocatrice de cancer ;
 - rechercher une douleur élective, évocatrice de prostatite aiguë ;
 - rechercher un fécalome.
- **Cas particulier** des personnes âgées : désorientation temporo-spatiale, agitation, fécalome souvent associé.
- **Examens complémentaires :**
 - **aucun examen complémentaire en urgence** avant le drainage ;
 - Échographie abdominale ou bladder scan en cas de doute diagnostic.
 - ECBU après drainage ;
 - créatinémie, ionogramme sanguin ;
 - échographie du haut appareil à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélocalicielle, et également des signes de pyélonéphrite ;
 - **jamais de dosage de PSA en urgence.**
- **Prise en charge** (cf. [fig. 20.1](#)) :
 - dérivation des urines en urgences ;
 - sondage urétral contre-indiqué en cas de traumatisme de l'urètre, de sténose de l'urètre, de prostatite aiguë ou de sphincter artificiel urinaire ;
 - cathéter sus-pubien contre-indiqué en cas d'absence de globe, d'anticoagulation efficace, de cancer de vessie, de pontage croisé ;
 - noter le volume contenu dans la vessie (bon pronostic si inférieur à 600 ml) ;
 - surveiller la diurèse horaire ;
 - prévenir le syndrome de levée d'obstacle, réhydratation pour compenser les pertes ;
 - débiter chez l'homme un traitement par alpha-bloquant ;
 - organiser une épreuve d'ablation de sonde (ou de clampage du cathéter).
- **Étiologies :**
 - hyperplasie bénigne de la prostate ;
 - prostatite aiguë ;
 - cancer de la prostate ;
 - vessie neurologique ;
 - iatrogénie médicamenteuse ;
 - sténose de l'urètre ;
 - caillottage vésicale sur hématurie macroscopique ;
 - prolapsus génital chez la femme ;
 - fécalome ;

- phimosis serré.



Complications :

- insuffisance rénale aiguë ;
- syndrome de levée d'obstacle ;
- hématurie *a vacuo* ;
- vessie claquée et rétention chronique d'urine.

