


Référence : UF2300/46.a		Titre : Rétention aigue d'urine aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page : 1/44	
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :	
Rédaction : Nom : Gautier Guillaume Fonction : Interne	Vérification : Nom : Dr Fremery Alexis Fonction : Chef de Clinique	Vérification : Nom : Dr Deschamps Camille Fonction : PHC	
Approbation : Nom : Pr Jean Pujo Fonction : Chef de service	Approbation : Nom : Fonction :	Approbation : Nom : Fonction :	
Ont collaboré à la rédaction : Dr Fremery Alexis - Dr Mutricy Rémi		Visa qualité :	
Services concernés par application : Service d'accueil des urgences			
Attention, seule la version numérique de ce document fait foi			

I- OBJET

Conduite à tenir devant une rétention aiguë d'urine se présentant à l'accueil des urgences

II- PERSONNES CONCERNÉES

Médecins seniors, Internes, IDE, EIDE

III- TEXTE DE REFERENCE

- Verzotti DG, Fenner V, Wirth G. Rétention urinaire aiguë : une urgence d'origine mécanique ou fonctionnelle. Rev MÉDICALE SUISSE. 2016;4.
- Rétention aiguë d'urine - Médecine d'urgence - Urgences médicales [Internet]. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://urgences-serveur.fr/retention-aigue-d-urine.html>
- Selius BA, Subedi R. Urinary Retention in Adults: Diagnosis and Initial Management. 2008;77(5):8.
- Marshall JR, Haber J, Josephson EB. An evidence-based approach to emergency department management of acute urinary retention. Emerg Med Pract 2014;16(1):1–20.
- Fitzpatrick JM, Kirby RS. Management of acute urinary retention. BJU Int 2006;97(Suppl 2):16–20 discussion 21–2
- Ziouziou I, Daoudi A, Nouri A, Karmouni T, El Khader K, Koutani A, Andaloussi AI. Syndrome de levée d'obstacle : physiopathologie et prise en charge. Can Urol Assoc J. 2012 Dec;6(6):E213–6.

Référence : UF2300/46.a	Titre : Rétention aigue d'urine aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page : 1/44
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

IV- DEFINITIONS

La rétention aigue d'urine (RAU) est l'impossibilité totale et brutale d'uriner malgré la réplétion vésicale. Elle est associée à une envie pressante et douloureuse d'uriner. Le volume vésical dit normal est compris entre 300 et 500 mL.

Son diagnostic est clinique devant la constatation d'un globe vésical, il peut être confirmé par l'échographie par l'infirmier, l'interne ou le médecin sénior.

Ne pas confondre RAU et rétention chronique d'urine qui est caractérisée par une vidange vésicale incomplète et présence d'un résidu post mictionnel plus ou moins important

Il faut également différencier RAU et anurie, qui correspond à l'absence de production d'urine par les reins.

Les principales causes sont :

		Hommes	Femmes
Obstacles infravésicaux		HBP ; Prostatite aigue	Prolapsus vaginal ; fibromes utérins ; traumatismes obstétricaux vagino vulvaires
		Fécalome ; lithiases vésicale ou urétrales ; caillottage vésical Disjonction vésico-urétrale associée à une fracture du bassin	
Défaut de contraction vésicale	Neuropathies périphériques	Polyneuropathie ; sclérose en plaques ; spina bifida ; compression médullaire ; Guillain barré Post opératoires (péridurale ; antécédents de chirurgie pelvienne)	
	Neuropathies centrales	Traumatisme crânien ; sclérose en plaques ; maladie de parkinson ; tumeur cérébrale	
	Médicamenteuse	Sympathomimétiques ; anticholinergiques ; opiacés ; AINS ; myorelaxants ; antiparkinsoniens ; benzodiazépines	

V- DESCRIPTION

1. Présentation :

Patient agité, décrivant une miction impossible avec une douleur vésicale. Peut être à l'origine d'une confusion.

2. Anamnèse précise :

- Difficultés mictionnelles (difficulté à uriner, jet faible, vidange incomplète, nycturie, impériosité)
- Présence d'une hématurie
- Symptômes infectieux (fièvre, frissons)
- Troubles du transit associés
- Antécédents de rétentions aigues d'urine, antécédents médico chirurgicaux
- Thérapeutiques récemment introduites
- Recherche de circonstances déclenchantes

3. Examen clinique :

Initialement succinct pour confirmer le diagnostic : Matité hypogastrique, voussure pelvienne, bladder scan.

- o **Volume (mL)** = largeur en mm x profondeur en mm (transversal) x hauteur en mm (sagital) / 2



Référence : UF2300/46.a	Titre : Rétention aigue d'urine aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page : 1/44
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

Complété après évacuation par :

- Examen des organes génitaux externes
- Touchers pelviens :
 - o TR : estimation du volume prostatique ; caractérisation de la prostate ; recherche de fécalome ; évaluation du tonus sphinctérien
 - o TV : recherche d'une tumeur pelvienne ; recherche d'un prolapsus vaginal. Si normal orienter vers gynécologues pour examen spécialisé.
- Examen neurologique

4. Biologie : NFS ; IP2 ; TP ; TCA ; Hémoculture si fièvre ; BU + ECBU

5. Imagerie : Échographie des voies urinaires (radiologue ou urgentiste expérimenté)

D'accès facilité aux urgences, permet la confirmation diagnostique ainsi que l'évaluation du retentissement sur le haut appareil (dilatation des cavités pyélocalicielles >10mm) et l'élimination des diagnostics différentiels.

Un bladderscan réalisé par l'IDE permet de poser le diagnostic et de réaliser le drainage immédiatement après élimination des contre-indications.

6. Traitement

Le drainage vésical est le geste permettant de lever la rétention d'urine sans attendre les résultats biologiques :

- **Sondage vésical sonde de Foley CH 14 à 18** (fonction de la corpulence)
 - o Sonde béquillée CH 18 si suspicion d'HBP
 - o Sonde double courant si présence d'un caillotage
 - o Contre-indications :
 - Sténose urétrale
 - Prostatectomie radicale
 - Suspicion de disjonction vésico urétrale
- **Cathéter sus pubien : en 2^{ème} intention, en cas d'échec de sondage urétral**
 - o Contre-indications :
 - Ascite
 - Antécédents de laparotomie (relative)
 - Rétention sur caillotage
 - Troubles de la coagulation
 - Tumeur vésicale

Noter l'heure de pose du drainage vésical ainsi que le volume d'urines recueilli. Il peut être réalisé un clampage de 30 min du drainage à l'excrétion des 500 premiers mL, mais il n'est pas obligatoire.

7. Surveillance & orientation

Surveillance clinico-biologique pendant 4 heures :

- Diurèse horaire
- Absence de caillotage
- **Syndrome de levée d'obstacle**
 - o Polyurie avec natriurèse massive dans les suites immédiates du drainage d'une insuffisance rénale obstructive pouvant aboutir à une déshydratation voire à un état de choc.
 - o A suspecter dès qu'une diurèse > 250mL/h apparaît.
 - o Compensation à 100% dans les 24 premières heures. Prévoir 3L de NaCl 0,9%/24h
 - o Hospitalisation minimum 48h et le temps d'un retour à une diurèse normale



Référence : UF2300/46.a	Titre : Rétention aigue d'urine aux urgences	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page : 1/44 Date d'émission : 17/10/2022 Date dernière révision :

Critères d'hospitalisation : *Urologue d'astreinte au CH Kourou 06 94 24 11 49*

- RAU chez la femme
- Insuffisance rénale aigue associée
- Syndrome de levée d'obstacle
- RAU sur prostatite

Retour à domicile si absence de critères d'hospitalisation :

- Sonde à demeure
- Soins de sonde infirmiers et changement de sac collecteur une fois par semaine
- Alpha bloquants (Xatral LP 10mg/j ou Tamsulosine 1mg/j) chez l'homme 21 jours. Stopper un jour après le retrait de sonde.
- RDV Médecin traitant pour ablation de sonde dans les 2 à 3 semaines
- Rdv de suivi en Urologie (05 94 32 77 10) dans le mois.
- Echographie rénale et voies urinaires en externe si non réalisé aux urgences
- Arrêt du médicament responsable

