



## Collège Hospitalier et Universitaire de Chirurgie Pédiatrique

### Examen Classant National / Programme Officiel (2013)

#### Question N° 342. Rétention aiguë d'urine de l'enfant

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

Pr Eric DOBREMÉZ (Chirurgie Pédiatrique, Bordeaux)  
Pr Jean-Michel GUYS (Chirurgie Pédiatrique, Marseille) et Pr Philippe RAVASSE (Chirurgie Pédiatrique, Caen)

Novembre 2014

#### Introduction

Pathologie rare chez l'enfant, la rétention aiguë d'urine est souvent purement fonctionnelle. La recherche d'un globe vésical fait partie de l'examen abdominal de tout enfant, notamment lorsqu'il se plaint de douleurs. La présentation clinique sera plus souvent une douleur abdominale aiguë sous-ombilicale avec agitation et parfois vomissements, plutôt qu'un enfant se plaignant de ne pouvoir uriner. La rétention aiguë d'urine de l'enfant a des étiologies multiples, qui sont tout à fait différentes de celles que l'on rencontre chez l'adulte.

#### Définition

La rétention aiguë d'urine peut se caractériser comme :

- l'impossibilité de vider sa vessie depuis plus de 12 heures
- la palpation d'un globe vésical.
- un volume d'urine dans la vessie supérieur à la quantité habituelle pour l'âge  $((\text{âge en années} + 2) \times 30 \text{ ml})$

Ceci est à différencier d'une anurie, habituellement indolore et sans globe vésical.

#### Etiologies

Elles sont multiples. Nous les énumérons en partant des plus fréquentes pour finir par les plus rares :

Causes fonctionnelles.

C'est en premier lieu l'infection urinaire qui explique la rétention aigue d'urine chez un enfant. Le mécanisme est une douleur urétrale lors de la miction qui amène l'enfant ayant acquis la propreté, à une rétention volontaire.

Une inflammation génitale (vulvo-vaginite chez la fille ou balanite chez le garçon) conduit aux mêmes effets.

Des rétentions d'urine postopératoire peuvent être observées dans les suites de toutes les chirurgies vésicales, péri-vésicales, urétrales ou prépuçiales.

Parfois la douleur d'une hernie inguinale étranglée peut provoquer une rétention.

Une appendicite aigue en position pelvienne peut elle aussi donner une rétention fonctionnelle. L'enfant refusant d'uriner à cause de la douleur provoquée par les mouvements du péritoine au cours de la vidange de la vessie.

Les causes fonctionnelles sont plus fréquentes chez la fille, à cause de la prédominance des infections urinaires.

#### Obstruction des voies excrétrices :

L'étiologie la plus fréquente reste le fécalome.

Un hématocolpos (ou hématométrie) par imperforation hyménéale peut gêner la vidange vésicale par un phénomène de compression directe. Ce tableau peut être suspecté devant des douleurs croissantes associées à une aménorrhée primaire chez l'adolescente.

#### Obstruction par obstacle cervico-urétral :

Une obstruction du méat urétral peut se rencontrer en présence de lichen scléro-atrophique du gland.

Parfois il existe une sténose de l'urètre qui fait suite à des épisodes répétés d'urétrite.

Assez rare en France, une lithiase cervicale ou urétrale peut réaliser un obstacle aigu, essentiellement chez le garçon.

Une hématurie, un utricule prostatique ou un corps étranger urétral représentent les autres étiologies chez le grand enfant.

Par contre, chez le petit enfant, la pathologie malformative domine ; une urétérocèle prolabée, un polype urétral, des valves de l'urètre sont alors des causes rares mais classiques.

#### Déchirure des voies urinaires sous-vésicales :

Le traumatisme urétral avec une compression ou une déchirure de l'urètre sera suspecté lors de l'examen systématique des organes génitaux.

La fracture du bassin associe classiquement des lésions de l'urètre.

Chez la fille, des lésions génitales ne rentrant pas dans le cadre d'un traumatisme doivent faire rechercher des sévices sexuels.

#### Envahissement des voies urinaires sous-vésicales :

L'étiologie tumorale la plus fréquente sera le rhabdomyosarcome, dont le point de départ peut être la vessie ou la prostate.

#### Incompétence vésicale :

C'est souvent un tableau de rétention chronique que l'on retrouvera. Mais, un diverticule géant de vessie, un syndrome de prune belly (mégavessie avec aplasie des muscles de la paroi abdominale), peuvent se compliquer de rétention aigue.

### Neuropathies :

La myélite aiguë, notamment post-infectieuse, est souvent en cause. La rétention peut en être le seul signe au départ dans 10% des cas, les autres signes neurologiques comme la paralysie flasque apparaissant jusqu'à 15 jours plus tard. Ces pathologies guérissent habituellement sans séquelles motrices mais des troubles sphinctériens persistent souvent à distance.

Un neuroblastome pelvien comprimant la moelle (notamment la tumeur en sablier) peut être une cause.

Le traumatisme médullaire est souvent compliqué de rétention aiguë d'urine mais son diagnostic ne pose pas de problème si le contexte est connu.

### Cause médicamenteuse :

Deux types de molécules anticholinergiques (oxybutinine, atropine, scopolamine) ou alpha-mimétiques (pseudoéphédrine) sont directement responsables de rétention d'urine.

La morphine est elle aussi souvent incriminée, ce qui fait proposer un sondage vésical préventif lors de son utilisation chez l'enfant.

## **Présentation clinique**

L'interrogatoire recherche un antécédent de troubles mictionnels, des signes fonctionnels associés et une éventuelle prise médicamenteuse.

La prise de la température est systématique.

La palpation abdominale, confirmera le diagnostic et recherchera tout syndrome de masse.

La percussion confirmera le caractère liquidien de la masse sous ombilicale.

L'examen neurologique se concentrera sur la sensibilité périnéale et la motricité des membres inférieurs.

Un examen des organes génitaux externes sera ensuite mené à la recherche :

- d'une inflammation locale
- d'un lichen scléro-atrophique
- d'une sténose du méat urétral
- de signes de traumatisme
- du bombement à la toux de l'imperforation hyménéale.

Si la pratique du toucher rectal est peu répandue en pédiatrie, il prend ici toute son importance. Ce toucher permettra de rechercher un fécalome, une masse pelvienne, d'étudier la sensibilité anale et le tonus sphinctérien.

## **Traitement**

Il s'agit d'une urgence thérapeutique.

Le traitement étiologique de la rétention sera toujours réalisé, pour obtenir une vidange vésicale dans les causes fonctionnelles, ou secondairement dans les autres cas.

Dans les atteintes fonctionnelles, sont indiqués en fonction de l'habitude du praticien :

- un bain tiède

- un massage hypogastrique
- l'utilisation d'un anesthésique local en gel urétral
- une administration de Diazepam par voie intra-rectale (0,5 mg/kg de la solution injectable en l'absence de contre-indication)
- l'administration d'un lavement, souvent efficace en cas de fécalome
- l'utilisation du MEOPA pour obtenir une sédation de la douleur et permettre la miction

En cas d'échec, ou de suspicion d'une atteinte organique, le sondage urétral à demeure s'impose. Il n'existe pas réellement de contre-indication à ce geste, mais il doit être prudent et réalisé par un spécialiste dans les cas de traumatismes de l'urètre sans lésion osseuse. Il sera réalisé avec une sonde à ballonnet dont la taille est adaptée à l'âge de l'enfant. L'utilisation d'une sonde de plus petit diamètre que recommandé, n'est pas un gage de réussite car leur souplesse rend le sondage plus difficile. L'utilisation du mandrin est à réserver aux praticiens expérimentés. Le ballonnet ne sera gonflé que lorsque la sonde a pénétré jusqu'à la garde pour se mettre à l'abri d'une lésion urétrale. On se souviendra qu'une sonde en place est une sonde qui ramène des urines et qui ne fait pas mal ! La présence d'un obstacle urétral n'est pas une contre-indication au sondage, en effet, une lithiase urétrale pourra être repoussée dans la vessie lors du passage de la sonde. Ce sondage ne sera pas un simple sondage évacuateur car la plupart des pathologies que nous avons listées précédemment ne guériront pas spontanément et leur diagnostic fera souvent appel à des examens complémentaires.

En cas d'échec du sondage, ou en présence de lésion urétrale avec fracture du bassin, un cathétérisme sus-pubien est indiqué. Il sera confié à un chirurgien pédiatre.

### **Conclusion**

La rétention aigue d'urine de l'enfant est liée à des étiologies très variées, différentes de celles rencontrées en pathologie adulte.

Le sondage vésical, lorsqu'il est indiqué, doit être prudent pour ne pas créer de lésion urétrale. Avant l'âge d'acquisition de la propreté, les étiologies malformatives prédominent.

### **EN SYNTHÈSE**

Le diagnostic d'une rétention aigue d'urine chez l'enfant est clinique. Il repose sur l'interrogatoire et la palpation d'un globe vésical. L'étiologie est la plupart du temps purement fonctionnelle, notamment chez la fille après l'âge d'acquisition de la propreté. La rétention est alors secondaire à des mictions rendues douloureuses par une inflammation de l'urètre ou des organes génitaux. Il convient de favoriser une miction spontanée après avoir soulagé l'enfant. Les autres causes rencontrées sont ; l'obstruction des voies urinaires, l'atteinte médullaire ou les effets indésirables des médicaments. Le sondage urétral à demeure est alors indiqué. Le recours au cathétérisme sus-pubien est réservé aux échecs de sondage, ou en première intention en cas de lésion urétrale associée à une fracture du bassin.