

Rétention aiguë d'urine

Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou

M.L. DIAKITÉ¹, O. KONÉ¹, J. AVAKOUDJO², R. HODONOU², D. CISSÉ¹, A. OUATTARA²,
I. GANDAHO², C. AKPO²

1. *Scie urologie, CHU
Point G Bamako, Mali*
2. *Scie urologie-andrologie,
CNHU HKM, Cotonou,
Bénin*

Résumé

La rétention aiguë d'urines (RAU) impose la dérivation en urgence des urines afin de soulager le patient. Celle-ci peut se concevoir par un sondage uréthro-vésical ou par un cathétérisme sus-pubien ou par cystostomie. Chacun comporte ses propres indications et contre-indications, qu'il faut bien connaître. Une fois le patient soulagé, le bilan étiologique est la règle. Notre étude rétrospective descriptive avait pour but de dégager les différents aspects épidémiologiques, diagnostiques, et thérapeutiques de la rétention aiguë d'urine dans le service d'urologie-andrologie du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU HKM), Cotonou, Bénin. Au total 107 cas de rétention aiguë d'urine ont été colligés du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2010.

Sur 758 malades hospitalisés pendant la période d'étude, 107 patients ont été admis au service pour RAU avec une fréquence de 14,1%.

L'âge moyen de nos patients est de 59,71 ans avec des extrêmes variant entre 17 et 96 ans avec une prédominance des sujets de 50 et 80 ans, et selon le sexe, une exclusivité masculine a été constatée, soit 100% dans notre étude. Tous ces patients ont bénéficié en urgence une évacuation des urines par sondage uréthro-vésical ou par cystocathéter. Puis, un traitement étiologique selon le cas a été adopté.

Abstract

Acute urinary retention (AUR) requires emergency urine diversion to relieve the patient. It is conceivable by intra venous bladder or by suprapubic catheterization or cystostomy. Each has its own indications and contraindications, which is important to know. Once the patient is relieved, etiologic assessment is the rule. Our retrospective and descriptive study was designed to identify epidemiological aspects, diagnosis, and treatment of acute urinary retention in the service of Urology-Andrology, CNHU HKM, Cotonou, Benin. In total 107 cases of acute retention of urine were collected from January 1st, 2008 to December 31st, 2010.

Of 758 patients hospitalized during the study period, 107 patients were admitted in the service for acute urinary retention with a frequency of 14.1%.

The mean age of our patients was 59,71 years with extremes ranging from 17 to 96 years and with a predominance of people of 50 and 80 years, and by gender, all are male (100% in our study). All patients underwent emergency evacuation of the urine sample urethrovesical bladder or cystocatheter. Then, an etiological treatment as the case was adopted.

Mots-clés :
**Cystostomie,
rétention aiguë
d'urine,
sondage vésical**

Keywords:
**Acute urinary
retention,
bladder
catheterization,
cystostomy**

Introduction

La rétention aiguë d'urine (RAU) est une urgence assez fréquente en pratique médicale au Bénin. Les étiologies sont multiples et sont fonction de l'âge et du sexe.

Devant une RAU, tout médecin doit être capable de : reconnaître la distension vésicale, drainer la vessie et déterminer la cause, en vue de proposer un traitement. Cette prise en charge adéquate n'est pas toujours assurée dans la majorité des cas. La majorité de la population vit en zone rurale, où cette urgence est prise en charge très souvent dans des structures non-averties. Notre étude est une première à Cotonou, l'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la rétention aiguë des urines au CHNU-HKM.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive ayant porté sur les rétentions aiguës d'urines admis à la Clinique Universitaire d'Urologie et d'Andrologie CNHU-HKM de Cotonou entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2010.

Les critères d'inclusion ont été, tous les patients admis pour rétention aiguë d'urine. Les critères d'exclusion ont concerné les patients dont les dossiers ont été inexploitable, les obstructions de sonde au cours de l'hospitalisation, les rétentions aiguës d'urines après

épreuve d'ablation de sonde.

Nos sources de données ont été : les registres d'hospitalisation, les dossiers médicaux des patients, le cahier de compte-rendu opératoire. Les variables épidémiologiques diagnostiques et thérapeutiques ont été colligées dans une fiche d'enquête pré établie et testée.

L'exploitation informatique des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epi Info 2000 et Excel. Nous nous sommes intéressés à la fréquence des variables.

Résultats

Aspects épidémiologiques

En 3 ans, 107 cas de rétention aiguë d'urine ont été le motif d'hospitalisation sur 758 patients hospitalisés dans le service d'urologie andrologie de CNHU HKM de Cotonou, toutes pathologies confondues soit une fréquence de 14,1%, et une moyenne annuelle de 36 cas par an. L'âge moyen de nos patients a été de 59,71 ans avec des extrêmes de 17 et 96 ans. Tous nos malades étaient de sexe masculin.

Aspects cliniques

Tous nos patients ont présenté au moins un antécédent urologique ou uro-génital avant la survenue de la rétention aiguë d'urines. Cependant, nous avons constaté la possibilité de succession ou d'association dans le temps des antécédents urologiques. Des antécédents chirurgicaux ont été notés qui peuvent souvent expliquer la rétention.

Tous les patients ont bénéficié d'un toucher rectal (TR) dont le résultat a retrouvé 40,2 % de prostate d'allure adénomateuse, et 29% d'allure maligne.

Nous avons réalisé chez tous les patients un Examen Cytobactériologique des Urines : ECBU (figure 1) et un bilan radiologique (figure 2).

Figure 1 : Germes retrouvés dans le résultat de l'ECBU

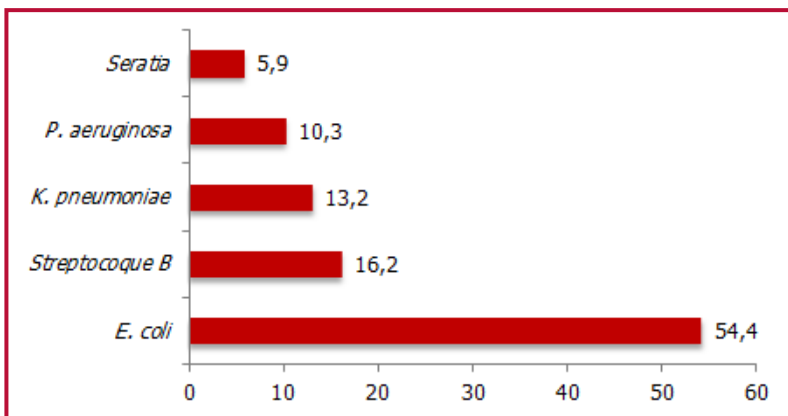


Figure 2 : Répartition des patients selon les examens d'imagerie

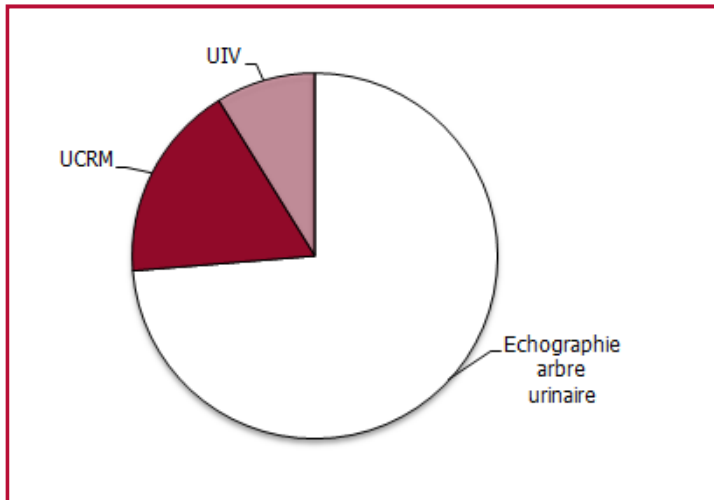


Tableau 1 : Répartition des patients selon diagnostic positif

Diagnostic	Nombre	%
Hypertrophie bénigne de la prostate	50	46,7
Adénocarcinome	30	28
Sténose urétrale	14	13,2
Rupture urétrale	5	4,7
Tumeur de vessie	3	2,8
HBP + sténose urétrale	2	1,8
Adénocarcinome + sténose urétrale	1	0,9
HBP + tumeur de vessie	1	0,9
Adénocarcinome + tumeur de vessie	1	0,9
Total	107	100

Aspects diagnostiques

Nous avons enregistré 107 patients admis pour RAU. Le diagnostic était en faveur d'une Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP) chez 49,5% des patients, par contre nous avons soupçonné un adénocarcinome de la prostate chez 29,9% des patients (sur la base du TR et le taux de PSA). La sténose urétrale était présente chez 20,6% des patients.

Aspects thérapeutiques

Un drainage vésical en urgence a été fait chez tous les patients, représenté par le sondage

urétro-vésical dans 58,8% des cas, et d'autres moyens de vidanges vésicales, notamment la cystostomie et le cathéter sus-pubien avec des fréquences respectives de 22,4% et 18,7%.

Une adénomectomie prostatique par voie trans-vésicale a été réalisée chez tous les patients diagnostiqués HBP, soit une fréquence de 49,5%. Par contre chez les patients suspectés ADK, un évidement prostatique a été réalisé pour la levée d'obstacle.

Toutes les pièces d'adénomectomie ou d'évidement prostatique (85 pièces) ont été envoyées pour un examen anatomopathologique.

Tous les comptes-rendus n'étaient pas disponibles : l'adénome de la prostate a été confirmé chez 55% des pièces et l'adénocarcinome de la prostate chez 25% des pièces.

Les patients avec une sténose de l'urètre ont subi une dilatation aux béliques dans la majorité des cas. Seulement 9,2% de nos patients ont bénéficié d'une urétroplastie selon différentes techniques.

Discussion

Au cours de notre étude, nous avons remarqué que la rétention aiguë d'urine a été le motif de consultation le plus fréquent en urgence, soit une fréquence de 14,1% de nos hospitalisations par contre une étude similaire faite à Madagascar par RANTOMALALA et coll. [1] en 2006 qui avaient noté que la rétention aiguë d'urine était un motif de consultation habituel chez les médecins généralistes qui étaient contactés en premier lieu, compte tenu de leur accessibilité soit une fréquence de 32% du motif de consultation. Aucune étude n'a été menée à Cotonou auprès des centres de santé de proximité.

En Angleterre en 2001, BRIERLY et coll. [2] avaient recueilli un taux de 68 %. Ces taux sont largement supérieurs à notre taux, ce qui s'expliquerait par le fait de la non-fréquenta-

tion des structures socio-sanitaires par nos populations en majorité rurales et illetrées.

Age et sexe de nos patients

L'âge moyen de nos patients était de 59,71 ans avec des extrêmes de 17 et de 96 ans. Une étude réalisée par FONTAINE [3] montre une fréquence de survenue d'une rétention aiguë des urines à partir de la cinquantaine avec une prédominance masculine nette.

Parmi les 107 cas de notre série, nous avons remarqué une prédominance masculine nette, par ailleurs au CHU d'Antananarivo de mars 1998 à décembre 2003 [1], une étude similaire à la nôtre avait retrouvé une proportion de 91,75% de sexe masculin et seulement 8,79% de sexe féminin. Ce taux est plus proche de notre série.

Cela pourrait s'expliquer par la fréquence de survenue des pathologies urologiques obstructives chez l'homme. Les données de la littérature sont vérifiées dans cette étude malgré une incidence plus élevée dans les pays africains par rapport à celle des autres pays, notamment les pays européens [4].

La rétention urinaire aiguë reste sous-documentée et sous-diagnostiquée chez la femme, en dehors des causes habituelles, uro-génitales, médicamenteuses, ou même des lésions de la moelle par protrusion discale ou tumorale, il faut également penser aux neuropathies, à la sclérose en plaque, et aux myéloradiculites virales, dont Herpès-Zoster est le virus prédominant.

Antécédents médicaux

Dans notre série, plusieurs de nos patients présentaient des antécédents d'urétrites de bilharzioses qui ont été respectivement responsable dans 25,2% et 15,9% de sténose urétrale et d'autres obstructions du bas appareil urinaire, une étude faite par SECK et coll. [5]

sur les bilharzioses avait retrouvée respectivement de 53,2% et 29,6% dans une communauté.

Ce constat avait été fait aussi par POGGONSEE en Tanzanie [6].

Cela nous permet de dire que la bilharziose et urétrites sont pourvoyeuses des sténoses urétrales.

Certains ont présenté des antécédents de diabète, d'accident vasculaire cérébral et d'hypertension artérielle qui sont habituellement des sources de vessie neurologie [4].

Antécédents chirurgicaux

Dans notre série 12 patients présentaient des antécédents d'urétroplastie soit une fréquence de 11,2% contre 14 patients sur 69 cas dans une étude antérieurement faite au Bangui par N'DEMANGA KAMOUNE [7] soit 20,3%, ce taux est légèrement supérieur au nôtre.

La fréquence de la hernie des dysuriques a été de 6,5% dans notre série, RANTOMALALA et coll. [1] avaient retrouvé une fréquence de 2,74%. Cette hernie accompagne habituellement les pathologies urologiques du bas appareil urinaire.

En dehors de la rétention aiguë d'urine, les patients ont souvent présenté d'autres symptômes avant leur admission ainsi 68,2% ont eu dysurie, une brûlure mictionnelle dans 54,2% des cas, une pollakiurie dans 47,7% des cas, et une hématurie dans 21,5% des cas. Une étude faite à Bangui sur les sténoses de l'urètre masculin avait retrouvé 37,6% de dysurie et 31% de pollakiurie [7].

Toucher rectal (TR)

Loin de prendre la place de l'examen anatomopathologique, dans notre série, le TR est d'un apport précieux et a permis d'évoquer le diagnostic d'HBP dans 40,2%, cancer de la prostate dans 29%. AKPO et coll. [8], ont trouvé

des taux différents (75% pour HBP et 18,9% cancer de prostate).

Ce qui nous permet de dire que le TR peut être considéré comme un examen performant si l'on s'y applique. L'enseignement de la technique du TR doit devenir alors un objectif principal pour le dépistage et le diagnostic des pathologies prostatiques.

L'examen physique a permis de retrouver une sténose urétrale. Une fistule uréthro-cutanée a été retrouvée chez 3,8%, une induration de l'urètre chez 0,9% des cas.

L'anomalie la plus fréquente à l'examen physique était HBP ce qui est en accord avec l'âge de nos patients soit 59,71%.

Dosage de PSA

Le dosage de PSA réalisé chez 92 patients a été supérieur à 10ng/ml chez 32,7% des patients, entre 4-10ng/ml chez 29% des patients, et inférieur à 4ng/ml chez 24,3% des patients. Par contre, une étude faite dans le même service sur l'apport du toucher rectal, du dosage du PSA, de l'échographie et de la biopsie dans le diagnostic des tumeurs prostatiques avait retrouvé respectivement, le taux du PSA supérieur à 4ng/ml chez 38,1%, des patients, supérieur ou égal à 10,1ng/ml chez 33,3% des patients, et supérieur à 10ng/ml chez 28,6% [8].

Echographie

L'échographie a été réalisée dans 86,9% des cas dans notre série associée au dosage du PSA.

Les biopsies prostatiques et histologiques des pièces opératoires ont permis de retenir les diagnostics suivants : l'HBP (dans 46,7% des cas), l'adénocarcinome de la prostate (ADK) dans 29,9% des cas.

Nous avons noté également une fréquence de 2,8% de TV dans notre série.

Les bilans à visée de retentissement ont permis de noter une altération de la fonction rénale dans 69,8%, il s'agit d'une élévation de la créatininémie, de l'urémie et une infection urinaire dans 63,9%.

Les principaux germes retrouvés à l'ECBU ont été : l'*Escherichia coli* dans 54,4% des cas, les streptococcies B dans 16,2% des cas. Des germes comme *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia* qui sont surtout responsables d'infections nosocomiales, ont été rencontrés respectivement chez 13,2%, 10,2%, 5,9%. Ces résultats sont conformes à ceux de KAMBOU et coll. au Burkina Faso [9] et OUATTARA et coll. au Mali [10]. Ce qui nous permet de dire que la survenue de RAU est favorisée par les pathologies infectieuses. Ces pathologies doivent être recherchées et traitées.

Au cours de la prise en charge, un drainage urinaire a été effectué chez tous nos patients. Ce drainage est un geste impératif afin d'éviter la souffrance rénale [1, 11]. Ce drainage a été suivi par un traitement étiologique dans tous les cas.

Le traitement chirurgical est le meilleur choix pour l'hypertrophie bénigne de la prostate [11].

L'adénomectomie trans-vésicale a été l'intervention pratiquée dans tous les cas d'hypertrophie prostatique. Cette technique a ses avantages et ses inconvénients. Elle permet la levée d'obstacle avec une meilleure amélioration de l'état mictionnel, mais au prix d'une hospitalisation longue et une morbidité post-opératoire élevée [11].

Aucun de nos patients au moment de l'étude n'a bénéficié de la résection endoscopique trans-urétrale de la prostate (RTUP). Notre plateau technique étant dépourvu de cette technologie. Actuellement la RTUP constitue le traitement de référence de l'hypertrophie bénigne de la prostate [9, 12, 13]. A ce jour, cette technique est réalisable dans le service.

Les patients suspects d'ADK de la prostate sur la base du TR et de forte élévation du PSA (29,9%), notre attitude a été un évidement prostatique, la masse enlevée est adressée pour un examen anatomo-pathologique. L'ADK n'a été confirmé que dans seulement 25% des cas. Cette discordance s'explique par le fait que certains patients n'ont pas pu déposer leur pièce pour l'examen anatomo-pathologique. Pour le traitement des sténoses urétrales (20,6% des patients), le matériel endoscopique n'étant pas disponible, nous utilisons toujours la dilatation aux béliques à l'aveugle. Ceci a été le cas de la majorité des cas, avec des risques de création de "fausses routes" que cela peut comporter. A ce jour, ce type de traitement est encore largement décrit par d'autres auteurs de la sous-région [7, 14, 15]. Les urétroplasties gardent une bonne place dans notre arsenal thérapeutique (9,2% des cas de sténose urètre).

Conclusion

A terme, nous pouvons dire que la rétention aiguë d'urine est une urgence urologique fréquente au CNHU-HKM de Cotonou.

Cette fréquence est la conséquence du retard dans le diagnostic, ou de l'absence de prise en charge adéquate de certains troubles urinaires. Elle mérite une attention particulière car elle survient très souvent sur des personnes âgées souvent fragiles.

Après son diagnostic et sa prise en charge, un examen bien conduit doit permettre d'évoquer le diagnostic étiologique et proposer un traitement adéquat. Ceci permettra de prévenir la survenue, des complications redoutables sur le haut appareil urinaire.

L'hypertrophie prostatique est la première cause, mais il ne faut pas occulter les autres pathologies susceptibles de provoquer une rétention aiguë d'urine.

Références

- 1. RANTOMALALA HYH., RAKOTOARIJAONA A., RAJAONANAHARY TMA., RANDRIANANTOANINA FE., RAKOTOARISOA AJC., ANDRIANABELINA R., AHMAD A.** Les retentions aiguës des urines : Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques. *Med. Afr. Noire* 2006 ; 53 : 8-9.
- 2. BRIERLY RD., MOSTAFID AH., KONTOTHANASSIS D., THOMAS PJ., FLETCHER MS.** Is transurethral resection of the prostate safe and effective in the over 80 years old ? *Ann. R Coll Surg Engl.* 2001 ; 83 (1) : 50-3.
- 3. FONTAINE E., THOMAS L., SONIGO B.** Rétention aiguë d'urine. *Rev Prat.* 2002 Nov 1 ; 52 (17) : 1943-6.
- 4. ABID I., BOUJNAH H., ZMERLI S.** Rétention vésicale complète secondaire à une infection génitale herpétique. Rapport d'un cas. *Revue de la littérature. Ann. Urol* 1989 ; (23), 5 : 403-5.
- 5. SECK A., FAYE B., GNING A., TAL-DIA.** La prévalence de la bilharziose urinaire et ses facteurs de risque en milieu scolaire rural à Fatick, au Sénégal. *Méd. Afr. Noire* 2007 ; 54 (3) : 125-131.
- 6. WALIGORA J.** Tumeurs bénignes de la prostate. *Encycl. Méd. Chir. Rein - Appareil urogénital* 1981 ; 14 (4) : 1855-10.
- 7. NDEMANGA KAMOUNE J., DOUI DOUMGBA A., KHALTAN E., MAMADOU NALI N.** Les sténoses de l'urètre masculin à Bangui (RCA). Approche épidémiologique à partir de 69 dossiers colligés au service d'urologie de l'hôpital de l'Amitié. *Méd. Afr. Noire* 2006 ; 53 (12) : 645-650.
- 8. AKPO C.E., HODONOU R., NWAFO KAMGA H., HOUNNASSO PP.** Rapport du toucher rectal, du dosage du PSA, de l'échographie et de la biopsie

dans le diagnostic des tumeurs prostatiques au CNHU de Cotonou à propos de 64 cas en deux ans. *Méd. Afr. Noire* 1999 ; 46 (5) : 271-275.

9. KAMBOU T., ZANGO B., EKOUE F., TRAORE AC., BONKOUNGOU B., OUATTARA T., SANOU D. Traitement chirurgical de l'hypertrophie bénigne de la prostate au C.H.U. Sanou Souro de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) résultats à court et moyen terme - à propos de 190 cas. *Méd. Afr. Noire* 2006 ; 53 (11) : 605-612.

10. OUATTARA Z., TEMBELY A., SANOGO ZZ., DOUMBIA D., CISSÉ CMC., OUATTARA K. Le rétrécissement de l'urètre chez l'homme à l'hôpital du Point "G". *Mali Médical* 2004 ; 34 (19) : 48-49.

11. DJÈ K., YAO B., SANGARÉ SI., KOUYATÉ D. La dysectasie du col vésical : Aspects étiopathogéniques, cliniques et thérapeutiques : A propos de 92 observations. *Méd. Afr. Noire* 2003 ; 50 (10) : 419-422.

12. CORNU J-N, ROUPRÊT M. Innovations chirurgicales dans le traitement de l'hyperplasie bénigne de la prostate: vers de nouveaux standards thérapeutiques? *Prog Urol*, 2007 ; 17(5) : 1026-1028.

13. ZANGO B., KAMBOU T., SANOU A. La résection transurétrale de la prostate à l'hôpital Sanou Souro de Bobo-Dioulasso : à propos de 68 cas. *African Journal of Urology* 2002 ; 8 (1) : 1-5.

14. DIALLO B., GUIRASSY S., SOW KB., BAH I. La sténose de l'urètre masculin dans le service d'urologie CHU Ignace Deen conakry. *Afr. Med* 1994 ; 33 (311) : 108-111.

15. DIAKITÉ ML., FOFANA T., SANOGO M., KANE SA., OUATTARA Z., OUATTARA K. Les rétrécissements de l'urètre au CHU Gabriel Touré à propos de 77 cas. *Méd. Afr. Noire* 2012 ; 59 (4) : 193-198.