Rétention aiguë d'urine chez l'homme : quelle prise en charge en 2004 ?

Objectif : savoir prendre en charge un épisode de rétention aiguë d'urine (RAU) chez l'homme.

L'incapacité soudaine d'uriner chez l'homme est due, le plus souvent, à un adénome de la prostate. Son traitement immédiat est le drainage vésical par sondage transurétral ou cathétérisme sus-pubien. Une prévention de la RAU peut être envisagée chez les patients qui ont des troubles mictionnels et d'autres facteurs de risque.

Par **Jacques Irani**
Service d'urologie, CHU La Milétrie, 86000 Poitiers.

j.irani@chu-poitiers.fr

La rétention aiguë d'urines (RAU) est caractérisée par une incapacité soudaine d'uriner. Elle est le plus souvent inattendue et douloureuse, ce qui la distingue de l'aggravation d'une rétention chronique. Un homme sur 10 dans la tranche des 70-79 ans aura une RAU dans les 5 ans. Ce risque chez l'octogénaire est de 1 sur 3. [1]

Le traitement de l'épisode aigu repose sur le drainage de la vessie en urgence. Les modalités de ce drainage sont cependant très variables. Il peut être fait par le médecin généraliste (avec l'avantage de soulager plus rapidement le patient) ou, à défaut, dans un service d'urgences. Il peut être réalisé par la mise en place d'un cathéter sus-pubien ou d'une sonde transurétrale. L'étape ultérieure peut consister en une hospitalisation ou un retour au domicile avec le drainage en place. La résection de l'adénome de prostate est prévue d'emblée par certains, alors que d'autres attendent les résultats d'un sevrage du drainage, avec ou sans traitement pharmacologique associé.

Cette absence de consensus reflète probablement l'insuffisance des connaissances sur les mécanismes de la RAU et l'hétérogénéité pronostique qui est essentiellement fonction du patient et de la cause.

Plusieurs études épidémiologiques et expérimentales récentes ont permis d'apporter des informations utiles pour une prise en charge plus rationnelle, qui pourrait inclure la prévention de la RAU.

LES CAUSES

Les causes de la RAU ne sont pas claires.

La RAU est associée à 3 types de situations

Les cas cliniques rapportés dans la littérature décrivent le plus souvent 3 catégories de situations associées à la RAU. [2]

Obstacle à l'écoulement des urines. Cet obstacle peut être mécanique (ex. : rétrécissement de l'urètre) ou dynamique (ex. : hypertonie du sphincter).

Interruption de l'innervation vésicale. Elle peut être sensitive ou motrice (ex. : effets pharmacologiques indésirables de médicaments ayant des propriétés parasympatholytiques).

Distention vésicale. Elle est liée à un volume exagéré d'urine (ex. : obligation de se retenir d'uriner).

Plusieurs de ces situations peuvent être associées. La prostatite associe un obstacle mécanique (œdème) et dynamique (hypertonie sphinctérienne).

L'anesthésie générale associe une distension vésicale exagérée, lorsque la vessie n'est pas drainée en péri-opératoire, à un traitement pharmacologique à risque (morphiniques et agents ayant un effet anticholinergique qui diminuent la sensibilité vésicale et sa capacité contractile respectivement) et un tonus α-adrénergique augmenté, responsable d'une hypertonie sphinctérienne.

La plus fréquente : l'adénome de la prostate

Les études épidémiologiques descriptives ont montré que plus de 50 % des RAU chez l'homme étaient classées dans la catégorie avec obstacle à l'écoulement des urines, l'obstacle étant rapporté essentiellement à une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP). [3,4] En pratique, en l'absence d'autre cause identifiée, la RAU « spontanée » chez l'homme de plus de 60 ans est le plus souvent mise sur le compte d'une HBP. [5]

BSIP

La fréquence des autres causes – essentiellement la constipation, le cancer évolué de la prostate, le rétrécissement de l'urètre, des caillots obstructifs, des désordres neurologiques, la période postopératoire, certains agents pharmacologiques, une infection prostatique –, s'échelonne entre 7 % et 2 %. [4]

FACTEURS DE RISQUE : ANTÉCÉDENTS DE TROUBLES MICTIONNELS

La plupart des hommes qui ont une RAU sont âgés de plus de 60 ans avec des facteurs de risque identifiés, essentiellement un passé de troubles mictionnels. Lorsqu'une RAU survient sur d'autres terrains, elle doit faire l'objet d'une enquête étiologique minutieuse ; appendicite, lymphome, démyélinisation ou compression de la moelle épinière font partie des causes possibles. [2]

L'estimation du risque de survenue d'une RAU varie selon les études de 4 % à 73 %. Cette différence est expliquée essentiellement par un recrutement très différent. Une étude de population du Minnesota reflète probablement mieux la réalité, au moins en ce qui concerne la population nord-américaine : le risque de RAU était de 6,8/1 000 personnes-année. [1]

Ce risque augmente significativement avec l'âge. [1,6] Il est supérieur chez les hommes souffrant déjà de troubles mictionnels. Il a été associé significativement au :
– volume vésical résiduel post-mictionnel : un résidu supérieur à 50 mL était associé à un risque de RAU trois fois supérieur ; [7]
– score d'un autoquestionnaire validé, l'*International Prostate Symptom Score* ou IPSS : [6] l'incidence de RAU passait de 2,6 cas/1 000 par an pour un IPSS antérieur de 0 à 7 (troubles mictionnels absents à modérés) à 14,3 cas/1 000 par an pour un IPSS de 20 à 35 (troubles mictionnels sévères) ;
– débit urinaire : les hommes ayant un débit maximal inférieur à 12 mL/s avaient un risque de RAU 4 fois supérieur. [8]

Par ailleurs, une corrélation a été établie entre le risque de RAU et :
– le volume prostatique ; [8,9]
– l'antigène spécifique de la prostate (PSA). [9]

Si les facteurs sus-mentionnés peuvent prédire le risque de RAU, le mécanisme précis dans le cas de la RAU « spontanée » n'est pas clair. Certains arguments dans la littérature plaident en faveur d'infarctus prostatiques qui seraient responsables d'une obstruction par l'inflammation qu'ils entraînent. [10]

TRAITEMENT EN 2 ÉTAPES

Épisode aigu : drainage de la vessie en urgence

La RAU est traitée par cathétérisme en urgence. Une sonde urinaire transurétrale ou un cathéter sus-pubien peuvent être mis en place par le médecin généraliste à domicile ou, à défaut, par un praticien dans le service des urgences. Le choix du type de drainage est généralement une affaire d'école.

Le cathéter sus-pubien est la meilleure option [11] puisqu'il permet de :
– diminuer les complications infectieuses et urétrales secondaires à la sonde à demeure ;
– éviter un urètre sténosé ou une prostatite ;
– permettre la surveillance de la reprise des mictions par les voies naturelles.
Le cathétérisme sus-pubien nécessite cependant la présence d'un globe vésical franc et il est contre-indiqué en cas de tumeur urothéliale. Sauf nécessité absolue, il est déconseillé en cas de troubles de la coagulation et en présence d'une cicatrice sous-ombilicale (risque d'accolement d'une anse en sous-pariétal).

Le sondage transurétral, en cas de RAU, se fait plus fréquemment en pratique, car il reste plus accessible au non-spécialiste.

Traitement secondaire

Après drainage, le patient est le plus souvent hospitalisé. La cause de la RAU est recherchée par l'interrogatoire et l'examen clinique. Un bilan biologique écarte une insuffisance rénale obstructive qui caractérise habituellement les rétentions chroniques, indolores.

Sevrage de la sonde ? En l'absence de cause évidente, se pose la question de la tentative de sevrage de la sonde

ou, si un cathéter sus-pubien avait été mis en place, un essai de miction par les voies naturelles après clampage. Cette tentative ne fait pas l'unanimité :
– certains praticiens considèrent qu'une RAU avec une histoire ancienne de troubles mictionnels est une indication immédiate de chirurgie ; [12]
– d'autres, au contraire, pensent que la tentative de sevrage de sonde doit toujours précéder une décision thérapeutique : la résection de l'adénome n'est recommandée qu'en cas de récidive de la RAU, immédiate ou secondaire. [13]
Des études d'observation ont estimé le succès du sevrage à un taux modeste de 25 %. [4,14]
Une étude danoise multicentrique portant sur 228 hommes consécutifs vus en urgence pour une RAU avait montré que la moitié de ceux qui reprenaient des mictions spontanées après un premier épisode rechutaient dans la semaine suivante, et 68 % dans l'année. [15]
Les facteurs prédictifs de succès du sevrage ne sont pas bien établis. L'étude danoise citée ci-dessus avait isolé les facteurs de risque suivants :
– un débit urinaire maximal inférieur à 5 mL/s ;
– un âge supérieur à 75 ans ;
– un cathétérisme initial ayant ramené plus de 1 litre d'urine.
Ces 2 derniers – âge et volume du globe vésical – ont été confirmés par une étude plus récente. [10] À l'opposé, les patients ayant eu une RAU consécutive à une anesthésie générale avaient un faible risque de récidive. [8]

Résection de l'adénome de la prostate. Les patients qui ne peuvent être sevrés de leur drainage urinaire choisissent habituellement la résection de l'adénome de prostate. [2]
Une étude prospective de cohorte a étudié 3 966 hommes opérés d'une résection prostatique dont 1 242 admis pour RAU : le fait d'être opéré dans les suites immédiates d'une RAU ou après un délai pendant lequel le patient retourne à son domicile avec son drainage ne semble pas modifier le taux de complications ni les résultats définitifs. [17]

PRÉVENTION DE LA RAU

La prévention de la RAU a l'intérêt d'éviter les multiples désagréments de l'épisode aigu. De plus, les patients opérés à la suite d'une RAU auraient plus de complications péri- et postopératoires que les patients ayant eu une intervention programmée pour troubles mictionnels. [17] Cette prévention peut être chirurgicale ou médicale.

Prévention chirurgicale. Chez des hommes ayant des troubles mictionnels, la résection de l'adénome prostatique diminue d'un facteur 10 le risque de RAU. [18]

Prévention médicale. Deux études ont été réalisées :
– l'étude PLESS qui a évalué le finastéride (Chibro-Proscar) – un inhibiteur de la 5 α-réductase qui décroît le volume prostatique en inhibant la formation de dihydrotestostérone à partir de la testostérone – en le comparant à un placebo. Cette étude de phase III, d'une durée de 4 ans, a inclus 3 040 hommes ayant des troubles mictionnels modérés à sévères. Les hommes du groupe finastéride avaient un risque de RAU 57 % inférieur à ceux du bras placebo. [19] Cependant, le risque absolu était faible : 7 % (99/1 503) dans le groupe placebo et 3 % (42/1 513) dans le groupe finastéride. Il fallait donc traiter 15 hommes ayant des troubles mictionnels préexistants pendant 4 ans pour éviter 1 épisode de RAU ;
– une autre étude de phase III, en double aveugle, l'étude MTOPS évaluant l'association finastéride-α-bloquants sur le même type de population, a également observé des résultats en faveur de la chimioprévention de la RAU : [20] le taux cumulé de RAU à 4 ans était significativement diminué dans les bras finastéride (6/768) et finastéride-α-bloquants associés (4/786) par rapport aux bras placebo (18/737) et α-bloquants seuls (9/756).
Cette prévention au long cours, coûteuse et potentiellement responsable d'effets indésirables, est-elle nécessaire si l'on considère la faible fréquence de la RAU et le fait qu'elle ne mette pas habituellement le pronostic vital en jeu ? Il est vraisemblable que l'on s'oriente vers une chimioprévention ciblée, ce qui implique l'identification la plus précise possible d'une population à risque. Certains facteurs ont déjà été identifiés : les troubles mictionnels, le débit urinaire faible, un volume prostatique important et un PSA élevé (en dehors d'un cancer décelable).

AMÉLIORATION DES CHANCES DE SUCCÈS DU SEVRAGE DU DRAINAGE URINAIRE SUITE À UNE RAU

→ **La durée du drainage vésical avant sevrage** pourrait influencer le succès de celui-ci. Dans une étude, [16] les hommes ayant eu un retrait immédiat de la sonde retrouvaient des mictions spontanées dans 44 % des cas contre 62 % lorsque la sonde était retirée au 7e jour. Un drainage prolongé semblait d'autant plus intéressant que le volume du globe vésical était important.

→ **Plusieurs traitements pharmacologiques** ont été proposés. Les α-bloquants permettent de relâcher les muscles lisses du col vésical et de la prostate et d'augmenter les chances de succès du sevrage du drainage.
Dans l'étude randomisée en double aveugle ALFAUR, l'alfuzosine a permis d'augmenter significativement le taux de reprise mictionnelle après retrait du drainage mis en place à la suite d'un premier épisode douloureux de RAU lié à l'HBP.
Aujourd'hui, le Xatral LP 10 mg a l'indication pour le traitement adjuvant au sondage vésical dans la rétention aiguë d'urine liée à l'HBP (mais sa prescription dans cette indication n'est pas encore remboursée par la sécurité sociale ; la demande d'admission au remboursement est en cours d'examen par les autorités).
En pratique, la posologie recommandée est de 1 comprimé à 10 mg par jour, à prendre après le repas du soir, à partir du 1er jour de cathétérisme urétral ; le traitement est administré pendant 3 à 4 jours dont 2 à 3 jours lors de la mise sous cathéter et 1 jour après le retrait de celui-ci.

en pratique

- **L'incidence de la RAU augmente avec l'âge : en l'absence de tout traitement spécifique, un septuagénaire a 10 % de risque de présenter une RAU dans les 5 ans. Les autres facteurs de risque identifiés sont les troubles mictionnels, un volume prostatique important et un PSA élevé (en l'absence de cancer).**
- **La cause de la RAU la plus souvent incriminée est l'hypertrophie bénigne de la prostate.**
- **Le traitement de l'épisode aigu est le drainage immédiat de la vessie par cathéter sus-pubien ou sondage transurétral. L'étape suivante consiste à tenter un sevrage sous traitement par α-bloquants ou prévoir d'emblée une résection de l'adénome prostatique. La décision doit être prise en fonction des facteurs pronostiques identifiés et des souhaits du patient.**
- **La prévention de la RAU peut être envisagée chez les patients qui ont des troubles mictionnels ainsi que d'autres facteurs de risque. Cette prévention peut être chirurgicale (résection de l'adénome prostatique) ou médicale (inhibiteurs de la 5 α-réductase associés à des α-bloquants).**

La prévention instaurée à la suite d'un 1er épisode de RAU peut être une indication intéressante. Cependant, son évaluation est encore insuffisante.

CONCLUSION

La RAU chez l'homme est associée dans la majorité des cas à une HBP. Dans ce cas, le traitement chirurgical ou médical (association d'alpha-bloquants et inhibiteurs de la 5-alpha réductase) diminue significativement le risque de survenue de cet incident. Cependant, l'incidence de la RAU est relativement faible si l'on considère la prévalence de l'HBP. La connaissance des facteurs de risque de la RAU est utile pour cibler une population à risque et éviter d'imposer un traitement préventif souvent inutile à tous les hommes ayant une HBP. Le vieillissement, les gros volumes prostatiques, un PSA élevé sans cancer retrouvé, des troubles mictionnels marqués mis en évidence par les auto-questionnaires, une débitmétrie franchement altérée sont autant de facteurs de risque de RAU. Dans l'avenir proche, la découverte de nouveaux facteurs de risque et l'établissement de nomogrammes devraient constituer des aides précieuses à la décision.

A la suite d'un premier épisode de RAU, le traitement chirurgical de l'HBP doit être proposé au patient. Si ce dernier n'était pas traité jusque là, une tentative de sevrage sous alfusozine suivie, en cas de succès, d'un traitement médical de l'HBP, constitue une option alternative à discuter avec le patient. ■

Références

1. Jacobsen SJ, Jacobson DJ, Girman CJ *et al.* Natural history of prostatism : risk factors for acute urinary retention. J Urol 1997 ; 158 : 481-7.

2. Emberton M, Anson K. Acute urinary retention in men : an age old problem. BMJ 1999 ; 318 : 921-5.

3. Choong S, Emberton M. Acute urinary retention. BJU Int 2000 ; 85 : 186-201.

4. Murray K, Massey A, Feneley RC. Acute urinary retention-a urodynamic assessment. Br J Urol 1984 ; 56 : 468-73.

5. Roehrborn CG, Bruskewitz R, Nickel GC *et al.* for the PLESS Study Group Urinary retention in patients with BPH treated with finasteride or placebo over 4 years. Characterization of patients and ultimate outcomes. Eur Urol 2000 ; 37 : 528-36.

6. Meigs JB, Barry MJ, Giovannucci E *et al.* Incidence rates and risk factors for acute urinary retention: the health professionals followup study. J Urol 1999 ;162 : 376-82.

7. Kolman C, Girman CJ, Jacobsen SJ, Lieber MM. Distribution of postvoid residual urine volume in randomly selected men. J Urol 1999 ; 161 : 122-7.

8. Lieber MM, Jacobsen SJ, Roberts RO, Rhodes T, Girman CJ. Prostate volume and prostate-specific antigen in the absence of prostate cancer : a review of the relationship and prediction of long-term outcomes. Prostate 2001 ; 49 : 208-12.

9. Roehrborn CG, Malice MP, Cook TJ, Girman CJ. Clinical predictors of spontaneous acute urinary retention in men with LUTS and clinical BPH : a comprehensive analysis of the pooled placebo groups of several large clinical trials. Urology 2001 ; 58 : 210-6.

10. McNeill SA, Hargreave TB. Members of the Alfaur Study Group. Alfuzosin once daily facilitates return to voiding in patients in acute urinary retention. J Urol 2004 ; 171 (6 Pt 1) : 2316-20.

11. Horgan AF, Prasad B, Waldron DJ, O'Sullivan DC. Acute urinary retention. Comparison of suprapubic and urethral catheterisation. Br J Urol 1992; 70 : 149-51.

12. Hastie KJ, Dickinson AJ, Ahmad R, Moisey CU. Acute retention of urine : is trial without catheter justified? J R Coll Surg Edinb 1990 ; 35 : 225-7.

13. Recommandations ANAES 2003 : http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/RE_LILF-5M2C8J

14. Taube M, Gajraj H. Trial without catheter following acute retention of urine. Br J Urol 1989 ; 63 : 180-2.

15. Klarskov P, Andersen JT, Asmussen CF, Brenoe J, Jensen SK *et al.* Symptoms and signs predictive of the voiding pattern after acute urinary retention in men. Scand J Urol Nephrol 1987 ; 21 : 23-8.

16. Djavan B, Shariat S, Omar M, Roehrborn CG, Marberger M. Does prolonged catheter drainage improve the chance of recovering voluntary voiding after acute retention of urine (AUR) ? Eur Urol 1998 ;33 (Suppl. 1) : 110.

17. Pickard R, Emberton M, Neal DE. The management of men with acute urinary retention. National Prostatectomy Audit Steering Group. Br J Urol 1998 ; 81 : 712-20.

18. Flanigan RC, Reda DJ, Wasson JH *et al.* 5-year outcome of surgical resection and watchful waiting for men with moderately symptomatic benign prostatic hyperplasia: a Department of Veterans Affairs cooperative study. J Urol 1998; 160 :12-6.

19. McConnell JD, Bruskewitz R, Walsh P *et al.* The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study Group. N Engl J Med 1998 ; 338 : 557-63.

20. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM *et al.* Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS) Research Group. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med 2003 ; 349 : 2387-98.