

Rétention aigue d'urine du post partum : à propos d'un cas

Y.Outifa¹ ; Y.Belhaj² ; K.Benchaaboun³ ; O.Chama⁴ ; M.Diallo⁵ ; S.Jayi⁶ ; Fz.Fdili Alaoui⁷ ; H.Chaara⁸ ; My A. Melhouf⁹

Abstract : *Postpartum urinary retention (PUR) is a clinical condition that is neither well-recognized nor defined by standardized means but normally has a good prognosis. We present the case of a woman with a who demonstrated a PUR right after her first delivery. Prolonged first and second stage of labor, isolated prolonged second stage of labor, forceps delivery or vacuum extraction, perineal laceration, nulliparity and epidural anesthesia can act as independent risk factors for the development of PUR. In this case, epidural anesthesia and vacuum extraction were the two risk factors. Bladder drainage resolves PUR, after which there seems to be no cumulative risk for voiding dysfunction. An initial smaller post-void residual bladder volume may have a predictive value concerning the time to resolution of PUR.*

Keywords: catheter, clean intermittent self-catheterization, post-void residual bladder volume, postpartum urinary retention, risk factors.

Introduction :

La rétention aigue d'urine du post-partum (RAUPP) continue d'être une condition clinique mal reconnue, mais pas rare. La prévalence varie dans les rapports publiés entre 0,05 % et 14,6 % en fonction des critères utilisés et en reflétant les différences dans les pratiques obstétricales. Une définition couramment utilisée est l'absence de miction spontanée six heures après l'accouchement vaginal. Mais peut-être qu'une définition plus large, qui intègre à la fois le dysfonctionnement vésical et une période plus longue après l'accouchement, serait plus utile. Le traitement de base est le drainage vésical, qui peut être réalisé de différentes manières. L'étirement excessif de la paroi vésicale pendant la grossesse ou l'accouchement peut entraîner des dommages importants au détroit, suivis d'un dysfonctionnement vésical. Cela a été décrit il y a plus de 30 ans. Bien que ce soit une condition gênante, le pronostic est généralement bon et il y a peu de données publiées sur les séquelles à long terme.

Plusieurs études utilisant une analyse de régression ont montré différents facteurs de risque indépendants tels que le premier et le deuxième stade du travail prolongé, une prolongation isolée du deuxième stade, une extraction par forceps ou une extraction par ventouse, une lacération périnéale et la nulliparité. L'analgésie péridurale peut également être un facteur de risque. En détectant de tels facteurs de risque, les femmes à risque peuvent être identifiées, des mesures préventives peuvent être prises et un traitement efficace peut être initié. Nous présentons le cas d'une femme primigeste, ayant présenté une rétention aigue des urines après un accouchement par voie basse instrumentale, sous anesthésie péridurale.

Observation :

Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans, ayant consulté à la maternité du CHU Hassan II, pour des douleurs abdomino-pelvienne à type de contraction utérine avec hydrorrhée faite de liquide clair en eau de roche, l'examen clinique a objectivé une patiente stable, une hauteur utérine à 34cm, un col dilaté à 3 cm, effacé à 70%, en voie de centralisation, présentation céphalique mobile, liquide amniotique clair. L'examen du bassin était normal. L'échographie obstétricale a objectivé un fœtus de 3800g, placenta antéro-fundique grade III de Granum. Le tracé du RCF était oscillant et réactif avec un rythme de base à 145 battement/min. On a donc accepté l'accouchement par voie basse sous anesthésie péridurale, le travail a évolué harmonieusement avec une bonne dynamique utérine, la tête s'est fixé à 5cm de dilatation en variété occipito-iliaque gauche postérieur, puis la phase active s'est poursuivie dans les délais sans allongement de la durée, jusqu'à l'engagement où une ventouse a été utilisé pour extraction du bébé. Après la délivrance, et la surveillance pendant 2 heures au niveau du box d'accouchement, la patiente a été acheminé par la suite à la salle des suites de couches puis a accusé des douleurs pelvienne aiguë survenue à H6 de l'accouchement assez importante, l'examen a objectivé une voussure au niveau hypogastrique très sensible, le diagnostic de rétention aiguë des urines a été suspecté vu que la patiente n'a pas uriné depuis son accouchement, l'échographie sus pubienne a confirmé le diagnostic. Dans notre cas, Le premier sondage a ramené 1200 mL d'urine, et une cathétérisation intermittente ultérieure a dû être appliquée en raison de l'absence de miction spontanée au moment de sa sortie de l'hôpital. Après son retrait le troisième jour, la miction spontanée était possible à partir du 3ème jour sans symptômes irritatifs du tractus urinaire, la miction spontanée est resté conservée et lors de contrôles périodiques, les mesures du RPM mesurés par échographie étaient constamment inférieur à 50 mL.

Discussion :

Selon une définition populaire et répandue de la RAUPP, l'absence de miction spontanée six heures après l'accouchement, nous commençons notre prise en charge après ce laps de temps en utilisant des mesures simples telles que l'administration d'analgésiques oraux, la mobilisation et en assurant une intimité adéquate pour la patiente. Le volume de la vessie est

normalement mesuré par échographie. Lorsqu'un résidu post mictionnel supérieur à 150 mL est identifié, un cathétérisme intermittent est effectué jusqu'à ce que la patiente puisse uriner spontanément et que le PVRBV soit inférieur à 150 mL.

Autrement, un cathéter transurétral est placé pour 24 à 48 heures. Dans la situation où une femme ne peut pas uriner spontanément avant la sortie de l'hôpital, elle apprend la technique de cathétérisme intermittent propre (CIP) ou un cathéter supra-pubien est inséré, si le CIP n'est pas possible. De nombreux protocoles différents existent dans les rapports publiés concernant le traitement de la RAUPP, mais il manque une ligne directrice basée sur les données probantes, en raison du moins en partie de l'utilisation de définitions différentes. L'administration d'ocytocine était nécessaire à chaque fois pour la stimulation et le maintien des contractions, mais ne semble pas être un facteur de risque indépendant pour le développement de la RAUPP. Chez notre patiente Il est important de noter que l'extraction par ventouse lors de l'accouchement a été réalisée avec plusieurs tractions, vu que la variété était postérieure. Après le drainage de la vessie, il a fallu que notre patiente apprenne à faire la technique du CIP, puis le problème s'est résolu en 4 jours. Le travail prolongé, la lacération périnéale, la livraison instrumentale et l'analgésie péridurale sont des facteurs de risque indépendants ou peuvent contribuer au moins à une tendance à développer la RAUPP dans les études utilisant une analyse de régression : (2,6-8) Non seulement la durée du travail dans son ensemble, mais en particulier la durée du deuxième stade du travail semblent être les principales raisons de développer la RAUPP.

Le raccourcissement du deuxième stade du travail pourrait donc être une mesure préventive concevable dans la RAUPP. L'activation après l'administration d'une analgésie péridurale peut aider à raccourcir le deuxième stade du travail visant à supprimer ce facteur de risque et pourrait réduire le risque de survenue de RAUPP. Cependant, cela n'a pas été démontré dans des essais contrôlés randomisés. Chez les femmes ayant des antécédents de RAUPP, l'indication pour l'administration d'une analgésie péridurale doit être soigneusement considérée et le risque de récurrence discuté à l'avance avec la patiente. Deux articles récemment publiés montrent des incidences de PUR après césarienne entre 3,38%(10) et 24,1%,11 et donc la césarienne en tant qu'alternative doit être prise avec précaution.

Les femmes ayant un volume résiduel post-mictionnel initial plus faible ont moins de risques de nécessiter des cathétérismes répétés(6,9). Un volume résiduel post-mictionnel initial <750 mL était associé à une période plus courte de cathétérisme vésical, ce qui implique que le diagnostic précoce et l'utilisation de cathétérisme peuvent limiter l'évolution de la RAUPP en minimisant les dommages au muscle détroisor secondaires à la surdistension.(12) l'application d'une analgésie péridurale peut contribuer au développement de la RAUPP et devrait être administrée avec précaution, surtout dans les cas où il y a un antécédent de RAUPP. Le drainage vésical résout souvent cette affection, et il n'apparaît pas y avoir de risque cumulatif pour la dysfonction vésicale. Un volume résiduel post-mictionnel initial plus faible peut avoir une valeur prédictive concernant le temps nécessaire pour la résolution de la RAUPP, indiquant l'importance de la reconnaissance et du traitement précoces de cette condition.

Références :

1. Groutz A, Gordon D, Wolman I, Jaffa A, Kupferminc MJ, Lessing B. Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. *J Reprod Med* 2001; 46: 44–48.
2. Yip SK, Brieger G, Hin LY, Chung T. Urinary retention in the post-partum period. The relationship between obstetric factors and the postpartum post-void residual bladder volume. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 667–672.
3. Yip SK, Sahota D, Pang MW, Chang A. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 881– 891.
4. Versi E, Barnick C. Post-partum urinary retention. In: Blaivas G (ed). *Proceedings of the 17th Annual meeting of the International Continence Society*; 3–5 September, Bristol, UK. Bristol: Continence Society, 1987; 218–219.
5. Mayo ME, Lloyd-Davies RW, Shuttleworth KED, Tighe JR. The damaged human detrusor: Functional and electron microscopic changes in disease. *BJU* 1973; 45: 116–125.
6. Liang CC, Chang SD, Tseng LH, Hsieh CC, Chung CL, Cheng PJ. Postpartum urinary retention: Assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 4: 367–370.
7. Musselwhite KL, Faris P, Moore K, Berci D, King MK. Use of epidural anesthesia and the risk of acute postpartum urinary retention. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 472e1– e5.

8. Carley ME, Carley JM, Vasdev G et al. Factors associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 430–433.
9. Burkhart FL, Porges RF, Gibbs CE. Bladder capacity postpartum and catheterisation. *Obstet Gynecol* 1965; 26: 176– 179.
10. Chai AH, Wong T, Mak HL, Cheon C, Yip SK, Wong AS. Prevalence and associated risk factors of retention of urine after caesarean section. *Int Urogynecol* 2008; 19: 537–542.
11. Liang CC, Chang SD, Chang YL, Chen SH, Chueh HY, Cheng PJ. Postpartum urinary retention after cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 99: 229–232.
12. Teo R, Punter J, Abrams K, Mayne C, Tincello D. Clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery: a retrospective case control study. *Int Urogynecol* 2007; 18: 521– 524.