

Postpartum urinary retention after vaginal delivery: About a case

Fouad Sellak , Belhaj Yassine , Sofia Jayi , Fatima Zohra Fdili Alaoui , Hikmat Chaara , Moulay Abdelilah Melhouf

Department of Gynecology and Obstetrics II, CHU Hassan II, Fez ,Morocco

Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Fez

E-mail: fouad.sellak@usmba.ac.ma

Abstract: *The definition of postpartum urinary retention (PUR) is not consensual, it is an underrecognized phenomenon that can occur in the immediate postpartum period, the physiological changes of the urinary tract in pregnant women as well as uterine distension may contribute to PUR , as well as labor by different mechanisms. Partial PUR is more likely to go undiagnosed. Nationally accepted guidelines are lacking, therefore management protocols differ from one center to another. Prevention is essential, education is important, as the consequences can be fatal , we report the case of a patient who consult for abdominal pain after vaginal delivery*

Keywords: Urinary retention , post partum, bladder distension , miction

1. INTRODUCTION

La rétention vésicale du postpartum est une complication peu fréquente et mal connue de l'accouchement par voie basse, l'incidence varie entre 1.5 et 17.9 % selon les études [1,3] , le manque de connaissance de cette pathologie conduit souvent à des retards diagnostiques mais aussi des conduites très polymorphes selon les équipes. La physiopathologie de la rétention urinaire du postpartum est multifactorielle l'imprégnation progestéroniques [4], la neuropathie d'étirement [5], la douleur entraînant un spasme des sphincters, mais aussi l'obstruction par œdème ou hématome du col vésical.

2. OBSERVATION

Il s'agissait d'une Primipare âgée de 22 ans , grossesse non suivie , ayant accusé une symptomatologie urinaire a type de dysurie et de brûlures mictionnelles au 7eme mois de grossesse non traitée ,avec accouchement à terme par voie basse médicalisé d'un nouveau-né de sexe masculin poids de naissance : 3200g , l'accouchement était à domicile en rural avec notion d'expression utérine .La patiente a été admise chez nous a H +15 de l'accouchement sans reprise de la miction .

Elle présentait une douleur pelvienne. L'examen clinique trouve une matité sus-pubienne, correspondant à un globe vésical, et l'examen vulvo-vaginal a objectivé une déchirure périnéale de troisième degré suturée dans un hôpital régional.

L'échographie vésicale trouve un globe vésical de 950 ml, et l'arbre urinaire était sans particularité, notamment pas de dilatation des cavités , un bilan biologique faite d'un bilan rénal et ionogramme est revenu en faveur d'une insuffisance rénale fonctionnelle probablement en rapport avec l'étiologie obstructive, par ailleurs la natrémie et la kaliémie étaient normales , un examen cytot bactériologique est revenue positif pour une infection a E-coli .

Une sonde vésicale a été posée pendant 24 heures, puis une épreuve de sevrage a la sonde « ESS » a été réalisée, chez elle, la miction spontanée a été reprise 20 minutes après le retrait.

Les suites de couches par la suite étaient sans particularité, avec miction spontanée, la dernière échographie a objectivé un résidu post mictionnel à 86 ml, et le bilan rénal refait objective une amélioration net de la fonction rénale.

La patiente a été revue A j+8 de l'accouchement, avec bonne cicatrisation de la déchirure périnéale, par ailleurs la patiente a bénéficié d'une antibiothérapie pour son infection urinaire à E-coli .

3. DISCUSSION

La rétention vésicale du postpartum est une complication peu fréquente et mal connue de l'accouchement par voie basse, l'incidence varie entre 1.5 et 17.9 % selon les études [1,3] .

La définition ne fait pas objet de consensus , mais selon les travaux de 'GLAVIND ET BJORK' elle repose sur l'absence de miction spontanée six heures après un accouchement associée à un globe vésical supérieur à 400 ml [6] Les américains et les anglais reconnaissent trois type de rétention , « Overt retention » ou rétention urinaire complète, la « Covert retention » ou partielle : qui correspond à une vidange vésicale incomplète : Quand la femme peut uriner des quantités faibles de fluides + Résidu post mictionnel supérieur à 150ml sans symptômes de rétention urinaire , on sous-diagnostic souvent ce type de rétention partielle , probablement à cause de la nécessité d'évaluer le résidu par échographie , et enfin la rétention urinaire prolongé >72 heures [3] .

La physiopathologie est multifactorielle, la vessie est un organe contractile hormonodépendant [4], durant la grossesse le tonus des fibres est diminué à cause de l'imprégnation ostrogénique, sa capacité augmente [7] , c'est ainsi qu'une femme enceinte ne va percevoir le besoin d'uriner qu'à partir d'un volume d'urine entre 250 et 400 ml en décubitus dorsal

, par contre le besoin est ressenti à partir de 155ml en position assise ce qui rejoint les valeurs usuelles physiologiques [8] . L'étirement des nerfs hypogastriques et pudendales [5] au cours de l'accouchement a aussi une place essentielle dans la physiopathologie de la rétention urinaire du post-partum démontrée ainsi par des recherches électrophysiologiques [9]

Les facteurs de risque sont la primiparité, l'accouchement laborieux, les déchirures périnéales, les expressions utérines, qui sont présentes chez notre patiente ; les épisiotomies, l'analgésie péridurale sont aussi des facteurs prédisposant [10] .

Les douleurs pelviennes ainsi que la perception d'une matité sus-pubienne – qui pourrait être prise à tort pour un globe de sécurité- doivent faire suspecter le diagnostic, la symptomatologie peut être fruste pour la rétention urinaire partielle.

La prise en charge n'est pas consensuelle, plusieurs algorithmes ont été proposés, notamment celui de « l'Imperial collège healthcare » [11], et celui de « l'AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS and GYNECOLOGISTS » parue en 2023 [12], et que nous avons appliqué concernant la prise en charge de notre patiente, détaillée dans le tableau ci-joint

Chez notre patiente, Une sonde vésicale a été posée pendant 24 heures, puis une épreuve de sevrage à la sonde « ESS » a été réalisée, consistant à injecter 250cc à 400cc de sérum salé par la sonde, puis de retirer la sonde, et encourager la patiente à uriner, chez elle, la miction spontanée a été reprise 20 minutes après le retrait, l'échec de l'ESS est définie comme l'absence de miction spontanée au bout de 30 minutes (au moins les 2/3 de la quantité injectée) selon une revue d'expert de l'AJOG parue en 2023. Les suites de couches par la suite étaient sans particularité, avec mictions spontanées.

Le pronostic de la rétention urinaire du postpartum dépendra de la rapidité de la prise en charge, en effet un retard de prise en charge pourrait pérenniser les troubles urinaires. Pour les rétentions urinaires simples résolutive après traitement adapté au bout de quelques jours, le pronostic est bon sans conséquences à long terme. Mais pour les rétentions prolongées, le pronostic est plus réservé, Les conséquences à long terme seraient dues à un claquage vésical et à des lésions irréversibles du détrusor dues à la surdistension vésicale, certaines études ont retrouvé des séquelles urinaires chez plus de 50 pourcent des patientes ayant présenté une rétention urinaire du post partum prolongée, quatre ans après l'accouchement [14]

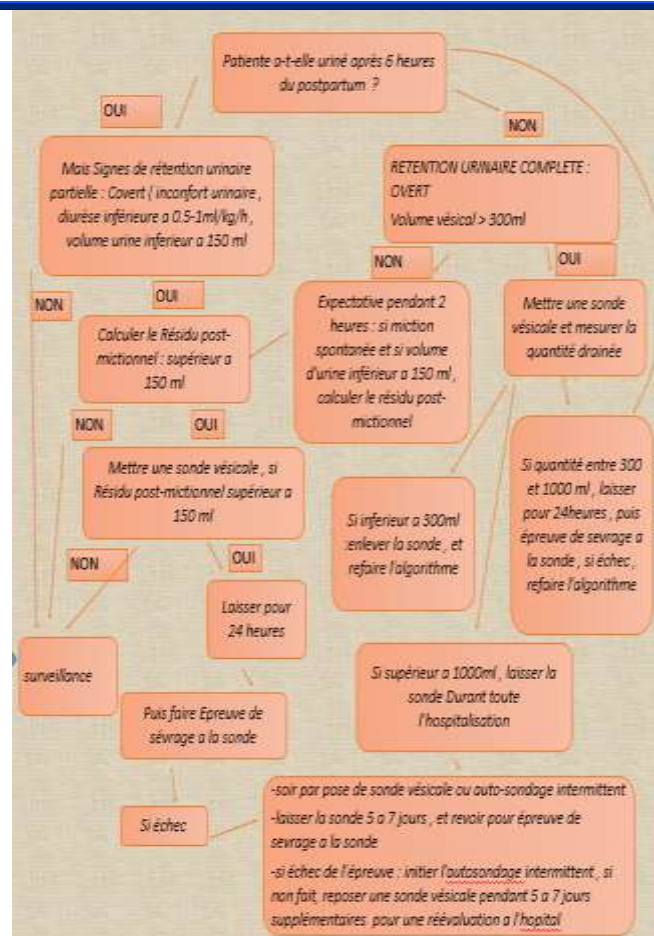


Tableau 1 : Prise en charge de la rétention urinaire du post partum selon l'American society of obstetricians and gynecologists

4. CONCLUSION

La prévention est essentielle, il faut encourager la déambulation, la bonne hydratation, et donner les antalgiques adaptés, et insister sur les bonnes Postures pour bien vider la vessie et l'éducation sur cette complication. Les conséquences à long terme peuvent être fatales et engager le pronostic vital, d'autant plus si la prise en charge est retardée

5. REFERENCES

1. Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY. Postpartum urinary retention. J Am Board Fam Pract 1991;4:341-4
2. Kekre AN, Vijayanand S, Dasgupta R, Kekre N. Postpartum urinary retention after vaginal delivery. Int J Gynaecol Obstet 2011;112:112-5.
3. 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;76:667–72.
4. Elliott RA, Castleden CM. Effect of progestogens and oestrogens on the contractile response of rat detrusor muscle to electrical field stimulation. *Clin Sci (Lond)* 1994;87: 337–42
 5. Yip SK, Sahota D, Pang MW, Chang A. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:881–91.
 6. Glavind K, Bjork J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003;14:119—21
 7. Youssef AF. Cystometric studies in gynecology and obstetrics. *Obstet Gynecol* 1956;8: 181–8.
 8. Nel JT, Diedericks A, Joubert G, Arndt K. A prospective clinical and urodynamic study of bladder function during and after pregnancy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12:21—6
 9. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:22–8
 10. Mulder FE, Schoffelmeer MA, Hakvoort RA, et al. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2012;119:1440–6.
 11. Multidisciplinary Guidelines Group (2010) Bladder management in labour and postpartum. Maternity guideline. In: Bladder management. Imperial College Healthcare (NHS)
 12. C. Cusack, M. O'Reilly, D. Keane, S. O'Sullivan, M. Turner. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland. Directorate of Clinical Strategy and Programmes, Health Service Executive. Clinical Practice Guideline: Urinary Retention. Management of Urinary Retention in Pregnancy, Post-partum and After Gynaecological Surgery. Version 1.0, Guideline No. 41. Date of publication: May 2018. Online document Available at, rcpi-livecdn.s3.amazonaws.com
 13. Nutaitis AC, Meckes NA, Madsen AM, Toal CT, Menhaji K, Carter-Brooks CM, Propst KA, Hickman LC. Postpartum urinary retention: an expert review. *Am J Obstet Gynecol.* 2023 Jan;228(1):14-21
 14. Hinman F, Editorial:. Postoperative overdistension of the bladder. *Surg Gynecol Obstet* 1976;142:901—2