

REVUES GÉNÉRALES

Urologie

Rétention urinaire du post-partum : comment la diagnostiquer et la prendre en charge ?

RÉSUMÉ : La rétention urinaire du *post-partum* est une complication rare de l'accouchement. Sa méconnaissance entraîne des retards de diagnostic et des complications parfois irréversibles. Le pronostic des fonctions mictionnelles des patientes atteintes dépend de la rapidité du diagnostic et d'une prise en charge adaptée. Nous avons mené une enquête rétrospective sur les dossiers médicaux de 81 patientes atteintes par la rétention urinaire du *post-partum*. Notre étude a mis en évidence des difficultés et des retards concernant la pose du diagnostic. Une hétérogénéité des pratiques a également été constatée à propos du traitement de cette pathologie.

En proposant un protocole de prise en charge ainsi que des arbres décisionnels pour faciliter la pose du diagnostic et le traitement, nous pouvons prétendre à l'homogénéisation de nos pratiques dans ce domaine. Cela permet ainsi une diminution de la durée de la rétention urinaire, mais également la raréfaction des complications qui lui sont associées.



→ F. LANFUMEY
CH de MONT-DE-MARSAN.

La rétention urinaire du *post-partum* est une complication de l'accouchement rare et mal connue de nos services de maternité [1]. Dans la littérature, selon les critères choisis, l'incidence varie de 0,05 à 37 % [1, 2]. Selon les auteurs, la définition varie, mais il semblerait que, dans nos pratiques obstétricales actuelles, la plus adaptée repose sur "l'absence de miction spontanée 6 heures après un accouchement associée à un globe vésical supérieur à 400 mL [...]" [3]. Cependant, il faut savoir que, chez la femme, il existe plusieurs types de rétention vésicale :

- la rétention complète d'urine : la miction est impossible alors que l'envie d'uriner persiste (cela est dû à la présence du globe vésical) [4] ;

- la rétention incomplète d'urine : il existe un résidu post-mictionnel (supérieur à 150 mL ou à 20 % de la miction) entraînant la survenue progressive d'une distension vésicale, provoquant une vessie forcée qui peut alors devenir durablement hypotonique [5, 6].

Au cours de l'accouchement, différents mécanismes peuvent aboutir à une telle pathologie : les neuropathies d'étirement (élongation de la loge périnéale pendant les efforts expulsifs), la douleur (iléus vésical réflexe), et les inflammations vulvo-périnéales telles que les œdèmes et les hématomes (compression extrinsèque de l'urètre) [7].

Malgré les travaux de recherche déjà menés sur la rétention urinaire du *post-*

partum, le manque de connaissances persiste et conduit à des retards de diagnostic délétères pour les patientes concernées [3]. Parmi les complications les plus fréquentes, nous retrouvons les infections urinaires récurrentes [1], le claquage vésical (lésions ischémiques et dégénérescences axonales dues à un volume urinaire dépassant 800 mL, conduisant à une dénervation et une atrophie du détrusor) [5], une altération des fonctions rénales [8], et plus rarement des séquelles irréversibles du détrusor [7], voire une rupture vésicale [9]. Le pronostic des fonctions urinaires des patientes atteintes dépend donc de la rapidité du diagnostic et d'une prise en charge adaptée. Dans ce cas, 75 % des patientes atteintes récupèrent leurs fonctions vésicales en moins de 72 heures [3, 5]. Mais l'absence de lignes directrices dans la littérature actuelle entraîne une hétérogénéité des pratiques et retarde la mise en place d'un traitement approprié.

Ainsi, l'un des objectifs de notre mémoire était d'identifier les dysfonctionnements de la prise en charge de la rétention urinaire du *post-partum* afin de proposer et de mettre en place des solutions d'amélioration pour homogénéiser nos pratiques.

Population étudiée et méthode de l'enquête

Avec l'aide de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), nous avons relevé, de la manière la plus exhaustive possible, tous les cas de rétention urinaire du *post-partum* survenus du 1^{er} janvier 2010 au 31 juillet 2013 au sein d'une maternité française de niveau 3 pratiquant en moyenne 4 500 accouchements par an. Nous avons obtenu 81 dossiers médicaux exploitables, répondant aux critères de sélection de la population suivants : avoir développé une rétention urinaire à la suite d'un accouchement par voie basse ou par césarienne

(miction physiologique complète impossible après la mise au monde du ou des enfants). Nous avons alors mené une enquête épidémiologique observationnelle rétrospective d'une série de cas afin de mettre en évidence les différentes prises en charge.

Résultats et discussion de l'enquête

1. Le diagnostic de la rétention urinaire du *post-partum*

Dans notre enquête, le diagnostic de cette pathologie a été posé d'emblée pour 65 patientes, grâce à la mesure de leur volume vésical pré- ou post-mictionnel (**fig. 1**). Les diagnostics posés *via* la mesure du résidu post-

mictionnel étaient justifiés puisqu'ils étaient tous supérieurs à 300 mL, ce qui n'est pas le cas des diagnostics posés *via* le volume vésical pré-mictionnel.

Concernant le reste de nos cas, le diagnostic n'a jamais été posé (**fig. 2**). Ces patientes manifestaient des troubles mictionnels non définis comme une rétention urinaire. Des sondages urinaires à demeure et/ou évacuateurs ont donc été mis en place.

Nous avons ainsi constaté que plusieurs patientes avaient eu des sondages urinaires inutiles (volumes vésicaux pré-mictionnels inférieurs à 400 mL). Cela aurait pu être évité grâce à la mesure échographique du globe vésical. Seules 4 patientes ont bénéficié de cette technique pour la pose du diagnostic.

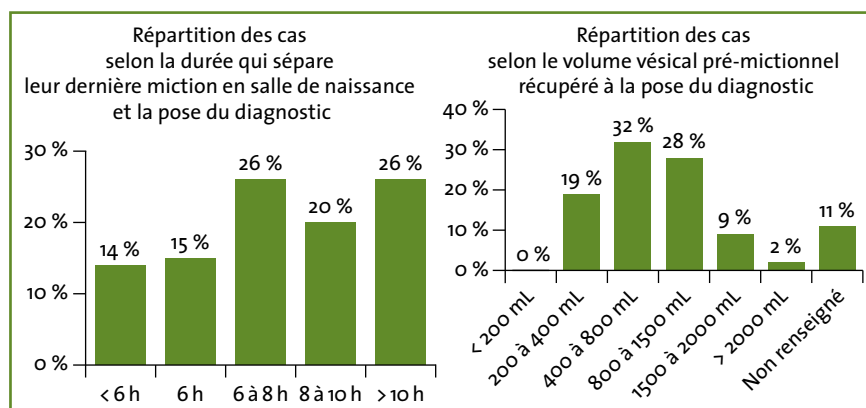


FIG. 1.

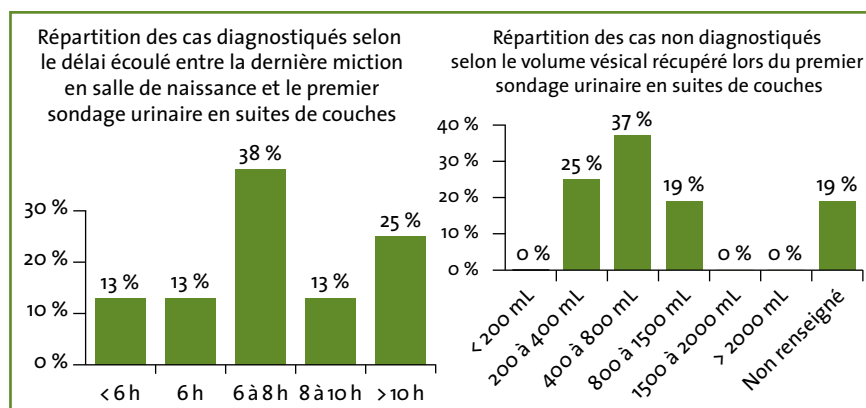


FIG. 2.

REVUES GÉNÉRALES

Urologie

2. Prise en charge de la rétention urinaire du *post-partum*

Le traitement de la rétention urinaire consiste en la mise en place de vidanges vésicales régulières guidées par sondage urinaire. La plupart des patientes atteintes ont eu recours à l'hétéro-sondage urinaire évacuateur (90 %), que ce soit de manière répétée pour les cas majeurs (50 sur 73) ou ponctuelle (23 sur 73). Aucune patiente traitée n'a utilisé l'auto-sondage urinaire évacuateur, bien qu'il ait été proposé à l'une d'entre elles. Lorsque ce type de traitement a été mis en place, nous avons constaté des délais inter-mictionnels trop importants pour la majeure partie des patientes concernées (fig. 3).

Au total, 64 de nos patientes ont bénéficié du sondage urinaire à demeure. Pour 4 d'entre elles, à la pose de la sonde, une vidange vésicale progressive a été mise en place : des limites différentes de temps et de quantité ont été prescrites pour clamber et déclamber la sonde à demeure jusqu'à vacuité vésicale.

Par la suite, 69 % des patientes ont bénéficié d'épreuves de clamage pour lesquelles les conduites à tenir étaient diverses et variées. Cela consiste à clamber la sonde à demeure pour savoir à partir de quel volume la patiente ressent l'envie d'uriner. Lorsque ce dernier est faible (chiffre médecin-dépendant), la patiente est désondée. En revanche,

après un ou plusieurs échecs, la patiente est sondée à demeure sur du long terme (48 heures à 3 semaines). La durée moyenne du sondage à demeure dans cette maternité est de 52 heures, mais elle peut aller jusqu'à 6 jours. Après ablation de la sonde, 10 patientes sur les 60 concernées ont eu besoin de sondage(s) urinaire(s) évacuateur(s), car elles n'effectuaient pas de miction spontanée jugée physiologique.

Pendant leur prise en charge, le volume vésical pré- ou post-mictionnel de seulement 9 patientes a été mesuré à l'aide de l'échographie. Or, le traitement symptomatique de la rétention urinaire peut entraîner quelques inconvénients, tels que les infections urinaires (12 patientes concernées, dont 9 sondées à demeure), les hématuries (3 patientes, dont 2 sondées à demeure), ou encore les douleurs occasionnées par les sondages (9 patientes, toutes sondées à demeure, dont 2 ont souhaité le retrait anticipé de la sonde car elles ne supportaient pas la douleur engendrée). Concernant les traitements médicamenteux, seules 2 patientes ont eu la prescription de Xatral® (alpha-bloquant). Le recours à un spécialiste est rare en maternité : un urologue a été contacté pour seulement 5 patientes, et ce en moyenne après 3,5 jours de prise en charge infructueuse. En outre, pendant leur hospitalisation, une prise en charge psychologique a été proposée à 9 patientes atteintes, dont 7 ont accepté.

À la sortie de la maternité, 69 patientes atteintes effectuaient des mictions spontanées qualifiées de "normales". Seules 19 d'entre elles ont bénéficié d'une mesure du résidu post-mictionnel pour écarter la présence d'une rétention urinaire incomplète.

Enfin, concernant le suivi des patientes à la sortie de la maternité, nous avons également constaté des carences. D'après les dossiers médicaux, seule 1 patiente a bénéficié de conseils de consultation d'urgence en urologie, 10 ont eu un rendez-vous avec un urologue (dont 9 sondées à demeure à leur sortie), et 1 patiente a réalisé un bilan urodynamique pour déterminer l'étiologie de son insensibilité vésicale. Ainsi, la durée moyenne de la rétention urinaire du *post-partum* est de 3,66 jours (avec un minimum de 8 heures et un maximum de 32 jours). Mais, sur les 12 patientes sondées à demeure à domicile, seulement la moitié des dossiers médicaux étaient renseignés sur la reprise physiologique des mictions.

Propositions d'amélioration : protocole de prise en charge de la rétention urinaire du *post-partum*

Pour l'aspect pratique de notre protocole, nous avons mis en place deux arbres décisionnels afin de faciliter le dépistage et la prise en charge de cette pathologie (fig. 4A et B).

1. Pose du diagnostic

Une rétention urinaire complète sera diagnostiquée en l'absence de miction spontanée physiologique associée à un volume vésical supérieur ou égal à 400 mL, 6 heures post-accouchement ou 4 heures post-ablation d'une sonde à demeure. Dans les mêmes délais, une rétention urinaire incomplète sera diagnostiquée en présence de miction spontanée non physiologique (résidu

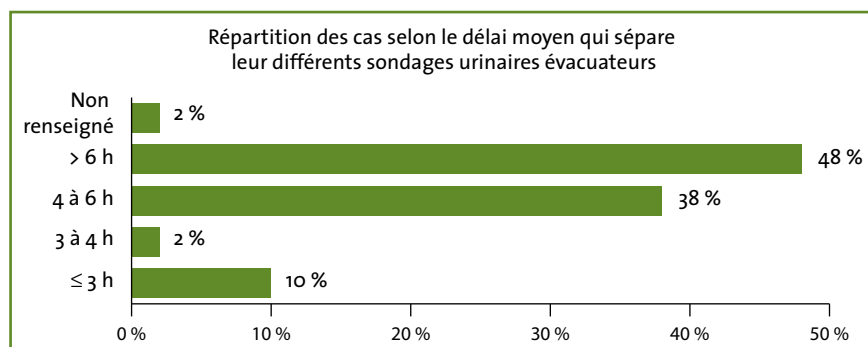


FIG. 3.

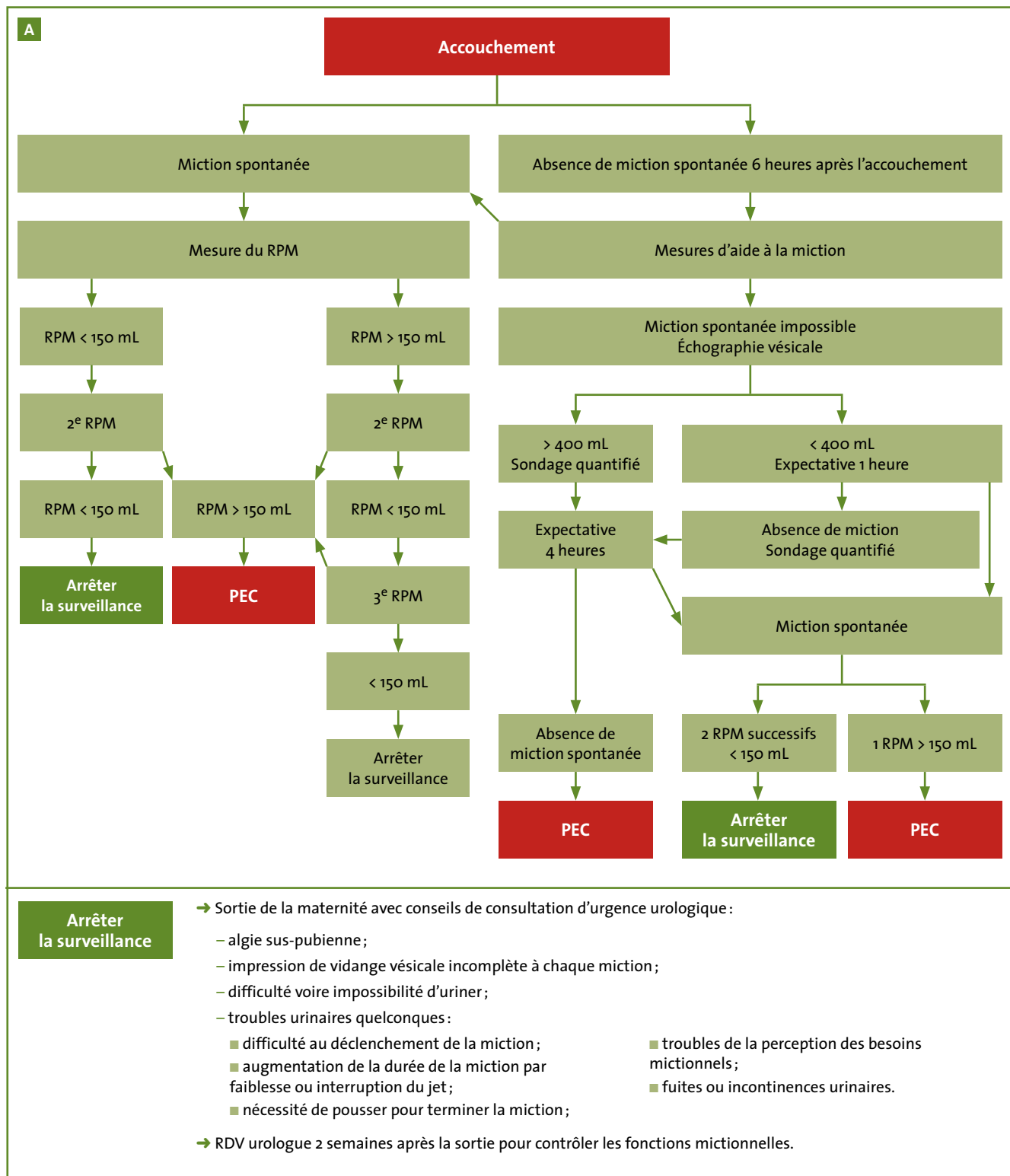
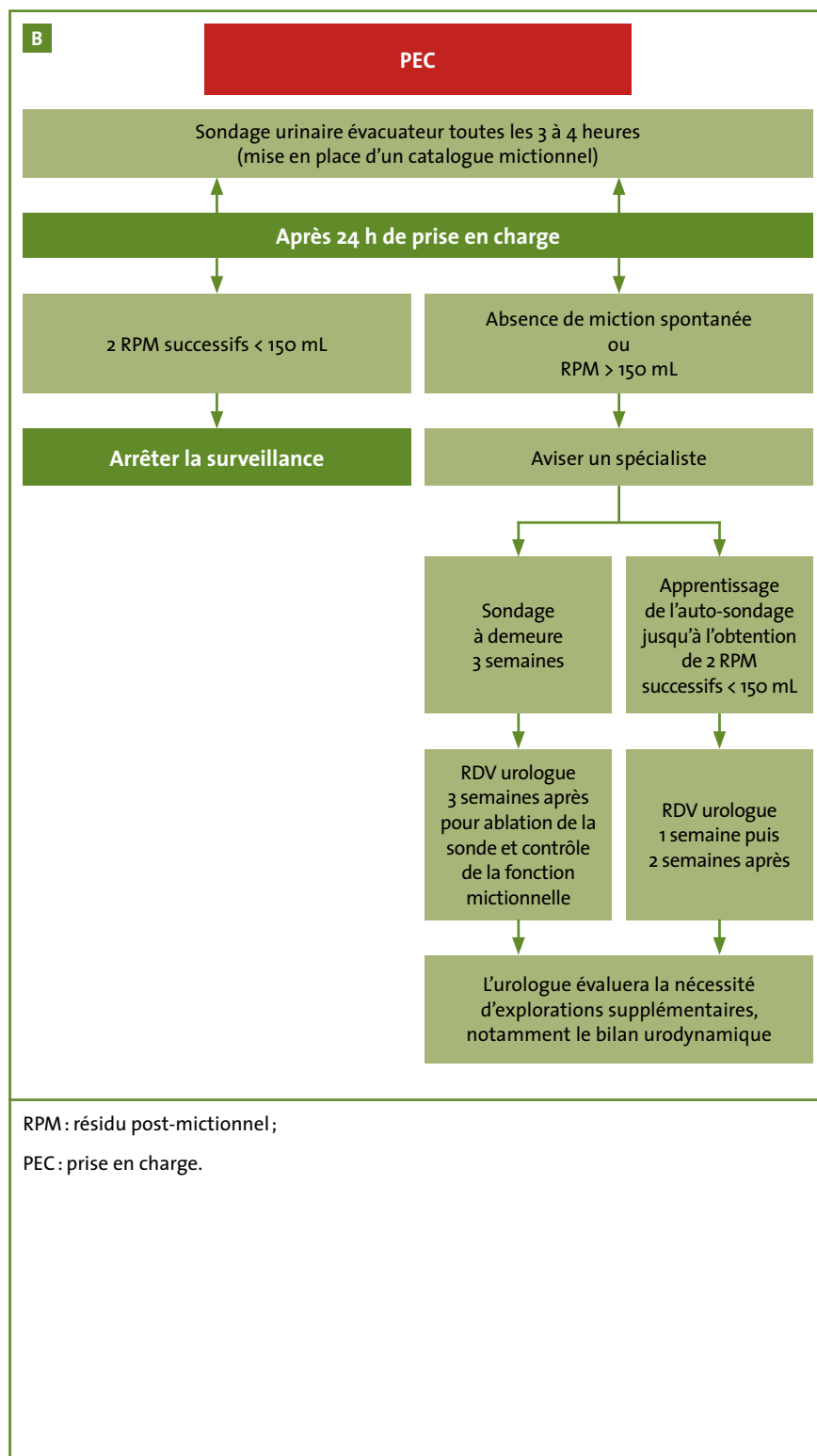


FIG. 4A ET 4B : Arbres décisionnels.

REVUES GÉNÉRALES

Urologie



post-mictionnel supérieur à 150 mL ou 20 % de la miction) [1, 6]. La Haute Autorité de Santé recommande l'utilisation de l'échographie vésicale pour le dépistage et la prise en charge de la rétention urinaire du *post-partum* afin d'éviter les sondages urinaires inutiles [10]. Le BladderScan est un échographe qui peut s'avérer insidieux : il prend en compte la totalité des fluides contenus dans la zone observée, le sang retenu dans l'utérus peut donc fausser les mesures [10]. Un échographe standard et des yeux de professionnels entraînés suffisent amplement [11].

2. Prise en charge à la maternité

Dès la pose du diagnostic, un moyen thérapeutique doit être mis en place le plus rapidement possible, car ce délai conditionne l'avenir des fonctions urinaires de nos patientes. L'hétéro-sondage urinaire évacuateur correspond au traitement de première intention. Lorsqu'il est mis en place, un délai inter-mictionnel de 4 heures maximum doit être observé. La miction spontanée doit être favorisée à chaque fois. Le recours à l'échographie vésicale doit être systématique avant d'effectuer un sondage urinaire pré- ou post-mictionnel.

De même, un calendrier mictionnel doit être instauré. Pour chaque miction, il doit retracer la date, l'heure, si la patiente ressent l'envie d'uriner, le volume de la miction spontanée, celui mesuré par l'échographe (pré- ou post-mictionnel), celui évacué par sondage, l'aspect des urines (diluées, concentrées, troubles, hématuriques) et la présence de fuites inter-mictionnelles. Deux résidus post-mictionnels successifs négatifs signent l'arrêt de cette surveillance et le retour des mictions physiologiques. En l'absence d'évolution positive après 24 heures de prise en charge optimale, il est judicieux de faire appel à un spécialiste (urologue ou médecin en médecine physique et

POINTS FORTS

- ➔ Rétention urinaire complète : absence de miction spontanée physiologique associée à un volume vésical supérieur ou égal à 400 mL, 6 heures post-accouchement ou 4 heures post-ablation d'une sonde à demeure.
- ➔ Rétention urinaire incomplète : résidu post-mictionnel supérieur à 150 mL ou 20 % de la miction, 6 heures post-accouchement ou 4 heures post-ablation d'une sonde à demeure.
- ➔ Avant l'ablation d'une sonde à demeure, mobiliser doucement le ballonnet pour contrôler le retour de la sensibilité vésicale de la patiente.
- ➔ Absence d'évolution positive après 24 heures de prise en charge optimale : faire appel à un spécialiste (urologue ou médecin en médecine physique et réadaptation).
- ➔ Rétention urinaire persistant au-delà de 3 jours : apprentissage de l'auto-sondage.
- ➔ Suivi urologique à programmer à la sortie de la maternité pour les patientes atteintes de rétention urinaire du *post-partum* pendant leur séjour.

réadaptation) afin d'organiser le suivi thérapeutique.

Le sondage à demeure correspond à un traitement de seconde intention, car il fait "perdre" à la vessie toute notion physiologique de réplétion et de vidange vésicale, puisqu'elle se vide en permanence. Cependant, lors d'un accouchement traumatique, ce type de sondage peut s'avérer utile pour mettre au repos complet les voies urinaires pendant 2 semaines à 1 mois [6]. À la pose de la sonde à demeure, la vidange vésicale progressive est vaine. Les tests de clampage sont fortement déconseillés par des études Cochrane, car cette méthode entraîne des distensions vésicales excessives, des reflux vésico-urétraux et des complications infectieuses [12]. Pendant ce type de traitement, la surveillance régulière des urines doit être réalisée (quantité d'urine évacuée par unité de temps, aspect). Avant l'ablation de la sonde, mobiliser doucement le ballonnet de celle-ci permet de contrôler le retour de la sensibilité vésicale. Il est

inutile de désonder la patiente si elle ne ressent rien. Après le retrait, il faut commencer une surveillance assidue de la reprise des mictions.

Dans notre étude, très peu de praticiens ont eu recours à un traitement médicamenteux. Est-ce par méconnaissance ou vigilance ? À ce jour, différents types de médicaments sont testés (alpha-bloquants, agonistes directs de l'acétylcholine, inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5, prostaglandines), mais pour l'instant, aucun n'a obtenu l'autorisation de mise sur le marché dans le cadre du traitement des rétentions urinaires [7, 13-15]. Pour notre part, nous conseillons de n'y avoir recours que sur prescription d'un spécialiste.

Malgré la prise en charge optimale, si la rétention urinaire se prolonge au-delà de 3 jours, elle est considérée comme persistante. Dans cette situation, il est approprié de proposer à la patiente l'apprentissage de l'auto-sondage et la tenue

d'un calendrier mictionnel. En effet, d'après la Société Interdisciplinaire Francophone d'UroDynamique et de Pelvi-Périnéologie (SIFUDPP) et la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER), cette technique est la plus adaptée [6, 12]. Cependant, cette dernière nécessite une formation des professionnels de santé qui éduqueront à leur tour les femmes concernées. Il existe de nombreux supports de démonstration tels que les DVD ou les échantillons fournis gratuitement par de nombreux laboratoires. Nous avons également mis au point une fiche d'éducation à l'auto-sondage pour les professionnels et un support écrit pour les patientes. Vous pouvez accéder à la "Fiche d'éducation à l'auto-sondage" en utilisant le flashcode ci-dessous (fig. 5). Vous pouvez accéder au "Support écrit des patientes pour l'apprentissage de l'auto-sondage" en utilisant l'autre flashcode ci-dessous (fig. 6).



FIG. 5.



FIG. 6.

3. Continuité des soins à la sortie de la maternité

La prise en charge de la rétention urinaire du *post-partum* étant remboursée à 100 % par l'Assurance maladie sans limitation de temps ni du nombre de consultations, d'examen ou de séances de réadaptation, la poursuite du suivi urologique en dehors de la maternité est indispensable pour restaurer au mieux la performance des fonctions urinaires.

Pour les patientes quittant la maternité avec des mictions jugées physiologiques, nous conseillons un rendez-vous avec un spécialiste 2 semaines après pour faire le point sur

REVUES GÉNÉRALES

Urologie

les fonctions urinaires. Il est primordial de donner des conseils de consultation d'urgences urologiques à leur sortie : présence d'une algie sus-pubienne, impression de vidange vésicale incomplète, difficulté à uriner (voire impossibilité), présence de troubles urinaires quelconques.

Dans le cadre d'une rétention urinaire persistante, un suivi médical spécialisé est toujours recommandé. Si la patiente s'auto-sonde, un suivi rapproché sera mis en place pour adapter le mode de drainage vésical, dans le but de trouver un compromis alliant confort de vie et sécurité uro-néphrologique. Si la patiente est sondée à demeure, elle sera hospitalisée dans un service adapté pour le retrait de sa sonde et la surveillance de sa reprise mictionnelle physiologique. Si cela n'a pas été proposé et/ou mis en place auparavant, un soutien psychologique peut être organisé à la sortie de la maternité. Enfin, un bilan urodynamique est fortement conseillé après 4 mois de prise en charge optimale infructueuse, et des explorations électrophysiologiques peuvent être proposées si les symptômes persistent au-delà de 6 mois afin de dépister les neuropathies d'étirement.

Pour terminer, nous pensons qu'il est nécessaire de refaire le point de manière rigoureuse sur les fonctions urinaires des patientes lors de la visite post-natale. Cela permet de s'assurer du retour à la physiologie pour les femmes atteintes de rétention urinaire dans leur *post-partum*, mais également de dépister celles qui seront passées à travers les

mailles du filet de la surveillance mictionnelle, comme cela a été le cas pour une de nos patientes. Cette dernière a déclaré, pendant son hospitalisation en suites de couches, ne pas ressentir l'envie d'uriner depuis son avant-dernier accouchement...

Conclusion

Le *post-partum* est une période au cours de laquelle les femmes sont particulièrement exposées aux troubles vésicaux, notamment à la rétention urinaire. Notre travail de recherche aboutit à la conclusion qu'il existe des moyens de traiter cette affection du *post-partum*. Cependant, les divergences dans la pose du diagnostic et la multiplicité des protocoles thérapeutiques ne favorisent pas la prise en charge urologique idéale de nos patientes. Plus nos professionnels des maternités seront sensibilisés à ce problème de santé, plus la surveillance des fonctions mictionnelles sera pointue et rigoureuse dans nos services, plus la pose du diagnostic sera précoce. Cela permettra donc la mise en place d'un traitement efficace dans un délai optimal, délai qui conditionne l'évolution de la rétention et l'avenir des fonctions urinaires des femmes. Enfin, le traitement de cette pathologie ne s'arrête pas aux murs des maternités, un suivi urologique doit être envisagé au-delà de l'hospitalisation pour chaque patiente concernée.

Bibliographie

1. BOUHOURS AC *et al.* Rétention vésicale du post-partum. *Prog Urol*, 2011;21:11-17.

2. RAHMANOU P *et al.* Post-partum Bladder Care: Background, practice and complications. *Obs Gynae & Midwifery News*, 2011. [en ligne] Disponible sur <http://www.ogpnews.com>
3. GLAVIND K *et al.* Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2003;14:119-121.
4. DAHMANI O *et al.* Conduite à tenir devant une rétention aiguë d'urine. Cours Centre Hospitalier Universitaire Hassan II, Fès. [en ligne] Disponible sur http://www.chufes.ma/amirf/Cours/chirurgie_admission/49.pdf
5. CHING-CHUNG L *et al.* Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 2002;42:365-368.
7. ROULEAUD S. Troubles de la miction, grossesse et post-partum. Hôpital F. Mitterrand, Pau : 2013. [document non publié].
8. AMARENCO G *et al.* L'autosondage. *DaTeBe Éditions*, 2003.
9. <http://www.vulgaris-medical.com>
10. DUEÑAS-GARCÍA OF *et al.* Bladder rupture caused by postpartum urinary retention. *Obstet Gynecol*, 2008;112:481-482
11. Haute Autorité de Santé. Mesure du contenu vésical par technique ultrasonique. Rapport d'évaluation technologique. 2008.
12. YIP SK *et al.* A probability model for ultrasound estimation of bladder volume in the diagnosis of female urinary retention. *Gynecol Obstet Invest*, 2003;55:235-240.
13. <http://www.sifud-pp.org>
14. DE SEZE M *et al.* Les thérapies intravésicales en neuro-urologie. *Pelvi-Périnéologie*, 2007; 2:318-325.
15. LIN CS. Tissue expression, distribution, and regulation of PDE5. *Int J Impot Res*, 2004; 16:S8-S10.
16. BUCKLEY BS *et al.* Drugs for treatment of urinary retention after surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010:CD008023.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.