



HAL
open science

Sondage urinaire évacuateur au passage en suites de couches : intérêt dans la prévention des rétentions urinaires du post-partum

Jessica Guillot

► **To cite this version:**

Jessica Guillot. Sondage urinaire évacuateur au passage en suites de couches : intérêt dans la prévention des rétentions urinaires du post-partum. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743641

HAL Id: dumas-00743641

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743641>

Submitted on 19 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**Sondage urinaire évacuateur au passage en
suites de couches : intérêt dans la
prévention des rétentions urinaires du post-
partum**

Mémoire soutenu le 29 mai 2012

Par Jessica GUILLOT

Née le 05 août 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2012

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**Sondage urinaire évacuateur au passage en
suites de couches : intérêt dans la
prévention des rétentions urinaires du post-
partum**

Mémoire soutenu le 29 mai 2012

Par Jessica GUILLOT

Née le 05 août 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2012

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

M le Professeur Fabrice SERGENT, PU-PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble, Président du Jury ;

Mr le Docteur Charles BERARD, Assistant Spécialiste en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Nadine VASSORT, Sage-femme Enseignante Cadre Supérieure;

Mme Sophie JOURDAN , Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Maud BONFILS, Sage-Femme au CHU de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement :

M le Docteur Jacques BRON, Chirurgien Urologue à la Clinique de la Présentation d'Orléans,
Directeur de ce mémoire,
*pour m'avoir accompagnée dans l'élaboration de ce travail en m'apportant conseils
et soutien ;*

Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Enseignante à l'École de Sages-Femmes
de Grenoble , Guidante de ce mémoire,
Pour sa patience, sa disponibilité et son aide précieuse ;

Les sages-femmes du CHU de Grenoble,
*Pour leur disponibilité et leur aide précieuse dans la distribution et le remplissage des
questionnaires ;*

Les sages-femmes du CHR d'Orléans,
Pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de l'élaboration du mémoire ;

Ma famille et mes proches,
Pour leur soutien et leurs encouragements.

TABLE DES MATIÈRES

ABREVIATIONS ET DEFINITIONS	1
INTRODUCTION	2
I. MATÉRIEL ET MÉTHODES	4
1. Population	4
2. Méthodes	4
2.1 Premier volet.....	4
2.2 Second volet.....	6
3. Critères de jugement.....	7
4. Tests statistiques.....	7
II. RÉSULTATS	8
1. Diagramme d'inclusion.....	8
2. Caractéristiques générales de la population étudiée	9
2.1 Caractéristiques générales maternelles.....	9
2.2 Caractéristiques obstétricales.....	9
2.3 Caractéristiques néonatales.....	10
3. Caractéristiques du post-partum	10
3.1 Lien entre exposition et les Rétentions Urinaires du Post-partum.....	10
3.2 Lien entre exposition et difficultés urinaires du premier jour du post-partum.	11
3.3 Difficultés d'ordre hémorragique du premier jour du post-partum.....	12
III. DISCUSSION.....	13
1. Limites et biais de l'étude	13
2. Analyse des résultats.....	14
2.1 Rétention urinaire du post-partum et difficultés d'ordre urologique [tableaux III et IV]	14
2.2 Difficultés d'ordre hémorragique [tableau V]	15
CONCLUSION	18
BIBLIOGRAPHIE	19
ANNEXES	21

ABREVIATIONS ET DEFINITIONS

(par ordre d'apparition)

RUP: Rétention Urinaire du Post-partum

SDN: Salle de Naissance

SDC: Suites de Couches (service)

AVB: Accouchement par Voie Basse

APD: Analgésie Péridurale

Passage: moment faisant suite à la période légale de la surveillance en salle de naissance pendant les 2 premières heures du post-partum, correspondant à l'hospitalisation en service de suites de couches.

HPP: Hémorragie du Post-partum

HCE: Hôpital Couple-Enfant

SAD : Sonde A Demeure

SA: Semaines d'Aménorrhée

DA: Délivrance Artificielle

RU: Révision Utérine

PC: Périmètre Crânien

DMO: Dossier Médical Obstétrical

m: moyenne

ET: Ecart Type

med: médiane

IQR: espace InterQuartile

INTRODUCTION

Le post-partum, période de six semaines allant de l'accouchement au retour de couches, est un moment à risque de difficultés voire de complications. Les principales complications sont d'ordre infectieux, hémorragique ou thromboembolique [1, 2, 3, 4, 5], mais elles peuvent également intéresser la sphère urinaire. Parmi celle-ci, la Rétention Urinaire du Post-partum (RUP) est une pathologie peu fréquente, mais dont la méconnaissance peut mener à des retards de diagnostics pouvant aggraver le pronostic, ainsi qu'à des traitements inadaptés [13].

Selon les sources, la survenue de la RUP varie de 0,45% à 17,9% des accouchements, selon la définition et les critères retenus [12]. L'apparition d'une RUP est multi étiologique. Elle est due pour une grande part à des modifications du bas appareil urinaire pendant la grossesse, qui sont des phénomènes physiologiques [2, 13]. Elle est également favorisée par des facteurs généraux tels que l'âge de la patiente, des facteurs obstétricaux tels que la primiparité, un travail prolongé, une extraction instrumentale, la présence d'une déchirure ou d'une épisiotomie. En revanche, n'ont pas été identifiés le mode de déclenchement de l'accouchement, la présentation fœtale, les délivrances artificielles ainsi que les révisions utérines. Enfin, l'analgésie péridurale augmente également le risque d'apparition d'une RUP [9, 13].

Une RUP n'a aucune conséquence à court et à long terme si le diagnostic est réalisé à temps, puisque 75% des patientes ayant une RUP récupèrent en moins de 72h, et 100% de celles-ci retrouvent une miction spontanée à six jours du diagnostic [13]. En revanche, un retard de prise en charge peut être à l'origine d'une rétention aigüe d'urine persistante avec de possibles séquelles urinaires à long terme [2, 13]. Cependant, aucun consensus urologique, gynécologique ou obstétrical n'apparaît dans la littérature concernant la prévention des RUP. Il est simplement conseillé [1], au moment du passage de la Salle de Naissance (SDN) en unité de Suites de Couches (SDC), moment ayant lieu deux heures au moins après l'accouchement, de rechercher un globe vésical. Si celui-ci est présent et qu'aucun besoin de miction n'est ressenti, il est préconisé de procéder à un sondage

évacuateur, geste dont le risque infectieux ne doit toutefois pas être négligé [12, 15].

Or le globe vésical d'une nouvelle accouchée n'est aisé ni à percevoir, ni à différencier de la rétraction utérine; le diagnostic est donc rendu plus difficile par le globe utérin.

Face à ce constat, nous pouvons nous demander **si, au moment du passage, la systématisation d'un sondage évacuateur à toutes les patientes ayant accouché par voie basse (AVB) et sous Analgésie Péridurale (APD), qu'un globe vésical ait été mis en évidence ou non, limiterait le risque de survenue d'une RUP**. Un sondage évacuateur réalisé de manière systématique permettrait de plus à la patiente ayant accouché sous APD de retrouver tranquillement l'usage de sa mobilité ainsi qu'une miction spontanée. Nous pouvons enfin mettre en avant le fait que ce sondage pourrait également diminuer le risque d'apparition d'une hémorragie du post-partum (HPP) de découverte tardive, en permettant une meilleure rétraction utérine.

L'objectif principal de cette étude est donc **d'évaluer l'intérêt de la systématisation d'un sondage évacuateur réalisé au moment du passage à toute patiente ayant accouché par voie basse et sous analgésie péridurale dans la prévention des RUP**.

Les objectifs secondaires sont doubles, et concernent également les patientes accouchant par voie basse sous analgésie péridurale. Il s'agit premièrement de déterminer si la systématisation de ce sondage permettrait une **diminution de l'utilisation de mesures d'aide** pour stimuler le réflexe de miction spontanée, ou bien une **diminution du recours à un sondage évacuateur** durant le premier jour de l'hospitalisation de post-partum. Enfin, nous chercherons à voir si la systématisation de ce sondage est efficace dans la **prévention des hémorragies du post-partum** pouvant se manifester pendant le premier jour de l'hospitalisation de post-partum. Pour ce faire, trois parties sont établies successivement : la description du matériel et de la méthode de l'étude, la présentation des résultats, et enfin une analyse et une discussion de ces données.

I. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique de type exposé / non-exposé, réalisée au sein de la maternité de niveau III du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, sur une période de trois mois, entre le 1er janvier et le 31 mars 2012.

1. Population

Les patientes incluses étaient celles ayant accouché par voie basse sous analgésie péridurale durant la période d'inclusion. Les patientes ont été exclues lorsqu'il y avait:

- Incapacité de répondre au questionnaire;
- Absence de sondage évacuateur une heure maximum avant la naissance;
- Mise en évidence d'un globe vésical au moment du passage;
- Miction spontanée au moment du passage;
- Sondage à Demeure (SAD) pendant le travail;
- SAD pendant le post-partum immédiat.

2. Méthodes

Les patientes incluses dans l'étude ont été réparties en deux groupes, exposé et non-exposé, après récupération des questionnaires. Il a été considéré que "l'exposition" était le recours à un sondage urinaire évacuateur au moment du passage, tandis que la "non-exposition" était l'absence de recours à ce sondage.

Le recueil de données a été réalisé par le biais d'un questionnaire anonyme à deux volets; le premier volet avait pour but de constituer les deux groupes, et de rechercher les facteurs d'exclusion ainsi que les caractéristiques inhérentes aux patientes, dans un but comparatif. Le second cherchait à répondre aux objectifs fixés.

2.1 Premier volet

Le premier volet [Annexe 1] était destiné aux sages-femmes ou étudiants sages-femmes de salle de naissance. Son but principal était de savoir si un sondage

évacuateur avait été réalisé au moment du passage et, le cas échéant, si préalablement un globe vésical avait été mis en évidence, données non retrouvées dans le Dossier Médical Obstétrical (DMO) informatisé des patientes.

Les patientes ont ainsi pu être classées au sein des deux différents groupes, en considérant que les notions "*absence de globe vésical*" et "*réalisation d'un sondage évacuateur au moment du passage*" caractérisaient les patientes du groupe exposé, alors que les notions "*absence de globe vésical*" mais "*absence de sondage évacuateur au moment du passage*" définissaient les patientes du groupe non-exposé.

Il recherchait également les caractéristiques générales et obstétricales des patientes, ainsi que des informations concernant leur nouveau-né, afin qu'une comparaison soit possible entre nos deux populations. Ces caractéristiques étaient les suivantes:

- ✓ Age de la patiente;
- ✓ Caractéristiques obstétricales :
 - Parité
 - Terme à l'accouchement, en semaines d'aménorrhée (SA)
 - Mode de déclenchement : déclenchement du travail ou travail spontané
 - Durée du travail : pour les besoins de notre étude, un travail prolongé a été défini comme une progression de la dilatation, au delà de 3 cm, de moins d'1 cm par heure chez la primipare et de moins d'1,5 cm par heure chez la multipare
 - Recours à une extraction instrumentale
 - Présence d'une déchirure périnéale
 - Recours à une épisiotomie
 - Délivrance Artificielle (DA) et/ou Révision Utérine (RU)
 - Réalisation d'un sondage urinaire évacuateur maximum une heure avant la naissance.
- ✓ Caractéristiques néonatales :
 - Poids de naissance
 - Périmètre crânien (PC)

Une boîte de recueil pour ce premier volet était présente dans l'enceinte des salles de naissances.

2.2 Second volet

Le second volet [Annexe 2] a été distribué aux patientes par les sages-femmes ou les étudiants sages-femmes ayant rempli le premier volet, au moment du passage. Il comprenait quatre questions exploitables pour notre étude : trois questions ouvertes à choix multiples (questions 2, 4 et 5) et une à caractère fermé à choix unique (question 3), ayant pour but de répondre aux différents objectifs :

- Les questions 2 et 4 permettaient de répondre au premier objectif, en recherchant les difficultés urinaires rencontrées et le moment de la première miction spontanée, par rapport à l'accouchement;
- La question 3 avait pour but de répondre au premier objectif secondaire, en vérifiant si une prise en charge (aide non-médicamenteuse, traitement, sondage évacuateur ou SAD...) a été nécessaire par rapport à une éventuelle RUP;
- La question 5 cherchait à répondre au dernier objectif secondaire, en recherchant des signes d'HPP évaluables par les patientes. Pour notre étude, nous nous sommes focalisés sur les HPP du premier jour du post-partum en excluant celles étant survenues durant les deux premières heures car prises en charges en SDN.

Les patientes avaient pour consigne de remplir leur questionnaire lors de leur séjour de post-partum en maternité, idéalement après les 24 premières heures de leur hospitalisation, et de les remettre aux professionnels du service de SDC. Dans un but de remémoration de ces 24 premières heures, la date et l'heure de l'accouchement étaient préalablement demandées aux patientes (question 1). Deux boîtes de recueil pour ce second volet étaient présentes au sein du service.

3. Critères de jugement

Le **critère de jugement principal** était la mise en évidence d'une RUP pendant le séjour de suites de couches. Il a été considéré qu'il existait une RUP lorsque :

- Il n'y avait aucune miction spontanée 6 heures après l'accouchement;
- Associée ou non à une impériosité mais vidange impossible ou incomplète de la vessie (items *"envie d'uriner mais ne pas y arriver"*, *"obligation de pousser ou d'appuyer sur le ventre pour uriner"* et *"impression de vessie non-vide après miction"* dans la question 2 [Annexe 2]).

Les **critères de jugement secondaires** étaient:

- Nécessité de recourir à une mesure d'aide pour stimuler le réflexe de miction spontanée (moyen non-médicamenteux ou médicamenteux: Spasfon®, analgésique...);
- Nécessité de recourir à un sondage urinaire évacuateur en SDC (<24 heures);
- Identification d'une HPP (items *"nécessité de changement de protection hygiénique plus d'une fois par heure"* et *"augmentation notable de l'abondance des lochies"* dans la question 5 [Annexe 2]).

4. Tests statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel *Statview*. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la proportion. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne (m) et l'écart-type (ET) lorsque la distribution suivait une loi normale (âge, poids néonatal...) et par la médiane (med) et l'espace interquartile (IQR) dans les autres cas (âge gestationnel).

Pour comparer les proportions, le test du Chi² a été utilisé, remplacé par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectif attendu inférieur à 5. Le seuil de significativité choisi était de 5% (ou $p < 0,05$).

Les résultats ont été arrondis à une décimale, selon les règles mathématiques établies.

II. RÉSULTATS

1. Diagramme d'inclusion

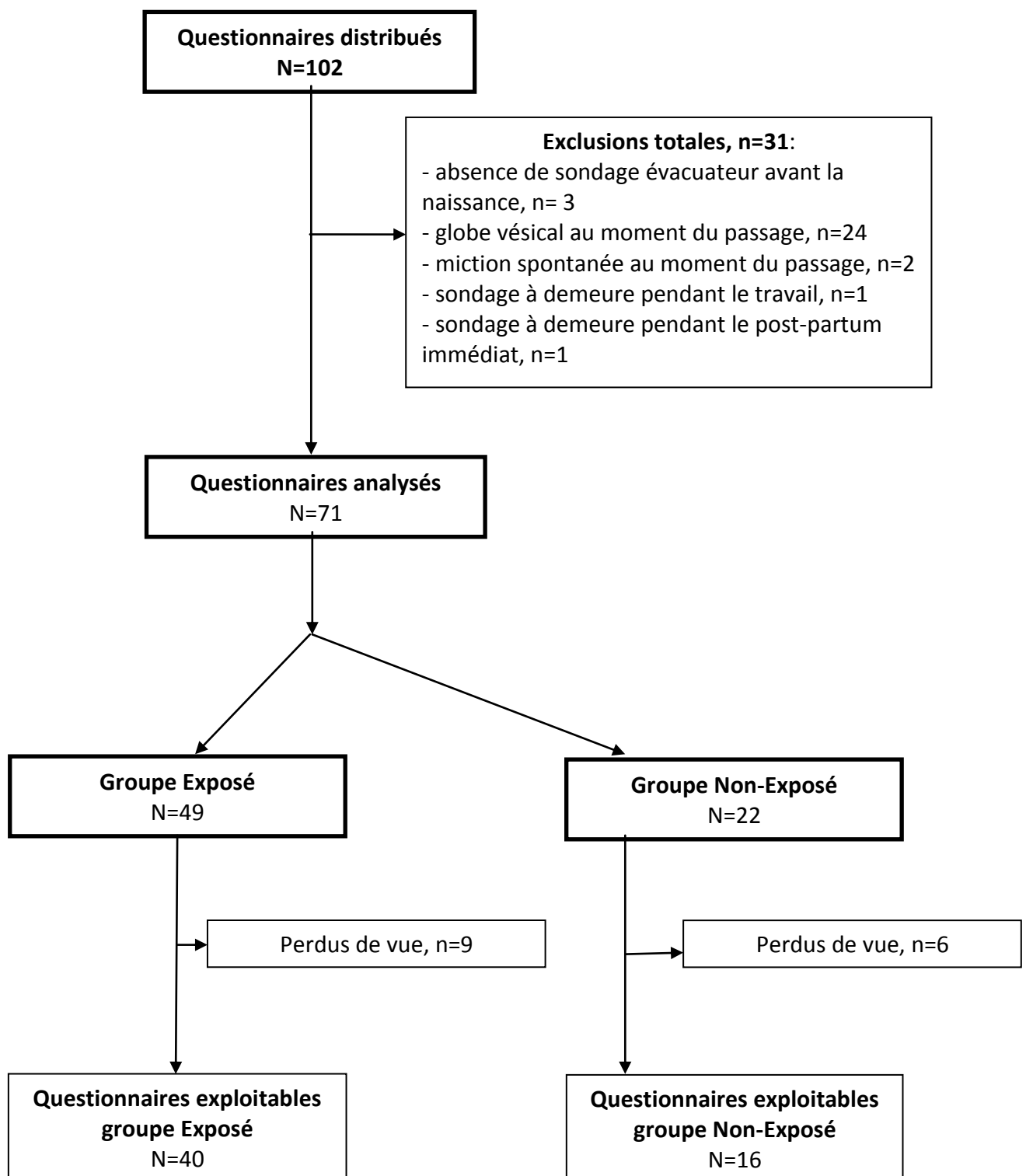


Figure 1: Population d'analyse

2. Caractéristiques générales de la population étudiée

2.1 Caractéristiques générales maternelles

L'âge moyen des patientes ne montrait pas de différence statistiquement significative ($p=0,743$): 29,5 ans pour les patientes du groupe exposé et 29,0 ans pour les patientes du groupe non-exposé.

2.2 Caractéristiques obstétricales

	GRUPE EXPOSÉ N=49 (60,0%)	GRUPE NON-EXPOSÉ N=22 (31,0%)	P
Primiparité, n (%)	24 (49,0)	12 (54,5)	0,857
Age gestationnel en SA à l'accouchement, med (IQR)	39+2 (38+0 - 40+3)	39+2 (38+3 - 40+3)	0,192
Déclenchement, n (%)	15 (30,6)	5 (22,7)	0,688
Travail prolongé, n (%)	5 (10,2)	0 (0)	0,289
Extractions instrumentales, n (%)	13 (26,5)	4 (18,2)	0,641
Déchirures, n (%)	32 (65,3)	10 (45,5)	0,188
Episiotomies, n (%)	14 (28,6)	8 (36,4)	0,702
Délivrances artificielles, n (%)	3 (6,1)	1 (4,5)	> 0,999
Révisions utérines, n (%)	7 (14,3)	1 (4,5)	0,424

Tableau I: Caractéristiques obstétricales de la population

Il n'y a pas de différence significative mise en évidence entre les deux populations en ce qui concerne les caractéristiques liées à l'accouchement.

2.3 Caractéristiques néonatales

	GRUPE EXPOSÉ N=49 (60,0%)	GRUPE NON-EXPOSÉ N=22 (31,0%)	P
Périmètre crânien, m (ET)	34,4 (1,3) *	34,5 (1,5) **	0,825
Poids néonatal, m (ET)	3279,1 (529,9) ***	3118,2 (344,2)	0,217

* 7 données manquantes

** 10 données manquantes

*** 3 données manquantes

Tableau II: Caractéristiques néonatales

Il n'y a pas de différence significative mise en évidence entre les deux populations en ce qui concerne les caractéristiques néonatales.

3. Caractéristiques du post-partum

Il convient de préciser ici que neuf patientes du groupe exposé n'ont pas rendu leur questionnaire, ainsi que six du groupe non-exposé (p=0,589).

3.1 Lien entre exposition et les Rétentions Urinaires du Post-partum

	GRUPE EXPOSÉ N=49 (60,0%)	GRUPE NON-EXPOSÉ N=22 (31,0%)	P
Questionnaire non-rendu, n (%)	9 (18,4)	6 (27,3)	0,589
Miction spontanée > 6 heures après l'accouchement, n (%)	5 (10,2)	3 (13,6)	0,770
<i>Dont association avec impériosité mais vidange vésicale impossible ou incomplète</i>	1 (2,0)	0 (0,0)	>0,999
Ne sait plus, n (%)	2 (4,1)	1 (4,5)	0,225

Tableau III : Moment de la première miction spontanée après l'accouchement

Au total, huit patientes, soit 23,8% de notre population totale de 71 patientes (les deux groupes confondus), ont présenté une RUP, la première miction spontanée ayant eu lieu plus de six heures après l'accouchement.

Le groupe non-exposé ne présente pas significativement plus de RUP que le groupe exposé. Trois patientes du groupe non-exposé (13,6%), contre cinq du

groupe exposé (10,2%), ont présenté une RUP (p=0,770). Une seule patiente a présenté une difficulté urinaire associée (à savoir une vidange vésicale incomplète).

Pour toutes ces patientes ayant présenté une RUP, aucun traitement médicamenteux ou non-médicamenteux, ou sondage urinaire évacuateur, n'a été nécessaire.

3.2 Lien entre exposition et difficultés urinaires du premier jour du post-partum

Le tableau IV présente les différentes difficultés urinaires des patientes pour qui la première miction spontanée avait eu lieu à moins de 6 heures après l'accouchement (donc ne présentant pas de RUP).

		GRUPE EXPOSÉ N=49 (60,0%)	GRUPE NON-EXPOSÉ N=22 (31,0%)	P
Questionnaires non-rendus, n (%)		9 (18,4)	6 (27,3)	0,589
Miction spontanée < 6 heures, n(%)		35 (71,4)	13 (59,1)	0,770
Difficultés urinaires	- Envie d'uriner mais ne pas y arriver, n (%)	2 (4,1)	0 (0,0)	>0,999
	- Nécessité de pousser/appuyer sur le ventre pour uriner, n (%)	3 (6,1)	0 (0,0)	0,547
	- Impression de vessie non-vide après miction spontanée, n (%)	1 (2,0)	0 (0,0)	>0,999
	- Fuites ou incontinences urinaires, n (%)	1 (2,0)	1 (4,5)	0,527
	- Douleur mictionnelle, n (%)	1 (2,0)	0 (0,0)	>0,999
	- Appréhension, n (%)	1 (2,0)	0 (0,0)	>0,999

Tableau IV: Complications urinaires du premier jour du post-partum

Parmi les patientes ayant eu une miction spontanée avant la sixième heure du post-partum, neuf patientes du groupe exposé et une du groupe non-exposé ont présenté des difficultés urinaires. Ces différences entre les deux groupes ne sont pas statistiquement significatives, pour chacune des difficultés retrouvées.

Les différents moyens d'aide proposés, ou mis en place par elles-mêmes, aux patientes présentant des difficultés urinaires sans RUP sont :

- aucun moyen pour trois patientes ;
- aide non-médicamenteuse pour six patientes (écoute du bruit de l'eau qui coule ou main plongée dans l'eau pour cinq patientes, et exercice de relaxation pour une patiente) ;
- aide médicamenteuse par *Spasfon*® *per os* pour une patiente.

3.3 Difficultés d'ordre hémorragique du premier jour du post-partum

		GRUPE EXPOSÉ N=49 (60,0%)	GRUPE NON-EXPOSÉ N=22 (31,0%)	P
Questionnaire non-rendu, n (%)		9 (18,4)	6 (27,3)	<i>0,589</i>
Difficultés d'ordre hémorragique	<i>Présence de caillots, n (%)</i>	0 (0)	1 (4,5)	<i>0,530</i>
	<i>Nécessité de changer de protection plus d'une fois par heure, n (%)</i>	4 (8,2)	0 (0)	<i>0,469</i>
	<i>Augmentation de l'abondance des lochies, n (%)</i>	5 (10,2)	1 (4,5)	<i>0,558</i>

Tableau V: Difficultés d'ordre hémorragiques du premier jour du post-partum

Au total, concernant les difficultés d'ordre hémorragique pouvant être reliées à une HPP (en gras dans le tableau V), neuf patientes du groupe exposé (18,4%) contre deux du groupe non-exposé (9,0%) ont été interpellées par l'évolution de leurs lochies ; aucune n'a nécessité de traitement ou de prise en charge.

Les différences retrouvées à propos de ces complications entre les deux groupes ne sont pas statistiquement significatives (p=0,158).

III. DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

L'étude présente des **limites** qui imposent d'être prudents dans l'interprétation des résultats. Il est d'abord à noter un manque de puissance ne permettant pas des résultats statistiquement significatifs : la taille de l'échantillon était certainement trop faible, compte tenu de la faible fréquence d'apparition d'une RUP [13]. Ce manque de puissance est probablement dû à :

- Une période d'étude courte: pour des raisons organisationnelles, celle-ci a été limitée à trois mois. En allongeant la durée de l'étude, un effectif plus important de patientes aurait pu être analysé.
- Un défaut de recueil: seulement 102 questionnaires ont été distribués, dont 31 ont été exclus après recueil du premier volet, ne laissant que 71 questionnaires exploitables.

De plus, du fait de sa réalisation au sein de la maternité du CHU de Grenoble, l'étude était limitée par son caractère monocentrique, en termes de reproductivité et d'extrapolation des résultats à la population générale. Toutefois, cette maternité a été choisie en raison du recours fréquent au sondage urinaire évacuateur systématique au passage, observé lors de mes stages sur place.

Des **biais** peuvent être également mis en évidence :

- Concernant l'orientation des résultats : de nombreuses patientes incluses dans les deux groupes n'ont pas rendu leur questionnaire ; cela concerne notamment 27,3% des patientes du groupe non-exposé, ce qui pourrait entraîner une modification des résultats. En effet, il est possible que certaines patientes ne présentant pas de difficultés urinaires ou hémorragiques, ne se soient pas senties concernées par l'étude et n'aient donc pas jugé utile de répondre au questionnaire, entraînant une surestimation des proportions de patientes ayant eu des difficultés.

Enfin, le choix de distribuer les questionnaires aux patientes au moment du passage pourrait ne pas être pertinent, celles-ci ayant alors de nombreuses autres préoccupations.

- Concernant l'utilisation d'un questionnaire : il se peut qu'il y ait eu non-compréhension ou non-mémorisation des événements par les patientes (bien que les questionnaires aient été distribués durant l'hospitalisation et non pas après la sortie de l'hôpital). D'autre part, une surestimation des HPP est probable, de par la difficulté de définir des symptômes cliniques d'HPP évaluables par les patientes, ainsi que la méconnaissance de l'abondance et l'évolution physiologiques des lochies par les patientes. Le choix d'un questionnaire à double volet se justifie néanmoins par le fait que la présence ou l'absence de réalisation d'un sondage évacuateur au moment du passage n'est pas notée sur le DMO informatisé de l'HCE. De même, les données relatives aux suites de couches ne sont pas informatisées ; il aurait ainsi été difficile voire impossible de retrouver les difficultés urinaires ou hémorragiques des patientes, parfois non transmises à l'équipe médicale.

2. Analyse des résultats

Les deux groupes étaient comparables car les caractéristiques générales, obstétricales et néonatales recherchées ne montraient pas de différences statistiquement significatives (Tableaux I et II).

2.1 Rétention urinaire du post-partum et difficultés d'ordre urologique [tableaux III et IV]

Huit patientes, soit 23,8% de la population totale, auraient présenté une RUP (selon la définition que nous avons choisie), ce qui est supérieur à la majorité des études réalisées [13]. La définition de la RUP est variable selon les auteurs : absence de miction à 12 heures de l'accouchement [14], détection systématique d'un résidu post-mictionnel supérieur à 150 mL [8], absence de miction spontanée six heures après l'accouchement associée ou non à un globe vésical supérieur à 400 mL [7, 8]... Il a été choisi pour cette étude de considérer qu'il y avait RUP lorsqu'aucune miction spontanée n'a eu lieu dans les six premières heures suivant l'accouchement puisque, en pratique, la mesure échographique du résidu post-mictionnel, évaluée par échographie standard ou Bladder-Scan [16], est peu utilisée dans le service de SDC du CHU.

D'après le tableau III, il semble y avoir autant de RUP dans les deux groupes ($p=0,770$). Les résultats pourraient donc aller à l'encontre de l'idée qu'un sondage

évacuateur au moment du passage permet de diminuer le risque d'apparition de RUP.

Toutes les patientes ayant eu des difficultés urinaires apparentées à une impériosité mictionnelle avec vidange vésicale impossible ou incomplète, ont été préalablement exposées au sondage urinaire au passage. Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, les patientes du groupe exposé présenteraient donc plus de difficultés urinaires durant les premières 24 heures suivant l'accouchement [tableau IV].

L'étude a également montré que les suites des RUP mises en évidence ont été simples, avec un retour à la normale sans prise en charge. Aucun recours à un sondage évacuateur en SDC n'a été nécessaire.

A noter cependant que toutes les patientes ayant présenté un travail prolongé ont été exposées au sondage au passage, bien que cette différence ne soit pas significative ($p=0,289$) du fait du manque de cas retrouvés pour cette caractéristique (5 patientes, soit 10,2% des patientes du groupe exposé). Il est possible de ce fait que le sondage ait été réalisé au passage pour ces patientes non pas de façon systématique, mais par connaissance du risque accru de RUP engendré par la longueur du travail.

La systématisation du sondage urinaire évacuateur au passage semblerait donc ne pas présenter d'intérêt dans la prévention des RUP. Elle ne permettrait en outre pas de diminuer l'utilisation des mesures d'aide à un retour à une miction spontanée ni le recours à un sondage évacuateur durant le premier jour en SDC. Toutefois, ces résultats sont à pondérer du fait de la faible puissance des effectifs, ainsi que des résultats non statistiquement significatifs de l'étude.

2.2 Difficultés d'ordre hémorragique [tableau V]

Le dernier objectif secondaire consistait à mettre en évidence d'éventuelles HPP ayant eu lieu durant l'hospitalisation au sein du service de SDC, durant les 24 premières heures du post-partum. L'hypothèse était qu'en permettant une meilleure rétraction utérine, le risque d'apparition de HPP du premier jour soit diminué grâce à la réalisation du sondage au passage. Les HPP des deux premières heures du post-partum n'ont pas été prises en compte puisque prises en charges en SDN.

Bien que neuf patientes du groupe exposé et une du groupe non-exposé aient décrit des symptômes cliniques pouvant annoncer une HPP, il n'est pas possible de conclure à posteriori que ces patientes aient réellement eu une HPP (de part les limites inhérentes au questionnaire), d'autant qu'aucune de ces patientes n'a été dans un état nécessitant un traitement ou une prise en charge.

La différence entre les deux groupes concernant ces difficultés n'est pas statistiquement significative ($p=0,158$). **L'exposition au sondage urinaire évacuateur au passage ne semble donc pas être en faveur d'une diminution des symptômes cliniques retrouvés lors d'une HPP. Il n'est en revanche pas possible de conclure sur l'intérêt de l'exposition au sondage au passage dans la diminution de la survenue d'une HPP avérée, ce qui ne permet pas de répondre au dernier objectif.**

3. Propositions et perspectives d'ouverture

Dans la pratique, il ne semble donc pas indispensable de réaliser ce sondage urinaire évacuateur en systématique, mais de l'effectuer avec mesure, au regard des facteurs de risques présentés par la patiente et la recherche d'un globe vésical.

Dans la littérature, s'il existe des études recherchant les étiologies des RUP [7, 8, 10, 11, 12, 13, 14], il n'existe aucun consensus concernant la prévention et le traitement d'une RUP. Il serait de ce fait intéressant de poursuivre cette étude, qui avait pour but d'évaluer un moyen potentiel de prévention de RUP, ceci afin d'obtenir des informations exploitables dans la réalisation d'un consensus ou d'un protocole médical. Pour la réalisation de cette étude et afin d'obtenir des résultats significatifs, il serait intéressant de réactualiser le DMO en mettant en place une feuille de soins spécifique au Passage, avec notamment recherche des signes fonctionnels, des constantes vitales, de l'examen clinique obstétrical, ainsi que la réalisation d'un éventuel sondage et la mise en évidence d'un globe vésical. Les données disponibles pour une nouvelle étude sur ce sujet seraient ainsi plus aisément accessibles.

Enfin, il serait pertinent d'être plus exhaustif dans la recherche des signes fonctionnels urinaires lors des examens auprès des patientes en SDC : par exemple, rechercher les impériosités mictionnelles avec vidange vésicale impossible ou imparfaite, la nécessité de pousser ou d'appuyer sur le ventre pour uriner, etc. Les résultats du tableau IV montrent en effet que les patientes manifestent des difficultés urinaires plus variées que la simple douleur mictionnelle, usuellement recherchée.

CONCLUSION

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'intérêt de la systématisation d'un sondage évacuateur réalisé au moment du passage à toute patiente ayant accouché par voie basse et sous analgésie péridurale dans la prévention des RUP. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique de type exposé / non-exposé, au sein de la maternité du CHU de Grenoble, sur une durée de trois mois.

Les résultats ont montré qu'il n'y avait **pas de différences statistiquement significatives en ce qui concerne l'apparition d'une RUP** entre deux groupes de patientes comparables, le premier ayant été sondé au Passage, contrairement au second. Il en est de même pour le **recours à un moyen d'aide pour stimuler un réflexe de miction spontanée ou la nécessité d'un sondage urinaire évacuateur en SDC**.

Du fait que cette étude reste tributaire du manque de puissance, les objectifs ne peuvent être considérés comme étant atteints. Toutefois, cette étude permet de s'interroger sur l'intérêt d'un geste largement effectué dans la pratique de la profession de sage-femme au quotidien. En effet, il s'agit d'un geste invasif à risque d'infection [15] (bien qu'à un niveau moindre par rapport à une SAD). Cela serait à mettre en regard avec le fait que l'infection urinaire domine parmi les infections nosocomiales chez les accouchées ; la pertinence du sondage mériterait donc d'être étudiée par rapport au risque infectieux.

Toutefois, ce sondage pourrait trouver son intérêt dans la prévention des HPP tardives, ce qui pourrait être également intéressant à évaluer par le biais d'une autre étude, avec cette fois des critères standardisés et validés pour définir une HPP.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Traité d'obstétrique
Elsevier Masson, 2010
- [2] Merger R, Lévy J, Melchior J
Précis d'obstétrique, 6eme édition
Masson, 2001: 388
- [3] Baudet J-H
Obstétrique pratique 2ème édition,
Maloine, 1990: 320- 321.
- [4] Lansac J, Berger C, Magnin G
Obstétrique (pour le praticien), 4eme édition
Masson, 2003: 392
- [5] Papiernik E, Cabrol D, Pons J-C
Obstétrique
Med sciences Flammarion, 1995: 1457
- [6] Papiernik E, Fernandez H, Cosson M
Obstétrique essentielle
Pradel, 1999: 206
- [7] Glavind K, Bjork J
Incidence and treatment of urinary retention postpartum
Int Urogynecol J, 2003;14: 119-121
- [8] Yip S, Sahota D, Pang M, Chang A
Postpartum urinary retention
Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 881-891
- [9] Analgésie péridurale et rétention urinaire, Les nouveaux défis de l'analgésie
obstétricale, MAPAR 2007
- [10] Groutz A
Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice:
definition, prevalence and clinical implications
Journal of reproductive medicine, 2001, vol46 n)1: 44-48
- [11] Groutz A, Levin I, Gold R
Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis
and timely intervention
Neurourology and urodynamics, 2010

- [12] Guiheneuf A, Weyl B
Rétention aigue d'urine du postpartum. A propos de deux cas et revue de la littérature
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, 2008, vol37, Issue 6: 614-617
- [13] Bouhours AC, Bigot P, Orsat M, Hoarau N, Descamps P, Fournié A et al.
Rétention vésicale du postpartum,
Progrès en Urologie, 2001/01, vol21, num 1: 11-17
- [14] L Ching-Chung, C Shuenn-Dhy, T Ling-Hong, H Ching-Chang, C Chao-Lun, C Po-Jen
Postpartum urinary retention : assessment of contributing factors and long-term clinical impact
Australian and New Zealan Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2002/08, vol42, issue4 : 367-370
- [15] Infections en maternité
Surveiller et prévenir les infections associées aux soins, 2010/09
PDF disponible sur le site URL : <http://qualite-securite-soins.fr>

ANNEXES

Annexe 1: Questionnaire destiné aux sages-femmes

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je cherche à répondre à la question suivante: « **Dans le but de diminuer le risque d'apparition de rétention urinaire du post-partum, est-il intéressant de réaliser un sondage évacuateur au moment du passage à toute patiente ayant accouché par voie basse sous analgésie péridurale de manière systématique ?** »

Pour ce travail, je sollicite votre aide pour remplir et distribuer ce questionnaire constitué de 2 volets : le premier volet aux sages femmes ou étudiants sages-femmes du service de salles des naissances, le second aux patientes. L'idéal, pour toute patiente ayant accouché par voie basse et sous analgésie péridurale, serait de :

- Noter sur le premier volet, par souci d'anonymat, le numéro d'accouchement de la patiente ou son IPP.
- Remplir le tableau ci-dessous. Si cela ne peut-être réalisé, j'irai ensuite moi-même rechercher les informations propres à chaque patiente, mais merci de renseigner les items "**globe vésical**" et "**sondage évacuateur**".
- Détacher les deux volets, remettre le second à la patiente lors du passage avec pour consigne de le remplir et de le remettre à l'équipe soignante durant son séjour en Unité Mère Enfant (une boîte de recueil est prévue à cet effet dans le service).
- Remettre le premier volet dans la boîte de recueil prévue à cet effet en Salle de Naissance.

Merci à toutes et tous pour votre participation.

<u>Patiente</u>	<u>Accouchement</u>	<u>Bébé</u>	<u>Passage</u>	
Age :	Déclenchement :	OUI / NON	PC :	GLOBE VESICAL : OUI / NON
Gestité :	Travail prolongé* :	OUI / NON	Poids :	SONDAGE EVACUATEUR : OUI / NON
Parité :	Extraction instrumentale :	OUI / NON		Miction spontanée : OUI / NON
Terme :	Déchirure :	OUI / NON		
Atcd uro : O /N	Episiotomie :	OUI / NON		
	DA ou RU :	OUI / NON		
	Sondage avant naissance :	OUI / NON		

* Travail prolongé : Un travail prolongé a été défini pour les besoins de notre étude comme une progression de la dilatation, au-delà de 3cm, de moins de 1cm/h chez la primipare et de moins d'1,5cm/h chez la multipare, pendant une période d'observation d'au moins 4h.

Annexe 2: Questionnaire destiné aux patientes

Bonjour, je suis étudiante sage-femme en 4ème année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je cherche à mettre en évidence d'éventuelles complications urinaires ou hémorragiques durant votre séjour à la maternité.

Afin de mener à bien mon travail je sollicite votre aide pour ce questionnaire anonyme. Merci de bien vouloir prendre le temps d'y répondre, si possible au moins un jour après l'accouchement, afin que l'étude soit la plus représentative possible de la réalité, et de remettre ce questionnaire à l'équipe soignante.

1. Quelles sont la date et l'heure de votre accouchement ? _____

2. Avez-vous eu **des difficultés à uriner** ? Oui Non
Si oui (plusieurs réponses possibles) :
 - Envie d'uriner mais ne pas y arriver
 - Douleur lorsque vous urinez
 - Appréhension
 - Obligation de pousser ou d'appuyer sur le ventre pour uriner
 - Fuites ou incontinence
 - Impression de vessie non-vide après avoir uriné
 - Impression d'avoir terminé d'uriner mais présence de fuites
 - Autres (à préciser) : _____

3. Qu'a-t-on, ou qu'avez vous, mis **en place pour vous aider à uriner** ? (plusieurs réponses possibles) :
 - Bruit de l'eau qui coule
 - Promenade, relaxation, exercices...
 - Traitement médicamenteux : SPASFON®
 - Autre traitement médicamenteux (à préciser) : _____
 - Sondage urinaire évacuateur (nombre à préciser) : ____
 - Autre : _____

4. Vous avez uriné spontanément :
 - Moins** de 6 heures après l'accouchement
 - Plus** de 6 heures après l'accouchement
 - Ne sais pas

5. Concernant les saignements, avez-vous remarqué durant les 24 premières heures après l'accouchement (plusieurs réponses possibles) :
 - la présence de caillots
 - une obligation de changer de protection plus souvent qu'une fois par heure
 - une augmentation de l'abondance des saignements
 - la nécessité de prendre un traitement (à préciser) : _____
 - Autres : _____

Merci pour votre participation !

RÉSUMÉ

- L'objectif principal était d'évaluer l'intérêt de la systématisation d'un sondage évacuateur réalisé au moment du passage, à toute patiente ayant accouché par voie basse et sous analgésie péridurale, dans la prévention des rétentions urinaires du post-partum. Les objectifs secondaires étaient d'estimer son intérêt dans la diminution de l'utilisation d'une part d'un sondage urinaire évacuateur en service de suites de couches, et d'autre part de mesures d'aide pour retrouver une miction spontanée, ainsi que son intérêt dans la prévention des hémorragies du post-partum tardives.
- Il s'agissait d'une étude observationnelle, rétrospective et monocentrique de type exposé / non-exposé, réalisée au sein de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, sur une période de trois mois. Le cas de 71 patientes a été analysé par le biais d'un questionnaire.
- Du fait du manque de puissance de l'étude et qu'aucun résultat ne soit statistiquement significatif, il est impossible de conclure sur la prévention des rétentions urinaires du post-partum et des hémorragies du post-partum tardives. Néanmoins, l'étude tend à montrer que la systématisation du sondage urinaire évacuateur au passage n'est pas indispensable, et que sa réalisation, en raison de l'absence de consensus médical, devrait s'effectuer avec mesure, au regard des facteurs de risques présentés par la patiente, et après recherche d'un globe vésical.
- **Mots-clés** : rétention urinaire du post-partum - sondage urinaire évacuateur - hémorragie du post-partum