



HAL
open science

La rétention aiguë d'urine du post-partum : étude de cas au sein de la maternité Saint-Joseph à Marseille

Coline Besse

► To cite this version:

Coline Besse. La rétention aiguë d'urine du post-partum : étude de cas au sein de la maternité Saint-Joseph à Marseille. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01945163

HAL Id: dumas-01945163

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01945163>

Submitted on 5 Dec 2018

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.

LA RETENTION AIGUE D'URINE DU POST- PARTUM

Etude de cas au sein de la maternité Saint-Joseph à Marseille

Présenté et publiquement soutenu devant
l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Le 19 Avril 2018

Par

BESSE Coline

Née le 23 Janvier 1994

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année universitaire 2017/2018

Membres du jury :

- Jean-Baptiste HAUMONTE, Gynécologue Obstétricien, Directeur du mémoire
- Estelle BOISSIER, Sage-Femme Enseignante, EU3M
- Céline BORDONI, Sage-femme

**Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée
Université Aix Marseille**

LA RETENTION AIGUË D'URINE DU POST- PARTUM

Etude de cas au sein de la maternité Saint-Joseph à Marseille

Besse Coline
Née le 23 Janvier 1994

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme
Année universitaire 2017-2018**

Validation 1^{ère} session 2018 : **oui** **non**

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2018 : **oui** **non**

Visa et tampon de l'école

LA RETENTION AIGUË D'URINE DU POST- PARTUM

Etude de cas au sein de la maternité Saint-Joseph à Marseille

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Je remercie le docteur Jean-Baptiste Haumonté, directeur de ce mémoire de m'avoir confié ce projet et m'avoir aidée durant mon étude ;

Ariane Sanchez, sage-femme cadre du service des suites de naissances à la maternité Saint-Joseph pour l'aide et les ressources qu'elle m'a apportées ;

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'EU3M et particulièrement Carole Zakarian, directrice de l'EU3M, pour son précieux soutien.

Je remercie mes parents pour m'avoir toujours soutenu et fait confiance ; ma sœur Marie pour sa présence dans les moments difficiles ; Frédéric qui me supporte et m'encourage depuis tout ce temps.

Enfin je remercie mes amies, Pauline, Eloïse, Maïlys et Manon sans qui toutes ces années n'auraient jamais été aussi « Loutres ».

Table des matières

Glossaire	- 2 -
I. Introduction à l'étude	- 3 -
1. Définitions et diagnostic	- 3 -
2. Incidence	- 4 -
3. Physiopathologie et facteurs de risque.....	- 5 -
4. Prise en charge et séquelles	- 5 -
II. Matériel et méthode	- 8 -
1. Présentation	- 8 -
2. Réalisation de l'étude.....	- 8 -
III. Résultats	- 10 -
1. Caractéristiques générales	- 10 -
2. Caractéristiques obstétricales.....	- 11 -
3. Caractéristiques des RAU.....	- 14 -
IV. Analyse et discussion	- 18 -
1. Caractéristiques générales de l'échantillons	- 19 -
2. Caractéristiques obstétricales de l'échantillon	- 20 -
3. Caractéristiques des RAU.....	- 24 -
4. Physiopathologie.....	- 26 -
5. Propositions.....	- 28 -
V. Conclusion de l'étude	- 31 -
VI. Bibliographie.....	- 32 -
VII. Annexes	- 35 -

Glossaire

- APD : Analgésie péridurale
- AVB : Accouchement par voie basse
- DIM : Département d'information médicale
- HAS : Haute Autorité de Santé
- PEC : Prise en charge
- RAU : Rétention aiguë d'urine
- RPM : Résidu post-mictionnel
- SA : Semaines d'aménorrhées
- SAD : Sonde à demeure
- SUE : Sondage urinaire évacuateur

I. Introduction à l'étude

La rétention aiguë d'urine (RAU) est une pathologie de plus en plus fréquente, pouvant survenir dans la période du post-partum. Prise en charge précocement, elle évolue de façon très favorable et n'entraîne pas de conséquence à long terme. Le manque de connaissances sur cette complication de la grossesse et de l'accouchement dans les maternités entraîne souvent un retard de diagnostic et donc une augmentation des complications. Le constat d'une incidence en augmentation nous a amené à nous pencher sur le sujet afin d'en comprendre les causes et facteurs favorisants pour pouvoir assurer aux patientes une prise en charge optimale.

1. Définitions et diagnostic

Dans la littérature, les critères retenus pour définir la RAU varient en fonction des auteurs. Il n'existe pas de définition standardisée. Les récentes publications semblent cependant avoir adopté les critères de Yip et al de 1997, faisant la distinction entre la RAU complète (*overt retention*) et incomplète ou silencieuse (*covert retention*) (1), et ceux de Glavind et Bjork en 2003 (2).

Ainsi, la RAU complète se définit par l'absence de miction spontanée dans les 6 heures (h) suivant l'accouchement par voie basse, ou dans les 6h suivant le retrait de la sonde à demeure si l'accouchement était par césarienne, associée à un volume d'au moins 400 millilitres (ml) contenu dans la vessie.

La RAU incomplète, dite silencieuse car souvent asymptomatique, se définit par un volume de miction inférieur à 50% de l'urine contenue initialement dans la vessie ou l'existence d'un résidu post-mictionnel (RPM) supérieur à 150 ml au-delà des 24h suivant l'accouchement. Le RPM correspond au volume d'urine restant dans la vessie directement après la fin de la miction. Il n'existe à ce jour pas de publication ayant défini la valeur d'un RPM pathologique mais les auteurs semblent s'accorder sur un seuil de 150 à 200 ml.

Les présentations cliniques sont variées et le diagnostic souvent difficile. Certains éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique de la patiente orientent cependant vers une suspicion de RAU tel que : (1,3)

- Une douleur pelvienne persistante, après élimination des autres causes de douleur d'origine obstétricale, une douleur ou un inconfort vésical ;
- Un globe vésical (la recherche de globe est souvent gênée par le globe utérin ou la cicatrice de césarienne), matité sus-pubienne ;
- Un faible volume mictionnel, des mictions fréquentes, lentes, avec un jet intermittent ;
- Une urgenturie, incontinence urinaire ;
- Une incapacité d'uriner malgré l'envie ou pas d'envie ressentie malgré une réplétion vésicale importante.

Le diagnostic peut être clinique par mesure du volume mictionnel grâce à un sondage évacuateur à visée diagnostique, ou paraclinique par la mesure échographique du RPM par échographie standard ou bladder-scanner. Le volume urinaire drainé au moment du diagnostic est un bon indicateur de l'atteinte du détrusor et de la sévérité de la pathologie. Des études ont été menées afin de comparer les volumes d'urine mesurés par bladder-scanner à ceux recueillis lors des sondages évacuateurs : le bladder-scanner donne une bonne estimation du volume vésical et peut être utilisé en remplacement du sondage à visée quantitative (4,5). L'avantage principal de cette méthode est qu'elle est non invasive et n'expose pas la patiente au risque infectieux contrairement au sondage urinaire.

La RAU est définie comme étant persistante si l'incapacité d'uriner spontanément se poursuit dans les 96h suivant l'accouchement (6).

2. Incidence

De la même façon que les définitions diffèrent selon les auteurs, l'incidence dans la littérature varie de 0,05% à 45% et même jusqu'à plus de 50% (2,7–10). A ce jour, peu d'études prospectives ont été menées et elles ne concernaient que de faibles effectifs sur de courtes périodes (généralement 3 à 6 mois). Certains auteurs ont voulu distinguer les deux formes de manifestation de la pathologie. Ainsi, les rétentions symptomatiques, complètes, plus faciles à dépister concernent jusqu'à 5% des patientes dans la période du post-partum mais la majorité des études évoquent une prévalence de moins d'1%. Les RAU silencieuses semblent nettement plus fréquentes et les récentes études basées sur l'évaluation du RPM de façon systématique chez toutes les patientes en post-partum rapportent des taux de 45% à plus de 50% (9–11).

3. Physiopathologie et facteurs de risque

Aucune étude, à ce jour, n'a pu décrire précisément la physiopathologie de la RAU. Néanmoins cette complication de la grossesse et de l'accouchement semble influencée par l'association de plusieurs facteurs à la fois mécaniques et hormonaux auxquels viennent se surajouter les bouleversements physiques dus au travail et à l'accouchement.

De nombreux facteurs de risque liés à la RAU sont mentionnés dans la littérature (6,12,13). Il existe des différences selon les auteurs mais certaines variables semblent plus significatives que d'autres telles que l'analgésie péridurale (14,15), la primiparité ou le premier accouchement par voie basse (AVB) (7,12), la durée prolongée du travail et particulièrement de la deuxième phase (6), l'aide instrumentale à l'expulsion (11,13,16), le poids néonatal (9), les lacérations périnéales étendues (déchirures ou épisiotomies) (9,14,17) et la manœuvre de Kristeller qui n'est plus recommandée de pratiquer en France d'après la Haute Autorité de Santé (HAS) (16).

Les publications mentionnent d'autres facteurs de risque tels que : l'âge élevé, l'IMC, les antécédents urologiques ou troubles urinaires, le remplissage vasculaire, la durée des efforts expulsifs élevée, les œdèmes ou hématomes périnéaux étendus, et le volume de la première miction spontanée après l'accouchement.

4. Prise en charge et séquelles

La bonne prise en charge de la RAU repose sur un diagnostic précoce. Le manque de connaissance de cette pathologie et ses différentes manifestations cliniques conduisent souvent à un retard de diagnostic.

Des mesures d'aide (traitement antalgique, une douche chaude) peuvent être proposées à toute patiente chez qui une RAU du post-partum est suspectée.

La prise en charge d'une RAU avérée doit être pluridisciplinaire associant l'équipe obstétricale et les urologues ou médecins rééducateurs. Elle repose sur un protocole de sondages évacuateurs ou à demeure dont le but est de limiter la distension vésicale et d'assurer la rééducation du détrusor et des sphincters. La plupart des auteurs recommandent de pratiquer pendant le séjour des sondages évacuateurs (SUE) toutes les 4 à 5h jusqu'à ce que le RPM soit inférieur à 100 ou 150 ml. La pratique répétée de

sondages expose les patientes au risque d'infections urinaires c'est pourquoi ils doivent être réalisés dans des conditions parfaites d'asepsie (2,3). L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée en systématique. Pour les RAU complètes ou les RPM supérieurs à 400 ml certains auteurs préconisent la mise en place d'une sonde vésicale à demeure (SAD) pendant 24 à 48h avec ou sans clampage afin de mettre la vessie au repos (6). Si la situation se poursuit et que le RPM n'est toujours pas satisfaisant au-delà de 48h et jusqu'à 96h selon les études, l'apprentissage de l'autosondage doit être envisagé afin de permettre à la patiente un retour à domicile.

Dans la majorité des cas le retour à une miction normale et un RPM physiologique se fait dans les 3 à 4 jours suivant l'accouchement (2). Les RAU persistantes, c'est-à-dire se poursuivant au-delà de 4 jours, représentent entre 0,005 et 0,1% des RAU et correspondent aux patientes qui poursuivent les autosondages (sondage intermittent réalisé par la patiente après chaque miction) après le retour à domicile (6). Dans ce cas, la résolution peut prendre plusieurs mois (17,18). En 2002, Yip et al ont mené une enquête visant à étudier le devenir, 4 ans après, des femmes ayant présenté une RAU du post-partum en appréciant la prévalence d'incontinences urinaires et fécales et des autres troubles urinaires. Ils n'ont constaté aucune différence significative dans les cas par rapport au groupe témoin ce qui les ont amenés à conclure que ces femmes n'étaient pas plus à risque que d'autres de développer des troubles de la continence dans les 4 ans suivant leur RAU. Il n'y aurait donc pas de conséquence notable de la RAU sur le long terme. En dehors de cette publication, aucune autre étude n'a encore permis d'évaluer l'impact de la RAU sur la vie des femmes.

Devant une augmentation des cas constatée au sein des maternités des Bouches-du-Rhône, notamment à l'hôpital Saint-Joseph, nous nous sommes posé la question suivante : A quels facteurs de risque de rétention aiguë d'urine du post-partum sont exposées les patientes de la maternité Saint-Joseph et quelles sont les caractéristiques de leur pathologie ?

L'objectif principal de notre étude était d'analyser les données générales et obstétricales des femmes ayant développé une rétention aiguë d'urine dans la période du post-partum afin de les comparer à la littérature et de décrire avec précision les caractéristiques de leur pathologie.

Cette enquête devait également nous permettre d'évaluer l'incidence de la rétention aiguë d'urine à Saint-Joseph, mais aussi de mettre en place des mesures préventives et d'élaborer un protocole de dépistage et de prise en charge de la rétention aiguë d'urine du post-partum afin d'harmoniser les pratiques dans cette maternité.

II. Matériel et méthode

1. Présentation

Pour cette étude, l'hypothèse de départ était qu'il existait des caractéristiques communes à toutes les patientes ayant présenté une RAU en post-partum à Saint-Joseph, orientant ainsi vers le ou les facteurs de risque auxquels elles avaient été exposées. C'est pourquoi notre question de recherche était la suivante : A quels facteurs de risque de rétention aiguë d'urine du post-partum sont exposées les patientes de la maternité Saint-Joseph et quelles sont les caractéristiques de leur pathologie ?

L'objectif principal de l'étude était d'analyser les données générales et obstétricales des femmes ayant développé une rétention aiguë d'urine dans la période du post-partum afin de les comparer à la littérature et de décrire avec précision les caractéristiques de leur pathologie.

Cette étude devait par ailleurs permettre d'apprécier l'incidence des RAU du post-partum au sein de l'hôpital Saint Joseph et d'établir un protocole de dépistage et de prise en charge à appliquer dans cette maternité.

Pour répondre à ces objectifs, une étude rétrospective descriptive a été menée à l'hôpital Saint-Joseph basée sur l'analyse des dossiers des patientes ayant développé une RAU en post-partum entre le 01/11/2016 et le 01/08/2017.

2. Réalisation de l'étude

Il s'agissait d'une étude de cas unicentrique conduite à la maternité Saint Joseph à Marseille, d'une durée de 9 mois.

❖ Sélection des patientes

Au cours de cette période, toute patiente qui avait développé une RAU complète ou incomplète à la suite de son accouchement était incluse dans l'étude. Leur signalement nous était fait par les sages-femmes des services de suites de couches et le département d'information médicale (DIM) de l'hôpital nous a communiqué les références des dossiers des patientes ayant eu une consultation avec un urologue lors

de leur séjour. Entre le 1 Novembre 2016 et le 1 Août 2017, 3579 accouchements ont eu lieu à la maternité Saint-Joseph parmi lesquels 37 dossiers ont été retenus.

❖ Recueil de données

Les données générales, obstétricales et néonatales ont été recueillies à partir des dossiers informatisés des patientes dans le logiciel utilisé à Saint Joseph : DopaSoin. Le choix des variables qualitatives et quantitatives étudiées s'est fait à partir des données de la littérature.

Ainsi, les différentes variables relevées regroupaient :

- Des informations générales (l'âge, l'indice de masse corporel avant la grossesse, l'existence d'antécédents urologiques)
- Les données concernant la grossesse (gestité et parité, évolution, pathologie, prise de poids)
- Le suivi du travail (mode de mise en travail, durée du travail, type d'analgésie, remplissage vasculaire, direction du travail, nombres et intervalles entre les sondages urinaires)
- Les données concernant l'accouchement et le nouveau-né (durée des efforts expulsifs, variété du dégagement, aide à l'expulsion, lésions périnéales, poids du nouveau-né)
- Les informations concernant la RAU (délai de diagnostic, volume d'urine dans la vessie lors du diagnostic, prise en charge, évolution).

L'ensemble de ces données ont été classées dans un tableau à l'aide du logiciel Excel.

❖ Analyse descriptive

L'analyse descriptive des données a été réalisée à l'aide du logiciel Sofastats. Les variables qualitatives ont été décrites par des pourcentages et les variables quantitatives l'ont été à l'aide de moyennes, valeurs minimum et maximum. Les tableaux et graphiques réalisés pour la présentation des résultats ont été construits dans Excel.

III. Résultats

Au cours d'une période de 9 mois (figure 1), 37 patientes ont développé une RAU du post-partum à la maternité Saint-Joseph ce qui correspond à une incidence de 1,03%.

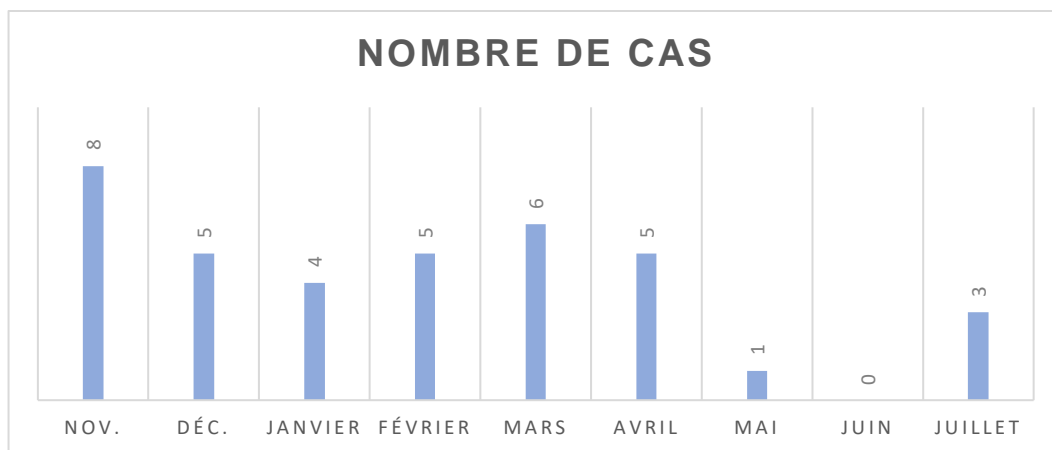


Figure 1 : Evolution du nombre de cas au cours de l'étude

1. Caractéristiques générales

L'âge moyen de nos patientes était de 31 ans [21-44] et parmi elles, 3 patientes étaient âgées de plus de 35 ans et 3 de plus de 40 ans.

Dans les dossiers de 5 d'entre elles étaient notifiés des antécédents urologiques :

- Deux patientes sujettes à des infections urinaires répétées ;
- Trois patientes ayant mentionné un claquage vésical dans le post-partum de leur premier AVB dont une pour laquelle le diagnostic de RAU avait été posé.

Le taux de récurrence est donc de 8,11%.

Dans notre population l'IMC moyen était de 24,38 kg/m² [17,3-36] avec 25% de patientes en surpoids et 18,7% de patientes obèses.

La prise de poids en fin de grossesse n'était renseignée que dans 18 dossiers soit seulement 50% et les valeurs se répartissaient autour d'une moyenne de 13,67 Kg [6-17].

2. Caractéristiques obstétricales

Dans notre échantillon de 37 patientes, il s'agissait du premier AVB pour 25 primipares et une deuxième-pare ayant un antécédent de césarienne en dehors du travail.

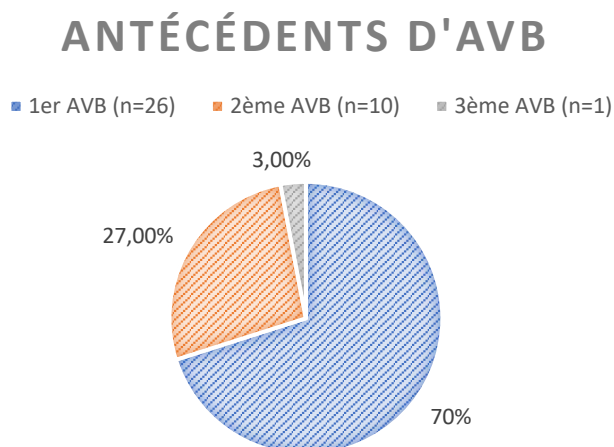


Figure 1 : Répartition des RAU en fonction des antécédents d'AVB

Sept patientes ont présenté une pathologie durant leur grossesse : 4 patientes atteintes d'un diabète gestationnel, 2 patientes suivies pour hypertension artérielle et 1 patiente ayant été hospitalisée à deux reprises pour pyélonéphrite au deuxième et troisième trimestre de sa grossesse.

La moyenne du terme de l'accouchement dans notre échantillon est de 280 jours soit 40SA [261/37+2-293/41+6]. Il y avait 75,7% (n=28) de mise en travail spontanée, 21,6% (n=8) ont été déclenchées et une patiente a eu une césarienne programmée.

Dans la population de l'étude, 97,3% (n=36) des patientes ont bénéficié d'une analgésie locorégionale (ALR) pour leur accouchement dont 35 APD et 1 rachianesthésie. Une patiente a accouché sans analgésie. La durée moyenne sous ALR était de 390 minutes soit 6h30 [60/1h-798/13h20]. Le protocole d'APD varie en fonction des patientes et des médecins. Nous avons pu simplement constater que les différents modes d'induction et d'entretien sont présents à part égale dans notre échantillon.

Toutes les patientes sous ALR ont été perfusées avec du Ringer-Lactate pendant toute la durée de leur travail. Les volumes et débits ne sont pas précisés sur les partogrammes.

La durée moyenne du travail était de 409 minutes [90-660] soit 6h50 et pour 73% des patientes le travail a été dirigé par du Syntocinon®.

Les efforts expulsifs ont duré en moyenne 21,4 minutes [3-60] et pour 5 patientes ils ont duré plus de 40 minutes.

La répartition dans notre population des différentes voies d'accouchement est présentée par la figure 2.

VOIE D'ACCOUCHEMENT (N=37)

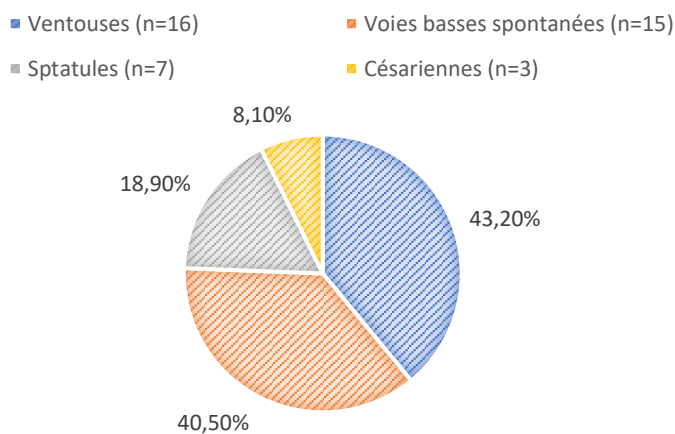


Figure 2 : Répartition des différentes voies d'accouchement dans l'échantillon de 37 patientes

Parmi les 3 césariennes, 2 ont eu lieu en cours de travail dont une pour laquelle l'extraction a été réalisée à l'aide de spatules.

On dénombre 4 échecs de ventouse, 3 ayant donné suite à des spatules et 1 à une voie basse spontanée.

L'étude a montré que 33 patientes sur 34 ayant accouché par voie basse présentaient des lésions périnéales (figure 3).

LÉSIONS PÉRINÉALES (N=34)

■ Episiotomie (n=5) ■ Déchirure degré 1 (n=7) ■ Déchirure degré 2 (n=19)
■ Déchirure degré 3 (n=1) ■ Déchirure degré 4 (n=1) ■ Périnée intact (n=1)

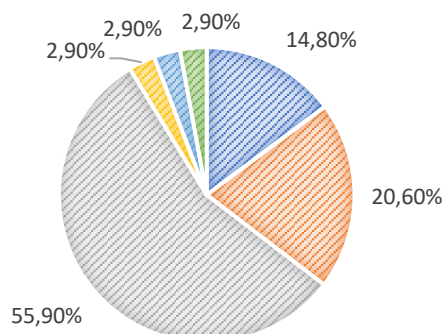


Figure 3 : Répartition des différents types de lésions périnéales dans la population « voie basse »

Pour 21,6% des patientes, d'importants œdèmes étaient notifiés dans le dossier ainsi de d'importante hémorroïdes pour 5 d'entre elles.

Les 37 nouveau-nés pesaient en moyenne 3389,71 g [2725-4240] parmi lesquels 4 avaient un poids supérieur au 90^e percentile (4240, 4000, 3970, 3920).

Concernant le sondage urinaire évacuateur (SUE) pendant le travail, 35 patientes en ont bénéficié dont 2 ayant eu une césarienne en cours de travail à qui une sonde à demeure a dû être posée. Les deux dossiers manquants correspondent, l'un à la patiente ayant accouché par césarienne programmée pour qui la pose de la SAD a été réalisée en dehors du travail, avant l'intervention et l'autre à celle ayant accouché sans APD et dont le travail n'a duré qu'1h30. En moyenne, pendant le travail sous APD, un SUE était réalisé toutes les 239 minutes soit un intervalle de 4h [95/1h35-570/9h30] entre deux sondages. Dans notre échantillon, ce délai était supérieur à 4h pour 12 de nos patientes, supérieur à 6h pour 4 d'entre elles et 2 patientes n'ont pas été sondées pendant plus de 9h.

A H2 de leur AVB, 88,2% (n=30) des patientes ont été sondées, 5,8% (n=2) ont uriné spontanément et une patiente n'a pas émis d'urine (et une donnée manquante). Le volume moyen de cette miction était de 392,86 ml [100-900] (n=20, 13 données manquantes).

Deux patientes de notre échantillon ont développé une infection urinaire à Escherichia Coli en post-partum.

3. Caractéristiques des RAU

L'incidence de la RAU à la maternité Saint-Joseph est de 1,03%. Nous avons fait la distinction entre les RAU complètes que nous avons appelé « overt » et les RAU incomplètes, « covert ». La figure 4 représente l'incidence de chacune des deux formes de la pathologie dans notre effectif.

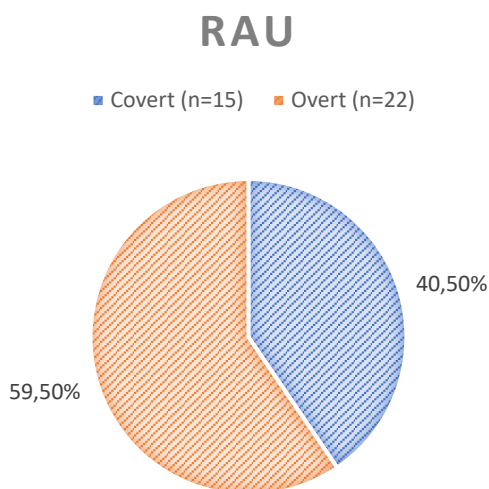


Figure 4 : Répartition des patientes en fonction du type de RAU

Pour l'ensemble de nos patientes nous avons recherché (tableau 1) :

- Le mode et le volume de la miction à 2h de l'accouchement (H2) ;
- Le délai de diagnostic par rapport à l'accouchement et le volume d'urine au moment du diagnostic ;
- Le volume du RPM au retrait de la SAD ;
- Le délai de résolution.

Dans la population « covert », les 15 patientes avaient eu une miction spontanée entre 3h et 10h30 après leur accouchement.

Dans tous les cas le conseil minimum a été délivré par la sage-femme et des méthodes incitatives (boisson suffisante, douche chaude, mains sous l'eau froide, massage de la vessie, homéopathie ...) ont été suggérées et appliquées sans succès.

Le délai de résolution n'est pas connu pour 12 des patientes de notre étude (2 sorties avec SAD et 9 sorties avec autosondages intermittents).

	<i>Overt retention (n=22)</i>			<i>Covert retention (n=15)</i>		
	<i>Moyenne</i>	<i>[Minimum-maximum]</i>	<i>Valeurs notables</i>	<i>Moyenne</i>	<i>[Minimum-maximum]</i>	<i>Valeurs notables</i>
Volume à H2	350 ml	[100-600]		462,5 ml	[0-900]	
Délai diagnostic / accouchement	8h30	[6-16]		13h30	[7-36]	
Volume au diagnostic	735,2 ml	[200-1500]	15 ≥ 500 ml 4 ≥ 1000 ml	750,7 ml	[200-1700]	12 ≥ 500 ml 6 ≥ 1000 ml
RPM après retrait SAD	80 ml	[0-350]	6 ≥ 150-200 ml	124,1 ml	[0-390]	5 ≥ 150-200 ml
Délai résolution	53h (n=13)*	[24-192]	8 < 48h 72 < 3 < 96h 1 à J8	70h (n=10)*	[24-120]	5 < 48h 72h < 5 < 120h

*Effectif pour lequel le délai de résolution était connu

Tableau 1 : Caractéristiques moyennes des RAU complètes et incomplètes

Nous avons comparé le volume contenu dans la vessie au moment du diagnostic en fonction du délai de celui-ci par rapport à l'accouchement (figure 5).

Dans la population « overt », 91% des RAU ont été diagnostiquées entre 6h et 10h après l'accouchement. Le diagnostic des « covert » en revanche s'est fait après un délai de 10h dans 47% des cas.

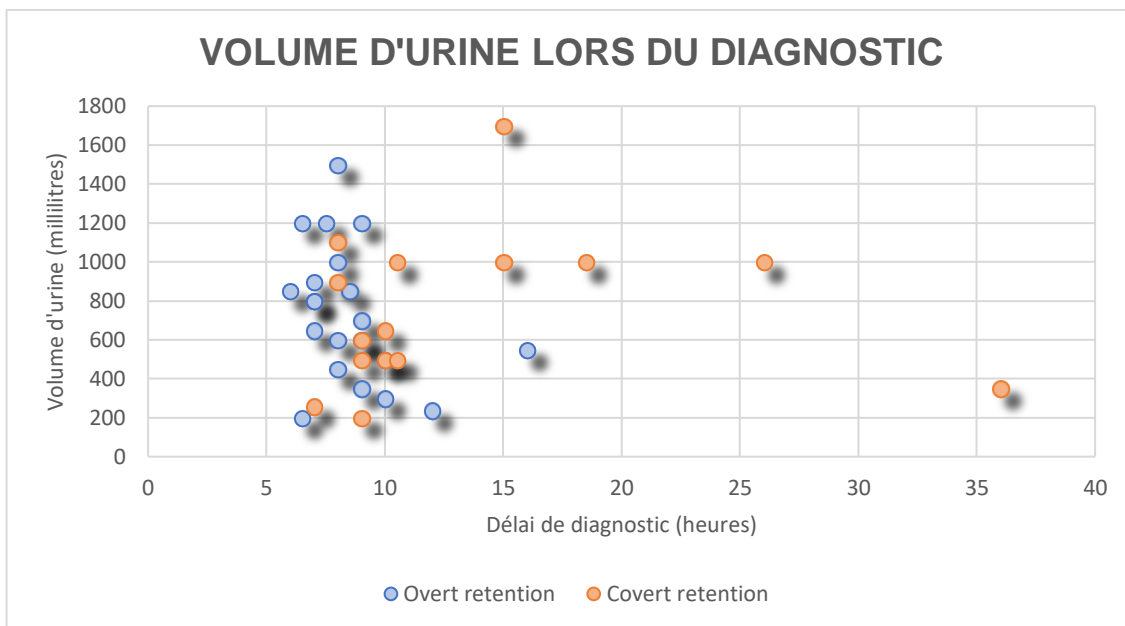


Figure 5 : Répartition des volumes d'urine en fonction du délai de diagnostic de la RAU

En fonction de l'appréciation clinique et du degré de gravité supposé, il y a eu trois modalités de prise en charge : le sondage à demeure (SAD), l'évaluation systématique par la sage-femme du RPM, ou bien l'expectative (figure 6).

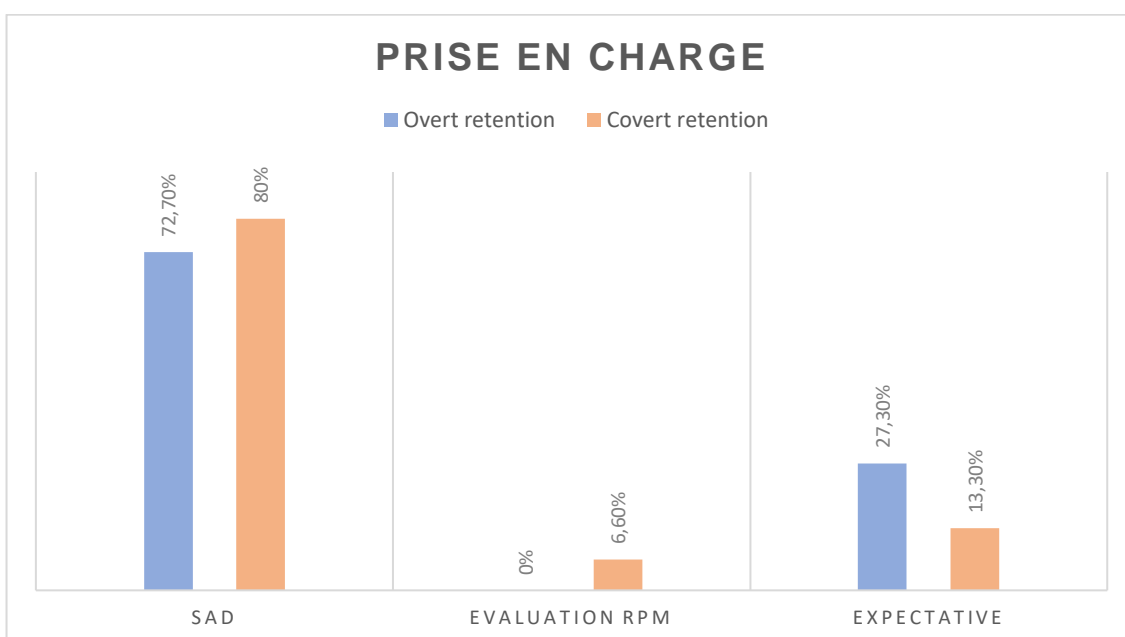


Figure 6 : Les différentes prises en charge en fonction du type de rétention

Quel que soit le type de RAU, la SAD était laissée en place en moyenne 2 jours.

Dans le groupe « overt » la prise en charge « SAD » correspondait à un volume moyen d'urine de 669,3ml [200-1200] et la conduite à tenir « expectative » à un volume moyen de 900 ml [650-1500]. La résolution et donc l'arrêt de la prise en charge avait lieu au retrait de la SAD dans 56,25% des cas.

Dans le groupe « covert » le volume moyen d'urine pour une prise en charge « SAD » était de 858,3 ml [350-1500] et de 380 ml [260-500] pour la conduite à tenir « expectative ». La surveillance du RPM a été mise en place devant une rétention de 200 ml à chaque miction pour une patiente.

Pour la majorité des patientes (2/3), la résolution s'est faite avant la sortie de la maternité. Les patientes pour lesquelles le RPM était jugé trop élevé (entre 150 et 200 ml), et la récupération fonctionnelle insuffisante, sont sorties avec une sonde à demeure ou un protocole d'autosondage (figure 7).

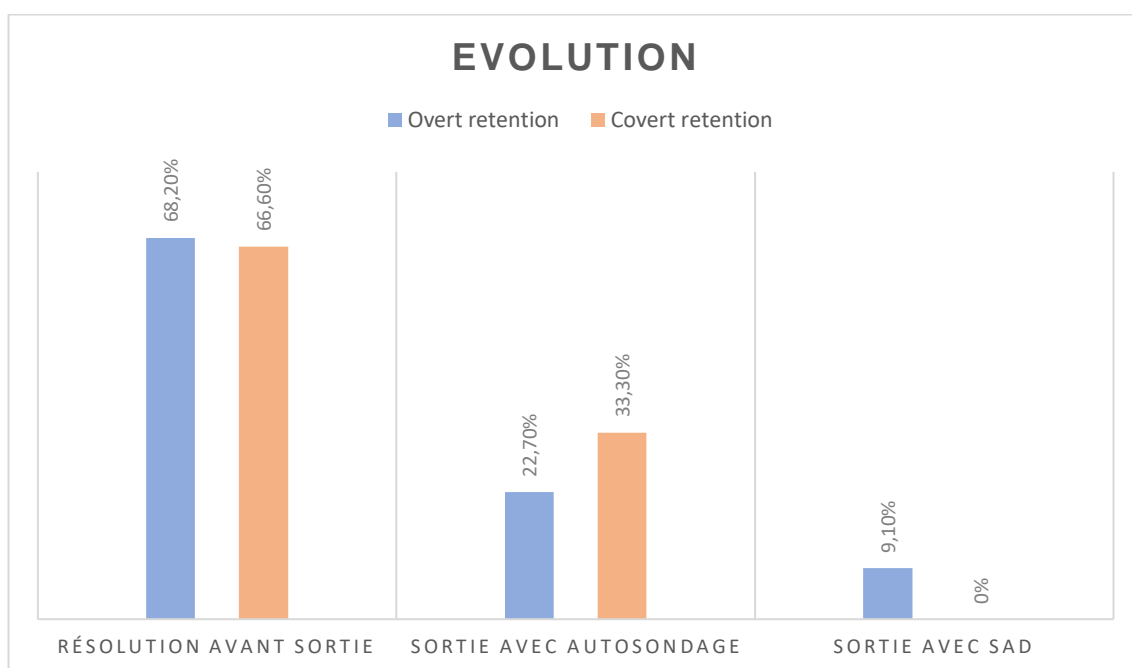


Figure 7 : Evolution à la sortie de la maternité en fonction du type de RAU

Dans tous les cas, un suivi urologique était programmé. Les patientes « résolution avant sortie » étaient invitées à prendre rendez-vous avec l'urologue ou le médecin rééducateur pour un contrôle 3 semaines à un mois après l'accouchement. Les patientes sorties avec sondages intermittents ou SAD bénéficiaient d'une infirmière à domicile et revoyaient le médecin dans la semaine suivant leur sortie.

Le devenir après la sortie n'a pas pu être étudié.

IV. Analyse et discussion

Nous sommes de plus en plus confrontés en maternité à la rétention aiguë d'urine du post-partum et cette constatation a été à l'origine de notre travail. Cette étude a été motivée par la volonté de mieux comprendre la pathologie afin de pouvoir informer les autres professionnels (médecins, sages-femmes) et assurer une meilleure prise en charge des patientes.

Le type de recherche menée et la méthodologie mise en place ont été imposés par la limite de temps et de moyens à laquelle nous étions soumis, c'est pourquoi nous avons choisi de faire un état des lieux de la RAU dans une maternité de Marseille où l'augmentation de l'incidence soulevait quelques questions.

Afin de pouvoir analyser les résultats convenablement, il convient de préciser les biais et limites auxquels nous nous sommes heurtés dans la réalisation de cette étude.

Tout d'abord, de par les modalités de recrutement des patientes, l'échantillon était soumis à un biais de sélection. Des oublis ont pu être commis lors du signalement des patientes d'une part, et d'autre part, dans le cas de résolution rapide ou de degré de gravité jugé bas, les patientes n'ont pas toutes été adressées aux urologues et ne figuraient donc pas dans le registre communiqué par le DIM. L'écart entre 5,5 cas mensuels en moyenne signalés au cours des 6 premiers mois de l'étude et seulement 4 cas au cours des 3 derniers mois confirme l'hypothèse que certaines patientes avec une RAU n'auraient pas été incluses dans l'étude.

Le recueil de données rétrospectif à partir des dossiers médicaux constitue un biais d'information. En effet, seules les données renseignées dans les dossiers ont pu être étudiées. Certaines variables, telles que le volume du remplissage vasculaire en salle de naissance et la durée précise de chacune des deux phases du travail, n'étaient pas précisées constituant une limite à l'étude. Les actes tels que les sondages évacuateurs pendant le travail, s'ils ne figuraient pas dans le dossier, ont été considérés comme non faits. D'autre part, une grande part des variables étudiées concernaient des horaires précis qui, souvent, n'étaient renseignés que de façon approximative. De ce fait les résultats obtenus peuvent ne pas être l'exact reflet de la réalité.

1. Caractéristiques générales de l'échantillons

Les différentes caractéristiques générales des patientes de l'échantillon traduisent une grande diversité au sein de la population étudiée (âge, origine ethnique, conditions socio-économique ...). En se basant sur les données de la littérature nous avons choisi d'analyser certaines variables qui pourraient avoir un lien avec la RAU.

Les patientes étaient âgées de 21 à 44 ans avec un âge moyen de 31 ans correspondant aux données de l'INSEE selon lesquelles l'âge moyen des mères ayant accouché en 2017 était de 30,6 ans (19). Dans notre échantillon, 6 patientes étaient âgées de plus de 35 ans et étaient donc exposées, de par leur âge, à plus de complications lors de la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Chez ces patientes, la variable « âge » était toujours associée à au moins un autre facteur de risque (surpoids, déclenchement du travail, extraction instrumentale, absence de sondage à H2). Par ailleurs, le volume d'urine au moment du diagnostic et le délai de résolution (que l'on considère comme des critères de gravité dans la RAU) n'étaient pas plus élevés chez ces patientes par rapport aux patientes plus jeunes.

Concernant les antécédents urologiques, aucune étude n'a été menée afin d'étudier le taux de récurrence à ce jour mais il semblerait que l'antécédent de claquage de vessie et de RAU constitue un facteur de risque isolé de récurrence. En effet, si l'on prend l'exemple d'une patiente de l'étude ayant développé une RAU incomplète résolue dans les 48h suivant son accouchement, celle-ci ne présentait aucun autre facteur de risque hormis la RAU diagnostiquée à la suite de son premier accouchement quelques années auparavant. De ce fait, il serait intéressant de mener une étude sur le long terme recherchant le taux de récurrence dans la population des femmes ayant un antécédent de RAU. Pour lors, la seule étude prospective visant à rechercher le devenir de ces femmes 4 ans après leur RAU n'était orientée que sur la recherche d'incontinences urinaires et fécales et autres troubles urinaires (20).

Pour ce qui est de l'IMC et de son lien avec la RAU, il ne semble pas qu'il s'agisse d'un facteur de risque isolé. En revanche, associé à d'autres variables, on retrouve un IMC élevé (entre 25 et 36 Kg/m²) dans près de 45% des cas de notre étude. Rappelons qu'un IMC élevé constitue un risque de complications obstétricales plus important avec notamment plus de déclenchements artificiels du travail, un allongement de la durée du travail et plus de difficultés à l'expulsion, un poids fœtal élevé... (21).

La prise de poids pendant la grossesse était manquante dans 50% des dossiers, aucun résultat significatif ne peut donc être analysé. Cependant il est important de sensibiliser les patientes dès le début de leur grossesse aux règles hygiéno-diététiques afin de limiter la prise pondérale. L'HAS recommande en moyenne de prendre 1 Kg par mois jusqu'au septième mois et 1,5 Kg le 8^{ème} et le 9^{ème} mois soit un total de 10 Kg en fin de grossesse (22). Une prise de poids trop importante entraîne des complications obstétricales au même titre qu'un IMC pathologique.

2. Caractéristiques obstétricales de l'échantillon

Toutes les patientes ont accouché à terme et 81,1% (n=30) avaient eu une grossesse d'évolution normale. 18,9% d'entre elles (n=7) avaient présenté des pathologies : 4 diabètes gestationnels, 2 hypertensions artérielles, et une pyélonéphrite. Le diabète gestationnel, s'il est mal équilibré, peut être responsable entre autres d'une prise de poids importante et de macrosomie fœtale. Une pyélonéphrite au troisième trimestre peut expliquer une fragilité des voies urinaires et faire craindre une récurrence.

Dans notre population, il s'agissait du premier AVB pour 2/3 des patientes, du second pour 1/3 d'entre elles et du troisième pour une patiente. Certains auteurs mentionnent la primiparité (plus précisément le premier accouchement par voie basse) comme étant un facteur de risque de RAU et il semblerait en effet que les primipares soient plus à risque. Cependant, rappelons que la primiparité est souvent associée à une durée du travail plus élevée, et des taux d'APD et de lésions périnéales (déchirures ou épisiotomies) augmentés par rapport aux multipares. La publication du CNGOF de 2014 sur le déroulement du travail mentionne que durant la première phase du travail, la vitesse de dilatation cervicale était identique chez les primipares et les multipares jusqu'à 6 centimètres (cm). Au-delà, de 6cm à dilatation complète, et tout au long de la seconde phase du travail, la progression est plus rapide chez les multipares. Ce phénomène est augmenté chez les patientes sous APD qui allonge la seconde phase du travail (23). C'est pourquoi, la primiparité en tant que facteur de risque de RAU est à considérer de façon globale en la mettant en lien avec les autres variables auxquelles elle est liée (11).

De nombreuses publications mentionnent la durée du travail comme étant un facteur de risque constant de RAU. Le travail est considéré comme long s'il dure plus de 700 minutes (24,25). Yip et al. en 1997 ont défini le travail prolongé par une première phase de plus de 12h et/ou une deuxième phase de plus de 2h. Leur étude a par ailleurs montré

qu'il s'agissait du paramètre obstétrical le plus en rapport avec la RAU et que les contraintes de surpression subies par le plancher pelvien étaient proportionnelles à la durée du travail (1). Elle constitue une variable commune à toutes les dysfonctions urinaires consécutives à l'accouchement et un travail long représente un facteur de risque constant de développer une RAU (4). Pour d'autres auteurs seule la seconde phase du travail, si elle est prolongée, serait un facteur de risque (11,14,16,26).

Notre étude a mis en évidence une durée moyenne du travail de 6h50 avec un maximum de 11h. Il est important de préciser que la durée du travail renseignée dans le dossier médical est une variable soumise à l'appréciation clinique du praticien responsable de la patiente et constitue de ce fait un biais d'information. Le début du travail est souvent associé au début de la phase active. Cependant, certaines patientes arrivaient à la maternité en cours de travail, dans ce cas le début du travail était fixé à l'heure d'arrivée de la dame. Malgré cela, parmi nos patientes, aucune n'a à priori eu un travail de plus de 12h. Les durées respectives de la première et seconde phase du travail n'ont pas pu être relevées et constituent une des limites de l'étude. Notons qu'un travail long dans la majorité des cas était associé aux variables « APD précoce » et « primiparité ».

Concernant l'analgésie péridurale (APD), son lien avec la RAU est de plus en plus discuté. Une étude publiée en 2010 a montré qu'il fallait en moyen 234 minutes aux patientes ayant accouché sous APD pour sentir à nouveau la sensation d'avoir envie d'uriner correspondant à un volume de 200 ml, contre 122 minutes sans analgésie correspondant à un volume de 144 ml. Leurs résultats ont aussi mis en évidence que 57% des patientes ayant eu une APD n'éprouvaient pas le besoin d'uriner malgré un volume supérieur à 450 ml dans la vessie (27). De ce fait, il existe un délai pendant lequel la vessie est exposée à un risque de surdistension. Il semblerait qu'il y ait significativement plus de RAU chez les femmes ayant bénéficié d'une APD lors de leur accouchement (par rapport aux groupes « sans analgésie », « sous rachianesthésie » ou « sous anesthésie générale ») (7,9,17). En revanche il n'y a pas de différence entre les diverses associations de produits (Bupivacaïne/Adrénaline ou Bupivacaïne/Sufentanil). Pour certains auteurs, c'est la dose initiale d'APD et la durée pendant laquelle la patiente est exposée qui auraient un impact sur la RAU, sans pour autant qu'aucun seuil n'ait été fixé (11,27). Finalement, l'APD est un facteur de risque lorsqu'elle est associée à d'autres variables obstétricales significatives (14,26).

Parmi les patientes de notre étude, 36/37 ont bénéficié d'une ALR dont 34 APD. Deux d'entre elles ont eu une durée sous APD supérieure à la durée du travail et supérieure à 12h associée à un délai de plus de 6h entre deux sondages urinaires évacuateurs. Le remplissage vasculaire (classiquement par du Ringer-Lactate) est constant chez toute

patiente sous APD afin de maintenir une voie d'abord vasculaire efficace (garde-veine) mais surtout pour prévenir le risque d'hypotension consécutif à l'APD. Le volume et le débit ne sont pas définis et dépendent de l'état clinique de la patiente. Ils sont laissés au libre jugement du soignant (sage-femme, anesthésiste, infirmière anesthésiste). Il a donc semblé pertinent que les variables « APD », « remplissage vasculaire » et « sondage évacuateur pendant le travail » soient considérées ensemble. Un remplissage vasculaire pré et per partum supérieur à 750 ml associé à un délai entre deux sondages évacuateurs de plus de 4h constituent un facteur de risque de RAU (7). Plus les APD sont longues et plus le remplissage sera important. Le nombre de sondages devra donc être répété afin d'éviter toute surdistension vésicale et donc des traumatismes de l'appareil urinaire bas. Il n'existe pas de recommandation fixant le délai entre deux SUE pendant le travail chez une femme perfusée et sous APD. Cependant, les professionnels en maternité semblent s'accorder sur un délai de 2 à 4h maximum entre les sondages. Dans notre population il y avait en moyenne 4h séparant deux vidanges vésicales et malgré tout 12 patientes pour lesquelles ce délai était supérieur à 4h (jusqu'à 9h30). Mon expérience personnelle ainsi que les discussions avec les sages-femmes à ce sujet m'ont permis d'émettre un doute quant à l'exactitude de ces données. Tout d'abord, la quasi-totalité des patientes sont sondées avant de débiter les efforts expulsifs, et par ailleurs, il semble difficile de croire qu'une patiente n'ait pas été sondée pendant autant de temps alors qu'elle était sous APD. L'explication vient certainement du fait que certains actes tels que les SUE ont été oubliés lors des transmissions écrites, or ce qui n'était pas écrit dans le dossier était considéré comme non fait lors du recueil de données induisant de ce fait un biais. La pratique du sondage évacuateur en systématique avant la poussée a été associée à une meilleure sensation du besoin mictionnel 6h après l'accouchement et des taux de covert retention plus bas (10).

La durée moyenne de 21,4 minutes pour les efforts expulsifs était normale dans notre échantillon. L'étude des dossiers des 5 patientes dont les efforts expulsifs étaient supérieurs à 40 minutes a montré qu'elles avaient toutes été exposées à au moins un autre facteur de risque de RAU (primiparité, macrosomie, présentation occipito-sacrée au dégagement, obésité ...). Les efforts expulsifs constituent le deuxième temps de la seconde phase du travail ; plus ils sont longs et plus ils contribuent à l'allongement de cette phase augmentant ainsi le risque de RAU.

Concernant le taux d'extractions instrumentales, elles représentaient plus de la moitié de notre effectif avec le recours particulièrement important à la ventouse dont le taux d'échec était de 25%. Les principales indications mentionnées dans les dossiers étaient « modification du rythme cardiaque fœtal » pour les extractions avant les 30 minutes

d'efforts expulsifs recommandées et « efforts expulsifs insuffisants » ou « aide à l'expulsion » pour les extractions instrumentales proches ou au-delà de ce délai. L'étude de Pifarotti et al. en 2014 avait identifié l'aide instrumentale à l'expulsion comme étant l'un des deux seuls facteurs de risque significatifs dans la RAU (avec la manœuvre de Kristeller ou pression abdominale non recommandée en France par la HAS) (17).

Le fait que 3 de nos patientes ayant développé une RAU avaient accouché par césarienne vient renforcer l'idée que le travail et l'accouchement par voie basse ne sont pas les seuls temps où la femme est exposée à des facteurs de risque.

Les publications évoquent également l'implication des lésions périnéales dans la RAU telles que les déchirures étendues (intéressant le sphincter de l'anus et plus ou moins la muqueuse anale) ou les larges épisiotomies parfois compliquées d'une déchirure. Dans notre échantillon, ces déchirures ne concernent que 2 patientes (un périnée complet et un périnée complet compliqué) et parmi les 14,8% d'épisiotomie, il n'était fait état dans aucun dossier d'une complication aggravant la plaie. Si l'on considère le cas de la patiente ayant eu un périnée complet compliqué, il s'agit du seul facteur de risque de RAU auquel elle avait été exposée. La majorité des patientes ont eu des déchirures de degré 2 c'est-à-dire intéressant les trois plans du périnée mais respectant le sphincter anal. A noter aussi que près de 21% des patientes ont eu une déchirure de degré 1 à savoir qui n'affecte que la peau et la muqueuse vaginale (respect du plan profond) ou un périnée intact pour l'une d'entre elle. Nous pouvons donc supposer que les lacérations périnéales profondes et étendues constituent en effet un facteur de risque isolé de RAU. Par ailleurs, toutes plaies périnéales, y compris les éraillures superficielles, engendrent une douleur susceptible de gêner la patiente lors de la miction, faisant naître chez elle un comportement d'évitement ; ainsi les patientes repoussent au maximum l'échéance et s'exposent au risque de claquage vésical et spasme sphinctérien renforcé par l'hypotonie vésicale physiologique dans le post-partum.

Nous avons également étudié la variable « poids néonatal » et la valeur moyenne dans notre échantillon était de 3389,71 g. A l'aide du programme informatisé Audipog, nous avons pu mettre le poids fœtal en lien avec le sexe et l'âge gestationnel afin de pouvoir repérer quels étaient les macrosomes parmi les poids les plus élevés. Quatre des nouveau-nés étaient supérieurs au 90^{ème} percentile du fait de leur poids. Nous avons remarqué qu'il s'agissait du seul facteur de risque auquel était exposée la mère pour trois de ces cas (en dehors de la primiparité pour l'une d'entre elles), et pour le quatrième cas, le poids fœtal élevé était associé à une obésité morbide maternelle (IMC = 36). Parmi les cas où le nouveau-né était eutrophe, d'autres facteurs de risque de RAU

étaient impliqués. Ces résultats concordent avec les données de la littérature considérant le poids néonatal élevé comme un facteur de risque de RAU.

3. Caractéristiques des RAU

La recherche de troubles urinaires en post-partum repose sur un interrogatoire approfondi et un examen clinique ciblé. Mon expérience personnelle ainsi que les données retranscrites dans les dossiers m'ont permis de remarquer qu'à la question « avez-vous bien uriner ? », la quasi-totalité des patientes répondent « oui ». Les douleurs périnéales, les courbatures, les tranchées justifient le recours aux traitements antalgiques de façon répétée, presque systématique, les premiers jours suivant l'accouchement et modifient pour les femmes la perception des sensations dans leur corps. Ainsi, une douleur vésicale peut être interprétée comme une douleur utérine, une sensation de pesanteur pelvienne anormale peut ne pas être perçue, ou une miction trop peu abondante peut ne pas retenir l'attention d'autant plus si celle-ci est associée à des douleurs au niveau des plaies du périnée.

Lors de l'arrivée de la patiente dans le service de suites de couches, il est important que l'information concernant la miction à H2 après l'accouchement soit correctement transmise afin d'adapter au mieux la prise en charge en fonction de l'état supposé de réplétion de la vessie. Neron et al. ont publié en 2017 une étude ayant démontré qu'au même titre que le sondage avant la poussée, un sondage systématique 2h après l'accouchement était associé à une meilleure sensation du besoin mictionnel à H6 et diminuait le taux de RAU incomplètes (10). Dans notre échantillon, seules 3 patientes n'ont pas été sondées à H2. L'une d'elle, ayant accouché sans APD n'a pas émis d'urine dans ce délai et a développé une rétention partielle d'urine diagnostiquée 36h après l'accouchement associée à un RPM de 350 ml (elle présentait également d'autres facteurs de risque : âge élevé et surpoids). Les deux autres, ont uriné spontanément et ont développé dans les 15h suivant l'accouchement une RAU incomplète associée à un RPM de 1000 ml dans les deux cas, résolue au 4^{ème} et 5^{ème} jour (l'une d'elle était en surpoids et l'autre avait un antécédent de RAU dans son premier post-partum et une expulsion avec ventouse pour cet accouchement). Ces constatations confirment l'importance d'une miction efficace à 2h de l'accouchement que celle-ci soit par sondage ou spontanée. Dans ce deuxième cas, il est capital de s'assurer que la femme a réellement bien vidanger sa vessie et que le RPM n'est pas pathologique à H2.

Pour faire la distinction entre les variations cliniques de la pathologie, complète ou incomplète, nous nous sommes basés sur l'existence ou non d'une miction spontanée entre l'accouchement et le diagnostic de la RAU. Le recueil de cette information par les soignants, quelques heures après l'arrivée des patientes dans le service, ne repose que sur les déclarations des patientes elles-mêmes (« oui, ça y est j'ai uriné »).

L'incidence globale de 1,03% à Saint-Joseph est en rapport avec les données de la littérature. En revanche, les taux de RAU complètes et incomplètes dans notre étude ne concordent pas avec ceux des publications. En effet, l'ensemble des auteurs rapportent des taux de « covert retention » supérieurs à ceux des « overt ». Dans notre échantillon, l'effectif de RAU complètes correspond à 0,61% des accouchements tandis que celui des RAU silencieuses est de 0,42%. L'hypothèse pour expliquer cette différence est que certaines rétentions silencieuses n'ont pas été diagnostiquées durant la période de l'étude. Le caractère asymptomatique rend son dépistage dépendant de l'interrogatoire de la patiente. En effet, en l'absence de facteurs de risque ou de signes d'appel clinique il n'est à priori pas recommandé de réaliser une mesure du RPM en systématique en suites de couches.

L'étude a montré que les RAU incomplètes étaient associées à H2 à un volume d'urine plus important que les rétentions complètes. Cela concorde avec les résultats de l'enquête menée en 2014 à Nîmes qui a démontré qu'un volume élevé de la première miction après l'accouchement représentait un risque supplémentaire de développer une covert retention (11). Cette étude a, par ailleurs, mis en évidence que le volume médian de la première miction spontanée était de 400 ml associé à un RPM médian de 153,5 ml dans la population générale des femmes en post-partum immédiat.

L'absence de symptôme permet de comprendre pourquoi le délai moyen du diagnostic des covert est plus élevé que celui des overt. Cela pose problème lorsque ce délai entraîne un retard diagnostic associé à un RPM élevé conduisant à des distensions vésicales importantes susceptibles d'avoir un retentissement sur le pronostic de résolution. En effet, on retrouve de gros volumes d'urine dans les rétentions incomplètes ce qui est paradoxal étant donné qu'il s'agit à priori du résidu d'urine qu'il reste dans la vessie après la miction. L'explication la plus cohérente de ce phénomène est que la patiente qui pensait avoir bien vidangé sa vessie auparavant n'avait en fait éliminé que quelques millilitres.

Les rétentions complètes, même si elles consistent en une absence totale de miction, ne se traduisent pas uniquement par de grands volumes et la résolution ne prend pas plus de temps que pour les incomplètes.

La prise en charge était identique dans les 2 groupes : overt et couvert. Plus de 2/3 des prises en charges immédiates consistaient en la pose d'une SAD. Pour les autres patientes une conduite à tenir expectative était recommandée après s'être assuré que la vessie avait bien été vidée par un ou deux sondages afin d'éliminer le RPM.

Le temps de résolution moyen était plus court pour les overt que pour les covert mais l'évolution au moment du retour à domicile des patientes était identique : plus de 2/3 des RAU ont été résolues avant la sortie et 1/3 des patientes sont rentrées à leur domicile avec un protocole d'autosondage ou une SAD pour 2 d'entre elles. Ainsi, malgré l'absence de protocole standardisé pour la prise en charge des RAU à la maternité Saint-Joseph, ces patientes ont toutes eu une prise en charge harmonieuse et cohérente.

La durée moyenne du séjour pour ces patientes était prolongée avec une sortie au 5^{ème} jour pour la plupart d'entre elles.

4. Physiopathologie

Au cours de la grossesse, l'appareil urinaire subit d'importantes contraintes et modifications. Des études ont montré que l'élasticité des voies urinaires et donc la capacité de la vessie augmentaient progressivement dès le troisième mois et jusqu'à la fin de la grossesse (28). Ainsi, une femme en dehors de tout état gravide éprouvera un premier besoin d'uriner correspondant à une réplétion de la vessie de 150 à 250 ml et le besoin maximum se manifesterà entre 450 et 550 ml associé à une pression intra-vésicale de 20 mmHg (60 à 70 mmHg au moment de la miction). La vessie est un organe sensible aux hormones, c'est pourquoi, lors de la grossesse, sous l'effet notamment la progestérone, la tonicité des muscles lisses diminue (détrusor, sphincter lisse). De ce fait, une femme enceinte en décubitus dorsal (vessie non soumise à la pression de l'utérus) éprouvera le premier besoin d'uriner pour un volume de 250 à 400 ml associé à une pression intra-vésicale de 4 à 8 mmHg et un besoin maximal sera perçu à 1000 voire 1200 ml associé à une pression intra-vésicale de seulement 12 à 15 mmHg. La diminution de la tonicité du détrusor sous l'effet de la progestérone permet une augmentation de la capacité de la vessie. Dans la période du post-partum, l'hypotonie vésicale persiste pendant quelques jours (8).

Cependant, la contrainte mécanique qu'exerce l'utérus gravide en position debout ou assise provoque une augmentation importante de la pression intra-vésicale. A 38 semaines d'aménorrhée (SA) la pression subie par la vessie est doublée. Ce

phénomène influence donc également la capacité vésicale et vient contrebalancer la diminution de tonus décrite précédemment. Le premier besoin est finalement ressenti à 155 ml et l'urgence à 370 ml correspondant à des valeurs quasi-normales de la réplétion vésicale (29,30). La pression de l'utérus gravide est aussi responsable de l'incontinence urinaire d'effort et de l'urgenturie pendant la grossesse.

Par ailleurs, l'étude menée en 1980 par Losif et al a montré que la pression intra-urétrale augmentait progressivement dès le premier trimestre et jusqu'à la fin de la grossesse. Le retour progressif au tonus urétral de base dans la période du post-partum a lieu au cours de la première semaine (31).

En conséquence, si l'on considère l'hypotonie vésicale physiologique dans les premiers jours du post-partum (8) mise en lien avec l'hypertonie urétrale persistante pendant la première semaine qui suit l'accouchement (31) et que l'on ajoute à cela l'absence du poids de l'utérus sur la vessie, on comprend que le post-partum, en l'absence même de tout facteur de risque surajouté, est une période à haut risque de RAU chez toutes les patientes. Cela souligne l'importance capitale de surveiller avec attention la reprise d'une miction autonome chez toutes les femmes en post-partum immédiat.

Le travail et l'accouchement ont également des conséquences sur l'appareil urinaire bas (26,32). En effet, les contractions utérines répétées, le contact direct de la présentation fœtale avec le bassin et les tissus mous et les efforts expulsifs maternels exposent le plancher pelvien à des contraintes de surpression. La distension des tissus qui résulte de ces mécanismes de pression peut être à l'origine de troubles neurologiques, de l'apparition d'œdèmes, de lésions périnéales et de douleurs.

Les premières conséquences sont les neuropathies d'étirement. L'innervation autonome de la vessie provient essentiellement du plexus hypogastrique inférieur (commandes du détrusor et du sphincter lisse de l'urètre). Le nerf pudendal qui commande le sphincter strié de l'urètre quant à lui chemine depuis les racines sacrées jusque dans la partie basse du bassin pour innover le périnée, l'appareil urinaire bas, les organes génitaux et l'anus. Le nerf pudendal est particulièrement exposé aux contraintes de pression notamment sur son trajet au niveau des épines ischiatiques où il est très affleurant. Ainsi, une surpression sur le plexus hypogastrique ou le nerf pudendal par compression des tissus mous de même que l'étirement et l'ampliation du plancher pelvien et du périnée peuvent être responsables de neurapraxies (interruption de la conduction nerveuse

axonale sans lésion) ou de lésions nerveuses associées aux lésions et contusions périnéales.

L'étude de Yip et al. menée en 2004 a par ailleurs montré que la grossesse n'ayant aucun impact sur le nerf pudendal, toute altération de celui-ci est due au travail et à l'accouchement. La récupération de la totalité des fonctions contrôlées par ce nerf se fait en 3 mois et il ne semble pas y avoir de conséquence sur le long terme.

D'autre part, un traumatisme de l'appareil urinaire bas peut être responsable d'un hyperfonctionnement des fibres nerveuses sympathiques et somatiques. Ceci peut provoquer un spasme du sphincter urétral lisse voire une contracture du sphincter strié de l'urètre.

Par ailleurs, la compression prolongée des tissus mous pendant le travail est souvent responsable de l'apparition d'œdèmes étendus sur le périnée. Tout traumatisme de la vessie (réplétion trop importante pendant le travail responsable d'une surdistension, sondage évacuateur traumatique) peut entraîner notamment un œdème du col vésical et de l'urètre responsable d'une rétention mécanique d'urine.

5. Propositions

Une fois que nous en savons un peu plus sur les mécanismes de fonctionnement de la RAU et sur les différentes variables mises en cause dans cette pathologie, nous avons réfléchi aux moyens que nous pouvions mettre en œuvre afin d'améliorer la prise en charge des patientes.

La mise en place d'un protocole de prise en charge au sein de la maternité Saint-Joseph constitue l'aboutissement de notre travail. Il a pour but d'informer les professionnels et d'harmoniser les pratiques de prise en charge.

Il est important de prendre en considération l'ensemble des facteurs de risque auxquels sont exposées les patientes en travail et d'adapter sa conduite à tenir.

- Pendant le travail

Concernant le sondage pendant le travail, il n'y a pas d'intérêt à sonder à demeure les parturientes. En revanche, toute femme sous APD qui est donc perfusée avec du Ringer-Lactate, doit être sondée de façon intermittente toutes les 2 à 4h en fonction du volume perfusé et de l'appréciation clinique de la sage-femme. Ces sondages doivent figurer sur le partogramme.

- A l'accouchement

Un sondage évacuateur doit être réalisé avant le début des efforts expulsifs.

- A H2 après l'accouchement

Il est primordial que la vessie soit vidangée avant la sortie de salle d'accouchement.

Si la patiente manifeste l'envie d'uriner spontanément, la sage-femme devra réaliser une vérification clinique de l'absence de globe vésical et de la bonne rétractation utérine. Elle accompagnera son examen de questions ciblées visant à être sûre que la patiente a bien uriné : avez-vous la sensation d'avoir bien vidé votre vessie ? Le volume d'urine vous a semblé habituel ?

Si la patiente n'a pas retrouvé ses sensations et ne parvient pas encore à uriner, un sondage évacuateur sera réalisé. La suite de la prise en charge sera dépendante du volume mictionnel lors de ce sondage et entrera dans le cadre de l'application du protocole proposé (Annexe 1).

Toutes ces informations seront retranscrites de façon détaillée (précisant l'heure et le volume d'urine s'il est connu) dans le dossier médical et la transmission orale doit être faite à la sage-femme chargée d'accueillir la patiente dans le service.

- A l'arrivée dans le service de suites de couches

Il faut expliquer à la patiente l'importance du premier lever et le fait que celui-ci doit se faire en présence d'un professionnel du service. Il faut également l'informer de l'intérêt de la reprise rapide d'une miction spontanée et de l'importance de le signaler à la sage-femme. Enfin il faut lui rappeler de bien s'hydrater, de ne pas retenir ses urines, de bien s'asseoir sur les toilettes afin d'assurer un relâchement maximum des muscles périnéaux et autres consignes d'usage.

- Durant les premières 24h

L'examen clinique et l'interrogatoire doivent être ciblés et rechercher un défaut de reprise mictionnelle (recherche de globe vésical, de signes fonctionnelles). Des mesures incitatives peuvent être employées telles que l'homéopathie et les conseils pratiques (douche chaude, mains sous l'eau froide, faire couler de l'eau pendant la miction ...).

En cas de diagnostic de RAU, la pathologie doit être mentionnée de façon claire dans le dossier et une information détaillée doit être délivrée à la patiente.

Le protocole proposé (Annexe 1) est basé sur le volume mictionnel à H2 dans le cas où la patiente n'aurait pas repris de miction autonome. Un seuil de 800 ml a été fixé de façon arbitraire en prenant en compte l'hypotonicité physiologique de la vessie après l'accouchement (c'est pourquoi ce volume peut sembler élevé). Sous ce seuil, la patiente disposera de 4h pour vidanger sa vessie spontanément et sans difficulté. En revanche, si le volume lors du SUE à H2 est supérieur ou égal à 800 ml ou bien si le volume n'est pas connu, le délai dont disposera la patiente pour uriner sera de 2h.

Au-delà de ce délai de 4 ou 2h, si la miction est satisfaisante, la prise en charge ne sera pas poursuivie et la patiente entrera dans le cadre de la surveillance classique. Dans le cas contraire, il s'agira de savoir s'il y a une absence complète de miction ou si la rétention se manifeste par une dysurie.

Dans le premier cas de figure, il s'agira d'une suspicion de RAU complète. Une mesure du volume d'urine contenu dans la vessie devra être réalisée à l'aide d'un bladder-scanner. Si celui-ci est inférieur à 500ml, la patiente disposera de 2h supplémentaires pour uriner spontanément. Des mesures incitatives et traitements antalgiques peuvent être mis en place pendant cette période. En revanche si le volume est de 500 ml ou plus, un sondage évacuateur est réalisé et l'avis d'un urologue sera demandé. L'opération sera réitérée toutes les 4 à 6h jusqu'à normalisation du RPM ou adaptée en fonction des consignes de l'urologue.

Dans le second cas de figure, en présence d'une dysurie il conviendra de réaliser un contrôle échographique du RPM immédiatement après la miction. Si le RPM est inférieur à 150 ml à deux reprises, on arrête la prise en charge et la patiente entrera dans le cadre de la surveillance classique. Pour des volumes de RPM entre 150 et 300 ml la poursuite de la surveillance par simple contrôle échographique (bladder-scanner) toutes les 6h devra être maintenue et l'avis d'un urologue sera demandé. Si le RPM est supérieur à 300 ml, la prise en charge sera identique à celle des suspicions de RAU complètes.

Ce protocole a été vérifié et approuvé. Il devrait être mis en circulation et appliqué d'ici le mois d'Avril 2018.

V. Conclusion de l'étude

Pour conclure cette étude nous pouvons dire que la rétention aiguë d'urine du post-partum est une pathologie fréquente à laquelle de plus en plus d'équipes semblent s'intéresser. Son incidence au sein de la maternité Saint-Joseph de 1,03% reste faible si on la compare aux données retrouvées dans la littérature. Le mécanisme de cette pathologie est encore imprécis et mériterait qu'une étude de plus grande ampleur lui soit consacrée.

Chez toutes les patientes de notre échantillon, au moins un facteur de risque mentionné dans la littérature était présent mais dans la majorité des cas il s'agissait de l'association de plusieurs éléments avec notamment un IMC > 25 pour 45% des patientes, le premier AVB pour 70% des patientes, une APD dans pour 36 des 37 cas et une aide à l'expulsion dans plus de la moitié des cas. Seuls l'antécédent de RAU et les lésions périnéales étendues constitueraient un facteur de risque isolé.

Les présentations cliniques sont variées et la distinction entre les RAU complètes et incomplètes peut parfois être difficile. En effet peu d'éléments les distinguent et leur évolution semble être identique une fois la pathologie prise en charge. Les RAU incomplètes sont plus fréquemment associées à un retard de diagnostic et de ce fait à des volumes de rétention plus important. Grâce à une prise en charge efficace, le pronostic de cette pathologie est favorable et le plus souvent il n'y a pas de conséquences à long terme.

Cette étude a permis d'objectiver les différents facteurs de risque auxquels avaient été exposées les patientes ayant développé une RAU du post-partum à la maternité Saint-Joseph. Il s'agissait d'une analyse descriptive approfondie basée uniquement sur l'étude de cas. Pour aller plus loin, il serait intéressant de réaliser une étude prospective cas/témoin afin d'obtenir des données fiables et des résultats applicables à la population générale.

Ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances sur une pathologie méconnue à laquelle j'avais été confrontée sur mes lieux de stage. Nos résultats soulignent l'importance capitale de l'appréciation clinique d'une situation et du rôle central de la sage-femme dans le dépistage de tels troubles.

VI. Bibliographie

1. Yip S-K, Brieger G, Hin L-Y, Chung T. Urinary retention in the post-partum period: The relationship between obstetric factors and the post-partum post-void residual bladder volume. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1 août 1997;76(7):667-72.
2. Glavind K, Bjørk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecology J.* 1 juin 2003;14(2):119-21.
3. Bouhours AC, Bigot P, Orsat M, Hoarau N, Descamps P, Fournié A, et al. Rétention vésicale du post-partum. *Prog En Urol.* 1 janv 2011;21(1):11-7.
4. Yip ASK. Post-partum urinary retention [Internet] [M.D.]. [Ann Arbor, United States]; 2002 [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <https://search-proquest-com.lama.univ-amu.fr/docview/305445320/abstract/2952BF6476FA4EC7PQ/1>
5. Van Os AFM, Van der Linden PJQ. Reliability of an automatic ultrasound system in the post partum period in measuring urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1 mai 2006;85(5):604-7.
6. Guiheneuf A, Weyl B. Rétention aiguë d'urine du postpartum. À propos de deux cas et revue de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2008) 37, 614-617
7. Lanfumey F. Mieux prévenir la rétention urinaire du post-partum. *Vocation Sage-Femme* (07/08 2016) 121, 29-34
8. Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY. Postpartum Urinary Retention. *J Am Board Fam Pract.* 9 janv 1991;4(5):341-4.
9. Mulder FEM, Rengerink KO, Post JAM van der, Hakvoort RA, Roovers J-PWR. Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int Urogynecology J.* 1 janv 2016;27(1):55-60.
10. Neron M, Allègre L, Huberlant S, Mousty E, Tayrac R, Fatton B, et al. Impact of systematic urinary catheterization protocol in delivery room on covert postpartum urinary retention: a before-after study. *Sci Rep.* 18 déc 2017;7(1):17720.
11. Neron M, Fatton B, Monforte M, Mares P, de Tayrac R, Letouzey V. Évaluation des résidus postmictionnels du postpartum : étude prospective descriptive. *Prog En Urol.* 1 mars 2015;25(4):211-6.
12. Mulder F, Schoffemeer M, Hakvoort R, Limpens J, Mol B, van der Post J, et al. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 nov 2012;119(12):1440-6.
13. Cavkaytar S, Kokanalı MK, Baylas A, Topçu HO, Laleli B, Taşçı Y. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study., Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. *J Turk Ger Gynecol Assoc J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2014;15, 15(3, 3):140, 140-3.

14. Musselwhite KL, Faris P, Moore K, Berci D, King KM. Use of epidural anesthesia and the risk of acute postpartum urinary retention. *Am J Obstet Gynecol*. 1 mai 2007;196(5):472.e1-472.e5.
15. Olofsson CIJ, Ekblom AOA, Ekman-Ordeberg GE, Irestedt LE. Post-partum urinary retention: a comparison between two methods of epidural analgesia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1 janv 1997;71(1):31-4.
16. Pifarotti P, Gargasole C, Folcini C, Gattei U, Nieddu E, Sofi G, et al. Acute postpartum urinary retention: analysis of risk factors, a case-control study. *Arch Gynecol Obstet*. 1 juin 2014;289(6):1249-53.
17. Carley ME, Carley JM, Vasdev G, Lesnick TG, Webb MJ, Ramin KD, et al. Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 1 août 2002;187(2):430-3.
18. Groutz A, Levin I, Gold R, Puzner D, Lessing JB, Gordon D. Protracted postpartum urinary retention: The importance of early diagnosis and timely intervention. *Neurourol Urodyn*. 1 janv 2011;30(1):83-6.
19. Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2017 | Insee [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
20. Yip S-K, Sahota D, Chang AMZ, Chung TKH. Four-year follow-up of women who were diagnosed to have postpartum urinary retention. *Am J Obstet Gynecol*. 1 sept 2002;187(3):648-52.
21. Ducarme G, Rodrigues A, Aissaoui F, Davitian C, Pharisien I, Uzan M. Grossesse des patientes obèses: quels risques faut-il craindre? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 janv 2007;35(1):19-24.
22. Suivi des femmes enceintes - recommandations_23-04-2008.pdf [Internet]. [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
23. G. Kayem - CNGOF - Droulement travail_courbes dfinition_lignes dalerte_gestion dystocie. 2014
24. Ellsworth P, Marschall-Kehrel D, King S, Lukacz E. Bladder health across the life course. *Int J Clin Pract*. 1 mai 2013;67(5):397-406.
25. Kekre AN, Vijayanand S, Dasgupta R, Kekre N. Postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int J Gynecol Obstet*. 1 févr 2011;112(2):112-5.
26. Yip S-K, Sahota D, Pang M-W, Chang A. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1 oct 2004;83(10):881-91.
27. Foon R, Toozs-Hobson P, Millns P, Kilby M. The impact of anesthesia and mode of delivery on the urinary bladder in the postdelivery period. *Int J Gynecol Obstet*. 1 août 2010;110(2):114-7.
28. Muellner SR. Physiological Bladder Changes during Pregnancy and the Puerperium11Read before the Boston, New York and Philadelphia Obstetrical

Societies and the Washington Gynecological Society at their joint meeting in Boston, Mass., April 8, 1938. *J Urol.* 1 mai 1939;41(5):691-5.

29. 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.* 1 janv 2001;12(1):21.
30. Dietz HP, Benness CJ. Voiding function in pregnancy and puerperium. *Int Urogynecology J.* 1 avr 2005;16(2):151-4.
31. Iosif S, Ingemarsson I, Ulmsten U. Urodynamic studies in normal pregnancy and in puerperium. *Am J Obstet Gynecol.* 1 janv 1980;137(6):696-700.
32. Pertek JP, Haberer JP. Effets de l'anesthésie sur la miction et rétention aiguë d'urine postopératoire. *Ann Fr Anesth Réanimation.* 1 janv 1995;14(4):340-51.

VII. Annexes

Annexe 1 (1/2) :



Hôpital Saint Joseph
Code : 3MAT069 Version : 01
Date de diffusion GEDOC :

Page 1 sur 2

PROCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA RETENTION AIGUE D'URINE DU POST-PARTUM

1. BUT -DOMAINE D'APPLICATION :

Réduire, Identifier et harmoniser la prise en charge des Rétentions Urinaires Aigues en Post-Partum

2. REFERENCES DOCUMENTAIRES

- 3BLOC022 - Champ opératoire voie basse
- 3BLOC002 - Sondage vésical au bloc opératoire
- 3DSSUH185 - Sondage vésical évacuateur
- 5MAT012 - Sondage vésical évacuateur : geste à haut risque infectieux

3. DIFFUSION

- Bloc maternité
- Suites de naissance
- Grossesses à Risque

4. PROFESSIONNELS CONCERNES

- Médecins : Obstétriciens, Internes en obstétrique, Urologues
- Sages-femmes
- IDE

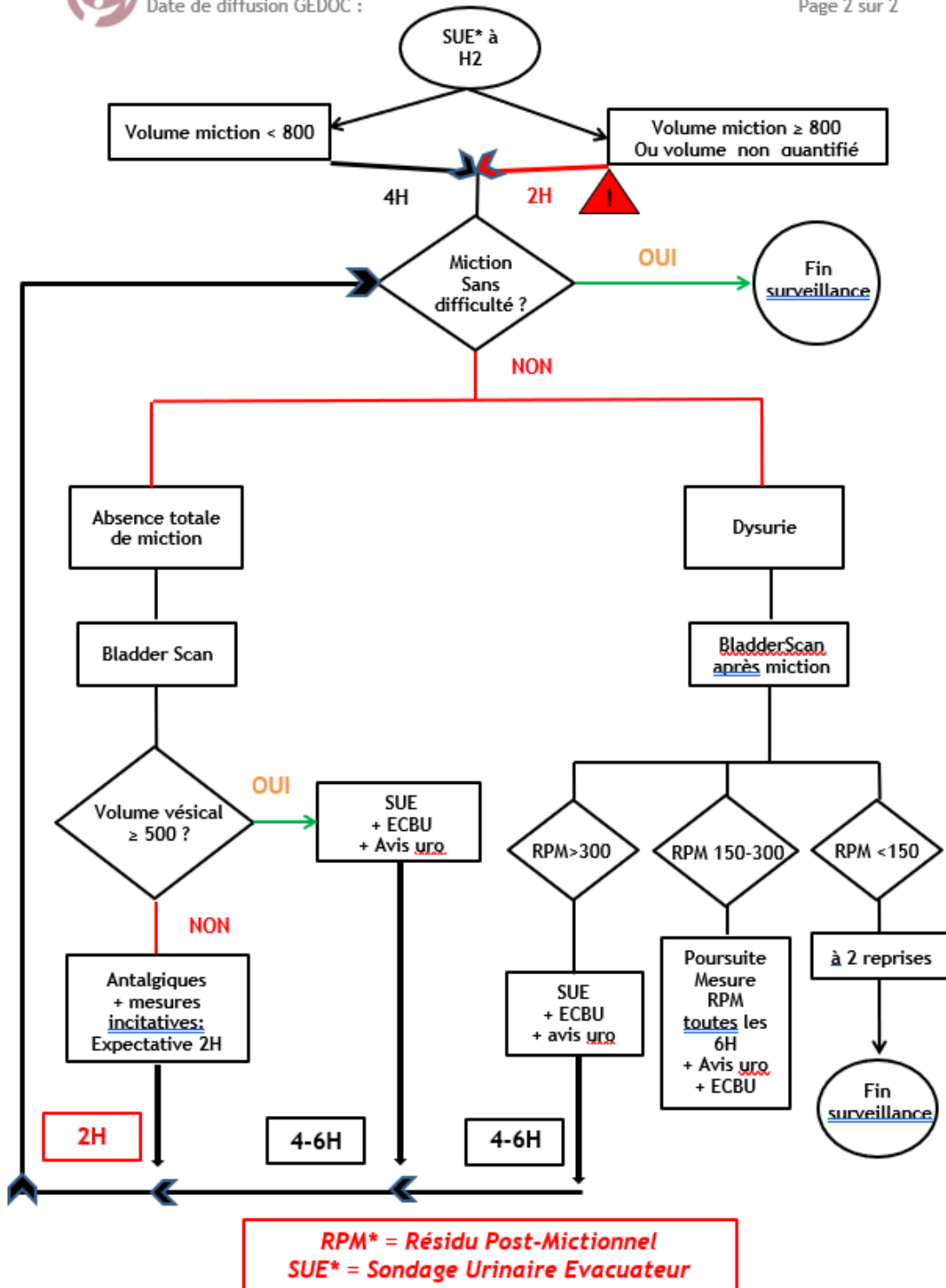
5. CONTENU :

- Pendant le travail :
Pas d'intérêt du sondage à demeure (augmente la 2^{ème} phase de travail, durée de la descente).
- A l'accouchement :
Sondage évacuateur avant les efforts expulsifs.
- H2 après l'accouchement :
→ Miction spontanée productive (avec vérification clinique post-mictionnelle de l'absence de globe vésical et de la rétractation utérine).
OU
→ Sondage évacuateur.

Voir l'organigramme décisionnel de la conduite à tenir à H2.

	Rédaction :			Vérification :		Approbation :	
Fonction :	Gynécologue	Sage-Femme référente	Cadre Sage-Femme	Urologue	Chef de service	Sage-Femme coordinatrice du PPE	Directrice des soins
Nom :	Dr JB. HAUMONTE	A. BINGUY	A. SANCHEZ	Dr N. MORIN	Dr R. DESBRIERE	C. CARDINALE	S. PLAT
Visa :							
Mots-clés :	Rétention aigue d'urine, post-partum, sondage						
	Approbation Direction qualité - gestion des risques :						

Annexe 1 (2/2) :



Résumé

Rétention aiguë d'urine du post-partum

Etude de cas au sein de la maternité Saint-Joseph à Marseille

Coline Besse (Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée), Avril 2018

Introduction : La rétention aiguë d'urine est une pathologie du post-partum de plus en plus fréquente dans les services de suites de couches. Elle résulte de l'association de phénomènes physiologiques liés à la grossesse et l'exposition à des facteurs de risque lors de l'accouchement. Pour cette étude la question de recherche était : A quels facteurs de risque de rétention aiguë d'urine du post-partum sont exposées les patientes de la maternité Saint-Joseph et quelles sont les caractéristiques de leur pathologie ?

Objectifs : L'objectif principal était d'analyser les données générales et obstétricales des femmes ayant développé une rétention aiguë d'urine dans la période du post-partum afin de les comparer à la littérature et de décrire avec précision les caractéristiques de leur pathologie. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'incidence de la rétention aiguë d'urine dans une maternité de type IIB de Marseille mais aussi d'élaborer un protocole de dépistage et de prise en charge de la rétention aiguë d'urine du post-partum afin d'harmoniser les pratiques dans cette maternité.

Résultats et conclusions : 1,03% des patientes ont développé une RAU au cours de la période étudiée. Cette étude a mis en évidence que les patientes étaient exposées à plusieurs éléments qui constituent des facteurs de risque tels que l'IMC > 25 pour 45% d'entre elles, le premier accouchement par voie basse dans 70% des cas, l'aide instrumentale à l'expulsion. Une surveillance clinique de la réplétion vésicale et la vidange vésicale intermittente pendant le travail et après l'accouchement semblent constituer des éléments protecteurs. La prise en charge précoce permet une évolution favorable avant la sortie pour plus de la moitié des patientes.

Mots clés : rétention d'urine, post-partum, troubles urinaires, accouchement par voie basse

Abstract

Acute postpartum urinary retention

Cas study at the Saint-Joseph maternity hospital in Marseille

Coline Besse (Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée), april 2018

Introduction : Acute urine retention is an increasingly common postpartum condition in postpartum services. It results from the association of physiological phenomena related to pregnancy and exposure to risk factors during childbirth. For this study, the research question was: What are the risk factors for acute retention of postpartum urine in patients at St. Joseph's maternity hospital and what are the characteristics of their pathology ?

Objectives : The main objective was to analyze the general and obstetrical data of women who developed acute urine retention in the postpartum period in order to compare them with the literature and to accurately describe the characteristics of their pathology. The secondary objectives were to assess the incidence of acute urine retention in a type IIB maternity clinic in Marseille but also to develop a protocol for screening and management of acute postpartum urine retention. to harmonize practices in this maternity.

Results and conclusion : 1.03% of patients developed an urinary retention during the study period. This study showed that the patients were exposed to several elements which constitute risk factors such as BMI > 25 for 45% of them, the first vaginal delivery in 70% of cases, the aid instrumental to expulsion. Clinical surveillance of bladder emergence and intermittent bladder emptying during labor and postpartum period appear to be protective. Early management allows a favorable evolution before discharge for more than half of the patients

Key words: urinary retention, postpartum, urinary disorders, vaginal delivery

