



**HAL**  
open science

# Rétention urinaire persistante après 72 heures du post-partum : caractéristiques des patientes et de leur prise en charge

Mélissa Labaigt

► **To cite this version:**

Mélissa Labaigt. Rétention urinaire persistante après 72 heures du post-partum : caractéristiques des patientes et de leur prise en charge. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02482613

**HAL Id: dumas-02482613**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02482613>**

Submitted on 18 Feb 2020

**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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

## **Département de maïeutique**

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES  
DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

**Mélissa LABAIGT**

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**Rétention urinaire persistante après 72 heures du post-partum : caractéristiques des patientes et de leur prise en charge**

Soutenu le : /09/19

Directeur de mémoire : Sophie LE GOUIC

JURY

Numéro national d'étudiant : 21204251

# Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 expose son auteur à des poursuites pénales.

# Remerciements

Je tiens à remercier les personnes sans qui l'élaboration de ce mémoire n'aurait pas été possible.

En tout premier lieu, Sophie Le Gouic, ma directrice de mémoire, pour ses relectures, ses conseils et sans qui ce sujet n'aurait jamais vu le jour.

Anne rousseau, sage-femme enseignante et responsable mémoire, qui a su m'aiguiller dans un moment délicat.

Sophie Prudhomme, responsable pédagogique, qui m'a accompagnée durant toute la durée de mes études.

Merci également à ma mère, pour ses relectures, ses traductions et son soutien inconditionnel durant ces longues années d'études et à Willy, qui a rendu ces nombreuses heures de travail bien plus supportables.

Pour finir, je remercie mes ami(e)s et plus spécifiquement celles avec qui j'ai partagé une partie de ce cursus et avec qui je partage ce merveilleux métier : Fatima, Anaïs, Gaëlle, Joséphine, Léna et Marie.

# Table des matières

<b>AVERTISSEMENT</b>	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>VIII</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>IX</b>
<b>LEXIQUE</b>	<b>X</b>
<b>TITRE ET RESUME</b>	<b>XII</b>
<b>TITLE AND ABSTRACT</b>	<b>XIII</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1 CONTEXTE</b>	<b>2</b>
1.1 Définition	2
1.2 Epidémiologie	3
1.3 Physiopathologie	3
1.3.1 Appareil urinaire et grossesse	3
1.3.2 Accouchement	4

<b>1.4 Facteurs de risque</b>	<b>6</b>
1.4.1 Facteurs généraux	6
1.4.2 Facteurs obstétricaux	6
1.4.3 Facteurs pédiatriques	8
<b>1.5 Prise en charge</b>	<b>8</b>
1.5.1 Protocole de prise en charge du travail	9
1.5.2 Prévention, dépistage et prise en charge au CHI	10
<b>1.6 Pronostic</b>	<b>11</b>
<b>1.7 Généralités</b>	<b>11</b>
1.7.1 Déroulement du travail	11
1.7.2 Durées normales du travail et des différents stades	12
1.7.3 Classification des déchirures périnéales	13
<b>2 MATERIEL ET METHODES</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Hypothèses et objectifs</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Type d'étude et outil</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Participants</b>	<b>16</b>
2.3.1 Critères d'inclusion	16
2.3.2 Critères d'exclusion	16
<b>2.4 Variables retenues</b>	<b>16</b>
<b>2.5 Stratégie d'analyse</b>	<b>17</b>
<b>2.6 Considérations éthiques et réglementaires</b>	<b>18</b>
<b>3 RESULTATS</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Description de la population</b>	<b>19</b>
3.1.1 Diagramme de flux	19
3.1.2 Caractéristiques générales	19
<b>3.2 Principaux résultats</b>	<b>20</b>

3.2.1	Phases du travail	20
3.2.2	Caractéristiques organisationnelles	22
<b>3.3</b>	<b>Autres analyses</b>	<b>24</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>26</b>
4.1	Principaux résultats et hypothèses	26
4.2	Analyses des résultats	26
4.2.1	Stades du travail	26
4.2.2	Caractéristiques organisationnelles	27
4.2.3	Résultats intéressants	29
4.3	Points forts	30
4.4	Limites et biais	31
4.5	Implications et perspectives	32
	<b>CONCLUSION</b>	<b>34</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>35</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>39</b>

# Liste des tableaux

Tableau 1 : Classification des déchirures périnéales obstétricales .....	13
Tableau 2 : Durée du travail et des différentes phases .....	20
Tableau 3 : Caractéristiques organisationnelles .....	22
Tableau 4 : Autres caractéristiques marquantes .....	24



## Liste des figures

Figure 1 : Les différents stades du travail .....	11
Figure 2 : Population d'étude .....	19

## Liste des annexes

Annexe I : Protocole surveillance en salle de naissance.....	40
Annexe II : Protocole dépistage et PEC de la RUPP .....	41
Annexe III : Caractéristiques générales .....	43
Annexe IV : Antécédents généraux et caractéristiques obstétricales .....	44
Annexe V : Caractéristiques organisationnelles.....	48
Annexe VI : Caractéristiques pédiatriques .....	50
Annexe VII : Caractéristiques de la rétention.....	51

# Lexique

**APD** : Analgésie péridurale

**CHI** : Centre Hospitalier Intercommunal

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**DA-RU** : Délivrance artificielle – Révision utérine

**DDC/DDI** : Délivrance dirigée complète/incomplète

**ECBU** : Examen cyto-bactériologique des urines

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**LOSA** : Lésions obstétricales du sphincter de l'anus

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**OS/OP** : Occipito-sacré/Occipito-pubien

**PPI** : Post-partum immédiat

**RAU** : Rétention aiguë d'urines

**RCF** : Rythme cardiaque fœtal

**RCOG** : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

**RDC** : Rez-de-chaussée

**RPM** : Résidu post-mictionnel

**RUPP** : Rétention urinaire du post-partum



**SDC** : Suites de couche

**SDN** : Salle de naissance

**SUE** : Sondage urinaire évacuateur

# Titre et résumé

## **Rétention urinaire du post-partum (RUPP) persistante: caractéristiques des patientes et de leur prise en charge**

### **Objectifs**

L'objectif de notre étude est de déterminer les caractéristiques des patientes qui souffrent d'une RUPP persistante après 72 heures du post-partum et de leur prise en charge afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge de cette complication.

### **Matériel et méthode**

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et unicentrique. Le recueil de données a été réalisé dans les dossiers des patientes suivies en débitmétrie au CHI-Poissy-Saint-Germain-en-Laye. Quarante-trois d'entre elles ont été retenues.

### **Résultats**

Vingt-neuf des 43 patientes étudiées sont des primipares. Vingt-neuf patientes, primipares et multipares confondues, présentent un allongement du deuxième stade du travail. Seules 3 patientes n'ont pas nécessité la réalisation d'une suture périnéale. Cela va dans le sens des études de facteurs de risque de RUPP mais ne permet pas d'affirmer l'implication de l'un de ces facteurs dans la persistance de la complication. Par ailleurs, il existe un retard diagnostique pour toutes les patientes sauf une, ce qui penche en faveur d'un facteur organisationnel.

**Mots-clés : Rétention urinaire du post-partum persistante, caractéristiques, prise en charge.**

# Title and Abstract

## **Persistent postpartum urinary retention: characteristics of the patients and of their management**

### **Objectives**

Our study aims to determine the characteristics of women who suffer from a postpartum urinary retention (PPUR) for more than 72 hours after delivery and of their management in order to help improve detection and deal with this complication.

### **Material and method**

It consists of a monocentric, retrospective and descriptive study. Data collection was carried out in the medical records of patients who had been followed up in flowmetry at Poissy-Saint-Germain-en-Laye Intermunicipal Hospital Center. Forty-three women have been selected.

### **Results and conclusion**

Twenty-nine of the 43 women studied were primiparous. Twenty-nine patients, either primiparous or multiparous, showed a prolongation of the second stage of labor. Only three patients didn't require a perineal suture. That goes in the same direction as surveys conducted on PPUR risk factors but it doesn't allow us to affirm the implication of one of this factors in the persistence of the complication. Moreover, we noticed a delay in diagnosis for all patients but one, which leans towards an organizational factor.

**Keywords :** Persistent postpartum urinary retention, characteristics, patient care;

# Introduction

Le post-partum est défini comme la période allant jusqu'à six semaines après l'accouchement. Il est à risque de complications qui peuvent notamment concerner la sphère urinaire. Parmi elles, la Rétention Urinaire du Post-Partum (RUPP) est une complication peu fréquente. La persistance de cette complication à plus de 72h du post-partum est rare. Sa méconnaissance peut être à l'origine de retards diagnostics qui peuvent mener à des séquelles fonctionnelles.

Son étiologie relève de facteurs multiples. En effet, la grossesse est à l'origine de modifications physiologiques du bas appareil urinaire. De plus, l'accouchement est un évènement de vie majeur entraînant des modifications anatomiques, fonctionnelles et, en France, le recours à une médicalisation. Ces éléments peuvent s'associer à un ou plusieurs facteurs de risque qui vont majorer le risque de RUPP (1).

Cette complication ne fait pas l'objet d'un consensus en matière de prise en charge. En effet, il n'existe aucune recommandation nationale ou internationale dans le domaine de l'urologie ou de l'obstétrique.

La maternité du CHI Poissy/Saint-Germain-en-Laye a élaboré un protocole de prise en charge spécifique.

Nous avons cherché à déterminer les caractéristiques des patientes qui présentent une RUPP persistante après 72 heures du post-partum et de leur prise en charge.

Dans un premier temps nous exposerons les connaissances actuelles sur les RUPP ainsi que leur prise en charge. Puis nous présenterons les matériel et méthode. Enfin, nous donnerons les résultats que nous discuterons.

# 1 Contexte

## 1.1 Définition

En 2002, un rapport de l'International Continence Society (ICS) a défini la rétention aiguë d'urine (RAU) comme « un globe vésical palpable, douloureux ou percutable lorsque le patient est incapable d'uriner. » Il s'agit d'une incapacité brutale et complète à uriner alors que la vessie est pleine (2).

Il n'existe pas de définition consensuelle de la rétention aiguë d'urine dans le post-partum. Selon les auteurs elle peut, par exemple, correspondre à l'absence de miction spontanée douze heures après l'accouchement (3).

Dans la pratique courante, la définition privilégiée pour la RUPP est celle de Glavind et Bjork basée sur « l'absence de miction spontanée six heures après un accouchement associée à un globe vésical supérieur à 400mL » (4).

Toutefois il existe une distinction entre rétention symptomatique et asymptomatique. Elle se base sur la classification de Yip et al. et définit la RUPP comme :

- OVERT : lorsqu' aucune miction n'est émise dans les 6 heures qui suivent l'accouchement et que cela nécessite un sondage pour drainer un volume urinaire supérieur à la capacité normale de la vessie (soit entre 400 et 600 mL).
- COVERT : en cas de résidu post-mictionnel supérieur à 150mL ou de miction inférieure à 50% de la capacité vésicale (5,6).



## 1.2 Epidémiologie

Selon cette définition, la RUPP concerne 0,7 à 0,9 % des accouchements (1, 4, 7). Soit en France, 5600 à 7200 femmes par an.

Toutefois, selon la définition retenue, la RUPP peut concerner 0,45 à 17,9 % des accouchées (3, 8).

Soixante-quinze pourcent des patientes qui présentent une RUPP récupèrent en moins de 72 heures (1).

Le taux de rétention urinaire persistante au-delà de J3 varie de 0,05 % (9) à 1 % (3, 4). Il s'agit donc d'une pathologie rare.

## 1.3 Physiopathologie

Celle-ci est peu connue. Elle reposerait sur l'association de plusieurs facteurs: un facteur préexistant et un facteur surajouté (1). La grossesse constituerait ainsi l'élément prédisposant et certains évènements, actes ou gestes lors de l'accouchement seraient à l'origine du déclenchement de la pathologie.

### 1.3.1 Appareil urinaire et grossesse

L'augmentation du taux de progestérone à partir du troisième mois de grossesse entraîne une diminution du tonus des fibres musculaires lisses. Il y a apparition d'une dilatation du tractus urinaire et d'une hypotonie vésicale (10). La capacité vésicale augmente ainsi jusqu'au huitième mois (11).

Ces altérations sont compensées par la pression exercée sur la vessie par l'utérus gravide. Cette pression va progressivement doubler et sera à l'origine d'une limitation de la capacité vésicale (12). De plus, la croissance utérine amène la vessie en localisation plus abdominale (13) que pelvienne ce qui étire l'urètre et augmente la pression urétrale (12).

Ces processus contrebalancent l'affaiblissement significatif de la réponse du sphincter lisse de l'urètre à la stimulation sympathique (14). La continence est maintenue.

La physiologie s'oriente donc vers un équilibre entre continence et miction par compensation de la surpression de l'utérus gravide.

Toutefois l'équilibre est imparfait ce qui se traduit par une vidange vésicale souvent incomplète. Dans l'étude de Driggers et al., 97 % des gestantes avaient un résidu post-mictionnel (RPM) supérieur à 50 mL et 14 % supérieur à 200 mL. De ce fait, les normes applicables à la population générale (< 50 mL et > 200 mL) ne le sont pas durant la grossesse (15).

De plus, la perception de l'envie d'uriner d'une femme enceinte, provoquée par la distension progressive de la vessie, est dépendante de sa position du fait de la variation de la compression utérine (4). Au troisième trimestre, l'envie d'uriner est perçue entre 250 et 400 mL en décubitus dorsal et l'urgence mictionnelle entre 1000 et 1200 mL alors qu'en position assise les valeurs de remplissage vésical sont quasi-normales : l'envie est perçue vers 155 mL et l'urgence vers 370 mL (16).

Un retour à la physiologie antérieure s'effectue dans les premiers jours suivants l'accouchement (5, 12). Pendant cette période, l'hypotonie vésicale n'est plus compensée par l'hyper-pression utérine ce qui explique l'augmentation du risque de survenue d'une rétention urinaire. En effet, les troubles mictionnels concernent 27 à 45 % des femmes dans le post-partum immédiat et le RPM > 150 mL en concerne 20 %. L'altération de la débitmétrie permet d'en faire le diagnostic (diminution du volume uriné, pause mictionnelle...) (17,18).

## **1.3.2 Accouchement**

### **1.3.2.1 Neuropathie d'étirement**

Lors de l'accouchement, la présentation foetale exerce une compression directe sur le plancher pelvien. Son association avec les efforts expulsifs maternels

occasionne des perturbations des tissus musculaire et conjonctif et des lésions neurologiques par distension (1).

Les sphincters striés de l'urètre et de l'anus, certains muscles périnéaux, les organes génitaux externes et le périnée sont innervés par le nerf pudendal. L'épine ischiatique est un lieu d'exposition notable de ce nerf aux lésions mécaniques (13,19).

Les études sur le sujet ont mis en évidence une augmentation des latences motrices terminales après un accouchement par voie basse (20,21). Cet accroissement n'a été retrouvé, ni durant la grossesse, ni chez les patientes dont l'accouchement s'est fait par césarienne (22).

Une démyélinisation avec allongement de la vitesse de conduction voire une rupture peut résulter de l'étirement occasionné par la compression mécanique. Il y a une abolition de l'arc réflexe à l'origine d'un mauvais relâchement du plancher pelvien et des sphincters urétraux (19). Cela correspond à un défaut de contractilité détrusorienne.

### **1.3.2.2 Douleur**

Au niveau d'une lésion, la douleur s'associe à un hyperfonctionnement sympathique et somatique. Cela peut occasionner un spasme du sphincter urétral lisse (interne) ou une contracture réflexe du sphincter urétral strié (externe) (23). Il s'agit donc également d'un défaut de contractilité.

### **1.3.2.3 Œdème ou hématome**

La présentation fœtale peut exercer une compression prolongée sur le périnée et ainsi engendrer un œdème du col vésical.

De même, lors d'un accouchement traumatique avec lésion(s) périnéale(s) et/ ou extraction instrumentale, il peut y avoir formation d'un hématome (1).

Cela crée une augmentation des résistances à l'écoulement urinaire et constitue un obstacle mécanique à la miction.

## 1.4 Facteurs de risque

Toute patiente doit bénéficier de la même vigilance en ce qui concerne le dépistage des RUPP mais il existe dans la littérature différents facteurs de risques (6).

### 1.4.1 Facteurs généraux

L'âge : les femmes de 21 à 40 ans ont un taux de RAU plus important que les femmes de 41 à 64 ans. Un tonus sympathique plus important pourrait expliquer ce phénomène (23). Mais certaines études ne l'ont pas identifié comme un facteur de risque de RUPP (24,25).

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) : l'obésité a été identifiée dans certaines études comme un facteur de risque de RUPP (24).

Les antécédents urologiques : une RAU peut être provoquée par une lésion urologique obstructive ou une neuropathie, connue ou non. Quarante pourcent des patients ayant eu une RAU (dans la population générale) avaient des antécédents de troubles du bas appareil urinaire tels qu'attente mictionnelle, faible débit, dysurie, pollakiurie, vidange vésicale incomplète ou nécessitant des efforts (23). D'après l'étude de Cutner et al. datant de 1992, 25% des patientes souffraient de faible débit urinaire dès le premier trimestre de la grossesse et jusqu'à 30% de vidange vésicale incomplète (11, 26). Ces résultats sont comparables à ceux de l'étude de Stanton et al. (1980) qui retrouvait ces troubles urinaires chez 24% des patientes (27).

### 1.4.2 Facteurs obstétricaux

Les principales études s'étant intéressées à ce sujet ont déterminé comme principaux facteurs de risque la primiparité, un deuxième stade du travail prolongé,

une extraction instrumentale ainsi qu'une lésion vaginale et/ou périnéale de type déchirure ou épisiotomie. Selon les critères retenus pour la RUPP ces risques étaient variables. Il faut noter que lors d'un premier accouchement ces facteurs de risque ont été plus souvent retrouvés (3, 4, 25, 28).

L'analgésie péridurale et le remplissage vasculaire ont également été identifiés comme potentiels facteurs de risque (1, 29).

La prolongation du deuxième stade du travail expose à des lésions d'origine neurologique et mécanique. Elle entraîne un allongement du temps de compression exercée par la tête fœtale sur le plancher pelvien ce qui peut occasionner une atteinte nerveuse. Sur le plan mécanique, le remplissage vasculaire est prolongé ce qui augmente le risque de surdistension vésicale. Il est également possible d'observer la formation d'un œdème au niveau du col vésical ou du périnée qui va constituer un obstacle à l'écoulement des urines (1, 3, 4, 25).

Une extraction instrumentale peut engendrer des lésions neurologiques, des œdèmes, des hématomes voire des lésions vésicales. Elle serait à l'origine d'une majoration de la douleur dans le post-partum.

Une épisiotomie et/ou une déchirure occasionne(nt) douleur, œdème et hématome (3, 4, 5, 25).

Il est possible d'effectuer une réinjection d'anesthésiant dans le cathéter de péridurale. De ce fait, il y a un allongement du délai avant le retour à une contractilité détrusorienne efficace. Une rétention urinaire transitoire est possible (3, 5, 25). En effet, il a été démontré que les anesthésies de type APD interfèrent avec l'activité vésicale (23).

L'analgésie péridurale (APD) est considérée par la plupart des auteurs comme associée au risque de RUPP (7, 24, 25). Mais son indépendance n'a été démontrée que par des études rétrospectives (1). En effet, il est difficile de la dissocier de l'extraction instrumentale, du travail prolongé et d'un important remplissage vasculaire.

La contractilité détrusorienne est diminuée par de nombreuses substances telles les substances parasympathiques et les anesthésiques halogénés et opioïdes. Des tests urodynamiques ont démontré que l'APD entraîne pendant plusieurs heures une inhibition de l'activité de la vessie. Il existe un probable effet dose-dépendant et une variabilité inter-individuelle de la réponse à l'analgésie. Une cystomanométrie a montré que les femmes sous analgésie péridurale présentaient une vessie plus hypotonique que celles n'en bénéficiant pas (30).

Le remplissage vasculaire n'a fait l'objet d'aucune étude dans le post-partum. Toutefois, ce risque est commun à toutes les chirurgies. En effet, un remplissage vasculaire supérieur à 750 mL semble entraîner une augmentation du risque d'« overt retention » (29).

L'expression utérine, (6) l'accouchement par voie basse après antécédent de césarienne et le temps de la délivrance ont également été évoqués comme possibles facteurs de risque (9).

### **1.4.3 Facteurs pédiatriques**

Un poids de naissance important (>3,8kg) ne semble pas avoir été identifié comme facteur de risque. Toutefois un poids important s'accompagnait plus souvent d'un travail prolongé et d'extractions instrumentales (18, 25).

Un périmètre crânien important ne semblait pas non plus constituer un facteur de risque (25).

## **1.5 Prise en charge**

Dans la littérature, le traitement de la RUPP ne fait pas l'objet d'un consensus. En effet, il s'agit d'une complication rare. Sa prise en charge ne fait pas l'objet de recommandations nationales ou internationales et les données de la littérature sont peu nombreuses.

Cependant, il semble que dans le cas d'une femme incapable d'uriner six heures après l'accouchement, il convient de mettre en place des mesures d'aide afin de stimuler le réflexe de miction spontanée. En effet, dans la moitié des cas, l'utilisation d'antalgiques et/ou de méthodes incitatives (bain chaud, écoulement d'eau ou main sous l'eau) permettrait un retour des mictions spontanées. Dans le cas contraire, il conviendrait d'estimer le volume vésical. Au-delà de 400 mL, il s'agit d'une RUPP et une prise en charge active est alors nécessaire. Un sondage évacuateur devra être réalisé toutes les quatre à cinq heures jusqu'à récupération d'une miction efficace (soit un RPM < 150 mL). S'il y a persistance d'une vidange vésicale incomplète après trois jours du post-partum, il s'agit d'une RUPP persistante. Une prise en charge en ambulatoire devra être proposée. La patiente devra alors apprendre l'autosondage ainsi que l'utilisation du catalogue mictionnel. A noter que le sondage à demeure ne semble ni plus risqué ni moins adapté : il peut donc être choisi à l'appréciation du clinicien et du désir de la patiente (3).

La prise en charge de cette pathologie nécessite ensuite un suivi urologique.

Il est à noter que l'hydratation doit être conservée voire augmentée (1).

### **1.5.1 Protocole de prise en charge du travail**

La gestion du travail des patientes qui accouchent à la maternité du CHI de Poissy-Saint-Germain-en-Laye fait l'objet d'un protocole. Ce protocole de « surveillance en salle de naissance » (31) est basé sur une publication de Spong et al. qui visait à prévenir la première césarienne (32). Sa spécificité est un potentiel allongement de la durée du travail.

Le diagnostic de stagnation de la dilatation peut être posé :

- à partir d'une dilatation du col de 6 cm,
- à membranes rompues,
- en l'absence de modifications du col après 4 heures avec une contractilité utérine satisfaisante ou après 6 heures avec une fréquence de contractions inadéquate.

Le diagnostic de non engagement ou de non progression est posé après 4 h à dilatation complète pour les nullipares avec analgésie péridurale (APD), après 3 heures pour les nullipares sans APD et les multipares avec APD et après 2 heures pour les multipares sans APD.

A l'exception des patientes participant à un protocole de recherche, la durée des efforts expulsifs ne doit pas excéder 30 minutes sans un appel à l'obstétricien de garde.

### **1.5.2 Prévention, dépistage et prise en charge au CHI**

Au bloc obstétrical, un sondage urinaire doit être systématiquement réalisé avant l'accouchement ainsi que deux heures après en l'absence de miction spontanée.

Les suites de couche doivent faire l'objet d'une vérification de la reprise de la miction en quantité normale (> 300 mL) au maximum 8 heures après l'accouchement. En cas de RAU partielle ou complète, il doit y avoir mise en place du protocole « rétention urinaire aigüe » et d'un calendrier mictionnel (33).

En cas de rétention incomplète ou partielle, il va s'agir d'estimer au Bladder Scan les résidus post-mictionnels. Si le RPM est inférieur à 100 mL à deux reprises il y a arrêt de la surveillance. Entre 100 et 300 mL il y a poursuite de la surveillance 3 fois par jour jusqu'à obtenir un RPM inférieur à 100 mL. Enfin, si le RPM est supérieur à 300 il faut réaliser un sondage évacuateur et poursuivre la surveillance à hauteur de 1 fois toutes les 4 heures.

En cas de rétention complète, la surveillance du RPM se fait toutes les 4 heures avec abstention de toute intervention si le RPM est inférieur à 300 mL et réalisation d'un sondage si le RPM est supérieur à 300 mL. S'il y a retour des mictions spontanées il faut suivre le protocole de rétention incomplète.

En cas de RUPP de plus de 72 heures, il y a mise en place d'auto-sondages, réalisation d'ECBU 2 fois par semaine durant la période des sondages et prescription d'une débitmétrie 10 jours après l'accouchement.



## 1.6 Pronostic

Les « covert retentions » n'ont pas d'impact sur le long terme (1, 34).

En revanche, un diagnostic tardif des « overt retentions » peut être à l'origine d'une rétention aiguë d'urine persistante avec de possibles séquelles fonctionnelles à long terme (1). En effet, il a été démontré qu'un épisode unique de surdistension vésicale est suffisant pour provoquer des séquelles irréversibles du détrusor (35) telles que des lésions d'ischémie et une dégénérescence axonale. Ce « claquage » a plusieurs conséquences : une dysurie immédiate, du fait de la perte partielle ou totale de sa capacité contractile, une dysurie permanente ainsi que des infections urinaires à répétition (1). Il se produit lors du travail ou dans le post-partum lorsque le réflexe mictionnel est aboli et que la vessie n'est pas suffisamment vidée.

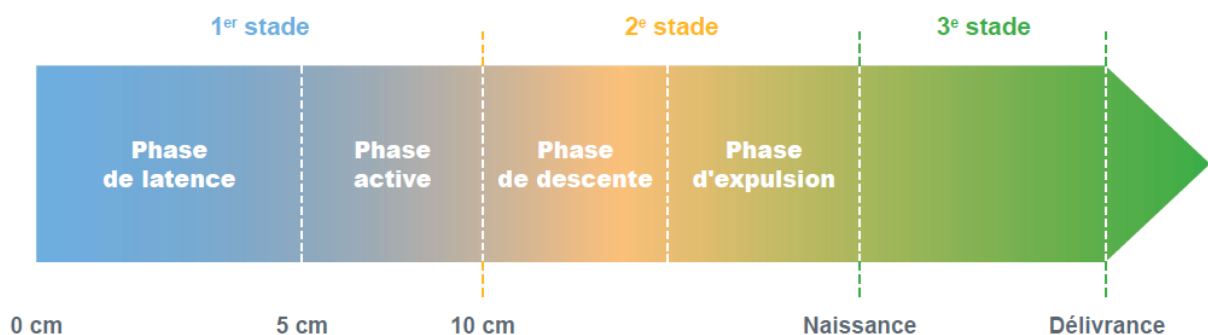
Ce type de rétention nécessite donc un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée (36).

Quatre ans après leur accouchement, les femmes avec antécédent de RUPP n'ont pas plus d'insuffisances urinaires d'effort, d'urgenteries, de troubles sexuels ou d'incontinence fécale que les femmes sans antécédent (37). Mais 1/3 d'entre elles présentent des dysuries (38).

## 1.7 Généralités

### 1.7.1 Déroulement du travail

Figure 1 : Les différents stades du travail



Le travail se divise en trois stades (39, 40).

Le premier stade correspond à la dilation du col utérin. Il commence avec les premières contractions utérines régulières et s'achève lorsque le col est à dilatation complète. Il comprend :

- La phase de latence qui débute avec les premières contractions régulières sans tenir compte des modifications du col.
- La phase active qui débute entre 5 et 6 cm de dilatation et se termine lorsque la dilatation est complète.

Le deuxième stade du travail correspond à l'engagement, la descente et la rotation du mobile fœtal. Il se termine lors de la naissance de l'enfant. Il faut distinguer la phase passive, ou de descente, de la phase active qui correspond aux efforts expulsifs.

Le troisième stade du travail correspond à la délivrance et s'achève donc à l'expulsion du placenta.

### **1.7.2 Durées normales du travail et des différents stades**

Un travail prolongé se définit par une durée supérieure à 700 minutes (8, 41) soit 11,7 heures.

Il est difficile de déterminer de façon précise la durée normale du premier stade du travail et particulièrement de la phase de latence notamment dans le cas d'un travail spontané. En effet, la plupart des patientes se présentent une fois le travail débuté (32, 42). Toutefois d'après l'étude de Harper et al., une première phase de travail longue, dont la durée est ajustée au profil de la patiente (primipare, multipare, travail spontané ou déclenché) augmente le risque de prolongation de la deuxième phase du travail (43).

Habituellement, la prolongation du deuxième stade du travail se définit par une durée supérieure à 1 heure pour les multipares sans APD, 2 heures pour les

primipares sans APD et les multipares avec APD, à 3 heures pour les primipares avec APD (44, 45, 46).

En ce qui concerne la durée des efforts expulsifs, les études n'ont pas permis d'établir des recommandations précises. Il a toutefois été admis qu'il était préférable de réaliser une extraction instrumentale au bout de 30 minutes d'efforts expulsifs et ce, même en l'absence d'anomalie du RCF (47). Au-delà, cela correspond à une prolongation des efforts expulsifs. Notons qu'il s'agit d'une recommandation de faible niveau de preuve (grade C).

Si la délivrance ne s'est pas faite dans les 30 minutes suivant la naissance et en l'absence de saignement, il est recommandé de réaliser une délivrance artificielle (48). Le troisième stade est alors prolongé.

### 1.7.3 Classification des déchirures périnéales

La classification la plus utilisée dans la littérature internationale pour définir les déchirures périnéales est celle du RCOG (49).

Tableau 1 : Classification des déchirures périnéales obstétricales

Classification française		Classification RCOG - OMS	Lésions anatomiques
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1 <sup>er</sup> degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2 <sup>e</sup> degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3 <sup>e</sup> degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
		3 <sup>e</sup> degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
		3 <sup>e</sup> degré-c	Sphincter anal interne (muscle rectale)
	Périnée complet compliqué	4 <sup>e</sup> degré	Muqueuse rectale

A l'heure actuelle, la persistance d'une rétention urinaire du post-partum a fait l'objet de peu de recherches spécifiques. Elle n'a été étudiée que concernant la persistance et le devenir des symptômes (9, 50) ou en comparaison avec des patientes sans complications urinaires (36). Il s'agit d'une complication rare et très mal comprise. L'étudier pourrait permettre de mieux comprendre les éléments prédisposant à sa survenue et d'améliorer sa prise en charge.

C'est pourquoi nous avons souhaité nous y intéresser et tenté de répondre à la problématique suivante :

Quelles sont les caractéristiques des patientes atteintes d'une RUPP persistante après 72h du post-partum et l'état de leur prise en charge ?

## 2 Matériel et méthodes

### 2.1 Hypothèses et objectifs

La problématique posée nous a amené à avancer les hypothèses suivantes :

- La prolongation de la durée du deuxième stade du travail est une caractéristique retrouvée chez ces patientes.
- Il existe un retard de diagnostic entraînant un retard de prise en charge notamment d'origine organisationnelle.

Les objectifs principaux sont de tenter d'identifier les caractéristiques qui pourraient favoriser la survenue d'une RUPP persistante après 72 heures du post-partum au CHI Poissy – Saint Germain en Laye et d'étudier la prise en charge de ces patientes.

L'objectif secondaire est l'amélioration du dépistage et de la prise en charge de ces patientes.

### 2.2 Type d'étude et outil

Pour répondre à ces objectifs, l'étude réalisée était de type descriptif, rétrospectif et unicentrique. Elle a reposé sur l'analyse des données recueillies dans les dossiers des patientes sélectionnées.

Le traitement des données a nécessité la conception d'un outil. Pour ce faire un fichier Excel a été conçu après avoir déterminé les variables à recueillir à partir des données de la littérature discutant des facteurs de risque de RUPP.

## 2.3 Participants

La sélection des dossiers s'est faite à partir de critères bien définis.

### 2.3.1 Critères d'inclusion

- Patientes suivies en débitmétrie
- Au CHI Poissy – Saint Germain en Laye
- Initialement sur 3 ans, de janvier 2016 à décembre 2018. Elle a secondairement été élargie afin d'augmenter l'effectif pour concerner les patientes des 6 dernières années de janvier 2013 à janvier 2019.
- Accouchement par voie basse
- Grossesse monofoetale
- Patientes sans reprise de miction complète spontanée à 72h du post partum

### 2.3.2 Critères d'exclusion

- Accouchement par césarienne
- Grossesse multiple
- Reprise complète de miction avant 72 heures du post-partum

## 2.4 Variables retenues

Les variables recueillies dans les dossiers concernent les caractéristiques générales et obstétricales des patientes ainsi que leur nouveau-né et des caractéristiques organisationnelles.

Il s'est agit de recueillir l'âge des patientes, leur origine, leur IMC, leur parité, la voie d'accouchement des précédentes grossesses, les antécédents particuliers, la date de leur accouchement, le terme de l'accouchement en semaines d'aménorrhée, les modalités de mise en travail (travail spontané ou maturation/déclenchement), le

délat entre la mise en place de l'analgésie péridurale et l'accouchement voie basse, la quantité de soluté perfusé, la durée du travail, celle des stades 2 (descente et rotation) et 3 (délivrance) du travail, la durée des efforts expulsifs, la présentation (OS/OP), les modalités de naissance (extraction instrumentale..), les modalités de la délivrance (naturelle, dirigée ou artificielle) et ses éventuelles complications, l'état du périnée (intact, déchirure périnéale selon la classification RCOG, épisiotomie), le caractère partiel ou total de la RUPP, le volume initial de la rétention, la présence ou non d'une douleur associée, la présence de facteurs de risque, la durée de la rétention et la persistance ou non d'une dysurie lors de la consultation de débitmétrie.

Pour ce qui est de l'enfant, nous nous sommes intéressés au poids de naissance et au périmètre crânien.

En ce qui concerne le facteur organisationnel, il a fallu recueillir le nombre de SUE ainsi que les délais entre chaque durant le travail et dans le post-partum, l'heure d'arrivée en SDC, le délai entre le dernier sondage et le diagnostic de rétention aiguë d'urine et le service de prise en charge.

Il n'a pas été possible d'obtenir les périodes de changement d'équipe.

## 2.5 Stratégie d'analyse

Les données ont été retranscrites et traitées sur un tableur Excel©.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R. 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). Les résultats ont été arrondis à une décimale, selon les règles mathématiques établies. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif.

La fin de la pathologie a été définie par des mictions spontanées, régulières, et complètes ou avec un RPM < 100 mL à plusieurs reprises.

## 2.6 Considérations éthiques et réglementaires

Le recueil de données a été possible du fait de la déclaration à la CNIL du CHI Poissy / Saint-Germain-en-Laye.

Le recueil de données a été anonyme. Aucune information permettant l'identification d'une patiente n'apparaît dans l'analyse des résultats. De plus, une destruction des données sera effectuée après la finalisation du mémoire et sa soutenance devant le jury.



## 3 Résultats

### 3.1 Description de la population

#### 3.1.1 Diagramme de flux

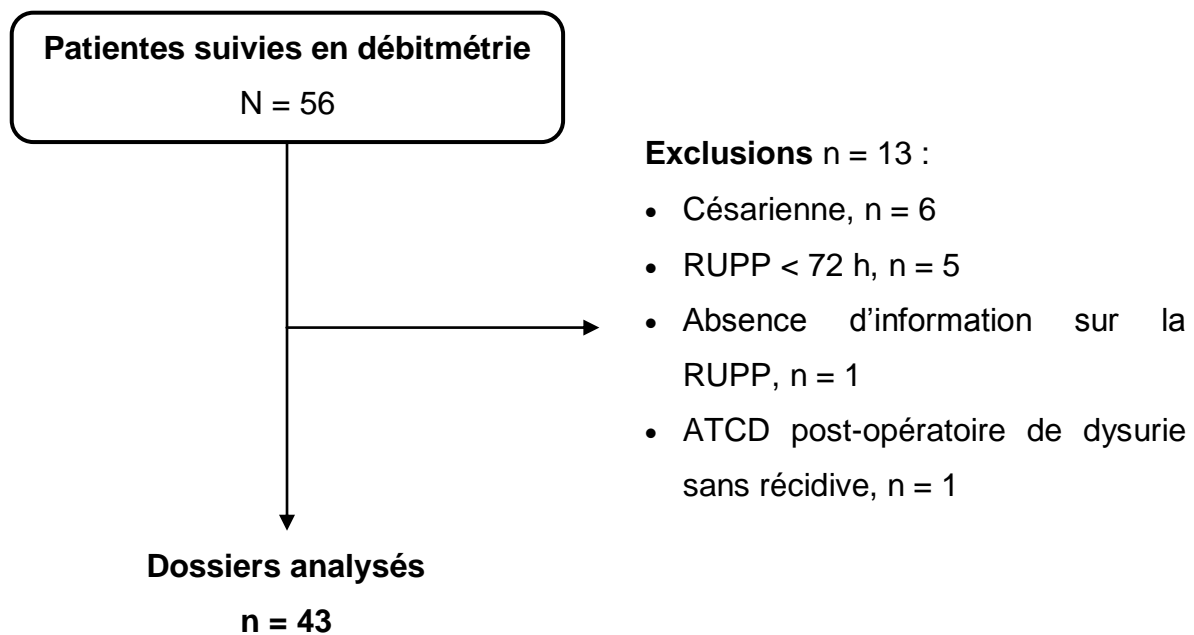


Figure 2 : Population d'étude

#### 3.1.2 Caractéristiques générales

Les patientes avaient entre 19 et 41 ans avec un âge moyen retrouvé à 30,3 ans  $\pm$  4,5. Quarante et une patientes se situaient dans un âge considéré comme à risque majoré de développer une RUPP par certaines études (23).

L'IMC des patientes se situait entre 18,2 et 32,3 kg/m<sup>2</sup>. La plupart des patientes avaient un poids normal mais 7 patientes présentaient avant la grossesse une

insuffisance pondérale, 8 un surpoids et 2 une obésité. Il manquait des données pour calculer l'IMC d'une patiente.

Trente et une patientes étaient caucasiennes, 9 originaires d'Afrique du Nord et 3 d'Asie.

## 3.2 Principaux résultats

### 3.2.1 Phases du travail

Tableau 2 : Durée du travail et des différentes phases

		Population, N = 43
<b>Caractéristiques obstétricales</b>		m ± sd
		n
<b>Estimation durée du travail (heures)</b>		15,2 ± 8,2
Primipares		16,7 ± 8,3
	≤ 11,7 heures	7
	> 11,7 heures	20
	<i>Données incomplètes ou manquantes</i>	2
Multipares		11,9 ± 7,1
	≤ 11,7 heures	6
	> 11,7 heures	6
	<i>Données incomplètes ou manquantes</i>	2
<b>Durée du 2<sup>ème</sup> stade du travail (heures)</b>		3,2 ± 1,2
Primipares		3,5 ± 1,1
	≤ 3 heures	6
	> 3 heures	21
	<i>Donnée manquante</i>	2
Multipares		2,4 ± 1,1
	≤ 2 heures	5
	> 2 heures	8
	<i>Donnée manquante</i>	1

<b>Durée des efforts expulsifs (min)</b>	27,2 ± 14,9
Primipares	31,7 ± 13,2
≤ 30 minutes	12
> 30 minutes	15
<i>Donnée manquante</i>	2
Multipares	17,0 ± 13,5
< 30 minutes	9
> 30 minutes	3
<i>Donnée manquante</i>	2
<b>Durée du 3<sup>ème</sup> stade de travail (min)</b>	6,5 ± 5,1
Primipares	6,6 ± 4,6
< 30 minutes	27
<i>Donnée manquante</i>	2
Multipares	6,1 ± 6,0
< 30 minutes	12
<i>Donnée manquante</i>	2

### 3.2.1.1 Estimation de la durée du travail

La durée du travail a été estimée de 3 heures 55 minutes à 31 heures 40 minutes. Pour les primipares, au nombre de 29, les estimations allaient de 7 heures 5 minutes à 31 heures 40 minutes. Pour les deuxièmes pares, au nombre de 12, de 4 heures 40 minutes à 27 heures. Pour la seule quatrième pare l'estimation était de 7 heures 35 minutes. Pour la seule cinquième pare, l'estimation était de 3 heures 55 minutes.

### 3.2.1.2 Durée du deuxième stade du travail

La durée du deuxième stade allait de 24 minutes à 5 heures 10 minutes. Cette délimitation était la même pour les primipares. Pour les deuxièmes pares, la durée de ce stade allait de 30 minutes à 4 heures 40 minutes. La quatrième pare avait un deuxième stade de 3 heures et la cinquième pare de 40 minutes.

### 3.2.1.3 Durée des efforts expulsifs

La durée des efforts expulsifs allait de 2 à 59 minutes. Pour les primipares, les efforts expulsifs ont duré de 6 à 59 minutes. Pour les deuxièmes pares, sauf une dont la donnée manquait, la durée a été de 2 à 45 minutes. La quatrième pare a mis 33 minutes pour donner naissance à son enfant. Nous ne disposons pas de l'information pour la cinquième pare.

### 3.2.1.4 Durée du troisième stade du travail

Le troisième stade a duré de 1 à 24 minutes. Pour les primipares, la délivrance s'est faite après 2 à 16 minutes ; pour les deuxièmes pares, après 1 à 24 minutes. Les quatrième et cinquième pares ont délivré leur placenta après 5 minutes.

## 3.2.2 Caractéristiques organisationnelles

Tableau 3 : Caractéristiques organisationnelles

Population, N = 43	
Caractéristiques organisationnelles	m ± sd [min-max] n
<b>Nombre de mictions/SUE pendant le travail</b>	2,2 ± 1 [0 - 4]
<i>Pas de notion de SUE à l'accouchement</i>	6
<i>Données manquantes</i>	3
<b>Délais (heures)</b>	
Entre APD/SUE ou 2 SUE pendant le travail	3,6 ± 1,4 [0,75 - 8,0]
<i>Données manquantes (patientes)</i>	3
Entre APD/1 <sup>er</sup> SUE du PPI	7,0 ± 1,0 [5,83 - 7.83]
<i>Pas de SUE pendant le travail</i>	3
Entre les 2 derniers SUE (travail/PPI)	3,0 ± 1,2 [1,0 - 7,0]
<i>Pas de notion de SUE à l'accouchement</i>	3
<i>Données manquantes</i>	6
<b>Délai entre dernier SUE et diagnostic (heures)</b>	15,9 ± 20,4 [6 - 103]
Pour RUPP totale	7,7 ± 1,2 [6 - 10,5]

= 6 heures	2
6 heures < délai ≤ 8 heures	13
> 8 heures	9
Données incomplètes	3
Pour RUPP partielle	32 ± 30,5 [12 - 103]
= 6 heures	0
6 heures < délai ≤ 8 heures	0
> 8 heures	11
Données incomplètes	2
Pour RUPP partielle puis totale	38,5
Données incomplètes	1
Donnée manquante	1

### Heure d'accouchement

Entre 7h et 10h59	2
Entre 11h et 14h59	6
Entre 15h et 18h59	10
Entre 19h et 22h59	9
Entre 23h et 2h59	11
Entre 3h et 6h59	4
Donnée manquante	1

### Heure d'arrivée en SDC

Entre 7h et 10h59	4
Entre 11h et 14h59	1
Entre 15h et 18h59	6
Entre 19h et 22h59	5
Entre 23h et 2h59	10
Entre 3h et 6h59	13
Donnée manquante	4

<b>Délai accouchement/SDC (heures)</b>	<b>5,2 ± 3,6 [1,75-17]</b>
≤ 3 heures	9
3h ≤ délai ≤ 6h	20
≥ 6heures	9

<i>Données manquantes</i>	5
<b>Service de prise en charge</b>	
<i>6<sup>ème</sup></i>	15
<i>RDC</i>	24
<i>Unité kangourou</i>	1
<i>Donnée manquante</i>	3

Trois patientes ont eu une miction spontanée après la mise en place de l'analgésie péridurale avec un relais par SUE.

### 3.3 Autres analyses

Tableau 4 : Autres caractéristiques marquantes

<b>Caractéristiques obstétricales</b>	m ± sd [min-max]
	n
<b>Parité (après l'accouchement)</b>	1,4 ± 0,8 [1-5]
<i>Primipares</i>	29
<i>Multipares</i>	14
<b>Modalités de mise en travail</b>	
<i>Spontané</i>	29
<i>Maturation</i>	5
<i>Déclenchement</i>	3
<i>Maturation + déclenchement</i>	4
<i>Donnée manquante</i>	2
<b>Travail sous APD</b>	43
<b>Remplissage vasculaire (ml)</b>	
<i>Quantité soluté pendant le travail</i>	1810 ± 690 [1000-3000]
<i>&lt; 750 ml</i>	2
<i>&gt; 750 ml</i>	37
<i>Donnée manquante</i>	4
<i>Quantité soluté dans PPI</i>	740 ± 520 [500-300]
<i>&lt; 750 ml</i>	25

	> 750 ml	9
	<i>Donnée manquante</i>	9
<i>Quantité totale</i>		2600 ± 880 [900-5000]
	> 750 ml	40
	<i>Donnée incomplète</i>	10
<b>Présentation fœtale</b>		
	<i>Céphalique occipito-pubienne (OP)</i>	35
	<i>Céphalique occipito-sacré (OS)</i>	7
	<i>Donnée manquante</i>	1
<b>Modalités de la naissance</b>		
	<i>Non instrumentale</i>	22
	<i>Ventouses</i>	15
	<i>Spatules</i>	1
	<i>Forceps</i>	0
	<i>Ventouses + spatules</i>	1
	<i>Ventouses + forceps</i>	3
	<i>Donnée manquante</i>	1
<b>Etat du périnée</b>		
	<i>Intact</i>	3
	<i>Degré 1</i>	9
	<i>Degré 2</i>	6
	<i>Degré 1 + degré 2</i>	1
	<i>Degré 3 (a)</i>	2
	<i>Degré 4</i>	0
	<i>Episiotomie</i>	22

---

## 4 Discussion

### 4.1 Principaux résultats et hypothèses

La première hypothèse émise était que les patientes avec rétention urinaire persistante après 72 heures du post-partum avaient eu une prolongation du deuxième stade du travail. Cette hypothèse est partiellement validée. En effet, chez les primipares il semble y avoir une majorité de patientes présentant cette caractéristique. Parmi les 27 patientes pour lesquelles l'information est connue, 21 ont eu un deuxième stade du travail prolongé. En revanche, chez les multipares la caractéristique ne semble pas aussi importante puisque seulement 8 femmes sur 13 la présente.

La seconde hypothèse était qu'il existe un retard diagnostic des RUPP pouvant être expliqué par des facteurs organisationnels. Cette hypothèse est validée. En effet, le diagnostic de RUPP, qu'elle soit complète ou partielle, n'a été fait dans les 6 heures suivant le dernier SUE que dans 2 cas de RUPP complète. De plus, en considérant le délai du SUE dans le post-partum immédiat seule 1 patiente a bénéficié d'un diagnostic dans les 8 heures suivant l'accouchement.

### 4.2 Analyses des résultats

#### 4.2.1 Stades du travail

En faisant la distinction entre primipares et multipares, la première hypothèse a été partiellement validée. Il faut toutefois noter que, si l'on considère les patientes dans leur ensemble, 29 patientes sur 43 ont présenté un allongement du deuxième stade du travail. Pour 3 d'entre elles, nous ne disposons pas de l'information. Il s'agit donc d'une caractéristique à retenir comme susceptible d'intervenir dans la survenue de RUPP persistante.



De la même manière que la prolongation du deuxième stade de travail, il semble que les primipares de notre population aient majoritairement eu une prolongation de la durée du travail. En effet, 20 de ces patientes, pour lesquelles nous disposions de l'information, présentaient cette caractéristique alors que 7 ne la présentaient pas. Parmi les patientes dont le travail a duré plus de 700 minutes, 17 ont eu une prolongation du deuxième stade du travail ce qui va dans le sens des résultats de l'étude de Harper et al. qui indiquaient qu'une prolongation de la durée du travail et donc du premier stade du travail majore le risque d'une prolongation du deuxième stade du travail (43). En revanche, chez les multipares la répartition était semblable. Toutefois, l'effectif de l'étude était insuffisant pour exclure cette caractéristique pour les multipares et la considérer comme liée au statut de primipare.

Contrairement à la durée totale du deuxième stade du travail, la prolongation des efforts expulsifs, qui en constituent la phase active, ne semble pas constituer une caractéristique qui participe à la survenue des RUPP. En effet, alors que 15 primipares ont eu une durée des efforts expulsifs prolongée 12 ne l'ont pas eue. En ce qui concerne les multipares, pour celles pour lesquelles nous disposions de l'information, 9 ont poussé moins de 30 minutes et 3 plus de trente minutes. Ceci ne permet pas de suspecter la prolongation des efforts expulsifs comme une caractéristique susceptible d'intervenir dans la survenue d'une RUPP persistante.

Pour aucune des patientes étudiées la durée de la délivrance n'a dépassé 30 minutes. Elle n'intervient pas dans la survenue de cette complication.

#### **4.2.2 Caractéristiques organisationnelles**

Durant le travail, les délais entre les différents SUE étaient très variables. Dans la pratique courante, il semble admis qu'un SUE doit être réalisé toutes les 3 à 4 heures avec prise en compte du remplissage vasculaire. Considérant qu'un seul épisode de surdistension vésicale suffit à expliquer la survenue de cette complication (35), il est également apparu que 6 des patientes étudiées ne semblaient pas avoir bénéficié d'un SUE avant de débiter les efforts expulsifs. Cela n'est pas toujours réalisable si la présentation fœtale est trop basse mais cela nécessite un SUE après

l'expulsion. Seule l'une de ces 6 patientes semblait avoir bénéficié d'un SUE avant sa réinstallation. Il est toutefois possible que la notification d'un SUE ait été oubliée sur le partogramme.

En considérant que le premier SUE du post-partum devrait être effectué autour des 2 heures suivant l'accouchement (33), les patientes étudiées ont fait l'objet d'un retard diagnostic avec un délai moyen de 7,7 heures. Seuls 2 diagnostics de RUPP totale ont été faits 6 heures après le dernier SUE et seul l'un d'entre eux a été fait dans les 8 heures suivant l'accouchement. Dans l'étude de Groutz et al., la douleur constituait le symptôme le plus spécifique d'une rétention urinaire mais il n'était présent que chez 63% des patientes. Le diagnostic s'avérait donc plus difficile pour les 37% restants (18).

Le retard diagnostic des RUPP partielles a été systématique. Toutes les patientes étudiées n'ont été diagnostiquées que plus de 8 heures après le dernier SUE en SDN soit, au plus tôt, 10 heures après leur accouchement avec un délai moyen de 32 heures. Ceci s'explique aisément par un diagnostic plus difficile du fait d'une reprise partielle des mictions spontanées.

Dans l'échantillon étudié, il semble y avoir eu une augmentation du nombre de RUPP chez les patientes admises en SDC entre 23h et 7h donc durant la nuit. Toutefois, le nombre de cas étudiés était insuffisant pour permettre de conclure.

Il semble y avoir eu un plus grand nombre de cas lorsque l'admission en SDC se fait au-delà de 3 heures et jusqu'à 6 heures après l'accouchement. Toutefois, cela doit être interprété avec prudence. En effet, il s'agit peut-être du délai le plus fréquent entre l'accouchement et l'admission en SDC ce qui expliquerait cette augmentation. Mais, il peut également s'agir d'habitudes ou d'une activité conséquente du service qui expliqueraient qu'une patiente qui serait admise en SDC 5 heures après son accouchement se verrait laisser plus de temps pour émettre une miction spontanée qu'une patiente n'ayant accouché que depuis 3 heures. Cela nécessiterait un approfondissement de la question.

Il apparaît également qu'un plus grand nombre de patientes prises en charge au rez-de-chaussée étaient atteintes de RUPP. Ce service prend en charge les patientes atteintes de pathologies particulières ou dont le nouveau-né présente une complication. Avec les seules données dont nous disposions, il a été impossible de déterminer si cela était dû à une caractéristique organisationnelle ou à des difficultés liées à de possibles pathologies.

Il semble donc bien qu'il existe un facteur organisationnel dans le dépistage de cette complication avec un retard fréquent de prise en charge. Il est également possible de se poser la question d'un facteur organisationnel survenant en amont durant le travail à travers les délais des SUE.

### **4.2.3 Résultats intéressants**

La première chose à noter est que l'échantillon étudié regroupait un nombre plus important de primipares : 29 primipares pour 14 multipares. Cela va dans le sens des études qui ont déterminé la primiparité comme facteur de risque de survenu de RUPP (3, 4, 25, 28). Mais le nombre de multipares atteintes de cette complication indique bien que d'autres éléments sont impliqués.

Vingt-neuf patientes ont eu un début de travail spontané.

Toutes les patientes ont bénéficié d'une APD, ce qui va dans le sens des études menées précédemment. Toutefois, il est difficile de dissocier l'APD du remplissage vasculaire (1).

Quarante patientes ont bénéficié d'un remplissage vasculaire supérieur ou égal à 750 mL au cours du travail et du post-partum immédiat. Cela corrobore les études énoncées précédemment mais ne permet pas de l'annoncer avec certitude comme une caractéristique prédisposant à la RUPP persistante.

Dans 35 des cas étudiés, la naissance s'était faite en OP. Toutefois, ce résultat est à nuancer puisqu'il s'agit également de la présentation la plus fréquente. Il est à noter qu'une présentation en OS a été retrouvée dans 7 cas. Il faudrait une étude à

plus grande échelle pour pouvoir déterminer si cela constitue une part plus importante que dans la population générale pour qui cette présentation est retrouvée en moyenne dans 5% des cas (51).

Vingt-deux des patientes ont accouché par voie basse non instrumentale et vingt à l'aide d'un ou plusieurs instrument(s). Les instruments sont considérés comme un facteur de risque de RUPP dans la littérature (3, 4, 25, 28) mais ce résultat indique bien que d'autres éléments sont impliqués.

Au sein de notre échantillon de 43 patientes, l'accouchement de 22 patientes a nécessité la réalisation d'une épisiotomie et seules 3 patientes n'ont finalement eu aucune lésion périnéale. Cela va également dans le sens des études énoncées précédemment.

Ces résultats ne permettent cependant pas de conclure ou de suspecter l'implication plus spécifique d'une des caractéristiques énoncées dans la persistance d'une RUPP. Cela va également dans le sens des études qui indiquent une origine multifactorielle à cette pathologie (1).

### **4.3 Points forts**

La persistance d'une rétention urinaire du post-partum a fait l'objet de peu de recherches spécifiques. Elle a seulement été étudiée du point de vue de la persistance et du devenir des symptômes ou en comparaison avec des patientes sans complications urinaires. Ces caractéristiques propres n'ont pas été étudiées.

Cette étude a donc permis une première approche en amont de cette complication qu'est la RUPP persistante au-delà de 72 heures du post-partum pour tenter de déterminer les caractéristiques qui pourraient nous faire suspecter la survenue de cette complication.

## 4.4 Limites et biais

L'étude présente des **limites** qui imposent une certaine prudence dans l'interprétation des résultats.

- La taille de l'échantillon étudié était faible du fait de la faible fréquence d'apparition des RUPP. Elle était d'autant plus réduite que nous nous sommes intéressés à la persistance de cette complication.
- Il a été impossible de prolonger la période de recueil de données au-delà de 6 ans. Avant 2013 le suivi de SDC ne faisait pas l'objet d'une informatisation et les données étaient plus limitées.
- Il a été impossible de réaliser une étude cas/témoin du fait de l'absence de traçabilité des patientes avec RUPP incomplète. C'est pourquoi nous nous sommes contentés d'une étude descriptive.
- Du fait de sa réalisation au sein de la maternité du CHI de Poissy/Saint-Germain-en-Laye, l'étude était limitée, par son caractère unicentrique, en termes de reproductivité et d'extrapolation des résultats à la population générale. Toutefois, cette maternité a été choisie en raison de la traçabilité des patientes du fait du suivi en débitmétrie organisé en cas de RUPP.

Des biais peuvent également être mis en évidence :

- Il existe un certain nombre de données manquantes qui ont appauvri notre base de données notamment au début de l'informatisation des données.
- Certaines données étaient imprécises, par exemple, celles concernant le remplissage vasculaire puisque le volume indiqué était celui du contenant alors que le contenu n'a pas nécessairement été administré dans sa totalité notamment dans le post-partum.
- La modification officielle du protocole de prise en charge des RUPP date de 2015. Le contenu du précédent protocole est inconnu.

- Il s'agit d'une étude unicentrique.

## 4.5 Implications et perspectives

Cette étude constitue une toute première approche dans le processus de détermination des caractéristiques impliquées dans la persistance d'une rétention urinaire du post-partum.

En effet, elle ne permet pas d'impliquer avec certitude l'une des caractéristiques des patientes étudiées dans la persistance d'une RUPP. En revanche, le retard diagnostique semble être l'une des caractéristiques de la prise en charge qu'il serait intéressant d'étudier.

Un approfondissement nécessiterait la réalisation d'une étude à plus grande échelle, avec un nombre de patientes plus important et de niveau de preuve plus élevé, de manière à pouvoir déterminer les facteurs de risque impliqués dans la survenue de cette complication. L'étude la plus pertinente semble une étude cas/témoins multicentrique qui permettrait d'établir des facteurs de risque à la persistance de cette pathologie. Toutefois, sa réalisation pourrait être compliquée du fait de la disparité des prises en charge selon les centres et de l'absence de traçabilité de ces patientes.

Nous espérons que ce travail permettra une remise en question de la prise en charge actuelle de la sphère urinaire des patientes.

En effet, il apparaît qu'un travail auprès des professionnels de santé serait à réaliser. Il pourrait concerner le caractère indispensable d'un diagnostic précoce des RUPP complètes et la responsabilité du professionnel, notamment pendant le travail, vis-à-vis de la prévention de cette complication. Dans ce sens, une analyse des pratiques pourrait être intéressante pour évaluer la prévention et le dépistage de cette pathologie auprès de toutes les patientes et, de manière plus ciblée, pour évaluer la prise en charge et les éléments susceptibles d'être améliorés.

Il pourrait être intéressant de mettre au point un outil de dépistage des RUPP notamment en rapport avec l'interrogatoire des patientes. En effet, les questions à propos des difficultés mictionnelles qui participeraient au dépistage des RUPP partielles semblent rarement posées.

## Conclusion

La RUPP constitue une complication complexe de la période post-natale dont les étiologies sont encore mal connues. Les éléments de sa persistance le sont d'autant plus. Malgré tout, elle a fait l'objet de peu de recherches.

L'étude menée constitue une première approche dans la recherche de caractéristiques spécifiques chez les patientes qui présentent une persistance de RUPP. Elle n'a pas pu faire émerger de caractéristique majeure qui puisse être impliquée dans la survenue d'une RUPP persistante mais elle a toutefois permis d'avancer des pistes.

En revanche, il semble primordial de s'intéresser à la prise en charge durant le travail et le post-partum. Celle-ci pourrait faire l'objet d'améliorations.

En dehors des propositions envisagées pour approfondir les données recueillies lors de cette étude, il serait intéressant d'émettre des recommandations pour uniformiser la prise en charge et favoriser l'acquisition d'un bladder scan par l'ensemble des maternités. Cela faciliterait le dépistage ainsi que la surveillance de cette complication et permettrait de limiter les gestes invasifs inutiles.



## Bibliographie

1. Bouhours AC, et al. *Rétention vésicale du post-partum*. Prog En Urol. janv 2011;21(1):11- 7.
2. Abrams P, et al. *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society*. Neurourol Urodyn. 2002;21(2):167- 78.
3. Carley ME, et al. *Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery*. Am J Obstet Gynecol. août 2002;187(2):430- 3.
4. Glavind K, Bjørk J. *Incidence and treatment of urinary retention postpartum*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. juin 2003;14(2):119- 21.
5. Yip SK, et al. *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. août 1997;76(7):667- 72.
6. Pifarotti P, et al. *Acute post-partum urinary retention: analysis of risk factors, a case-control study*. Arch Gynecol Obstet. juin 2014;289(6):1249- 53.
7. Olofsson CI, et al. *Post-partum urinary retention: a comparison between two methods of epidural analgesia*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. janv 1997;71(1):31- 4.
8. Guiheneuf A, Weyl B. *Postpartum-urinary retention. A report of two cases and a review of literature*. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). oct 2008;37(6):614- 7.
9. Groutz A, et al. *Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. Definition, prevalence and clinical implications*. J Reprod Med. janv 2001;46(1):44- 8.
10. Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY. *Postpartum urinary retention*. J Am Board Fam Pract. oct 1991;4(5):341- 4.
11. Saidi A, Delaporte V, Lechevallier E. *Urological problems encountered during pregnancy*. Progres En Urol J Assoc Francaise Urol Soc Francaise Urol. févr 2005;15(1):1- 5.



12. Iosif S, Ingemarsson I, Ulmsten U. *Urodynamic studies in normal pregnancy and in puerperium*. Am J Obstet Gynecol. 15 juill 1980;137(6):696- 700.
13. Chaliha C. *Postpartum bladder dysfunction*. Rev Gynaecol Perinat Pract. sept 2006;6(3- 4):133- 9.
14. Lee JG, Wein AJ, Levin RM. *Effects of pregnancy on urethral and bladder neck function*. Urology. déc 1993;42(6):747- 52.
15. Driggers RW, Miller CR, Zahn CM. *Postpartum urinary retention*. Obstet Gynecol. déc 2005;106(6):1413- 4.
16. Nel JT, et al. *A prospective clinical and urodynamic study of bladder function during and after pregnancy*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2001;12(1):21- 6.
17. Ramsay IN, Torbet TE. *Incidence of abnormal voiding parameters in the immediate postpartum period*. Neurourol Urodyn. 1993;12(2):179- 83.
18. Groutz A, et al. *Early postpartum voiding dysfunction: incidence and correlation with obstetric parameters*. J Reprod Med. déc 2004;49(12):960- 4.
19. Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. *Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse*. Obstet Gynecol. sept 1996;88(3):470- 8.
20. Snooks SJ, et al. *Risk factors in childbirth causing damage to the pelvic floor innervation*. Int J Colorectal Dis. janv 1986;1(1):20- 4.
21. Tetzschner T, et al. *Delivery and pudendal nerve function*. Acta Obstet Gynecol Scand. avr 1997;76(4):324- 31.
22. Tetzschner T, et al. *Pudendal nerve function during pregnancy and after delivery*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1997;8(2):66- 8.
23. Pertek JP, Haberer JP. *Effects of anesthesia on postoperative micturition and urinary retention*. Ann Fr Anesth Reanim. 1995;14(4):340- 51.
24. Handler SJ, et al. 170: *What factors are associated with postpartum urinary retention?* Am J Obstet Gynecol. janv 2011;204(1):S79.
25. Ching-Chung L, et al. *Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. oct 2002;42(4):365- 8.
26. Cutner A, Carey A, Cardozo L. *Lower urinary tract symptoms in early pregnancy*. J Obstet Gynaecol. janv 1992;12(2):75- 8.




27. Stanton SL, Kerr-Wilson R, Harris VG. *The incidence of urological symptoms in normal pregnancy*. Br J Obstet Gynaecol. oct 1980;87(10):897- 900.
28. Teo R, et al. *Clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery: a retrospective case-control study*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. mai 2007;18(5):521- 4.
29. Keita H, et al. *Predictive factors of early postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit*. Anesth Analg. août 2005;101(2):592- 596, table of contents.
30. Weil A, et al. *Effect of lumbar epidural analgesia on lower urinary tract function in the immediate postpartum period*. Br J Obstet Gynaecol. mai 1983;90(5):428- 32.
31. *Protocoles CHI Poissy - Saint-Germain-en-Laye : surveillance en salle de naissance*. 2014;104.
32. Spong CY, et al. *Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop*. Obstet Gynecol. nov 2012;120(5):1181- 93.
33. Bader G, et al. *Protocoles CHI Poissy - Saint-Germain-en-Laye : dépistage et prise en charge de la rétention urinaire du post partum*. 2015;171.
34. Kekre AN, et al. *Postpartum urinary retention after vaginal delivery*. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. févr 2011;112(2):112- 5.
35. Hinman F. *Editorial: Postoperative overdistention of the bladder*. Surg Gynecol Obstet. juin 1976;142(6):901- 2.
36. Groutz A, et al. *Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention*. Neurourol Urodyn. janv 2011;30(1):83- 6.
37. Yip S-K, et al. *Four-year follow-up of women who were diagnosed to have postpartum urinary retention*. Am J Obstet Gynecol. sept 2002;187(3):648- 52.
38. Andolf E, et al. *Insidious urinary retention after vaginal delivery: prevalence and symptoms at follow-up in a population-based study*. Gynecol Obstet Invest. 1994;38(1):51- 3.
39. HAS. *Synthèse de la recommandation de bonne pratique - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/fs\\_accouchement\\_v3.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/fs_accouchement_v3.pdf)



40. HAS. *Recommandation de bonne pratique - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. 2017. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf)
41. Yip S-K, et al. *Screening test model using duration of labor for the detection of postpartum urinary retention*. *Neurourol Urodyn*. 2005;24(3):248- 53.
42. Zhang J, et al. *Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes*. *Obstet Gynecol*. déc 2010;116(6):1281- 7.
43. Harper LM, et al. *Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes*. *Am J Obstet Gynecol*. juin 2014;210(6):536.e1-7.
44. ACOG. *Operative vaginal delivery. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists*. *Int J Gynaecol Obstet* ; 74:69-76. 2001;
45. NICE. *Intrapartum Care. Care of Healthy Women and their Babies During Childbirth*. NICE Clinical Guidelines. 2007;p 55.
46. S. Katherine Laughon, et al. *Neonatal and Maternal Outcomes With Prolonged Second Stage of Labor*. *Obstet Gynecol*. juill 2014;124(1):57- 67.
47. CNGOF. *Recommandations pour la pratique clinique - Modalités de surveillance pendant le travail*. 2007. Disponible sur: [http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2007%252Frpc\\_surv-foet\\_2007.pdf&i=21958](http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2007%252Frpc_surv-foet_2007.pdf&i=21958)
48. CNGOF. *Recommandation pour la pratique clinique - Les hémorragies du post partum*. 2014. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF\\_2014\\_HPP.pdf](http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf)
49. CNGOF. *Recommandations pour la pratique clinique : Prévention et protection périnéale en obstétrique*. 2018. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/cngof-2018-prevention-et-protection-perineale-en-obstetrique/>
50. Mevorach Zussman N, et al. *Protracted postpartum urinary retention-a long-term problem or a transient condition?* *Int Urogynecology J*. 19 févr 2019;
51. Stitely ML, Gherman RB. *Labor with abnormal presentation and position*. *Obstet Gynecol Clin North Am*. juin 2005;32(2):165- 79.

# Annexes


## Annexe I : Protocole surveillance en salle de naissance

	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE POISSY- SAINT-GERMAIN-EN-LAYE		
	SURVEILLANCE EN SALLE DE NAISSANCE CHEMIN INFORMATIQUE	CREE LE : MARS 2014	
		VERSION 1	PAGE 101/287

### 1. Contractilité : Définitions

<p><b>Echec de déclenchement</b></p> <p>Echec à obtenir des modifications du col ou des contractions régulières (<math>\geq 3</math> CU/10 min) après 12 à 18 heures de Syntocinon® et rupture artificielle des membranes.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Stagnation de la dilatation (1<sup>ère</sup> étape du travail)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ dilatation du col <math>\geq 6</math> cm (avant, il s'agit de la phase de latence justifiant l'expectative),</li> <li>✓ membranes rompues,</li> <li>✓ et absence de modification du col <math>\geq 4</math> heures avec des contractions adéquates</li> </ul> <p style="padding-left: 40px;">ou <math>\geq 6</math> heures avec des contractions inadéquates</p>
<p style="text-align: center;"><b>Non engagement (2<sup>nd</sup>e étape du travail)</b></p> <p>Absence de progression (descente ou rotation) après</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <math>\geq 4</math>h parmi les nullipares avec analgésie péridurale (APD)</li> <li>✓ <math>\geq 3</math>h parmi les nullipares sans APD</li> <li>✓ <math>\geq 3</math>h parmi les multipares avec APD</li> <li>✓ <math>\geq 2</math>h parmi les multipares sans APD</li> </ul>

## Annexe II : Protocole dépistage et PEC de la RUPP

	<b>DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA RETENTION URINAIRE DU POST PARTUM</b>	<b>OPC/MOD/115</b>	
		CREE LE : 25/04/2008	
		MODIFIE LE : 12/01/2015	
		VERSION N°3	PAGE 171 SUR 287

<b>Lieux de diffusion :</b> Bloc Obstétrical, SDC 1, SDC 6, GHR		<b>Personnes concernées :</b> Sages-femmes et Gynécologues-Obstétriciens
<b>Rédacteur(s) :</b> G. BADER	<b>Vérificateur(s) :</b> P. ROZENBERG et Cadre de SDC	<b>Approbateur(s) :</b> G. BADER et A. FAUCONNIER

### 1. INTRODUCTION ET OBJECTIFS

La rétention urinaire aigüe postnatale concerne 2 à 5% des accouchements et peut avoir des conséquences sur le fonctionnement du système vésico-sphinctérien.

Une surveillance des mictions dans le post-partum immédiat permet le diagnostic et la prise en charge précoce de la rétention urinaire.

Cette situation est le plus souvent réversible en 72 heures mais s'avère parfois longue et peut nécessiter des sondages à domicile.

### 2. PROTOCOLE

#### 2.1. AU BLOC OBSTETRICAL (CELA NE CONCERNE QUE LES ACCOUCHEMENTS PAR VOIE BASSE)

1. Un sondage urinaire systématique avant l'accouchement, effectué conformément à la procédure d'hygiène du CLIN.
2. Une miction systématique 2 heures après l'accouchement.
3. En l'absence de miction spontanée 2h00 après l'accouchement, sondage urinaire systématique effectué conformément à la procédure d'hygiène du CLIN.

#### 2.2. EN SALLE DE REVEIL (APRES CESARIENNE OU HDD)

Ablation systématique de la sonde urinaire à demeure si la diurèse est satisfaisante et en l'absence de complication per-opératoire, d'hémorragie de la délivrance ou de pathologie maternelle.  
En cas de doute, maintien de la sonde et évaluation de la diurèse.

#### 2.3. DANS LES UNITES DES SDC ET DE GHR (QUELQUE SOIT LA VOIE D'ACCOUCHEMENT).


1. Vérification systématique si miction spontanée **8 heures après l'accouchement**. En cas de miction qualifiée de normale (> 300 ml), quantification de la miction suivante et arrêt de la surveillance.
2. En cas de rétention urinaire aigüe complète OU partielle 8 heures après l'accouchement, application du protocole « Rétention Urinaire du Postpartum » + Calendrier mictionnel

### 3. PROTOCOLE RETENTION URINAIRE AIGÛE

#### 3.1. RETENTION INCOMPLETE (MICTION SPONTANEE)

Bladder Scan Post-mictionnel 3 x / jour (début après la 1<sup>ère</sup> miction)

- RPM < 100 ML → arrêt de la surveillance après le 2nd contrôle

	<b>DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DE LA RETENTION URINAIRE DU POST PARTUM</b>	<b>OPC/MOD/115</b>	
		CREE LE : 25/04/2008	
		MODIFIE LE : 12/01/2015	
		VERSION N°3	PAGE 172 SUR 287

- $100 \text{ ML} \leq \text{RPM} < 300 \text{ ML}$  → poursuite de la surveillance 3 x par jour, puis arrêt de la surveillance SI  $\text{RPM} < 100 \text{ ML}$
- $\text{RPM} \geq 300 \text{ ML}$  → **SONDAGE EVACUATEUR + SURVEILLANCE / Bladder Scan 1 x / 4 Heures** (Appliquer le Protocole Rétention)

### 3.2. RETENTION COMPLETE (ABSENCE DE MICTION SPONTANEE)

Surveillance / Bladder Scan 1 x / 4 Heures

- **Volume Vésical  $< 300 \text{ ML}$**  → Nouveau Contrôle dans 4 Heures
- **Volume Vésical  $\geq 300 \text{ ML}$**  → Sondage Evacuateur + Poursuite Surveillance 1 x / 4 Heures
- **En cas de Retour des Mictions Spontanées** → Appliquer le Protocole Précédent

### 3.3. GESTION DE LA DYSURIE/RETENTION

- Prévenir le médecin ou l'interne en cas de rétention postnatale.
- Mise en place d'un calendrier mictionnel : volumes des mictions spontanées, RPM par bladder Scann et volumes des sondages (auto ou hétéro)
- En cas de Rétention  $> 72$  heures → Apprentissage de l'Auto-Sondage par une IDE stomatologue (poste 67 5291)
- ECBU : 2 fois par semaine en cas de sondages itératifs
- Sortie après Avis Médical (HAD)
- DEBIMETRIE à J10 + Avis Médical



## Annexe III : Caractéristiques générales

Population, N = 43	
Caractéristiques générales	m ± sd [min - max] n
<b>Age (années)</b>	30,3 ± 4,5 [19 - 41]
≤ 20	1
21 > âge > 40	41
> 40	1
<b>Indice de masse corporel (kg/m<sup>2</sup>)</b>	23,1 ± 3,4 [18,2 - 32,3]
< 20	7
20 ≥ IMC ≥ 25	25
25 > IMC > 30	8
≥ 30	2
<i>Donnée manquante</i>	1
<b>Origine</b>	
<i>Caucasienne</i>	31
<i>Afrique du Nord</i>	9
<i>Asie</i>	3

## Annexe IV : Antécédents généraux et caractéristiques obstétricales

		Population, N = 43
<b>ATCD généraux</b>		n
Neurologiques (AVC, SEP, DT1)		0
<b>Caractéristiques obstétricales</b>		m ± sd [min-max] M [IQ] n
<b>Prise de poids (kg)</b>		12,3 ± 4,0 [3-20]
	<i>Donnée manquante</i>	3
<b>Parité (après l'accouchement)</b>		1,4 ± 0,8 [1-5]
	<i>Primipares</i>	29
	<i>Multipares</i>	14
<b>ATCD d'accouchement(s) (multipares)</b>		
	<i>Césarienne unique (2<sup>ème</sup> pare)</i>	3
	<i>Césariennes multiples</i>	0
	<i>1 AVB</i>	9
	<i>3 AVB</i>	1
	<i>4 AVB</i>	1
<b>ATCD post-partum (grossesse antérieure)</b>		
	<i>Dysurie</i>	2
	<i>RUPP</i>	3
<b>Terme d'accouchement</b>		40+2 [38 <sup>+0</sup> -42 <sup>+0</sup> ]
	<i>Donnée manquante</i>	1
<b>Modalités de mise en travail</b>		
	<i>Spontané</i>	29
	<i>Maturation</i>	5
	<i>Déclenchement</i>	3
	<i>Maturation + déclenchement</i>	4
	<i>Donnée manquante</i>	2

<b>Travail sous APD</b>	43
<b>Remplissage vasculaire (ml)</b>	
<i>Quantité soluté pendant le travail</i>	1810 ± 690 [1000-3000]
< 750 ml	2
> 750 ml	37
<i>Donnée manquante</i>	4
<i>Quantité soluté dans PPI</i>	740 ± 520 [500-300]
< 750 ml	25
> 750 ml	9
<i>Donnée manquante</i>	9
<i>Quantité totale</i>	2600 ± 880 [900-5000]
> 750 ml	40
<i>Donnée incomplète</i>	10
<b>Estimation durée du travail (heures)</b>	15,2 ± 8,2
Primipares	16,7 ± 8,3
≤ 11,7 heures	
> 11,7 heures	
Multipares	11,9 ± 7,1
≤ 11,7 heures	
> 11,7 heures	
<i>Données incomplètes ou manquantes</i>	4
<b>Durée du 2<sup>ème</sup> stade de travail (heures)</b>	3,2 ± 1,2
Primipares	3,5 ± 1,1
≤ 3 heures	6
> 3 heures	21
<i>Donnée manquante</i>	2
Multipares	2,4 ± 1,1
≤ 2 heures	5
> 2 heures	8
<i>Donnée manquante</i>	1
<b>Présentation fœtale</b>	
<i>Céphalique occipito-pubienne (OP)</i>	35
<i>Céphalique occipito-sacré (OS)</i>	7
<i>Donnée manquante</i>	1

<b>Durée des efforts expulsifs (min)</b>	27,2 ± 14,9
Primipares	31,7 ± 13,2
≤ 30 minutes	12
> 30 minutes	15
<i>Donnée manquante</i>	2
Multipares	17,0 ± 13,5
< 30 minutes	9
> 30 minutes	3
<i>Donnée manquante</i>	2
<b>Modalités de la naissance</b>	
<i>Non instrumentale</i>	22
<i>Ventouses</i>	15
<i>Spatules</i>	1
<i>Forceps</i>	0
<i>Ventouses + spatules</i>	1
<i>Ventouses + forceps</i>	3
<i>Donnée manquante</i>	1
<b>Durée du 3<sup>ème</sup> stade du travail (min)</b>	6,5 ± 5,1
Primipares	6,6 ± 4,6
< 30 minutes	27
<i>Donnée manquante</i>	2
Multipares	6,1 ± 6,0
< 30 minutes	12
<i>Donnée manquante</i>	2
<b>Délai entre pose APD et accouchement (heures)</b>	9,0 ± 4,1 [2,3-20,5]
<i>Donnée manquante</i>	3
<b>Modalités de la délivrance</b>	
<i>Naturelle</i>	0
<i>DDC</i>	39
<i>DDI (RU)</i>	1
<i>DA-RU</i>	2

*Donnée manquante* 1

**Estimation des pertes sanguines (mL)** 274 ± 171 [100-1000]

*HPPI ≥ 500 mL* 4

*dont HPPI sévère ≥ 1000 mL* 1

**Etat du périnée**

*Intact* 3

*Degré 1* 9

*Degré 2* 6

*Degré 1 + degré 2* 1

*Degré 3 (a)* 2

*Degré 4* 0

*Episiotomie* 22

---

## Annexe V : Caractéristiques organisationnelles

Population, N = 43	
Caractéristiques organisationnelles	m ± sd [min-max] M [IQ] n
<b>Nombre de mictions/SUE pendant le travail</b>	2,2 ± 1 [0 - 4]
<i>Pas de notion de SUE à l'accouchement</i>	6
<i>Données manquantes</i>	3
<b>Délais (heures)</b>	
Entre APD/SUE ou 2 SUE pendant le travail	3,6 ± 1,4 [0,75 - 8,0]
<i>Données manquantes (patientes)</i>	3
Entre APD/1 <sup>er</sup> SUE du PPI	7,0 ± 1,0 [5,83 - 7.83]
<i>Pas de SUE pendant le travail</i>	3
Entre les 2 derniers SUE (travail/PPI)	3,0 ± 1,2 [1,0 - 7,0]
<i>Pas de notion de SUE à l'accouchement</i>	3
<i>Données manquantes</i>	6
<b>Délai entre dernier SUE et diagnostic (heures)</b>	15,9 ± 20,4 [6 - 103]
<i>Pour RUPP totale</i>	7,7 ± 1,2 [6 - 10,5]
= 6 heures	2
6 heures < délai ≤ 8 heures	13
> 8 heures	9
<i>Données incomplètes</i>	3
<i>Pour RUPP partielle</i>	32 ± 30,5 [12 - 103]
= 6 heures	0
6 heures < délai ≤ 8 heures	0
> 8 heures	11
<i>Données incomplètes</i>	2
<i>Pour RUPP partielle puis totale</i>	38,5
<i>Données incomplètes</i>	1
<i>Donnée manquante</i>	1

### Heure d'accouchement

<i>Entre 7h et 10h59</i>	2
<i>Entre 11h et 14h59</i>	6
<i>Entre 15h et 18h59</i>	10
<i>Entre 19h et 22h59</i>	9
<i>Entre 23h et 2h59</i>	11
<i>Entre 3h et 6h59</i>	4
<i>Donnée manquante</i>	1

### Heure d'arrivée en SDC

<i>Entre 7h et 10h59</i>	4
<i>Entre 11h et 14h59</i>	1
<i>Entre 15h et 18h59</i>	6
<i>Entre 19h et 22h59</i>	5
<i>Entre 23h et 2h59</i>	10
<i>Entre 3h et 6h59</i>	13
<i>Donnée manquante</i>	4

**Délai accouchement/SDC (heures)** 5,2 ± 3,6 [1,75-17]

<i>≤ 3 heures</i>	9
<i>3h ≤ délai ≤ 6h</i>	20
<i>≥ 6heures</i>	9
<i>Données manquantes</i>	5

### Service de prise en charge

<i>6<sup>ème</sup></i>	15
<i>RDC</i>	24
<i>Unité kangourou</i>	1
<i>Donnée manquante</i>	3

---

## Annexe VI : Caractéristiques pédiatriques

Population, N = 43	
Caractéristiques pédiatriques	m ± sd [min-max] n
<b>Poids de naissance (g)</b>	3507 ± 362 [2735-4320]
2500 < poids ≤ 3000	3
3000 < poids ≤ 3500	21
3500 < poids ≤ 4000	14
4000 < poids ≤ 4500	5
<b>Périmètre crânien (cm)</b>	35,4 ± 1,3 [31,5 – 37,5]
31 < cm ≤ 33	2
33 < cm ≤ 35	13
35 < cm ≤ 37	24
= 37,5	1
Donnée manquante	3



## Annexe VII : Caractéristiques de la rétention

Population, N = 43	
<b>Caractéristiques de la RUPP</b>	
<b>Type</b>	
<i>Totale</i>	27
<i>Partielle</i>	13
<i>Partielle puis totale</i>	2
<i>Donnée manquante</i>	1
<b>Volume initial de la rétention (ml)</b>	810 ± 380 [200-1900]
<i>≤ 400 ml</i>	7
<i>400 &lt; ml &lt; 1000</i>	18
<i>≥ 1000 ml</i>	15
<i>Donnée manquante</i>	3
<b>Douleur associée</b>	
<i>Absente</i>	22
<i>Vésicale</i>	5
<i>Autre</i>	13
<i>Donnée manquante</i>	3
<b>Possibles facteurs de risque</b>	
<i>ECBU ou BU +</i>	11
<i>Bloc moteur/paresthésie</i>	2
<i>Anesthésie des nerfs honteux</i>	1
<i>Traitement au long court favorisant</i>	0
<i>ATCD neurologique</i>	0
<b>Durée de la rétention (jours)</b>	Mal renseigné [3,2- ?]
<b>Persistance dysurie</b>	7
<b>Diagnostic ultérieur</b>	2
<i>Hypermobilité urétrale</i>	1
<i>Hypertonie sphinctérienne</i>	1