

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact: ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Université Henri Poincaré Nancy I

La rétention urinaire du post-partum

Quelle prévention et quelle prise en charge à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy?

Etude rétrospective descriptive des cas de rétention entre 1998 et 2011 et étude de pratiques et de connaissances des sages femmes

Mémoire présenté et soutenu par Fanny PERRIN

Promotion 2012

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Université Henri Poincaré Nancy I

La rétention urinaire du post-partum

Quelle prévention et quelle prise en charge à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy?

Etude rétrospective descriptive des cas de rétention entre 1998 et 2011 et étude de pratiques et de connaissances des sages femmes

Mémoire présenté et soutenu par Fanny PERRIN

Promotion 2012

Sous la direction de Thomas BOUIN, sage femme cadre enseignant, Nancy

Sous l'expertise du Dr Charlotte MASIAS, gynécologue-obstétricien praticien hospitalier, MRUN

Avec l'aide de Fabienne PERRIN, sage femme en uro-dynamique, MRUN

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier toutes les personnes qui, depuis toutes ces années, m'ont permis d'avancer contre vents et marrées, et qui ont su m'aider et me conseiller dans ce travail. Je pense tout particulièrement à Thomas BOUIN, sage femme cadre enseignant, pour avoir participé à toutes les étapes de ce mémoire, et pour m'avoir guidé et orienté lorsque j'en avais le besoin. Je remercie aussi le docteur Charlotte Masias, gynécologue-obstétricien à la MRUN, et Madame Fabienne PERRIN, sage femme, pour leurs précieux conseils et avis techniques. Je tiens à remercier plus généralement l'équipe enseignante, ainsi que les professionnels rencontrés en stage qui m'ont enrichi professionnellement et personnellement.

D'autre part, j'ai une pensée toute particulière pour mes amis extérieurs à l'école, ainsi que pour mes amies étudiantes sages femmes, qui m'ont apporté tout le soutien nécessaire à la réussite de ces cinq années d'étude.

Je souhaite enfin remercier ma famille et tout particulièrement Jérémy, mon conjoint, d'avoir eu tant de patience à m'écouter et à me conseiller et qui n'a jamais refusé à prendre de son temps pour me venir en aide dans les moments difficiles.

SOMMAIRE

Remercie	ments	5	
Sommaire	2	6	
Glossaire		7	
Introduct	ion	9	
PARTIE 1	: JUSTIFICATION DE L'ETUDE	11	
1. THE	ORIE: LA RETENTION URINAIRE DU POST-PARTUM	12	
1.1.	Définitions et incidence de la rétention urinaire du post-partum		
1.2.	Causes / physiopathologie		
1.3.	Facteurs de risque		
1.4.	Diagnostic		
1.5.	Conséquences et complications		
1.6. 2. MES	Traitements URES PRATIQUES: PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA RETENTION URIN		
	PARTUM		
	Prévention directe : réduction de l'incidence par l'action sur les facteurs	2 4	
2.1.	iques	2/	
2.2.	Prévention secondaire: prévention des complications, diagnostic et traitement		
۷.۷.	Trevention secondaire. prevention des complications, diagnostic et traitement	20	
PARTIE 2	: PRESENTATION DE L'ETUDE	29	
1. PREI	MIERE PHASE : ETUDE DES DOSSIERS	30	
1.1.	Méthodologie	30	
1.2.	Résultats de l'étude des dossiers à la MRUN	33	
2. DEU	XIEME PHASE : ETUDE DES QUESTIONNAIRES	46	
2.1.	Méthodologie	46	
2.2.	Résultats de l'étude des questionnaires à la MRUN	48	
DARTIE 3	: DISCUSSION	62	
	IQUES DE L'ETUDE		
1.1.	Les objectifs sont-ils atteints ?		
	JLTATS		
2.1.	Données générales sur la rétention urinaire du post-partum à la MRUN		
2.1.	Résultats de l'étude des facteurs de risque		
2.3.	Analyse des connaissances des sages femmes		
2.4.	Résultats de l'étude comparative entre les deux périodes et des pratiques des s		
femme	s aujourd'hui	_	
3. CON	DUITES PRATIQUES : les points clefs	85	
3.1.	En salle de naissances	85	
3.2.	En secteur mère-enfant	86	
4. PRO	POSITIONS	87	
Conclusio	n	89	
Bibliograp	ohie	90	
О.	Table des matieres		
Annovos		97	

GLOSSAIRE

AINS: Anti-inflammatoires non stéroïdiens

AVB: Accouchement voie basse

DIM: Département d'Information Médicale

MRUN: Maternité Régionale Universitaire de Nancy

PCEA: Patient Controlled Epidural Analgesia (analgésie péridurale autocontrôlée par le

patient)

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RPM: Résidus post-mictionnels

RUP : Rétention urinaire persistante

RUPP: Rétention urinaire du post-partum

RV: Remplissage vasculaire

SF: Sage femme

SAD : Sondage à demeure

SDC: Suites de couches

SDN: Salle de naissances

SME: Secteur mère-enfant

SUE : Sondage urinaire évacuateur

PREFACE

Le choix du sujet de mémoire de fin d'étude est la première étape dans sa réalisation, et c'est loin d'être la plus simple. Notre métier touche à de multiples domaines (social, médical, culturel, juridique, historique...) qui engendrent tous, des questionnements pouvant faire l'objet d'études intéressantes.

La sage-femme est présente dans de nombreux services, que ce soit avant la grossesse, pendant, lors de la naissance, et après celle-ci.

J'ai voulu faire l'étude d'un sujet qui touche à la clinique et qui concerne véritablement le métier de sage femme, c'est pourquoi je me suis axée sur le problème de la rétention urinaire du post-partum. Il s'agit d'une pathologie relativement peu fréquente et donc peu étudiée. L'avènement de la péridurale augmente incontestablement le risque de sa survenue. La sage femme a alors tout son rôle à jouer en salle de travail pour tenter de la prévenir, la dépister et la prendre en charge correctement dans les secteurs de suite de couches. Ce travail à vocation pratique tend à apporter si possible des éclaircissements et des changements concrets.

Mon questionnement a aussi été celui de la surmédicalisation ou de la sur-sécurité par opposition à une prise en charge plus naturelle. Le sondage urinaire après l'accouchement se veut être un acte protecteur, mais n'est il pas dans les faits réalisé à outrance ?

Introduction

La rétention urinaire du post-partum est une pathologie certes rare, mais relativement handicapante dans ce moment si précieux qu'est le post-partum. Il s'agit d'une pathologie dont la définition et la fréquence différent selon les professionnels, et dont la prise en charge est variable selon les habitudes de chacun.

En 2005, suite à deux cas successifs de rétention urinaire du post-partum, des recommandations de pratiques ont été énoncées pour tenter d'aller à l'encontre de la pathologie, comme par exemple, la pratique du sondage urinaire systématique des accouchées avant leur remontée en chambre. Partant de ce constat, j'ai voulu savoir si de façon générale, ces mesures avaient permis de faire diminuer l'incidence de la pathologie, de limiter les complications, et de réduire autant la durée de la RUPP, que la durée du séjour. En parallèle à cette étude, j'ai voulu connaître les réelles connaissances des sages femmes de suites de couches et de salle de naissances, sur la pathologie et ses facteurs de risque, et savoir si les habitudes professionnelles de ces dernières étaient uniformes en termes de prise en charge mictionnelle pendant le travail et après l'accouchement. La pratique du sondage urinaire après l'accouchement a aussi fait partie de l'objet de ma réflexion.

C'est pour cela que <u>ma première partie</u> consistera en une analyse de la pathologie et de ses facteurs de risque, par le biais d'une revue de la littérature et des dernières données disponibles, ainsi que par l'apport du travail effectué sur le sujet par Aude FEIERABEND, dans le cadre de son mémoire de fin d'études (MRUN - 2007).

Ma deuxième partie reposera sur deux études. D'une part, elle consistera en une analyse des cas de RUPP entre le 1^{er} janvier 1998 et le 1^{er} novembre 2011. Pour ce faire, une comparaison sera faite entre deux périodes dans le temps, à savoir, du 1^{er} janvier 1998 à la date de mise en place des recommandations, soit courant 2005 (**période I**), et de la mise en place des recommandations, jusqu'au 1^{er} novembre 2011 (**période II**). On comparera l'incidence de la pathologie, et certaines caractéristiques comme le nombre et la régularité des SUE pendant le travail, la gestion de la fonction vésicale post-accouchement (SUE, pas de SUE), la gestion des œdèmes/hématomes en salle de naissances, le délai avant la détection et donc la prise en charge de la pathologie, le type de traitement, la durée de l'épisode (...).

D'autre part, l'étude consistera en une analyse des connaissances des sages-femmes sur la pathologie, un bilan des pratiques professionnelles dans la prévention et la prise en charge des RUPP en salle de travail et en suites de couches. Cela me permettra d'apporter d'éventuelles propositions pratiques. Deux types de questionnaires ont été élaborés, un pour les sages-femmes de salle de naissances et un autre pour les sages-femmes de suites de couches.

<u>Ma troisième partie</u> consistera en une discussion sur la gestion de la fonction vésicale en salle de naissances et en suites de couches dans le cadre de la prévention des rétentions urinaires. Grâce à l'étude des facteurs de risque, des résultats de l'étude de dossiers et des résultats des questionnaires, des propositions concrètes pourront être amenées. Celles-ci auront pour objectif de donner un schéma précis de prise en charge mictionnelle.

<u>PARTIE 1</u>: JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1. THEORIE: LA RETENTION URINAIRE DU POST-PARTUM

1.1. Définitions et incidence de la rétention urinaire du post-partum

1.1.1. La rétention urinaire

La rétention au sens général du terme, est une accumulation d'un produit solide, liquide, gazeux dans le conduit destiné à son évacuation [...]. Les substances ainsi retenues constituent un danger soit par leur volume, soit par l'intoxication qu'elles provoquent. Au niveau de la vessie, il existe des rétentions urinaires aigües ou chroniques, partielles ou totales.

La rétention aiguë d'urine (RAU) ou rétention vésicale aigüe (RVA) se définit par l'impossibilité brutale et totale d'uriner alors que la vessie est pleine. En 2002, la société internationale de continence définit la RAU comme un globe vésical palpable, douloureux ou percutable quand le patient est incapable d'uriner [7]. Chez la femme, les RAU se voient le plus souvent en postopératoire ou en post-partum. Il en existe aussi pendant la grossesse, mais les cas sont plus rares.

1.1.2. Spécificité de la rétention urinaire du post-partum : points fondamentaux

La rétention urinaire du post-partum est une pathologie qui complique 0.3 à 17.9% des suites de couches, selon la définition que l'on en retient.

En effet, plusieurs définitions existent, allant de l'incapacité à uriner spontanément dans les 12 heures après l'accouchement [12], dans les 6h après l'accouchement associé à un globe vésical supérieur à 400 ml [19], ou simplement une absence de miction spontanée au-delà de 6 heures du post-partum ou après ablation d'une sonde à demeure [56]. Mais pour certains auteurs [41], la définition de la rétention urinaire commence dès que la vessie ne se vide pas complètement, le plus souvent sans symptôme de rétention. Ce type de RUPP est rarement dépisté, car seule la mesure des résidus post-mictionnels (>150 ml) qui se réalise soit par sondage urinaire évacuateur après les mictions, soit par mesure ultrasonique (BladderscanTM)

permet d'en faire le diagnostic. Une autre définition, est l'incapacité de vider un volume au moins égal à la moitié de sa capacité vésicale. Les rétentions urinaires cachées (partielles) se résolvent en général sans traitement en 48 heures. Cependant, il arrive qu'elles évoluent vers des rétentions urinaires complètes [30]. Ainsi, le protocole de prise en charge variera en fonction de la définition donnée à la RUPP et notamment du délai d'attente autorisé entre l'accouchement et l'incapacité à uriner spontanément. Le délai de prise en charge fluctue dans la littérature de 4 à 12 heures après un accouchement [23].

Soixante-quinze pour cent des RUPP récupèrent en moins de 72 heures [12.19.38] et la guérison est définie par la capacité à uriner spontanément, associée à de faibles RPM.

Dans les études incluant un nombre important de patientes, la RUPP est spontanément résolutive pour toutes les femmes à 6 jours du post-partum [8.36.56].

1.2. Causes / physiopathologie

L'étiologie de cette pathologie est plutôt mal connue, mais on sait qu'elle est due à des mécanismes physiologiques, neurologiques et mécaniques. Elle ne repose que rarement sur un facteur isolé, mais suppose plutôt l'association d'un facteur prédisposant à un facteur déclenchant. Ainsi, la grossesse jouerait le rôle d'élément prédisposant et certains actes ou gestes, le plus souvent au moment de l'accouchement, déclencheraient la pathologie.

1.2.1. Modifications engendrées par la grossesse

L'élévation des taux sanguins de progestérone, dès le troisième mois, engendre une nette diminution de la tonicité des voies urinaires et de la vessie [8.50.38]. La capacité de celle-ci augmente alors jusqu'au 8^{ème} mois [41.49]. Par ailleurs, la croissance utérine amène la vessie en situation abdominale [13], l'urètre s'allonge, et la pression urétrale augmente [41].

DRIGGERS et al. ont montré que 97 % des femmes enceintes avaient un RPM > 50mL et 14 % > 200mL [16]. Ainsi, les normes de résidus post-mictionnels définies pour la population générale (normale < 50mL et pathologique > 200mL [16]) ne sont donc pas applicables pendant la grossesse.

Ces changements sont cependant compensés par la pression qu'exerce l'utérus gravide sur la vessie (ce qui limite ainsi sa capacité), et par la baisse de réponse du sphincter lisse à la stimulation sympathique [37].

Au final, un équilibre tend à s'installer pendant la grossesse entre continence et miction. Juste après l'accouchement le système vésico-urétral est encore relativement hypotonique à cause

de l'influence de la progestérone, mais l'utérus gravide n'exerce plus de pression sur la vessie. Ainsi, durant cette courte période, dite de transition, l'équilibre n'est plus parfait, et le risque qui en résulte s'appelle la rétention urinaire.

Dans le post-partum immédiat, 20 % des femmes ont un RPM > 150mL [47]. Cela est objectivé par une altération de leur débitmètre (diminution du volume uriné, des débits maximum et moyen, pause mictionnelle) [21.47].

Les jours suivants, un retour à la physiologie antérieure est observé [41.56].

Concernant le besoin, durant la grossesse, les valeurs uro-dynamiques standards ne sont pas pertinentes, et celles-ci varient selon la position que la femme enceinte adopte. Au 3^{ème} trimestre, en décubitus dorsal, le 1^{er} besoin est enregistré entre 250 et 400ml et l'urgence mictionnelle entre 1000 et 1200 ml, alors qu'en position assise les valeurs de remplissage sont presque normales. L'utérus comprimant la vessie, limite sa capacité [19]. Le 1^{er} besoin est ressenti pour un volume de 155 ml et l'urgence survient pour un remplissage de 370 ml [44]. Durant le travail et après l'accouchement, la femme est le plus souvent allongée, ce qui explique que le besoin mictionnel n'est pas toujours ressenti pour des volumes standards. Il est donc nécessaire d'installer la patiente en position assise, pour qu'elle puisse ressentir davantage l'envie mictionnelle.

1.2.2. Les effets du travail obstétrical et de l'accouchement

La RUPP peut revêtir plusieurs étiologies :

Augmentation des résistances à l'écoulement urinaire

- Œdème du col vésical et du périnée : ils sont provoqués par la compression de la présentation fœtale sur le col vésical et sur les tissus périnéaux. Dans certains cas, il y a la constitution d'un hématome. Le travail prolongé, notamment la deuxième partie (présentation qui applique fortement sur un col tonique), ainsi que l'accouchement traumatique (extraction instrumentale, suture importante du périnée) sont pourvoyeurs de ces lésions. L'œdème fait alors obstruction à l'écoulement correct des urines.
- Douleurs périnéales : elles sont engendrées par des déchirures périnéales importantes ou une épisiotomie, un œdème, un hématome, une extraction instrumentale difficile. Elles sont responsables d'un spasme de l'urètre lisse par stimulation sympathique des récepteurs du col, voire une contracture reflexe du sphincter strié [46].
- Embrochement de l'urètre lors de la suture.
- Augmentation du tonus du sphincter strié, par stimulation neurologique.

Défaut de contractilité détrusorienne

- Neuropathie d'étirement du nerf Pudendal : la compression du plancher pelvien par la présentation fœtale, ainsi que les efforts de poussées entrainent des perturbations des tissus musculaires et conjonctifs, et des lésions neurologiques [11]. L'arc reflexe est aboli et la contraction du plancher pelvien et des sphincters urétraux est permanente.

Le nerf Pudendal est particulièrement exposé aux lésions mécaniques, au niveau de l'épine ischiatique [13.24].

Les études menées montrent des latences motrices terminales particulièrement augmentées en post-partum après un accouchement voie basse, alors que durant la grossesse et après une césarienne ces résultats ne sont pas retrouvés [52]. Les lésions nerveuses sont plus marquées quand la seconde phase du travail est prolongée, lorsqu'il y a une extraction instrumentale, une déchirure périnéale du 3^{ème} degré, et quand le poids néonatal est important [52]. L'étirement des nerfs pelviens est plutôt causé par l'appui prolongé de la présentation fœtale sur les tissus, qu'au passage à travers la filière génitale [48].

- Médicaments : Il s'agit des myorelaxants, morphiniques et agonistes. Ils entrainent une diminution de la force contractile détrusorienne. Ils sont utilisés en pré-travail et au cours du travail, notamment lors de l'analgésie péridurale.
- Sur-distension vésicale : « claquage détrusorien » : Les fibres musculaires sont sur-étirées, la tension pariétale est extrême et la contraction détrusorienne n'est plus possible. Elle se produit lors du travail ou dans le post-partum quand le reflexe mictionnel est aboli (pas de prise de conscience par la patiente du volume vésical) et que la vessie n'est pas vidée régulièrement. Elle est le plus souvent iatrogène par défaut de prise en charge d'une rétention urinaire transitoire.
- Douleur : elle engendre une hypotonie détrusororienne.
- Causes neurologiques : autres lésions, diabète, herpès.

Autres

- Psychogènes : par gène le plus souvent (miction sur un plat bassin, peu d'intimité).

Le plus souvent, l'étiologie de la rétention urinaire du post-partum est multifactorielle [11] associant une atonie vésicale transitoire (analgésie péridurale) à un œdème ou à des douleurs périnéales (déchirures, épisiotomie, extraction instrumentale).

1.3. Facteurs de risque

Même si toute patiente doit être considérée comme potentiellement sujette à développer une RUPP, certains facteurs de risque indépendants ont pu être mis en évidence.

1.3.1. Facteurs généraux

Antécédents urologiques [46]

Age [46]

L'incidence augmenterait proportionnellement à l'âge, le tonus sympathique étant plus élevé [46]. Cependant, l'âge des accouchées n'excédant rarement les 45 ans, le critère « âge » ne peut donc pas être considéré comme un facteur de risque significatif.

Obésité [25]

Ethnie [48]

Ces quatre facteurs n'ont pas été analysés dans toutes les études et ne se sont donc pas révélés être statistiquement significatifs. Pour exemple, le facteur «âge maternel » n'a pas été retrouvé dans l'étude de HANDLER S.J en 2011.

1.3.2. Facteurs obstétricaux

Analgésie locorégionale [25.31.38.45.48]

Il s'agit vraisemblablement d'un facteur de risque de RUPP bien que l'indépendance de ce facteur ait été difficilement démontrée. En effet, il se trouve lié à d'autres facteurs de risque comme l'extraction instrumentale, le travail prolongé et le remplissage vasculaire important (la pose d'une analgésie péridurale est toujours précédée d'un RV au RINGER LACTATE en raison des hypotensions induites par les produits anesthésiques).

La contractilité du détrusor est diminuée par les nombreuses substances parasympathiques, anesthésiques halogénés et opioïdes. Des tests uro-dynamiques ont montré que l'APD inhibe l'activité vésicale pendant plusieurs heures. Il y aurait un probable effet dose-dépendant et une réponse individuelle variable à l'analgésie péridurale. Une étude cystanométrique précoce comparant des femmes recevant une analgésie péridurale à des femmes n'en recevant pas, a montré que celles qui en recevaient, avaient une vessie plus hypotonique [55]. Le risque de développer une RUPP est plus important avec une APD qu'avec une anesthésie générale, car les analgésies périmédullaires interfèrent de façon constante avec la miction [46].

Remplissage vasculaire [29]

Bien qu'aucune étude n'ait été faite dans le post-partum, le risque de rétention urinaire lié au remplissage vasculaire est commun à toutes les chirurgies. Cependant, le risque pourrait être diminué si la vidange de la vessie au cours du travail était régulière.

Travail prolongé [12.19.21.25.38.48]

Il s'agit de causes d'ordre neurologique et mécanique. D'un point de vue neurologique, le nerf Pudendal et les nerfs du petit bassin sont soumis à l'étirement par la pression prolongée de la tête fœtale, notamment lors de la seconde phase du travail.

D'un point de vue mécanique, le remplissage vasculaire est augmenté, ce qui expose au risque de sur-distension vésicale. On constate, par ailleurs, que bien souvent un œdème du col vésical et/ou périnéal se constitue, celui-ci pouvant s'opposer à l'écoulement des urines (obstruction mécanique).

Extractions instrumentales [12.25.38.48.56]

Des lésions neurologiques (diminution reflexe et volontaire du mécanisme mictionnel) explique la pathologie en partie. De plus, les extractions instrumentales engendrent œdèmes et hématomes, voire des lésions vésicales au moment même du geste. La douleur en post-partum est également majorée. Bien souvent aussi, une réinjection dans le cathéter de péridurale est effectuée quand l'indication d'extraction instrumentale est posée. Ainsi, la durée du retour à une contractilité détrusorienne effective est allongée et il n'est pas rare qu'une rétention urinaire transitoire apparaisse.

Primiparité [12.25.38.48]

Certains autres facteurs de risque de RUPP sont plus fréquemment retrouvés lors d'un premier accouchement : un travail long, des extractions instrumentales, des déchirures périnéales importantes ou épisiotomies.

Episiotomie et déchirures [12.19.25.38.48.56]

Elles entrainent des douleurs, des œdèmes ou des hématomes.

Poids de naissance > 3.8 kg [21]

Ce n'est pas un facteur de risque clairement démontré, mais un poids de naissance important engendre plus souvent un travail prolongé et des extractions instrumentales, eux-mêmes facteurs de risque de RUPP.

1.4. Diagnostic

Quand la rétention est partielle (résidus post-mictionnels élevés), on peut la suspecter devant des mictions de faible volume, fréquentes, avec un flux lent ou intermittent. Pour les rétentions urinaires complètes, le diagnostic est rendu plus difficile par le globe utérin.

1.4.1. Interrogatoire

La femme se plaint généralement de :

- Douleurs qui sont augmentées à la palpation du globe vésical. D'après GROUTZ et al., il s'agit du symptôme le plus spécifique. Dans son étude, il est retrouvé à 63%.
- Impériosité
- Impossibilité d'uriner ou dysurie : il s'agit d'un facteur spécifique dans l'étude de LEE SN. et al. en 1999 [36].
- +/-pollakiurie: il s'agit de mictions par regorgement. C'est l'évacuation du trop plein d'une vessie distendue et incapable de se contracter. Dans le cas là, le diagnostic peut être tardif, car les mictions par regorgement peuvent être prises pour des mictions normales. La douleur, l'envie persistante, et la sensation d'une miction incomplète peuvent orienter le diagnostic, d'où l'intérêt d'être attentif au caractère des mictions en suite de couches.

1.4.2. Examen clinique

On retrouve généralement une voussure hypogastrique convexe vers le haut et une matité sus publenne. Ces deux signes sont le reflet du globe vésical. Un état confusionnel, avec sueurs et agitation peut se voir si la rétention perdure.

Les patientes peuvent ressentir ou ne pas ressentir le besoin d'uriner en fonction du type d'atteinte et de la gravité mais le plus souvent, celui-ci est remplacé par une douleur.

1.4.3. Echographie

Le diagnostic pourra être confirmé par échographie standard ou Bladderscan TM.

« L'appareil d'échographie vésicale mesure la réflexion des ultrasons dans plusieurs plans à l'intérieur de l'abdomen en différenciant la vessie des tissus avoisinants. Il fournit des images en coupe de la vessie et grâce à un microprocesseur, calcule et affiche, sur un écran à cristaux liquides, le volume vésical du patient, en ml » HAS 2008.

Grâce à cet appareil, on peut donc mesurer le volume vésical ou les résidus post-mictionnels [42]. « La mesure vésicale par échographe portable peut se substituer au sondage diagnostique pour évaluer la rétention urinaire et rechercher un résidu post-mictionnel. Il peut permettre d'éviter un certain nombre de sondages inutiles pouvant être douloureux et susceptibles de provoquer des traumatismes urétraux et des infections urinaires. » HAS 2008 Cependant, il est rare d'avoir recours à ces examens complémentaires dans le post-partum. Ainsi, le Bladderscan TM est très peu utilisé (pas d'utilisation à la MRUN) pour plusieurs raisons : la clinique est généralement suffisamment parlante, le coût lié à l'achat du matériel est non négligeable et la formation des praticiens s'avère nécessaire. De plus, il existe une erreur d'approximation de 15 à 25 % pour les volumes vésicaux au moins égaux à 150 ml [38.61].

Par conséquent, devant un globe vésical à l'examen clinique, ou devant des signes évocateurs à l'interrogatoire, un sondage urinaire à but diagnostique mais surtout thérapeutique sera réalisé.

1.5. Conséquences et complications

Le traitement symptomatique par sondage urinaire entraine douleur, inconfort et expose aux infections urinaires, tout comme la stagnation des urines dans la vessie. Il peut s'agir d'une simple cystite pouvant aller jusqu'à la pyélonéphrite. A des stades plus avancés, la complication est l'hydronéphrose, par refoulement des urines vers les reins.

D'un point de vue psychologique, la RUPP entraine incontestablement de l'anxiété et contribue à une médicalisation plus importante du post-partum. Aucune étude n'a été retrouvée sur le lien possible entre la pathologie et la survenue d'une dépression du post-partum.

Il existe des cas où la RUPP dure plus longtemps, des semaines, voire des mois. Il s'agit de la rétention urinaire persistante. Celle-ci est définie comme, l'impossibilité d'uriner spontanément dans les 96 heures suivant l'accouchement [38] ou par la présence de RPM > 150ml au-delà de 96 heures après l'accouchement. Il s'agit de la principale complication à court terme. Elle est peu fréquente, car elle survient dans 0.01 à 0.05% des accouchements [12]. Elle est souvent due à une rétention urinaire négligée (pas de prise en charge symptomatique à type de vidange vésicale), conduisant à l'étirement des fibres musculaires. Cet étirement entraine des lésions ischémiques et des lésions de dégénérescence axonale. En

présence d'une sur-distension vésicale, la pression dans la vessie augmente, ce qui fait chuter le débit sanguin tissulaire, ce dernier pouvant même être compromis. Or, les propriétés fonctionnelles dépendent de la vascularisation et on comprend alors qu'une sur-distension entraine des troubles de la contractilité. [33].

Ce phénomène est plus communément appelé « claquage vésical » signifiant en fait, la perte partielle ou totale des capacités contractiles. Ainsi, la prise en charge est plus lourde, la durée de séjour rallongée. Il semblerait aussi que des séquelles à long terme à type de dysurie, persistance de RPM > 150 ml, pollakiurie nocturne et diurne soient plus fréquentes [20.38].

Il s'agit d'une complication maîtrisable, ce qui prouve l'importance de la prévention en salle de naissances et en suites de couches.

Les séquelles à plus long terme sont très peu évaluées. YIP et al. ont publié en 2002 les résultats du suivi à quatre ans d'une cohorte de 691 femmes dont 101 avaient un RPM>150mL à J1 du post-partum. Cinquante-sept pour cent ont été rappelé à quatre ans, et l'interrogatoire n'a pas montré une augmentation de la prévalence de l'incontinence urinaire [57]. Cependant, la survenue d'un trouble de la statique pelvienne et d'une incontinence urinaire future semble très probable à cause des facteurs de risque associés (travail prolongé, accouchement traumatique).

1.6. Traitements

On ne retrouve aucun consensus dans la littérature concernant le traitement des RUPP. Aucune recommandation n'est éditée par les sociétés savantes d'urologie ou de gynécologie obstétrique. Cependant, il convient de mettre en place un traitement symptomatique et étiologique.

1.6.1. Le traitement symptomatique

Le sondage urinaire est fondamental car il va permettre la vidange vésicale, le soulagement de la patiente et surtout la prévention des complications, s'il est fait en temps voulu. C'est une urgence et il est réalisé :

- 6 heures après l'accouchement, sans miction possible de la patiente (ressentant ou non le besoin), avec +/- la présence manifeste d'un globe vésical (volume vésical >400 ml).
- 4 à 5 heures depuis la dernière miction +/- associé à la présence d'un globe vésical.

Selon les recommandations cliniques du collège de gynécologie-obstétrique de Grande-Bretagne, «Aucun patient ne devrait être laissé plus de 6 heures sans miction ou sans sondage urinaire évacuateur après une opération ou un accouchement» Grade C [68].

Trois techniques sont possibles en fonction des cas et surtout en fonction de la chronologie de la pathologie: le sondage urinaire évacuateur, le sondage à demeure, l'auto-sondage. Dans tous les cas, il s'agit d'un geste invasif qui nécessite des conditions minutieuses, atraumatiques et aseptiques. Ils doivent aussi être quantifiés.

Sondage urinaire évacuateur

Le risque infectieux est présent à chaque introduction de la sonde urinaire. Le passage de celle-ci expose au risque d'irritation, d'inflammation locale et de sténoses urétrales [46]. Lorsque la patiente ne parvient pas à émettre des urines, il doit être réalisé toutes les 3 à 4 heures, excepté après minuit, puis lorsque la patiente parvient à uriner, le sondage urinaire est réalisé après les mictions (qui doivent être tentées toutes les 3 à 4 heures), pour évaluer les résidus post-mictionnels. Il cesse lorsque les mictions sont efficaces (besoin présent et faibles RPM). L'échographie type Bladderscan TM pourrait être une alternative intéressante aux sondages urinaires.

Sondage urinaire à demeure

Il s'agit d'un cathétérisme maintenu en place, qui peut alors entrainer une colonisation bactérienne. Le risque infectieux est proportionnel à la durée du drainage. Il n'existe pas dans la littérature de bénéfice à utiliser préférentiellement le sondage urinaire évacuateur ou le sondage à demeure [12.54].

Certains auteurs le conseillent à partir du deuxième sondage, d'autres après 24 heures. Certains, se basant sur les résidus post-mictionnels, le préconisent lorsque ceux-ci sont supérieurs à 400 ml ou 700ml (en fonction des auteurs). La sonde est généralement retirée 24 à 48 heures après sa pose, et on cherche ensuite à évaluer l'efficacité des mictions par la recherche des RPM [20.38]. Au cours du sondage à demeure, des exercices de rééducations peuvent être instaurés, il s'agit du clampage / déclampage.

Auto-sondages

Il s'agit de sondages réalisés par la patiente elle-même. Cette technique est proposée lorsque la rétention persiste afin que l'accouchée puisse rentrer chez elle. L'apprentissage du geste doit s'accompagner de l'apprentissage à l'utilisation d'un catalogue mictionnel.

1.6.2. Le traitement étiologique

Il est nécessaire de trouver une étiologie à la RUPP, afin de mettre en œuvre un traitement efficace. Si on prend pour exemple, une rétention urinaire causée par un point transfixiant l'urètre, le traitement résidera seulement en l'ablation du point en question.

Il convient de reprendre les critères généraux de la patiente (âge, BMI), ses antécédents personnels (troubles urinaires, ATCD de rétention urinaire du post-partum ou post-chirurgie, herpes...) ainsi que son histoire au cours de la grossesse, les modalités de prise en charge mictionnelle pendant le travail, le type d'anesthésie, le type d'accouchement (extraction instrumentale, épisiotomie, heure de la dernière réinjection d'anesthésie) et la prise en charge mictionnelle dans le post-partum immédiat (heure de la dernière miction / ou dernier sondage).

Un interrogatoire le plus complet possible doit être mis en place: capacité à uriner, ressenti du besoin, présence d'une douleur abdominale et son évaluation, présence d'une douleur périnéale et son évaluation.

Il convient également de réaliser un examen clinique complet à la recherche d'un globe vésical palpable ou d'une mauvaise rétraction utérine, d'une douleur à la palpation, d'un œdème ou d'un hématome, et de pratiquer un examen périnéal pour visualiser les éventuelles sutures. En fonction des éléments retrouvés par l'anamnèse, l'interrogatoire et l'examen clinique, il faut mettre en place un traitement adéquat :

- Le traitement de la douleur : il commence par l'évaluation précise de celle-ci grâce aux échelles de mesure et par la mise en place d'un traitement antalgique adapté. Les antalgiques standards sont prescrits en systématique et un second antalgique est ajouté au besoin.
- Le traitement de l'œdème ou de l'hématome par de la glace en application locale et des antiinflammatoires non stéroïdiens. Ceux-ci ont également un but antalgique.
- Le soutien médicamenteux : Les α -bloquants permettent une relaxation des fibres musculaires lisses de l'urètre et du col vésical, ôtant ainsi les résistances à l'évacuation des urines. Leur action n'a pas été étudiée dans le cas de la RUPP mais certains urologues les préconisent pourtant en complément du drainage. Il s'agit du chlorhydrate d'alfuzosine (XATRAL par exemple) 1 comprimé LP de 10 mg à débuter dès le 1^{er} cathétérisme ou après les sondages. Il réduit de façon significative le volume urinaire résiduel. [71]. Leur utilisation pendant l'allaitement n'a pas été étudiée.

Dès que le diagnostic de rétention urinaire du post-partum a été posé, l'avis d'un praticien spécialisé est recommandé (gynécologue-obstétricien spécialiste en urologie, sage femme en uro-dynamique). On surveillera la survenue d'une éventuelle infection urinaire par la recherche des signes fonctionnels urinaires si la rétention est partielle, et dans tous les cas par la réalisation de bandelettes urinaires. Un examen cytobactériologique des urines sera réalisé en fonction des résultats de la bandelette urinaire. Certains praticiens réaliseront d'emblée un ECBU. Aucune antibioprophylaxie n'est nécessaire en cas de sondage intermittent ou à demeure. Il ne faudra traiter que les infections urinaires symptomatiques (recommandation grade A, AFSSAPS 2008). La constipation sera prévenue, et on conseillera à la patiente de s'hydrater plus qu'à l'habitude (2 litres quotidiens environ). Un bilan d'uro-dynamique sera proposé dans la majorité des cas, surtout si la RUPP persiste, afin d'évaluer la fonction vésicale et de rechercher certaines dysfonctions de type neurologique. En post-partum, la guérison se fait progressivement, et elle est effective quand les résidus post-mictionnels sont inférieurs à 150ml. Ainsi, quand la patiente retrouve une miction, une surveillance systématique des résidus post-mictionnels (grâce au sondage urinaire évacuateur) est instaurée.

2. MESURES PRATIQUES: PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA RETENTION URINAIRE DU POST-PARTUM

Devant l'importance de cette pathologie, il apparait fondamental d'en prévenir l'apparition d'une part et de prévenir les complications d'autre part. Ainsi, on pourrait séparer la prévention en deux axes :

2.1. Prévention directe : réduction de l'incidence par l'action sur les facteurs étiologiques

Il s'agit de réduire la «confrontation» aux facteurs de risque. Pour certains, il ne sera pas possible de diminuer leur influence.

2.1.1. L'analgésie péridurale

Il ne s'agit pas de limiter leur nombre, mais de réduire les doses, aux posologies strictement utiles : suffisantes pour permettre une analgésie correcte de la patiente, sans pour autant provoquer un important bloc moteur et sensitif. La méthode par PCEA devra être utilisée aussi souvent que possible.

En termes de prévention des complications, s'il y a eu une réinjection pour l'accouchement ou une dose conséquente à cause d'un travail très avancé, il faudra être plus vigilant à la reprise de la miction et ne pas hésiter à pratiquer un sondage urinaire évacuateur dès qu'un globe vésical est perçu. Concernant le remplissage vésical, on cherchera à le limiter au maximum en concentrant par exemple les produits qui peuvent l'être ou en maintenant la voie d'attente à un débit faible. Il s'agit surtout dans ce cas là, de surveiller le remplissage de la vessie et de la faire vider régulièrement afin d'empêcher les lésions vésicales. Ainsi, il faudra être attentif à la formation d'un globe vésical au cours du travail ou à des douleurs continues n'ayant aucun rapport avec des contractions utérines. Cependant, la présence de l'utérus et du fœtus, empêchent parfois la visualisation de ce globe. C'est pourquoi, proposer le plat-bassin et le cas échéant pratiquer un sondage urinaire évacuateur toutes les 4 heures parait raisonnable. Il est évident que cela est à corréler avec le volume perfusé, et il apparait judicieux de vider la vessie lorsqu'au moins 500 ml de solutés ont été perfusés, car on sait qu'au delà de 500 ml d'urine dans la vessie, on s'expose à des lésions détrusoriennes.

Dans leur étude, EVRON S et al. en 2009 [18], se questionnent désormais sur la possibilité d'évaluer la fréquence du sondage urinaire pendant le travail, car les résultats de leur étude ont montré un volume moyen au 1^{er} sondage urinaire évacuateur élevé (407ml).

Il est également intéressant de faire vider la vessie d'une patiente, au début du travail actif et en tous les cas avant la pose de péridurale. Chez une femme qui est en pré-travail, il faudra y penser avant de la descendre en salle de naissances. C'est d'ailleurs ce que recommande l'équipe obstétricale du «Queens Mother Hospital » d'Angleterre. Ils préconisent d'encourager la femme à vider sa vessie toutes les 3 heures (en s'aidant du partogramme et des solutés passés). Si la miction est impossible sur deux essais, ils jugent nécessaire de poser une sonde à demeure, qui sera retirée juste avant l'accouchement. En effet, le fait de laisser une sonde en place pour l'accouchement ne protège pas des dommages vésicaux. Afin de prévenir les infections urinaires iatrogènes, on proposera le plat bassin avant de sonder la patiente, en l'installant correctement, c'est-à-dire en position assise et en respectant son intimité et en lui laissant un temps suffisant. On le proposera d'autant plus que la patiente n'est pas sous analgésie péridurale.

2.1.2. La durée du travail

C'est un facteur sur lequel, les professionnels n'ont pas vraiment de marche de manœuvre si ce n'est d'éviter la stagnation du travail et de limiter au maximum la durée de la seconde phase, en utilisant au besoin des utéro toniques. On peut se demander si la pose d'une sonde à demeure ne serait pas judicieuse lorsqu'on suspecte que le travail va être long, comme c'est le cas pour un déclenchement. Cela se justifie par la vidange régulière de la vessie, qui évite ainsi le risque de sur-distension vésicale et par une diminution du passage de la sonde urinaire dans l'urètre qui peut occasionner des lésions ainsi qu'une augmentation du risque d'infections urinaires. Cependant, l'étude d'EVRON S et al. ne montre aucun avantage au sondage urinaire continu durant le travail en termes de durée du travail, d'infection urinaire et de rétentions urinaires du post-partum.

La marche durant le travail est possible et diminuerait l'incidence des rétentions urinaires de 8 % [14].

2.1.3. L'épisiotomie ou les déchirures périnéales

La pratique de l'épisiotomie doit être restrictive. Il faut être minutieux pendant la suture, ne pas serrer outre mesure les points, pour ne pas engendrer un œdème périnéal et poser systématiquement une sonde urétrale lorsque la suture concerne le périnée antérieur.

2.1.4. Les extractions instrumentales

Elles doivent être limitées au maximum. Dans la mesure du possible, les efforts expulsifs doivent être débutés lorsque la présentation est en partie basse. « Un soutien continu de la parturiente par la sage-femme ou un proche pendant le travail réduit le nombre d'extractions instrumentales », d'après un rapport du comité national des gynécologues-obstétriciens français en 2008. (Grade A) [70].

2.1.5. Les lésions iatrogènes de la vessie et de l'urètre

Le sondage urinaire avant l'accouchement est bénéfique pour plusieurs choses : cela favorise l'expulsion (en ôtant un potentiel obstacle mécanique à la descente de la présentation) et cela diminue le risque de lésions de la vessie et des voies urinaires lors de l'expulsion. Cependant, il doit être réalisé de manière atraumatique. S'il est pratiqué quand la tête fœtale est sur le périnée, la sonde urinaire est souvent difficilement introduite et on risque d'être plus délétère qu'en s'abstenant.

2.2. Prévention secondaire: prévention des complications, diagnostic et traitement

Afin de prévenir les complications, et plus particulièrement la sur-distension vésicale, on pourra être amené à pratiquer un sondage urinaire évacuateur avant la remontée de la patiente en secteur. Aucune recommandation nationale n'est érigée concernant les soins à prodiguer à la mère en post-partum immédiat et plus particulièrement concernant la miction. Cependant, si le SUE est pratiqué dans le seul but de prévenir une sur-distension vésicale, il doit être réalisé seulement si l'examen clinique l'en encourage, ou si la patiente présente plusieurs facteurs de risque de RUPP et que l'activité en secteur est telle qu'une surveillance adéquate d'un globe vésical et de la reprise de la miction ne peut être faite. Il peut aussi être discuté si un sondage a déjà été réalisé au moment de l'accouchement. Certaines équipes préconisent le sondage urinaire évacuateur systématique pour toutes les femmes qui ne parviennent pas à uriner en salle de naissances. Celui-ci s'expose toutefois aux infections urinaires iatrogènes, qui augmentent la durée du séjour, créent un inconfort maternel, voire des douleurs. Aussi des facteurs psychogènes à eux seuls, comme la gêne, le manque d'intimité ou l'inconfort pourraient expliquer l'incapacité à uriner en salle de naissances sur un

plat-bassin. La position peu adéquate (parfois allongée), et la douleur qui réapparait progressivement peuvent aussi empêcher la miction.

Ainsi, il apparait important d'installer l'accouchée correctement sur le plat bassin, en position assise, de lui laisser un temps suffisant et de respecter son intimité. La possibilité de tenter une miction sur des toilettes après l'accouchement permettrait à l'évidence aux femmes d'être plus à l'aise, ce qui augmenterait les mictions spontanées.

Le manque de connaissance de cette pathologie conduit souvent à des retards diagnostiques délétères ainsi qu'à des traitements variables selon les équipes [19.23]. Ainsi, il est nécessaire que les sages femmes soient bien au clair avec les facteurs qui peuvent engendrer la pathologie, sa définition et donc le délai au-delà du quel il faudra intervenir. D'autre part, les sages femmes de suites de couches doivent avoir des informations précises sur :

- Le remplissage vasculaire pendant le travail (lors du travail, les mictions sont physiologiquement faibles, mais après l'accouchement, il y a une élimination importante d'une part des œdèmes constitués pendant la grossesse et d'autre part, du remplissage apporté au cours du travail). Ainsi, une attention particulière sera portée à la patiente qui aura bénéficié d'un important remplissage vasculaire (1.5l 2l pas forcément éliminé durant le travail).
- La reprise de la miction spontanée. Il sera important de savoir si la femme a réussi à uriner seule en salle de naissances. Si ce n'est pas le cas, il faudra s'enquérir de savoir si un sondage urinaire a été pratiqué. Le volume drainé est intéressant, dans le sens où plus il sera important, plus cela sera péjoratif (possibles lésions).
- L'heure du dernier sondage ou de la dernière miction : bien souvent lorsque la femme n'a ni été sondée, et n'a ni réussi à produire une miction spontanée, l'heure de la dernière miction n'est pas connue. Or, c'est elle qui va conditionner l'heure butoir au-delà de laquelle, il sera judicieux de pratiguer un SUE, si la femme ne parvient pas à uriner seule.
- L'heure de la dernière réinjection dans le cathéter de péridurale qui pourrait expliquer la rétention urinaire transitoire.
- Les mesures thérapeutiques prises en salle de naissances : glace, antalgiques...

C'est pourquoi, la transmission des informations par les sages femmes de salle de naissances est fondamentale. Elle peut se faire oralement ou par écrit, mais l'information écrite a l'avantage d'être plus pérenne.

La sage femme pourra donc continuer la thérapeutique déjà instaurée en salle de naissances, mettre en place des mesures d'aide et d'incitation à la miction et avoir une idée de l'heure à laquelle la femme devra retrouver une miction spontanée. On sait que le retard de prise en charge est un facteur déterminant dans la pérennisation des troubles urinaires [20.38].

La surveillance de la reprise mictionnelle et du besoin devra être attentive associé à un examen clinique régulier à la recherche d'un globe vésical. Il faudra soulager la douleur en proposant à la patiente des antalgiques, le plus précocement possible. Ils peuvent aussi être donnés en salle de naissances. Les AINS s'avèrent également être une solution pour les douleurs et aussi pour réduire les œdèmes. « Les anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale ou par voie rectale sont efficaces sur les douleurs post-épisiotomie », d'après un rapport du comité national des gynécologues-obstétriciens français en 2005 (Grade A) [69]. La douleur doit être évaluée en SME, (EVA ou autres échelles), pour s'assurer de la réelle efficacité du traitement.

Les œdèmes et hématomes périnéaux sont à traiter le plus tôt possible, en salle de naissances si possible, à l'aide de glaçons en application locale. Leur prise en charge est fondamentale car, comme pour la douleur, ils peuvent être la cause de la RUPP, mais aussi compliquer une rétention urinaire transitoire.

Les conseils donnés et les méthodes incitatives peuvent être d'une grande aide : il peut s'agir d'une stimulation du besoin en proposant à la patiente de faire couler de l'eau, d'immerger ses mains dans de l'eau froide, d'alterner contraction et relâchement du plancher pelvien, d'exercer une poussée abdominale lorsqu'elle se trouve sur les toilettes, ou de lui proposer de se lever et de marcher, ou encore de prendre une douche ou un bain chaud.

En postopératoire, ces mesures d'aide permettent la miction chez 60 % des patients présentant une rétention urinaire.

Dès lors que le diagnostic d'une RUPP est posé: miction impossible 6 heures après l'accouchement et sondage urinaire évacuateur productif > 400ml, la patiente doit bénéficier d'une surveillance accrue et d'un traitement adapté. D'après l'étude d'HINMAN en 1976 [26], un seul épisode de sur-distension vésicale au cours d'une rétention d'urine peut occasionner des dommages irréversibles du détrusor. Le volume initialement drainé a toute son importance, c'est un marqueur de sévérité, qui permettra de présager de la durée de la rétention urinaire. [8.36.56]. En effet, RODERICK Téo et al. ont trouvé qu'un volume vésical rétentionné initial inférieur ou égal à 750ml conduisait significativement à une plus courte durée de sondage vésical qu'un volume initial supérieur à 750ml. Il affirme d'ailleurs qu'un diagnostic précoce et que le sondage urinaire thérapeutique limite les lésions du détrusor [48]. La nécessité de protocoles en per et post-partum apparait évidente. Dans les autres pays, des recommandations nationales sont érigées, c'est le cas notamment de l'Angleterre.

PARTIE 2: PRESENTATION DE L'ETUDE

Le travail a consisté en deux phases :

Une première phase descriptive de la pathologie à la MRUN grâce à une étude de dossiers. Cette partie se voulant aussi comparative. En effet, nous avons réalisé une comparaison de certaines modalités en matière de prévention de la pathologie et de prise en charge de celle-ci entre deux périodes :

-période I : janvier 1998 à décembre 2004

-période II : janvier 2005 à novembre 2011

Une deuxième phase axée sur une analyse des connaissances et des habitudes professionnelles des sages femmes dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge des RUPP. Cette partie étant construite à partir des réponses aux questionnaires distribués.

1. PREMIERE PHASE: ETUDE DES DOSSIERS

1.1. Méthodologie

1.1.1. Objectifs et hypothèses testées

L'objectif principal de cette phase est d'évaluer l'incidence de la rétention urinaire du post-partum à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy et de comparer aussi bien, les pratiques entrant dans la prévention de la pathologie en salle de travail et en secteur mère-enfant, que la prise en charge de celle-ci dans les mêmes secteurs, avant et après des recommandations de pratiques émises localement, à la MRUN en 2005. Nous voulons savoir si la mise en œuvre de ces nouvelles mesures pratiques a permis de faire diminuer l'incidence de la pathologie et d'améliorer sa prise en charge, en réduisant par exemple la durée de l'épisode pathologique.

Cette phase comporte également un objectif secondaire qui s'appuie sur la recherche de facteurs de risque, en vue de comparer ces derniers avec les données de la littérature.

La première hypothèse de cette analyse suppose que les recommandations ont permis, de faire chuter l'incidence des RUPP et de rendre plus précoce le diagnostic, évitant ainsi certaines complications notables qui retardent la guérison.

La seconde hypothèse est la coïncidence des critères communs des patientes de notre population, avec les facteurs de risque évoqués dans la littérature.

1.1.2. Schéma général de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive rétrospective pour l'étude des facteurs de risque. Pour construire ce type d'étude, nous avons effectué un relevé exhaustif des cas de rétention urinaire du post-partum sur une période de 14 ans, allant de janvier 1998 à novembre 2011, avec l'aide du Département d'Information Médicale de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy,

En parallèle à cela, nous avons élaboré une étude épidémiologique analytique comparative, type « cas-témoin » sur cette population, où nous avons séparé la période initiale 1998-2011 en deux périodes de durées égales (période I: 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2004 et période II: 1^{er} janvier 2005 au 1^{er} novembre 2011).

1.1.3. Population étudiée

L'étude s'est construite à partir d'un relevé exhaustif des cas de rétention urinaire du postpartum subis à la MRUN depuis 1998 à aujourd'hui. Deux méthodes ont été utilisées pour retrouver les cas. Premièrement, nous avons lancé une recherche dans la base de données PMSI de la MRUN à partir du code R33 « rétention urinaire » crée en 2002. Nous avons ainsi obtenu une liste de 18 cas dont 11 exploitables, répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. 6 dossiers ont été exclus et 1 dossier n'a pas pu être retrouvé. Puis nous avons effectué une autre manipulation pour retrouver les cas dans la période « 1998 à 2002 ». Nous avons obtenu une liste de 12 patientes et 8 d'entres elles sont entrées dans l'étude. Enfin, nous avons utilisé le code créé en 2009 propre aux consultations sage femme uro-dynamique en secteur mère-enfant. Une liste de 12 patientes nous a été fournie et seulement un cas nouveau a pu être intégré par cette méthode. Les problèmes de continence urinaire étant le motif principal de ces consultations. Nous avons utilisé toutes les ressources disponibles pour faire l'étude la plus exhaustive possible. Cependant, des véritables cas mais dont le diagnostic n'aurait pas été évoqué sur la feuille résumant le séjour, la feuille d'acte ou sur la feuille de sortie ont pu échapper à notre recueil, comme c'est le cas aussi pour les consultations urodynamique qui n'auraient pas été cotées. Ainsi, il est évident que si le relevé est exhaustif par les possibilités de recherche, il ne l'est pas tout à fait dans la « réalité ».

Les critères d'inclusion retenus sont :

- Accouchement par voie basse
- Rétention urinaire du post-partum immédiate : pas de miction possible après l'accouchement

Les critères d'exclusion retenus sont :

- Accouchement par césarienne
- Rétention urinaire du post-partum secondaire (miction possible après l'accouchement)

1.1.4. Description des données collectées et définitions

La trame de recueil ainsi que les définitions des données collectées figurent en annexes II et III.

1.1.5. Modalités de mesures

Modalités de recueil des données et informatisation

Une grille de recueil comprenant un codage des données à recueillir a été élaborée afin de faciliter le stockage et le traitement de celles-ci, ces dernières que nous avons alors directement rentrées dans un fichier EXCEL (logiciel EXCEL 2007) lors de l'étude des dossiers aux archives. La période de recueil s'est étendue du 22 juin 2011 au 18 août 2011. Aucune donnée directement ou indirectement identifiante n'a été intégrée dans ce fichier.

Traitement statistique des données

L'analyse statistique a été réalisée grâce aux logiciels Microsoft office EXCEL 2007 et EPIDATA analysis. L'étude des facteurs de risque a principalement résidé en une analyse descriptive, utilisant des médianes, écart-interquartiles et minimum-maximum dans la présentation des données quantitatives, des effectifs et des pourcentages dans la présentation des données qualitatives.

L'étude comparative a nécessité des calculs statistiques: test de Kruskal Wallis pour la comparaison des données quantitatives grâce au rapport des médianes (test paramétrique de Student non utilisable: effectifs<30 et distribution ne suivant pas une loi normale) et test exact de Fisher pour la comparaison des données qualitatives. (Test du Khi 2 non réalisable à cause de la taille des effectifs).

Le seuil de signification retenu (p) était de 5 %.

Les représentations graphiques ont été réalisées grâce aux logiciels EXCEL version 2007 et WORD 2003 et 2007.

1.2. Résultats de l'étude des dossiers à la MRUN

1.2.1. Présentation de l'échantillon

Constitution de l'échantillon

Vingt cas de rétention urinaire du post-partum ont été exploités. L'échantillon était constitué de 19 patientes différentes. En effet, une patiente a souffert à deux reprises de la pathologie après deux de ses accouchements.

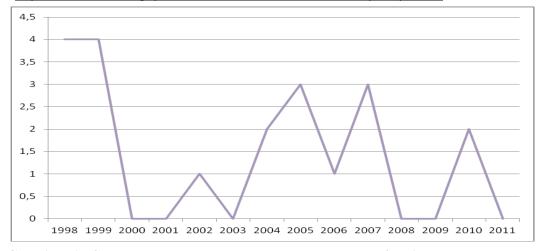
Dans la liste fournie par le DIM, plusieurs cas ont du être exclus: un cas où la rétention urinaire est survenue pendant la grossesse, un cas où la rétention urinaire a été différée après l'accouchement (J4) et quelques autres cas survenus post-césarienne.

Un cas a été exclu de l'étude comparative avant 2005 / après 2005 car peu de renseignements ont pu être retrouvés. Cependant, les données générales comme la parité, le mode de terminaison de l'accouchement, ou encore la présence ou non d'une analgésie péridurale ont pu être exploités pour l'étude des facteurs de risque. En effet, il s'est avéré parfois difficile d'obtenir toutes les informations que nous voulions exploiter dans chacun des dossiers. C'est pourquoi, l'effectif N est variable en fonction du critère étudié.

Données générales de l'échantillon

- <u>L'incidence</u> de la rétention urinaire du post-partum post accouchement voie basse calculée par cet échantillon sur une période de 14 ans à la maternité régionale universitaire de Nancy est de 0.06% (20 cas sur 34 000 accouchements voie basse).

Répartition chronologique des cas de rétention urinaire du post-partum



Graphique 1 : Courbe représentant le nombre de cas de RUPP en fonction des années.

Sur ce graphique, nous voyons que la fréquence d'apparition d'une rétention urinaire du postpartum est rare, mais surtout assez irrégulière dans le temps. La courbe de tendance ne montre pas non plus clairement, une cinétique d'augmentation ou de diminution de la fréquence d'apparition de la pathologie. Il y a des années où l'incidence est importante, comme c'est le cas en 1998 et 1999 et des périodes où celle-ci est plus faible, voire nulle, comme c'est le cas en 2000, 2001 ou 2008, 2009, 2011.

L'analyse de la dispersion annuelle montre que les cas de 1998 se sont étalés sur les huit premiers mois de l'année (fin janvier, début mars, fin juin et mi août).

En 1999, les cas se sont répartis plus au moins régulièrement dans l'année sauf pour un cas qui a eu lieu un mois seulement après un précédent.

En 2004, les deux cas sont apparus à moins de trois mois d'intervalle, ce qui a d'ailleurs amené les professionnels de l'obstétrique à penser à de nouvelles mesures pour tenter de prévenir davantage la pathologie, la diagnostiquer plus précocement et réduire ses complications.

Fin 2005, trois cas successifs sont à noter en fin d'année (mi septembre, fin novembre et début décembre), et un cas début 2006 (fin janvier). En 2007, deux patientes ont souffert d'une RUPP à moins d'une semaine d'intervalle et un troisième cas est apparu moins d'un mois après ces deux là. En 2010, il y a eu deux cas en milieu d'année à dix jours de distance. En 2011, bien qu'aucun cas n'apparaisse dans les statistiques, deux patientes au moins ont développé une RUPP puisque mes collègues en stage à ce moment là me l'ont précisé à postériori. Les dossiers n'ont malheureusement pas pu être ressortis du fait de l'absence de connaissance de l'identité de ces femmes.

- Analyse descriptive de la pathologie sur l'échantillon

Variable	moyenne	écart-type	min	Q1	médiane	Q3	max	N
Durée de la RUPP* (heures)	72,05	62,35	8	24	60	8	>240	19
Durée du séjour (jours)	5,66	1,69	3,5	4,5	5,5	6	10	19

*RUPP : rétention urinaire du post-partum

La fin de la pathologie a été définie par des mictions spontanées, régulières, et complètes. Ainsi, la *durée moyenne* de la pathologie a été de 72 heures. Pour 16 % d'entre elles (3), l'épisode s'est résolu, en moins de 24heures, 37% (7) en moins de 48 heures, 63% (13) en moins de 72 heures. Pour 37% (7) des patientes, l'épisode a perduré au-delà de 72 heures, pour 26% des patientes, l'épisode s'est prolongé au-delà de 96 heures depuis l'accouchement. Les patientes sont restées *en moyenne* à la MRUN 5 jours et 16 heures.

Même si l'étiologie est bien souvent multifactorielle, on a pu relever les étiologies suivantes :

- Mécaniques : 8 patientes sur 17 par obstruction à l'écoulement urinaire par un œdème ou un spasme de l'urètre (douleurs périnéales importantes). Une patiente s'est vue se faire ôter des fils périméatiques en post-partum, qui lui causaient sa rétention urinaire. L'étiologie a donc été facilement identifiable.
- Neurologiques : 8 patientes sur 17 ont eu une injection d'anesthésiques par voie péridurale juste avant ou juste après la naissance de leur enfant, ce qui pourrait expliquer une rétention urinaire transitoire.

L'étirement du nerf Pudendal a très certainement causé des rétentions urinaires dans notre population, mais sa proportion ne peut être évaluée correctement en l'absence de bilan uro-dynamique réalisés.

De plus, certains cas ont peut être d'origine psychogène, exclusif ou associé à d'autres causes, mais nous ne pouvons pas le démontrer.

Au niveau des complications, d'une façon quasi-certaine, pour deux patientes, une surdistension vésicale a gêné la guérison classique, provoquant une sidération des nerfs vésicaux. Un autre « claquage vésical » est suspecté.

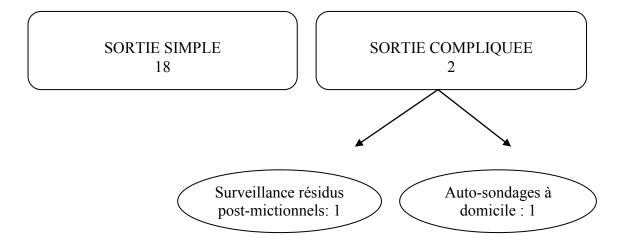
- Quelques éléments intéressants dans la prise en charge de ces patientes :

Une recherche des résidus post-mictionnels avant la sortie des patientes a été réalisée dans 9 cas sur 17 (soit dans 53% des cas).

Un bilan entrées/sorties a été demandé dans 3 cas sur 17 (18%) et une rééducation vésicale sur sonde à demeure en pratiquant le clampage / déclampage s'est vue instaurée dans 2 cas sur 17 (12%).

<u>La sortie</u> :

La sortie simple signifie que la patiente est à priori « guérie » de sa rétention urinaire et que plus aucun signe ne persiste. A l'inverse, la sortie compliquée signifie quant à elle que les patientes ne sont pas guéries à leur sortie ; il s'agit généralement de la persistance d'une dysurie nécessitant la poursuite d'une surveillance et/ou d'un traitement.



Concernant la prise en charge post-maternité :

- Une patiente s'est vue prescrire un rendez-vous de contrôle 10 jours après sa sortie car elle présentait à sa sortie une persistance de résidus post-mictionnels pathologiques (300 ml). Ce rendez-vous a permis de clôturer l'épisode pathologique et d'affirmer la guérison de la patiente. (Résidus post-mictionnels de 5cc et bandelette urinaire négative).
- Une patiente est sortie de la maternité avec une rétention urinaire en cours de résolution : elle devait pratiquer des auto-sondages six fois par jour (donc toutes les 4 heures), et dès que les mictions étaient possibles, réaliser un sondage après chaque miction pour évaluer les résidus post-mictionnels, pendant au moins 15 jours. Elle revoyait une sage femme d'uro-dynamique une fois par semaine. Elle devait en outre, faire un bilan d'uro-dynamique en externe et des séances de rééducation vésicale. Aucune information concernant l'évolution n'a pu être retrouvée dans les dossiers concernant cette patiente.
- Une autre patiente est sortie de la maternité sans que la rétention urinaire ne soit totalement résolue. Cette dernière a bénéficié d'une surveillance des résidus post-mictionnels à son domicile, par une infirmière libérale. Elle devait revoir une sage femme d'uro-dynamique pour des séances de rééducation, revoir un urologue dans les deux mois, et pratiquer un bilan d'uro-dynamique six mois après sa sortie. Cette patiente a arrêté les sondages urinaires 13 jours après sa sortie et a bénéficié de deux débitmétries durant son séjour.

Le bilan d'uro-dynamique réalisé six mois après son accouchement retrouvait une hypertonicité sphinctérienne et une débitmétrie perturbée. Le diagnostic évoqué à postériori a été celui d'un étirement du nerf Pudendal et un claquage vésical dont la récupération était en cours à ce moment là.

- Enfin une dernière patiente s'est vue proposer un bilan d'uro-dynamique Au total, trois bilans d'uro-dynamique, à réaliser plus ou moins rapidement, ont été prescrits.

1.2.2. Résultats concernant l'étude des facteurs de risque

L'accouchement a eu lieu en *moyenne* pour le groupe à 39.9 SA (38-41.5) +/-0.9 N=19 L'âge moyen des femmes de la population est de 27,42 ans [17-38]. Deux grossesses ont nécessité l'aide médicale à la procréation.

Les antécédents médico-chirurgicaux notables sont :

- coliques néphrétiques avec dilatation pyelique nécessitant la mise en place d'une sonde JJ
- kyste sacro-coccygien opéré
- embolie pulmonaire
- infections urinaires à répétition hors grossesse
- rétention urinaire du post-partum

Critère étudié	Effectif (%) ou médiane	N
Critere etaule	± écart interquartile	11
	[min-max]	
Indice de masse corporelle (kg/m²)	$20.5 \pm 3.6 [18 - 47]$	19
Prise de poids (kg)	$14 \pm 3 [7 - 20]$	19
Hauteur utérine à l'entrée (cm)	$32 \pm 2 [31 - 41]$	20
Parité		
primipare	11 (55%)	20
multipare	9 (45%)	20
Type de déclenchement		
spontané	13 (68.42%)	19
artificiel	6 (31.58%)	19
Travail sous analgésie péridurale	20 (100%)	20
<i>Type d'APD*</i>		
réinjection à la demande	12 (63.16%)	19
seringue électrique	1 (5.26%)	19
PCEA**	5 (23.32%)	19
rachi-péridurale	1 (5.26%)	19
Remplissage vasculaire		
< 500Ml	0 (0%)	17
500 Ml -1.51	11 (64.71%)	17
1.51 - 2.51	6 (35.29%)	17
> 2.51	0 (0%)	17
Remplissage vasculaire > 11 avant 1SUE** *	14 (82.35%)	17
Délai moyen entre 2 SUE** (heures)	$5.5 \pm 2.5 [3-7]$	9
Durée du travail (heures)	$6 \pm 4{,}12[2-10]$	20
Durée de la deuxième phase du travail (heures)	$1 \pm 2 \left[0.5 - 3.75\right]$	19
Réinjection <2heures avant l'accouchement	-	
non	4 (21.05%)	19
oui	15 (78.95%)	19
dont réinjection<10 minutes avant l'accouchement	7 (46,67%)	15
Présentation fœtale		
céphalique occipito-pubien	20 (100%)	20
céphalique occipito-sacré	0 (0%)	20
siège	0 (0%)	20
Mode de terminaison		
simple	8 (40%)	20
ventouse	1 (5%)	20
forceps	11 (55%)	20
Expression abdominale		
non	18 (100%)	18
oui	0 (0%)	18
Etat du périnée		
intact / éraillures	2 (10%)	20
déchirure	6 (30%)	20
épisiotomie	12 (60%)	20
Œdème périnéal		
non	10 (52.63%)	19
oui	9 (47,37 %)	19
Hématome périnéal		
non	10 (52,63%)	19
oui	9 (47,37%)	19
Poids de naissance de l'enfant (grammes)	$3360 \pm 442,5 [2760 - 4260]$	20
Périmètre céphalique de l'enfant (cm)	$34\pm 2,5 [32-37]$	18
*APD : analgésie néridurale ** PCEA : Patient Controlled Eni		iro óvacua

*APD : analgésie péridurale ** PCEA : Patient Controlled Epidural Analgesia *** SUE : sondage urinaire évacuateur

<u>Tableau 1</u>: Facteurs de risque de RUPP

32 % des patientes ont bénéficié d'un déclenchement artificiel du travail.

Les patientes de notre population sont à 55 % des primipares. Une analgésie péridurale a été installée lors du travail pour toutes les patientes, avec un mode de réinjections à la demande pour 63 % des patientes, et technique PCEA pour 23%. Dans 79% des cas, une réinjection d'anesthésiques par le cathéter de péridurale à proximité de l'accouchement (moins de deux heures) à été nécessaire et pour plus de 46% des cas, cette dernière a eu lieu environ 10 minutes avant la naissance. Pour un cas, il y a eu une réinjection post-accouchement pour réaliser une suture périnéale

L'expulsion a été assistée dans 60% des cas et l'extraction par forceps a été prédominante (55%). Le forceps de Tarnier a été majoritairement utilisé. Aucune extraction instrumentale par spatules de Thierry n'a été retrouvée.

Une épisiotomie a été réalisée pour 60% des patientes. Dans 10 % des cas, le périnée était intact ou présentait de simples éraillures.

Plus de 47 % des femmes ont présenté un œdème périnéal. Sa présence a été recherchée soit par la transcription écrite en post-partum immédiat sur la fiche résumant l'accouchement, soit dans le dossier de soins du secteur suites de couches. Un hématome périnéal a été retrouvé dans les mêmes proportions (47 % des cas). Sa recherche à utilisé les mêmes ressources.

La médiane de la durée de travail est de 6 heures et celle de la deuxième phase du travail d'une heure.

1.2.3. Résultats concernant l'étude comparative avant / après 2005

Préambule

Nous avons cherché à savoir s'il existait une différence avant et après 2005, date à laquelle des recommandations de pratiques ont été décidées, d'une part en termes de pratiques pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge de la maladie et d'autre part en termes de résultats : incidence, durée de la rétention urinaire, durée de l'hospitalisation, traitement et complications.

En effet, en 2005, suite à deux cas de rétention urinaire du post-partum successifs fin 2004 (à 2 mois et demi d'intervalle), l'équipe de gynécologie-obstétrique en réunion multidisciplinaire a opté pour de nouvelles mesures préventives afin de faire diminuer l'incidence et les complications de la pathologie. Pour cela, toute accouchée ne parvenant pas à uriner d'elle même en salle de naissances doit être sondée avant sa remontée en chambre. En pratique, la patiente est invitée à uriner sur le plat-bassin lors de sa remise au propre (environ 2h30 après

l'accouchement s'il y avait une analgésie péridurale). Si cet essai n'est pas concluant, la sagefemme réalise un sondage urinaire évacuateur. D'autre part, en suites de couches, un sondage urinaire évacuateur doit être réalisé si la patiente ne parvient pas à uriner seule, dans un délai de 6 heures après son accouchement ou 4 heures après la dernière miction ou dernier sondage urinaire.

Ces recommandations ont pour but de prévenir la sur-distension vésicale qui peut conduire à une rétention urinaire prolongée.

Ces mesures n'ont pas fait l'objet d'un écrit, mais ont été diffusées oralement par l'intermédiaire des sages femmes cadres, de salle de naissances et de suites de couches, aux sages femmes exerçant dans ces deux secteurs. La recommandation a été inscrite sur le tableau de garde en salle de naissances et laissée environ deux semaines.

Comparaison en termes d'incidence, durée de la pathologie et durée du séjour

- <u>Incidence</u>: 11/16000 naissances environ de 1998 à 2005, soit 0.07% et 9/17873
 naissances, soit 0.05%, de 2005 à 2011
- <u>Durée de la pathologie</u> (heures)

Période	moyenne	écart-type	minimum	médiane	maximum	écart interquartile	N
AVANT 2005	58,8	67,6	8	37,5	240	44	10
APRES 2005	86,8	56	10	84	180	99	9

P =0 ,16

La médiane de la durée du séjour est de 37,5 heures avant 2005 et 84 heures après 2005

- <u>Durée du séjour</u> (jours)

Période	moyenne	écart-type	minimum	médiane	maximum	écart interquartile	N
AVANT 2005	6	1,80	3,5	5,5	10	1	10
APRES 2005	5,28	1,58	3,5	5	8	3	9

P =0,43

La médiane de la durée du séjour est de 5,5 jours avant 2005 et 5 jours après 2005.

Comparaison des mesures préventives organisées en salle de travail

Il s'agit de comparer les gestes et actes effectués au cours du travail, actes qui peuvent jouer un rôle de prévention dans la survenue d'une RUPP ou au contraire un effet déclencheur, notamment par le biais d'une sur-distension vésicale ou des lésions neurologiques de la vessie.

Actes	<u>AVANT 2005</u>	N	<u>APRES 2005</u>	N	P
	Effectif ou médiane \pm écart-		Effectif ou médiane \pm écart		
	interquartiles [min-max]		interquartiles [min-max]		
Nombre de mictions					
pendant le travail					
aucune	8 (100%)	8	8 (100%)	8	ns
une	0 (0%)	8	0 (0%)	8	ns
deux ou plus	0 (0%)	8	0 (0%)	8	ns
Nombre de SUE*					
pendant le travail					
aucun	3 (37,5%)	8	7 (77,78%)	9	0,15
un	4 (50%)	8	2 (22,22%)	9	
deux ou plus	1 (12,5%)	8	0 (0%)	9	
Délai moyen entre 2	$4,75 \pm 2 [3-6]$	6	$6,50 \pm 2 [5-7]$	3	0,12
SUE* (heures)					
Perfusion > 11 de solutés	6 (75%)	8	8 (88,89%)	9	0,58
avant 1 SUE*					
SAD** pendant le travail					
non	7 (77,78%)	9	7 (77,78%)	9	1
oui	2 (22,22%)	9	2 (22,22%)	9	
SUE* à l'accouchement					
non	5 (71,43%)	7	4 (57,14%)	7	
oui	2 (28,57%)	7	3 (42,86%)	7	
Expression abdominale					
non	9 (100%)	9	9 (100%)	9	ns
oui	0 (0%)	9	0 (0%)	9	ns

*SUE : sondage urinaire évacuateur **SAD : sondage à demeure

ns: non significatif

<u>Tableau 2</u>: Actes ayant un effet sur la prévention de la survenue d'une RUPP en salle de travail

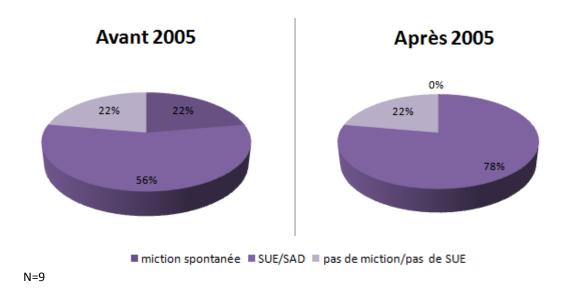
Aucune miction spontanée n'est à noter qu'il s'agisse de la période avant 2005 que de la période après 2005.

Avant 2005, dans 3 cas sur 8, aucun sondage urinaire évacuateur n'a été effectué et après 2005, la proportion est de 7 cas sur 9. Nous remarquons que la médiane des effectifs du délai entre deux sondages urinaires au cours du travail est de 4.75 heures avant 2005 et de 6.50 heures après 2005. Le sondage à demeure a été effectué dans les mêmes proportions avant 2005 et après 2005. (22.3%).

L'expression abdominale n'a pas été effectuée avant et après 2005.

- Bilan des 3 heures

Le « bilan des 3 heures » est le moment en salle de naissances, où la patiente est remise au propre pour être remontée dans sa chambre. A cet instant, un bilan est fait sur le retour aux sensations mictionnelles et sur la capacité de la patiente à uriner. Plusieurs cas sont possibles : la patiente réussi à uriner d'elle-même sur le plat-bassin, la patiente n'y parvient pas et un sondage urinaire évacuateur est effectué ou, la patiente ne parvient pas à uriner d'elle-même et aucun sondage urinaire n'est effectué.



Graphique 2 : Caractéristiques mictionnelle au bilan des 3 heures selon la période

Du point de vue de la prise en charge mictionnelle, un sondage urinaire à été effectué pour 5 patientes sur 9 avant 2005, et pour 7 patientes sur 9 après 2005. Cependant, si l'on s'intéresse à la part où aucune vidange vésicale n'a été réalisée, elle est sensiblement égale. Cela s'explique par le fait que deux patientes sont parvenues à uriner spontanément avant 2005. Aucune miction spontanée n'a pu être obtenue après 2005. La différence entre les deux populations n'est pas significative.

Comparaison de la prise en charge en suites de couches

- Délai de prise en charge mictionnelle

Nous avons cherché à savoir quel délai il y avait entre l'accouchement, la dernière miction ou le dernier sondage et la vidange de la vessie, généralement un sondage urinaire évacuateur. Nous entendons alors par le terme « prise en charge », le premier sondage urinaire.

Période	moyenne	écart- type	minimum	médiane	maximum	écart interquartile	N
AVANT 2005	18	20,94	5	10	72	15	9
APRES 2005	12,39	12,05	0	8,5	41	14	9

P = 0,45

<u>Tableau 3</u>: Délai de prise en charge mictionnelle des accouchées depuis l'accouchement (heures)

Le délai de prise en charge depuis l'accouchement admet une médiane à 10 heures avant 2005 et à 8,5 heures après 2005.

Période	moyenne	Ecart-type	minimum	médiane	maximum	écart	N
						interquartiles	
AVANT 2005	19,90	22,30	4	9,5	72	12,5	10
APRES 2005	11,28	14,53	2	6	48	13,5	9

P = 0.09

Tableau 4: Délai de prise en charge mictionnelle des accouchées depuis la dernière miction (heures)

Le délai de prise en charge depuis la dernière miction admet une médiane à 9,5 heures avant 2005 et à 6 heures après 2005.

- Prise en charge de la RUPP : traitement médicamenteux et symptomatique

Questions	AVANT 2005 Effectif (%)	N	APRES 2005 Effectif (%)	N	p
	Effectif (70)		Effectif (70)		
Traitement de l'œdème					
non	0 (0%)	3	3 (50%)	6	0,52
oui	3 (100%)	3	3 (50%)	6	,
Traitement de l'hématome		6			
non	3 (50%)	6	1 (33,33%)	3	
oui	3 (50%)		2 (66,67%)	3	
Prescription d'AINS*	, ,		, , ,		
non	4 (40%)	10	3 (33,33%)	9	
oui	6 (60%)	10	6 (66,67%)	9	
Prescription d'un traitement spécifique	,		() ,		
non	8 (80%)	10	7 (77,78%)	9	
oui	2 (20%)	10	2 (22,22%)	9	
Type de traitement symptomatique	()		(, ,		
SUE**	7 (77,78%)	9	9 (100%)	9	ns
sondage à demeure	4 (44,44%)	9	5 (55,56%)	9	ns
auto-sondages	0 (0%)	9	1 (11,11%)	9	ns

*AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens **SUE : sondage urinaire évacuateur ns : non significatif

<u>Tableau 5</u>: Les différents types de traitements symptomatique et médicamenteux

La recherche du traitement de l'œdème périnéal et de l'hématome s'est faite d'abord sur la feuille d'accouchement (si présence d'œdème à ce moment là) et dans le dossier de soins.

Concernant le traitement de la douleur, le paracétamol est prescrit en systématique en postpartum à toutes les accouchées.

D'une façon générale, trois patientes ont reçu, en salle de naissances, après leur accouchement, un traitement par Paracétamol en intraveineux, et une a reçu du paracétamol per-os.

En suites de couches, deux cas ont nécessité la synergie de deux antalgiques (Dafalgan et Prodafalgan). On retrouve qu'une patiente de la population a bénéficié d'une vessie de glace en salle de naissances afin de faire diminuer un œdème périnéal.

Le traitement spécifique de la rétention urinaire prescrit a été du Xatral per os à une posologie de 2.5mg, trois fois par jour et Xatral 10 mg, une fois par jour. La prescription a été maintenue après la sortie, mais la durée de traitement n'a pu être retrouvée.

- Appel des professionnels spécialisés en urologie

Questions	AVANT 2005 Effectif ou médiane ± écart interquartiles [minmax]	N	APRES 2005 Effectif ou médiane ± écart interquartiles [min-max]	N	P
Appel sage femme en uro-dynamique	4 (44,44%)	9	6 (66,67%)	9	0,64
Délai d'appel sage femme en uro-dynamique (jours)	$1,25 \pm 2 [1-3]$	4	$2 \pm 1,5 [2,15-5,5]$	6	0,32
Appel médecin spécialiste	7 (77,78%)	9	9 (100%)	9	0,47
Délai d'appel médecin spécialiste (jours)	$0.78 \pm 0.44 [0 - 1]$	8	$1 \pm 0 [1 - 1]$	1	0,07

<u>Tableau 6</u>: Appel des spécialistes: Proportion d'appel et délai d'appel

1.2.4. Le point sur le SUE après l'accouchement

De façon encore plus concrète, nous avons cherché à savoir si le sondage urinaire réalisé à 3 heures du post-partum a montré des bénéfices en termes, de réduction de la survenue d'une rétention urinaire du post-partum ou en termes, de réduction des complications (« claquage vésical »), auquel cas, il serait bénéfique de le réaliser.

Questions	SUE –	SUE +	Р
	Médiane± écart inter quartiles [min-max]	Médiane± écart inter quartiles [min-max]	
Nombre de cas	4	12	
Durée RUPP* (heures)	49 ± 172 [8-180]	$67 \pm 93 \ [10-240]$	0,63
Durée du séjour (jours)	$5,5 \pm 4,5 \ [3,5-8]$	$5,75 \pm 2,5 \ [3,5-10]$	0,81
Prise en charge depuis la	$10,25 \pm 40,5 \ [7,5-48]$	$6,5 \pm 5,5$ [2-72]	0,07
dernière miction (heures)			
Prise en charge depuis	$10,50 \pm 34 [7,5-41]$	$9,25\pm 5,5 \ [0-72]$	0,33
l'accouchement (heures)			

*RUPP: rétention urinaire du post-partum

<u>Tableau 7</u>: Comparatif SUE-/SUE+

Au bilan des 3 heures, lorsque la miction spontanée n'était pas possible, chez douze patientes de notre population, un sondage urinaire a été effectué et pour quatre patientes de notre population, aucun sondage urinaire évacuateur n'a été pratiqué. Ainsi dans 12 cas sur 16, un sondage urinaire a été réalisé en salle de travail après l'accouchement.

En résumé : Comparatif avant / après 2005

L'incidence de la RUPP pour la période I est de 0.07% et elle est de 0.05% pour la période II. La pathologie a été résolutive en 37,5 heures pour la période I et en 84 heures pour la période II. (Médiane). Les patientes sont restées entre 5 jours et 5 jours et demi en hospitalisation que ce soit avant ou après les recommandations.

Après 2005, moins de SUE pendant le travail semblent avoir été réalisés, l'intervalle entre deux sondages urinaires au cours du travail semble avoir été plus long et davantage de patientes semblent avoir subi un remplissage important avant la réalisation d'un SUE.

Le délai de prise en charge mictionnelle (1^{er} SUE lorsque la patiente est en rétention urinaire) semble avoir été plus court après 2005.

L'œdème semble avoir été moins traité après 2005. Les professionnels spécialistes en urologie ont été appelés de manière plus fréquente après 2005.

2. DEUXIEME PHASE : ETUDE DES QUESTIONNAIRES

2.1. Méthodologie

2.1.1. Objectifs et hypothèses testées

Les objectifs de cette partie se décomposent en trois points:

- Evaluer les connaissances des sages femmes qui exercent en salle de travail et qui exercent en secteur mère-enfant.
- Réaliser une description des habitudes pratiques, des sages femmes qui exercent en salle de travail dans la prise en charge mictionnelle avant, pendant et après l'accouchement, et réaliser une description des habitudes pratiques des sages femmes qui exercent en secteur mère-enfant, dans la surveillance et le traitement de la reprise mictionnelle dans le post-partum.
- Recueillir les avis et les propositions des sages femmes des deux secteurs sur le thème miction et péri-partum.

La première hypothèse est la variabilité des pratiques professionnelles dans la prise en charge de la miction dans la période du péri-partum. La seconde hypothèse est le suivi des recommandations de 2005 par les sages femmes.

2.1.2. Schéma général de l'étude

Etude épidémiologique descriptive

2.1.3. Population étudiée

Il s'agit d'une étude exhaustive auprès des sages-femmes exerçant en salle de naissances et en secteur mère enfant. La période de recueil s'est étalée de juillet 2011 à octobre 2011. Un questionnaire tapuscrit à été distribué à chacune des sages femmes exerçant dans chacun des secteurs, par le biais d'une enveloppe personnalisée. Les sages femmes exerçant tantôt en secteur et tantôt en salle de travail se sont vues remettre deux types de questionnaires.

2.1.4. Description des données collectées et définitions

Il s'agit de variables quantitatives et de variables qualitatives. Les questionnaires ont été construits selon trois parties bien distinctes, à savoir : les connaissances, les pratiques et les avis/propositions.

La trame de recueil ainsi que les définitions des données collectées figurent en annexes IV et V et les questionnaires distribués, en annexes VI et VII.

2.1.5. Modalités de mesures

Modalités de recueil des données et informatisation

Une grille de recueil avec un codage des données a été élaborée à partir du logiciel EXCEL 2007, aussi bien pour les questionnaires des sages-femmes de salle de naissances que pour les questionnaires des sages-femmes de secteur mère-enfant.

Traitement statistique des données

La description des données quantitatives a utilisé la moyenne, l'écart-type et les minimum et maximum. Les données qualitatives ont été décrites grâce aux effectifs et aux pourcentages. Nous avons utilisé pour cela le logiciel Microsoft office EXCEL 2007. Les représentations graphiques ont été réalisées grâce aux logiciels EXCEL version 2007 et WORD 2003 et 2007.

2.2. Résultats de l'étude des questionnaires à la MRUN

2.2.1. Présentation de l'échantillon

Constitution de l'échantillon

Nous avons recueilli 22 questionnaires sur 28 distribués en salle de travail, soit un pourcentage de réponse et d'exhaustivité chiffré à 78.6 % et 15 questionnaires sur 27 distribués en secteur mère enfant, soit un taux de réponse et d'exhaustivité de l'étude ramené à 55.6 %. Certains questionnaires n'ont été remplis que partiellement.

Caractéristiques des sages femmes répondantes

- En salle de travail : L'âge moyen des sages femmes de l'échantillon est d'environ 37 ans \pm 7,28 [26-53] N=22. Celles-ci ayant exercé en moyenne 13 ans \pm 7,59 [2-29] (N=22) en salle de travail de la MRUN. Environ 68 % des sages femmes exerçait avant 2005 (N=22).
- En secteur mère-enfant : L'âge moyen des sages femmes de l'échantillon est d'environ 36 ans \pm 6,84 [24-47] (N=15). Celles-ci ayant exercé en moyenne 13 ans \pm 7,84 [0,17-26] (N=15) en secteur mère-enfant de la MRUN.

2.2.2. Résultats des questionnaires distribués en salle de travail

Connaissances

Définition de la rétention urinaire du post-partum

Questions	Moyenne ± écart-type [min-max] ou effectif (%)	N
Définition exacte d'une RUPP*	20 (100%)	20
Définition RUPP* : délai accouchement/ miction impossible (heures)	$7,29 \pm 7,45 $ [3-24]	7

*RUPP : rétention urinaire du post-partum

Tableau 8: Définition donnée de la RUPP par les sages femmes de salle de naissances

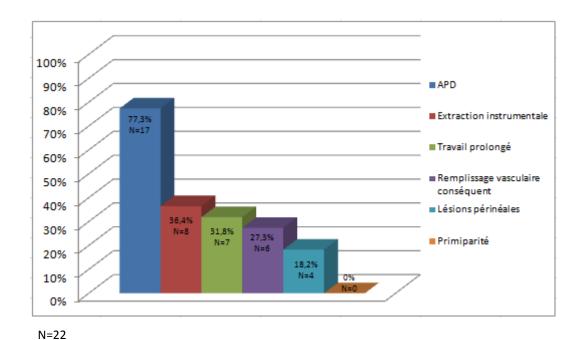
Une sage femme a su me donner la définition suivante : « vessie pleine ayant plus de 400 cc d'urines et pas de miction spontanée possible quatre heures après l'accouchement».

- Facteurs de risque de rétention urinaire du post-partum

Questions	Moyenne ± écart-type [min-max]	N
Nombre de facteurs de risque exacts cités	$1,95 \pm 1,25 [0-5]$	22
Nombre de facteurs de risque inexacts cités	$0.14 \pm 0,47 [0-2]$	22

Tableau 9: Facteurs de risque de RUPP cités par les sages femmes de salle de naissances

Parmi les facteurs de risque inexacts cités, une sage femme a parlé d'infection urinaire.



Graphique 3: Représentation des facteurs de risque cités par les sages femmes

Pratiques

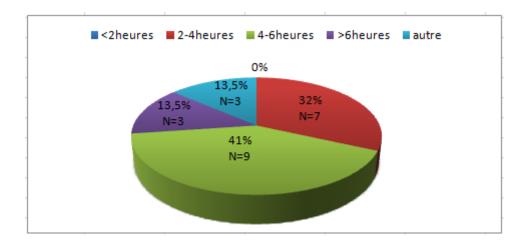
Pratiques au cours du travail

Questions	Effectif (%)	N
Surveillance du RV* lors du travail et intérêt à le limiter		
non	0 (0%)	22
oui	21 (95,45%)	22
parfois	1 (4,55%)	22
Moyens pour veiller au remplissage vasculaire	, , ,	
numérotation/quantification des apports	13 (65%)	20
limiter les apports/diminuer débit perfusion	7 (35%)	20
Bassin proposé systématiquement avant SUE**	` ,	
si analgésie péridurale	7 (33,33%)	21
si non analgésie péridurale	22 (100%)	22

^{*}RV : Remplissage vasculaire

<u>Tableau 10</u>: Surveillance du remplissage vasculaire et proposition du plat-bassin au cours du travail par les sages femmes de salle de naissances

Concernant le remplissage vasculaire, en commentaire libre, deux sages femmes ont signalé qu'elles concentraient les produits ou médicaments dès que cela était possible, et une autre a dit qu'elle surveillait le débit de remplissage en ne passant au maximum qu'un litre.



N=22

Graphique 4: Fréquence du sondage urinaire évacuateur pendant le travail selon les sages femmes

Trois sages femmes sur les 22 répondantes ont dit qu'elles ne travaillaient pas de manière systématique et que la pratique du SUE dépendait du remplissage vasculaire, de la présence d'un globe vésical, de la vitesse du travail et du moment dans le travail. Une sage femme a spécifié que si le travail était estimé long, elle n'hésitait pas à poser une sonde à demeure.

^{**}SUE : Sondage urinaire évacuateur

- Pratiques au moment de l'accouchement

Questions	Effectif (%)	N
SUE* avant l'accouchement		
non	2 (9,09%)	22
oui	18 (81,82%)	22
cas/cas	2 (9,09%)	22
Difficulté à introduire la sonde juste avant l'accouchement		
jamais	2 (9,09%)	22
toujours	1 (4,55%)	22
parfois	19 (86,36%)	22
Impression que la tête fœtale puisse faire obstacle à l'introduction de la sonde	21 (95,45%)	22

^{*}SUE : sondage urinaire évacuateur

<u>Tableau 11</u>: Gestes effectués par les sages femmes de salle de naissances au moment de l'accouchement

Concernant SUE à l'accouchement, en commentaire libre, une sage femme a dit que sa pratique dépendait du remplissage vasculaire et de la durée du travail, entre autre.

86 % des sages femmes disent parfois éprouver des difficultés à introduire la sonde urinaire juste avant l'accouchement. Une sage femme nous dit fléchir la tête par un doigt vaginal lors du passage de la sonde.

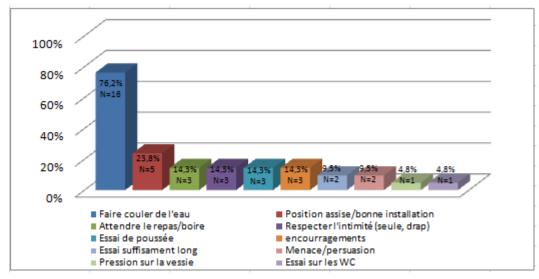
- Pratiques juste après l'accouchement

Questions	Effectif (%)	N
Bassin proposé au bilan des 3 heures :		
-Si analgésie péridurale pendant le travail		
jamais	0 (0%)	22
systématiquement	19 (86,36%)	22
parfois	3 (13,64%)	22
-Si non analgésie péridurale pendant le travail	- (- ,)	
jamais	0 (0%)	22
systématiquement	19 (86,36%)	22
parfois	3 (13,64%)	22
Installation des femmes sur le bassin	, , ,	
position couchée	0 (0%)	22
position assise	11 (50%)	22
position répondant au souhait de la patiente	14 (63,64%)	22
Sages femmes sortant de la pièce lorsque les patientes sont sur le bassin		
non	2 (9,09%)	22
oui	18 (81,82%)	22
si besoin	2 (9,09%)	22

Tableau 12 : Gestes effectués par les sages femmes de salle de naissances après l'accouchement

82 % des sages femmes disent sortir de la pièce afin que la femme puisse plus facilement uriner sur le plat-bassin. Deux sages femmes disent ne pas sortir de la pièce et deux autres sortent au besoin (nous comprendrons par là, si la patiente le demande).

- Mesures d'aide au déclenchement de la miction

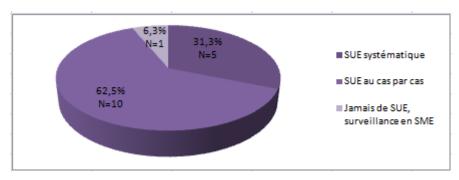


N=21

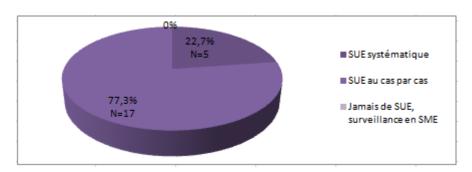
<u>Graphique</u> 5: Moyens utilisés par les sages femmes pour déclencher la miction après l'accouchement en salle de naissances

- Bilan mictionnel des 3 heures

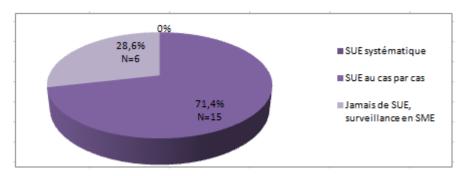
Deux sages femmes nous disent ne pas pratiquer de SUE si la tentative de miction spontanée est un échec, mais installer les patientes sur les toilettes de leur chambre dès leur remontée. Une sage femme, dans le même ordre d'idée nous dit ne pas réaliser de SUE si elle obtient de la patiente, la promesse qu'elle tentera une miction sur les toilettes dans sa chambre. Une sage femme a dit qu'elle réalisait un SUE en systématique car il s'agit de l'enseignement qu'elle a reçu au cours de ses études à la MRUN.



Graphique 6: Prise en charge mictionnelle au bilan des 3 heures avant 2005



<u>Graphique</u> 7: Prise en charge mictionnelle au bilan des 3 heures <u>après 2005 si APD</u> durant le travail

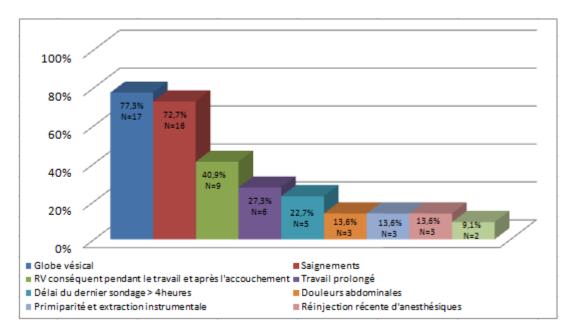


<u>Graphique</u> 8: Prise en charge mictionnelle au bilan des 3 heures <u>après 2005 si pas d'APD</u> durant le travail

Si la patiente n'a pas eu d'analgésie péridurale, une sage femme nous dit, ne jamais réaliser un sondage urinaire sauf s'il y a la présence manifeste d'un globe vésical important qui gêne la rétraction utérine. Une autre nous dit qu'elle le pratique au cas par cas, mais avec beaucoup plus de parcimonie que si la patiente avait bénéficié d'une analgésie péridurale.

- Raisons qui orientent vers un sondage urinaire au bilan des 3 heures

Nous avons questionné les sages femmes qui réalisent un sondage urinaire au cas par cas, afin de connaître les arguments qui les incitent à pratiquer un SUE après l'accouchement.



N=22

<u>Graphique 9:</u> Raisons qui justifient un SUE au bilan des 3 heures pour les sages femmes qui optent pour le SUE au cas par cas

Deux sages femmes ont cité les antécédents de rétention urinaire, une autre, la présence de fuites d'urines à l'expression utérine évoquant un globe vésical. Plusieurs sages femmes disent sonder la patiente si une hémorragie survient, nous comprenons par là qu'il s'agit du traitement de l'hémorragie et non une prévention du risque de sur-distension vésicale. Une sage femme rajoute qu'elle pratique un SUE chez une patiente qui ne serait pas compliante.

Avis et propositions

Nous avons tenté de connaître l'avis des sages femmes concernant de nouvelles pratiques qui pourraient permettre une meilleure surveillance de la fonction vésicale et du remplissage vasculaire.

Questions	Effectif (%)	N
Inscrire le total du remplissage vasculaire sur la synthèse de l'accouchement	12 (57,14%)	21
Quantifier tous les SUE* durant le travail	6 (27,27%)	22
Quantifier le SUE^* du bilan des 3 heures	8 (36,36%)	22
Inscrire de façon systématique l'heure de la dernière miction en SDN** SUE* au bilan des deux heures :	22 (100%)	22
-Impression qu'il s'agit d'un acte douloureux	8 (36,36%)	22
-Impression qu'il s'agit d'un acte gênant	16 (76,19%)	21
Nécessité d'un SUE* systématique au bilan des 3 heures si analgésie péridurale pendant le travail	` ' '	22
Nécessité d'un SUE* systématique au bilan des 3 heures si pas d'analgésie péridurale pendant le travail	1 (4,55%)	22
Connaissance du Bladderscan TM	8 (36,36%)	22
Utilité du Bladderscan TM en SDN**	, , ,	
non	14 (63,64%)	22
oui	5 (22,73%)	22
ne sait pas	3 (13,64%)	22
Satisfaction par rapport à la prise en charge mictionnelle des patientes pendant le travail		
non	3 (13,64%)	22
oui	16 72,73%)	22
ne sait pas/ pas d'avis	3 (13,64%)	22

^{*}SUE : sondage urinaire évacuateur **SDN : salle de naissances

<u>Tableau 13</u>: Avis et propositions des sages femmes de SDN dans la prise en charge mictionnelle du péri-partum

12 sages femmes sur 21 trouvent judicieux de faire la somme du remplissage vasculaire effectué lors du travail et de l'inscrire sur la feuille résumant l'accouchement. Une sage femme nous a dit trouver cela intéressant, à condition que l'on quantifie les pertes. Une autre associe cela à un bilan entrées/sorties et n'en voit pas l'intérêt.

Concernant la quantification de tous les sondages urinaires pendant le travail et celui réalisé après l'accouchement, deux sages femmes ont évoqué la difficulté de réalisation de cet acte, et qu'il faudrait à cette condition, mettre à disposition du matériel. Une autre trouve que cet acte est inutile pour chaque patiente, et que lorsqu'une quantification des apports est nécessaire (travail long par exemple), une sonde à demeure est généralement posée. Une SF dit avoir fréquemment remarqué que pendant le travail la diurèse était diminuée et que l'on observait par contre une augmentation importante de la diurèse après l'accouchement. Plusieurs répondantes ont affirmé préférer la quantification approximative des sondages urinaires. La totalité de la population répondante a dit trouver une réelle utilité dans l'inscription sur la feuille synthèse de l'accouchement, de l'horaire de la dernière miction. Beaucoup de sages femmes nous ont dit que cela était déjà fait. Une sage femme a dit s'efforcer de toujours le faire et d'expliquer l'importance de cette pratique aux étudiants.

Pour 8 patientes sur 22, le sondage urinaire après l'accouchement est un acte douloureux. Trois sages femmes ont ajouté que cela dépendait de la présence ou non de l'analgésie péridurale.

Concernant leur avis sur le SUE systématique après l'accouchement, deux sages femmes ont évoqué le fait que si la patiente avait été sondée juste après l'accouchement, il n'y avait pas d'utilité à réaliser un SUE systématique 3 heures après. Une autre m'a précisé que la pratique d'un SUE était certainement moins douloureuse juste après l'accouchement non pas 3 heures après.

Huit sages femmes sur 22 ont connaissance de l'appareil échographique abdominal et 14 sur 22 ne voient pas d'utilité à son utilisation en salle de travail. Plusieurs raisons sont évoquées par les sages femmes, notamment la fiabilité de la clinique, le manque de formation à cet appareil et le manque de matériel.

16 sages femmes sur 22 disent être satisfaites de la prise en charge mictionnelle des patientes. Une se demande surtout si les femmes sont satisfaites.

Nous avons ensuite laissé un espace libre afin de permettre aux répondants d'émettre des remarques et de proposer des améliorations aussi bien pendant le travail, qu'après l'accouchement. Ainsi, durant le travail, quatre sages femmes évoquent l'importance de la surveillance d'apparition d'un globe vésical, et recommandent de vider régulièrement la vessie de façon naturelle ou en pratiquant un sondage urinaire. Elles recommandent aussi de vérifier la quantité d'urine évacuée. Six sages femmes recommandent de surveiller attentivement le remplissage vasculaire en le quantifiant et en le limitant dès que possible, une sage femme dit s'enquérir de l'heure de la dernière miction avant la pose d'analgésie péridurale pour adapter sa prise en charge, une autre nous dit proposer à la patiente d'aller sur les toilettes avant la pose d'analgésie péridurale. Deux sages femmes trouvent une réelle utilité à la pratique du sondage urinaire avant les efforts expulsifs. Deux sages femmes pensent que le sondage urinaire après l'accouchement ne doit pas être réalisé en systématique, et qu'il faut rester logique et clinique. Une sage femme nous dit être vigilante si la patiente est algique.

En post-partum immédiat, plusieurs sages femmes recommandent, si aucune miction spontanée n'a été obtenue sur le plat-bassin, de proposer simplement une miction sur les toilettes en chambre. Une sage femme nous dit qu'il est parfois difficile psychologiquement d'uriner sur un plat-bassin et que très peu de femmes n'y arrivent pas, quand elles vont sur les toilettes. Une autre nous dit leur proposer plus volontiers d'uriner sur les toilettes en salle de naissances au cours de la 3^{ème} heure de surveillance. Une sage femme propose l'acupuncture en post-partum immédiat.

2.2.3. Résultats des questionnaires distribués en secteur mère-enfant

Connaissances

- <u>Définition de la rétention urinaire du post-partum</u>

Questions	Moyenne ± écart-type [min-max] ou effectif (%)	N
Définition exacte d'une RUPP* Définition RUPP* : délai accouchement/ miction impossible (heures)	$14 (93,33\%)$ $5,20 \pm 0,77 [4-6]$	15 15

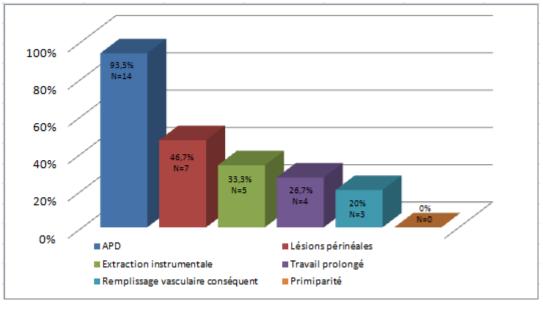
^{*}RUPP : rétention urinaire du post-partum

Tableau 14: Définition donnée de la RUPP par les sages femmes de suites de couches

- <u>Facteurs de risque de rétention urinaire du post-partum</u>

Questions	Moyenne ± écart-type [min-max]	N
Nombre de facteurs de risque exacts cités	$2,53 \pm 1,13 [1-4]$	15
Nombre de facteurs de risque inexacts cités	$0,27 \pm 0,59 [0-2]$	15

Tableau 15: Facteurs de risque de RUPP cités par les sages femmes de suites de couches



N=15

Graphique 10: Représentation des facteurs de risque cités par les sages femmes

D'autres facteurs de risque ont été cités et nous les avons décomposés en trois familles :

- Lésions vésicales et de l'urètre :

L'accouchement vessie pleine cité par deux sages femmes, les efforts expulsifs sans sondage urinaire avant celui-ci, le sondage à demeure prolongé et les sondages urinaires répétés.

- <u>Distension vésicale</u>:

La non vidange rapide de la vessie après l'accouchement: dans un délai supérieur à 4 heures (cité par trois sages femmes) ou dans un délai de 2 heures (cité par 2 sages femmes), des mictions qui ne sont pas régulières après l'accouchement et la non pratique de sondages urinaires pendant le travail, sous analgésie péridurale.

- Algies pelviennes

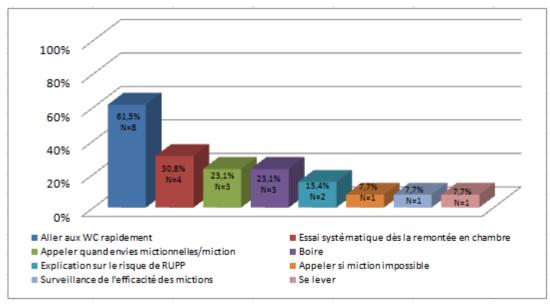
Pratiques

Toutes les sages femmes affirment prendre connaissance des modalités mictionnelles du bilan des 3 heures, c'est-à-dire, s'il y a eu : miction spontanée, sondage urinaire et son horaire ou s'il n'y a eu ni miction spontanée, ni sondage urinaire.

- Le cas des patientes remontées en SME et n'ayant pu obtenir une miction spontanée

Questions	Moyenne ± écart-type [min-max] ou effectif (%)	N
Utilisation d'un système pour penser à la miction	15 (100%)	15
Types de moyens utilisés pour penser à la miction		
passages réguliers dans la chambre	5 (33,33%)	15
étiquette miction au tableau mural	14 (93,33%)	15
information écrite dans le dossier de soins (transmissions)	4 (26,67%)	15
Utilisation d'une étiquette miction	14 (93,33%)	15
Si non utilisation, serait une bonne chose	1 (100%)	1
Signalement		
un sondage	1 (6,67%)	15
plusieurs sondages	14 (93,33%)	15
autre	1 (6,67%)	15
Délai laissé sans vidange de vessie depuis l'accouchement (heures)	$3,88 \pm 0,85 [3-5]$	4

<u>Tableau 16</u>: Prise en charge par les sages femmes de suites de couches d'une patiente n'ayant pas pu uriner spontanément après l'accouchement



N = 13

<u>Graphique 11</u>: Informations données par les sages femmes aux patientes ne parvenant pas à obtenir une miction spontanée

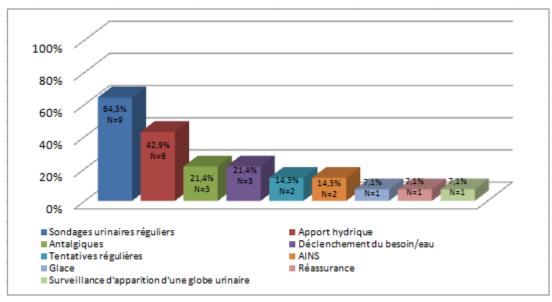
7 sages femmes sur 13 (53,85 %) donnent au moins deux instructions aux patientes.

Une sage femme conseille d'aller aux toilettes, 3 à 4 heures après le dernier sondage urinaire et laisser couler un filet d'eau. Pour penser à la reprise mictionnelle des patientes, une sage femme nous dit passer dans la chambre toutes les 2 heures. 14 sages femmes sur les 15 répondantes utilisent une étiquette « miction » sur le tableau mural. Deux sages femmes nous disent l'utiliser pour les consignes du soir et du matin.

Concernant le délai moyen laissé aux femmes depuis l'accouchement avant de réaliser un sondage urinaire, il est de 3 heures et 53 minutes. Une sage femme répond le réaliser dans un délai de 4 à 6 heures selon l'examen clinique et le dernier sondage effectué après l'accouchement voire le remplissage vasculaire, et voire avant si il y a la présence manifeste d'un globe vésical.

A la question, à partir de quoi ou de combien de sondages urinaires, le diagnostic de rétention urinaire du post-partum est posé, 14 sages femmes sur 15 ont répondu, «à partir de plusieurs sondages», et une d'entre elles a ajouté, «lorsque la patiente présente une rétention urinaire partielle » (mictions incomplètes).

- Le cas des patientes en rétention urinaire



N=14

<u>Graphique 12:</u> Prise en charge et traitement mis en place par les sages femmes lors d'une rétention urinaire du post-partum

Une sage femme nous précise, conseiller à ses patientes de prendre une douche froide afin de déclencher le besoin mictionnel, une autre, de tremper les doigts dans de l'eau froide, d'uriner sous la douche.

Avis et propositions

Nous avons tenté de connaître l'avis des sages femmes concernant de nouvelles pratiques qui pourraient permettre une meilleure surveillance de la fonction vésicale et du remplissage vasculaire.

Questions	Effectif (%)	N
Nécessité d'un SUE*systématique au bilan des 3heures si APD**	8 (53,33%)	15
pendant le travail Nécessité d'un SUE*systématique au bilan des 3heures si pas d'APD**	10 (66,67%)	15
pendant le travail Connaissance du Bladderscan TM Utilité du Bladderscan TM en SME***	4 (26,67%)	15
non oui ne sait pas	10 (66,67%) 3 (20%) 2 (13,33%)	15 15 15

^{*}SUE : sondage urinaire évacuateur **APD : analgésie péridurale ***SME : secteur mère enfant

<u>Tableau 17</u>: Avis et propositions des sages femmes de suites de couches dans la prise en charge mictionnelle du péri-partum

10 patientes sur 15 ne trouvent pas d'utilité au Bladderscan TM en suites de couches. Leurs arguments sont les suivants: la recherche d'un globe vésical par la clinique est assez aisée, les RUPP sont peu fréquentes, aucun médecin n'est en général présent en SME, les sages femmes n'ont pas de formation échographique, il y a un manque de matériel ou de moyen pour la réalisation et le matériel est trop coûteux. Certaines sages femmes y voient une utilité, notamment en salle de naissances, avant la remontée en chambre, afin d'adapter la prise en charge. Une autre trouve qu'il s'agit d'un matériel qui permet une bonne évaluation du volume vésical et qui permet de déterminer le moment du sondage urinaire.

PARTIE 3: DISCUSSION

1. CRITIQUES DE L'ETUDE

1.1. Les objectifs sont-ils atteints?

Dans la première partie, nous voulions étudier l'incidence de la pathologie à la MRUN, elle est de 0.06%, ce qui est un peu en deçà des valeurs trouvées dans la littérature (0.3% à 17,9%).

Nous voulions faire ressortir certains facteurs de risque de RUPP. Nous avons pu globalement mettre en relief nos résultats avec ceux de la littérature et même émettre quelques questionnements quant au rôle de certains éléments dans la survenue d'une RUPP.

Nous voulions comparer les mesures préventives, la prise en charge et le traitement des rétentions urinaires du post-partum avant et après des recommandations de pratique. Nous avons pu, de façon assez précise définir la prise en charge effectuée à la MRUN pour ces patientes.

Nous voulions dans un deuxième temps évaluer les connaissances et pratiques des sages femmes de salle de naissances et de suites de couches. Nous avons eu un taux de réponse aux questionnaires, globalement satisfaisant pour avoir une bonne représentativité des résultats, et nous avons pu obtenir des informations intéressantes quant aux pratiques des sages femmes.

1.2. Limites de l'étude

1.2.1. Etudes des dossiers

Dans l'étude des cas de rétention urinaire, la première limite concerne le nombre de cas, et donc l'exhaustivité voulue de l'étude. Nous pouvons nous demander si l'incidence de la RUPP reflète bien la réalité pour plusieurs raisons.

La première est qu'il existe un biais de sélection, puisque ne s'agissant pas d'une étude prospective, le diagnostic de la RUPP a été laissé à l'appréciation des sages femmes ou à celle des gynécologues-obstétriciens. La définition n'étant pas codifiée, elle n'est donc pas uniforme. Aussi, nous savons qu'en fonction de la définition que l'on prend, l'incidence varie énormément (0,3% à 17, 9%). D'ailleurs, aucun cas de rétention urinaire partielle n'a été relevé dans notre population. Par ce biais, la spécificité est excellente (c'est-à-dire que tous les cas de notre population sont de véritables RUPP), mais la sensibilité est très moyenne (ce qui signifie qu'il y a des cas de RUPP qui n'ont pas été intégrés à l'étude).

La seconde raison est administrative, dans le sens où un défaut de transcription du diagnostic dans le dossier ne permet pas la saisie de la pathologie par le DIM. Il en va de même, pour l'intervention par une sage femme d'uro-dynamique non signifiée. D'ailleurs, en 2011, deux patientes ont développé une rétention urinaire après leur accouchement, mais nous n'avons pas pu retrouver l'identité de ces femmes et donc inclure ces dossiers à notre population.

Nous pouvons penser que les cas qui n'auraient pas été diagnostiqués, ou tout du moins signalés, sont des cas plus bénins, comme une rétention urinaire transitoire, ne nécessitant que quelques sondages urinaires, voire un seul. Ainsi, nous pourrions nous dire que les cas de notre population ne reflètent pas totalement tous les cas de RUPP subis à la MRUN sur cette période, mais qu'ils sont le reflet des cas les plus importants nécessitant une lourde prise en charge. La question posée aux sages femmes concernant le signalement le confirme : 14 sages femmes sur 15 disent poser le diagnostic de rétention urinaire du post-partum après plusieurs sondages urinaires. Une d'entre elles a cependant ajouté qu'elle s'intéressait aux rétentions urinaires partielles.

Afin que le relevé soit correct, il aurait fallu réaliser une étude prospective d'une durée suffisamment longue, et prenant en compte une définition précise et uniforme. D'autre part, ce type de démarche aurait permis d'avoir des résultats plus « justes » (nombre de cas plus important) et d'avoir certaines informations en plus. Nous avions initialement opté pour ce type de travail, mais nous avons du renoncer à cause de la complexité de mise en œuvre de l'étude ainsi qu'à cause d'un manque de temps.

La faiblesse des effectifs ne nous a pas permis d'obtenir des différences statistiquement significatives entre la population « rétention » et la population « sans rétention » dans la recherche des divers facteurs de risque évoqués dans la littérature, pouvant être impliqués dans la survenue d'une rétention urinaire. Cependant, nous avons pu soulever des questionnements quant au rôle de certains éléments. Ces questionnements pourraient faire l'objet d'une étude à plus grande échelle. La faiblesse de nos effectifs a aussi été un frein dans la recherche des différences entre la période I et la période II.

1.2.2. Etude des questionnaires

Les questions fermées à choix binaire ou les questions avec propositions de réponse ont pu influencer certains résultats.

Ainsi, afin d'obtenir des résultats plus précis et moins influencés par les propositions de réponse, il aurait fallu opter pour des questions ouvertes ou des entretiens.

2. RESULTATS

2.1. Données générales sur la rétention urinaire du post-partum à la MRUN

2.1.1. Incidence

Elle est très faible par rapport aux chiffres retrouvés dans la littérature. Est-ce un biais de sélection, ou ce chiffre reflète vraiment la réalité des choses ? Si tel est le cas, est-ce nos pratiques qui permettent d'en faire diminuer l'incidence ? Pour répondre à cette question, il faudrait effectuer une étude prospective, et partir d'une définition précise de la RUPP (par exemple, « absence de miction 6 heures après l'accouchement associé à un volume vésical supérieur à 400ml ») afin de comparer les chiffres obtenus aux chiffres édités dans la littérature par cette même définition.

2.1.2. Chronologie des cas de RUPP

Aucune cinétique de diminution ou d'augmentation n'est à évoquer. Cependant, les cas énoncés sont très souvent successifs, alors est-ce le hasard ou est-ce un changement d'attitudes pratiques à un moment de l'année ou encore une plus grande vigilance à signaler les cas apparus, après un premier épisode quelques temps auparavant ? Les cas apparaissent irrégulièrement dans le temps, ainsi, il y a des années où on retrouve trois ou quatre cas et des années, où on n'en dénombre aucun.

En 1998 et 1999, 4 cas ont été décrits, mais aucun changement d'attitude pratique n'a été instauré après ces épisodes, d'après la sage femme cadre de salle de naissances interrogée (mémoire de Aude FEIERABEND 2007). La diminution des cas en 2000 et 2001 ainsi que l'augmentation des cas en 2004, n'est pas due à une quelconque modification des pratiques. Cependant, l'augmentation des cas en 2004 a engendré une réflexion et des recommandations transmises de manière orales ont ainsi vu le jour. Si celles-ci ont été respectées, elles n'ont pas conduit à une franche diminution de l'incidence (3 cas en 2005 et 3 cas en 2007).

2.1.3. Durée de l'épisode

La durée moyenne de la pathologie est de 72 heures, et la médiane est de 60 heures. Dans la littérature, de nombreux auteurs retrouvent que la pathologie est résolutive pour 75 % des cas en moins de 72 heures. [12.19.38]. Pour nous, elle s'est résolue en moins de 72 heures dans 63 % des cas (13). Dans 26% des cas (5), la rétention urinaire s'est prolongée au-delà de la 96 heure après l'accouchement. LIANG CC et al. parlent en 2002 de rétention urinaire persistante si celle-ci perdure au-delà de J4. Et il s'agit d'une complication [38]. Ainsi, notre étude retrouve une rétention urinaire persistante dans 0,015% accouchements par voie basse. CARLEY et al. [12] avaient eux retrouvé des RUP dans 0.05 à 0.1 % des accouchements. Nous ne pouvons pas comparer ces résultats car les accouchements par césarienne ne faisaient pas partie de nos critères d'inclusion. Aucune donnée n'est disponible sur la fréquence des RUP après accouchement par voie basse. Ainsi, la différence en termes de durée de l'épisode avec les autres études de la littérature vient du fait que notre population est vraisemblablement ciblée sur des cas assez lourds.

Dans les études incluant un nombre important de patientes, la RUPP est spontanément résolutive pour toutes les femmes à 6 jours du post-partum [8.36.56]. Cependant, dans notre population, pour 3 patientes la rétention urinaire n'était pas guérie à 6 jours. En effet, elles sont sorties respectivement à J7, J8 et J10 alors que la rétention urinaire était en cours de résolution. Une patiente a été formée aux auto-sondages puisqu'elle ne parvenait toujours pas à uriner spontanément, et les deux autres montraient des signes de rétention urinaire partielle puisque les résidus post-mictionnels étaient conséquents (>100ml). Ainsi, trois possibles sur-distensions vésicales ont pu compliquer une rétention urinaire transitoire.

Encore une fois, la faiblesse des effectifs explique la différence avec les données de la littérature. Il est intéressant de voir que lorsque l'épisode n'est pas résolu pour la patiente à la sortie de la maternité, dans deux cas sur trois, un bilan d'uro-dynamique est prescrit à distance. On pourrait se demander s'il ne serait pas judicieux de proposer cet examen à toutes les patientes ayant eu une rétention urinaire persistante, puisque la fréquence des séquelles est beaucoup plus importante dans ces cas là et certaines études, réalisées sur de courtes séries, retrouvent des séquelles urinaires à hauteur de 50 % des cas, à type de dysurie, persistance d'un résidu post mictionnel supérieur à 150 ml, pollakiurie diurne et nocturne et urgenturie, jusqu'à quatre ans après l'accouchement [20.38]. Les conséquences à long terme seraient dues à un claquage vésical et à des lésions irréversibles du détrusor. Dans son étude en 2003, LAMONERIE Laurent [33] conclu qu'un seul épisode de rétention urinaire est susceptible de provoquer des lésions chroniques du détrusor. Par contre, dans les rétentions

urinaires simples, c'est-à-dire régressant dans les 4 jours du post-partum sous traitement adapté, la littérature montre que les patientes n'auront aucune conséquence urinaire à long terme [57] et la prévalence de l'incontinence urinaire, de la pollakiurie, de l'impériosité et de l'incontinence fécale est la même que chez les patientes n'ayant pas eu de RUPP.

2.1.4. Durée de l'hospitalisation

Elle est allongée, puisque l'on remarque qu'en moyenne elle est de 5 jours et 16 heures (médiane : 5 jours et demi), alors qu'a la MRUN la durée moyenne de séjour est d'environ 3 jours et demi.

On remarque que les résidus post-mictionnels ne sont pas faits en routine avant la sortie de la maternité chez les femmes qui ont présenté une rétention urinaire. Cela peut s'expliquer par le fait qu'une proportion non négligeable de patientes présente des RPM> 100ml en post-partum de façon physiologique. En effet, l'étude de DEMARIA F. et al. en 2008 [15] a conclu en l'existence de RPM>100ml à J3 chez 36% de primipares ayant eu une analgésie péridurale durant leur travail [15].

2.2. Résultats de l'étude des facteurs de risque

2.2.1. Les caractéristiques maternelles

- <u>L'âge</u>: La moyenne de notre population est de 27,4 ans, ce qui correspond assez bien à la moyenne d'âge des femmes qui accouchent à la MRUN, cela ne nous permet donc pas de considérer ce critère comme un facteur de risque de RUPP. Le lien entre ce critère et la survenue d'une RUPP a cependant déjà été étudié par d'autres auteurs comme LIANG Ching-Chung en 2002, sans que son implication dans les RUPP n'ait pu être démontrée.

- <u>L'origine géographique</u>: En 2007 RODERICK Teo et al. [48] ont permis de prouver grâce à une étude statistique multivariée que l'ethnie asiatique était plus disposée à développer une rétention urinaire du post-partum, que l'ethnie caucasienne. L'auteur nous dit que cette particularité vient du fait qu'il existe des différences fondamentales dans la fonction détrusorienne dans les différents groupes ethniques. Cependant, dans notre étude, toutes nos patientes sont d'origine caucasienne et l'ethnie asiatique n'est pas représentée. Nous pouvons l'expliquer par la faiblesse de nos effectifs.

- <u>L'indice de masse corporelle</u> permet de faire le lien entre obésité et rétention urinaire du post-partum. Dans notre étude, l'obésité ou le surpoids n'apparait pas être un facteur de risque significatif, puisque la médiane de l'IMC est à 20,5, ce qui coïncide avec un poids strictement normal.
- <u>Les antécédents personnels</u>: Dans leur article en 1995, PERTEK et al. [46] nous disent qu'une lésion obstructive ou une neuropathie, connue ou méconnue peut entrainer une rétention d'urine. Dans la population générale, l'anamnèse retrouve des antécédents de troubles urinaires du bas appareil chez 80% des patientes ayant eu une rétention urinaire. Dans notre population, nous avons retrouvé des coliques néphrétiques avec dilatation pyelique, un kyste sacro-coccygien et des infections urinaires à répétition hors grossesse. Même si ces troubles ne sont pas anodins, aucune étude dans la littérature n'a permis de trouver un lien entre la pathologie et ces antécédents. Une patiente de notre population a subi une rétention urinaire du post-partum après son premier accouchement, si bien que nous pouvons penser que cette femme a été plus à risque qu'une autre femme de récidiver, même si rien dans la littérature ne vient confirmer cette idée. Un bilan d'uro-dynamique serait judicieux pour cette patiente ainsi qu'une surveillance majorée de la reprise mictionnelle après l'accouchement, pour une éventuelle prochaine grossesse.

2.2.2. Les caractéristiques obstétricales

- <u>La primiparité</u> est un facteur de risque clairement démontré dans la littérature. Il tient au fait que d'autres facteurs de risque de RUPP sont généralement associés à la primiparité, comme l'extraction instrumentale, l'analgésie péridurale ou encore l'épisiotomie. Son indépendance reste encore à démontrer. Pour exemple, LIANG et al. [39] ont trouvé que 78,1% des patientes développant une RUPP étaient primipares contre 45 % dans la population de référence ou encore CARLEY et al. qui ont, eux trouvé 66,7% de primipares dans la population « rétention » contre 40% dans la population « non rétention ». Dans notre étude, 55% des patientes étaient primipares. Nous n'avons, malheureusement pas pu obtenir la part de patientes primipares qui ont accouché voie basse sur la période 1998 2011.
- <u>Une prise de poids</u> excessive pourrait être associée à une rétention urinaire du post-partum par son association à des troubles du retour veineux, engendrant plus facilement des œdèmes. Ainsi, chez ces patientes, à l'accouchement, la formation d'œdèmes ou d'hématomes vulvaires serait favorisée. Même si la médiane de la prise de poids de notre étude est de 14 kg, ce qui ne permet pas de conclure, 11 patientes sur 19 ont pris au moins 14 kg, ce qui est relativement

important. Les patientes qui ont développé une rétention urinaire persistante ont pris respectivement 15 et 16kg. Ainsi, il est possible que cet élément intervienne dans la pathologie.

- <u>Le déclenchement</u> a été artificiel pour 6 patientes sur 19 (31,6%). Le taux de déclenchement artificiel du travail sur la période 1998 2011 n'a pas pu être retrouvé. CARLEY et al. ont évalué ce facteur en 2002 mais ils n'ont pas trouvé de lien avec la survenue d'une RUPP [12]. Le déclenchement artificiel pourrait cependant être un facteur de risque puisqu'il implique davantage de travails prolongés, et de remplissage vasculaire.
- <u>La durée du travail</u> ne semble pas dans notre étude se révéler être un facteur de risque significatif. En effet, la médiane de la première phase du travail (3cm à dilatation complète) est de 6 heures, avec des extrêmes de 2 et 10 heures, et la médiane de la seconde phase du travail (de dilatation complète à l'expulsion) est de 1 heure avec un maximum à 3 heures et 45 minutes. Une des patientes qui a développé une rétention urinaire persistante, a cependant présenté une durée de seconde phase de 3 heures 30 minutes. Dans de nombreuses études publiées dans la littérature, un lien entre le travail prolongé et la survenue d'une RUPP a pu être mis en évidence. Pour certains auteurs, une durée de travail supérieure à 12 heures est le seul facteur de risque de RUPP et une étude récente a montré qu'une durée supérieure à 11h40 était significative. Il s'agit d'un facteur de risque indépendant pour YIP et al. [56]. Dans l'étude de HANDLER Stéphanie J. et al. en 2011 aux USA [25] (sur plus de 10 000 femmes), une durée de seconde phase du travail de plus de 4 heures est un facteur de risque significatif, et pour YIP et al. [56], il existe un risque à partir de 2 heures. L'étude de GROUTZ A et al. en 2001 [20] a retrouvé des résultats similaires : plus la durée de la seconde phase augmente, plus il y a de risque de RUPP. Cette tendance est surtout retrouvée chez les primipares.

Nous aurions pu étudier la durée des efforts expulsifs, car certains auteurs, notamment DEMARIA F. et al. en 2005 ont noté que cette durée est en lien avec la RUPP surtout si elle excède 25 minutes

- Dans notre étude nous retrouvons un taux d'analgésie péridurale au cours du travail à 100% (période 1998-2011 et donc aussi période 2005-2011), alors que ce taux est de 90,1% dans la population de référence 2005—2011 (information non disponible pour la période 1998-2011). Pour la plupart des auteurs, elle semble être un facteur de risque, bien qu'aucune étude randomisée « absence d'analgésie » vs « analgésie péridurale » n'ait été réalisée. Elle se révèle être un facteur de risque indépendant dans l'étude de RODERICK Teo et al. (Étude multivariée avec étude de régression statistique) [48] et celle de LIANG et al. [38]. Cependant, ces études sont rétrospectives et quelques rachianesthésies ont été incluses. Les résultats d'une étude

univariée peuvent être tronqués car avec une APD, l'extraction instrumentale est plus fréquente, le travail est plus long, le remplissage vasculaire, plus conséquent; et ces éléments sont aussi des facteurs de risque de RUPP.

Nous avons d'autre part tenté de savoir si un mode d'APD était davantage pourvoyeur de RUPP qu'un autre. Ainsi, 12 patientes sur 19 (63,2%) ont eu des réinjections à la demande et 5 sur 19 (23,3%) ont eu une technique PCEA (Patient-Controlled Epidural Analgesia). Les autres modes étant retrouvés dans des proportions plus faibles. Nous pouvons penser que la technique PCEA permet une diminution des doses d'anesthésiques injectés par rapport à la technique « réinjections à la demande ». A la MRUN, même depuis 1998 la technique PCEA est relativement fréquente pour penser que la proportion du mode « réinjections à la demande » est élevée dans notre population. D'autre part, nous remarquons que pour 15 patientes sur 19 (79%), il y a eu une réinjection d'anesthésiques dans le cathéter de péridurale moins de deux heures avant l'accouchement et pour 7 patientes sur 15 (46,7%), soit presque la moitié, cette réinjection a eu lieu environ 10 minutes avant l'accouchement. Ces résultats ne sont pas étonnants, puisque bien souvent l'anesthésiste réinjecte pour une extraction instrumentale, or dans notre étude, le taux de terminaison instrumentale de l'accouchement est de 60%. Ainsi, nous pouvons nous demander, si la réinjection à proximité de l'accouchement ne serait pas responsable de RUPP transitoires. En tous les cas, il serait bon de mettre en place une surveillance plus accrue de la reprise mictionnelle chez les femmes qui ont bénéficié d'une réinjection peu de temps avant ou peu de temps après l'accouchement.

- <u>Le remplissage vasculaire</u> ne semble pas dans notre étude, apparaître comme un facteur de risque, puisque 64,7% des patientes ont reçu au cours de leur travail entre 500ml et 1,5l, ce qui ressemble à la moyenne du remplissage vasculaire de toute femme en travail. 6 femmes sur 19 ont reçu entre 1,5l et 2,5l, et aucune femme n'a reçu plus de 2,5l.

Outre le remplissage vasculaire, ce qu'il est important de vérifier, c'est la régularité de la vidange vésicale. Dans notre étude, ce principe a été peu respecté puisque 14 patientes sur 17 (82,3%) ont reçu plus d'un litre de solutés avant une vidange vésicale et que la médiane du délai entre deux sondages urinaires a été de 5 heures 30 minutes (maximum 7 heures). Ces deux éléments sont pourtant déterminants dans la survenue des RUPP, puisqu'un espacement trop important entre deux vidanges vésicales peut induire des lésions nerveuses voire, si la distension est majeure, ce que l'on appelle couramment un « claquage vésical ». Au-delà de 500ml, existe un risque de lésions. En 2005, KEITA et al. retrouvaient une augmentation du risque de rétention urinaire complète chez les patients ayant eu un remplissage vasculaire préopératoire supérieur à 750ml [29].

- Tous les nouveau-nés de notre population étaient en <u>présentation</u> occipito-publenne. La faiblesse de nos effectifs explique que nous n'ayons pas eu d'enfants dans d'autres variétés de présentation. Il aurait cependant été intéressant en prenant un nombre plus important de cas de pouvoir étudier l'impact de la présentation fœtale dans la survenue de la pathologie, notamment pour les variétés postérieures, car nous pourrions penser qu'elles sont plus délétères pour la fonction urinaire (lamination du périnée, temps de descente allongé...).
- <u>L'expression abdominale</u> n'a été pratiquée pour aucune patiente, ou tout du moins n'a pas été notée dans les dossiers. Il est vrai que c'est un geste qui a tendance à disparaître à cause des désagréments trophiques et fonctionnels qu'il entraine. On ne peut donc pas incriminer cette pratique dans la survenue de la pathologie.
- <u>Le mode de terminaison</u> de l'accouchement a été instrumental dans 60% des cas (12 sur 20), avec 5% de ventouse et 55% de forceps. Ce taux est de 37,5% pour la période 2005-2011. Dans la population de référence (tous les AVB entre 2005 et 2011), le taux d'extraction instrumentale est de 18%, soit deux fois moins, ce qui nous amène à penser que l'extraction instrumentale et notamment le forceps est un facteur de risque de RUPP. Il s'agit d'un critère retrouvé dans l'étude de HANDLER S J en 2011, et l'indépendance de ce facteur de risque à été démontrée par une analyse multivariée dans l'étude de CARLEY et al. [12]. D'ailleurs, le rapport de 2008 du CNGOF concernant les extractions instrumentales, rappelle que « L'extraction instrumentale semble majorer les risques de rétention urinaire aiguë du post-partum » (NP3).
- <u>Une épisiotomie</u> a été pratiquée dans 60% des cas (12 sur 20) et on note la présence de déchirures dans 30% des cas (6). Ainsi, seulement 10% des patientes (2 sur 20) ont eu un périnée intact. Sur la période 2005-2011, ce taux dans notre population « rétention urinaire » est de 44,4% et il est de 25,3% dans la population de référence (sur tous les AVB). Les lésions périnéales est un facteur fréquemment incriminé, et démontré dans les études YIP et al. en 1997 [56], de LIANG Ching-Chung et al. en 2002 [38] et de GLAVIND K et al. en 2003 [19]. Les études de CARLEY et al. [12] et RODERICK T. et al. [48] ont elles trouvé, que l'épisiotomie médio-latérale exposait à un risque de RUPP. Nous n'avons pas pu faire la différence entre les différents types d'épisiotomie d'une part parce que cette information n'est pas consignée de façon systématique dans les dossiers, et d'autre part, parce que l'épisiotomie médiane est très peu réalisée à la MRUN.
- La présence d'œdèmes et d'hématomes périnéaux semble être en lien avec les RUPP puisqu'ils sont présents, respectivement pour 47,4% des femmes de notre population. Cette

proportion semble être relativement importante. Ces pathologies périnéales peuvent conduire à une obstruction à l'écoulement correct des urines et entrainer de fortes douleurs.

- <u>La hauteur utérine</u> à l'entrée pourrait être étudiée avec le poids de naissance de l'enfant et le périmètre crânien, mais aucun de ces éléments ne semble être différent d'une population sans rétention urinaire. Cependant, les deux patientes qui ont nécessité des soins à domicile afin de guérir complètement de leur rétention urinaire ont accouché d'enfants de 3910 g et de 4010 g, avec des périmètres crânien à 36 cm. Ainsi, même si notre étude n'a pas pu le démontrer, un poids de naissance et un périmètre crânien élevés pourraient contribuer à un allongement de la deuxième phase du travail et ainsi léser la vessie ou favoriser la constitution d'un œdème ou un hématome vulvaire. De plus, une extraction instrumentale est fréquemment employée. Cependant, aucun lien direct entre le poids de naissance de l'enfant (>3800g) ou le périmètre céphalique et la survenue d'une RUPP n'a pu être établi. L'étude de LIANG Ching-Chung en 2002 n'a pas présenté de lien statistiquement significatif. [38].

L'étude de GROUTZ A. et al. en 2008 [22] a montré que l'utilisation d'ocytocine et une durée de deuxième phase prolongée étaient des facteurs de risque de rétention urinaire persistante dont la définition était la suivante : l'absence de miction efficace en dépit de l'utilisation d'une sonde adéquate pendant 3 jours.

Grâce à l'analyse des différents paramètres maternels et obstétricaux, nous avons réussi à mettre en évidence certains critères qui nous semblent pouvoir être retenus comme facteurs de risque de RUPP. Parmi eux, l'analgésie péridurale et notamment la technique « réinjections à la demande », la réinjection proche de l'accouchement, l'extraction instrumentale, les lésions périnéales et notamment l'épisiotomie, les œdèmes et hématomes périnéaux.

Ces facteurs de risque ont été confirmés par différentes études publiées dans la littérature. Leur connaissance par les sages femmes est un outil fondamental dans la prévention, la détection et la prise en charge des RUPP au cours du travail et tout au long du post-partum. Leur mise en évidence permettra d'aider la clinique et parfois de modifier les pratiques, notamment à la réalisation du sondage urinaire au bilan des 3 heures. Par notre étude, nous pouvons nous questionner sur les liens entre certains autres éléments et la survenue d'une RUPP. Ces éléments sont la primiparité, le délai important entre deux sondages urinaires, un remplissage vasculaire conséquent avant une vidange vésicale et le déclenchement artificiel du travail.

2.3. Analyse des connaissances des sages femmes

On sait qu'une connaissance correcte permet d'avoir un œil plus attentif à ces femmes, de faire passer des transmissions aux autres services qui prendront en charge ces patientes et permet un diagnostic et une prise en charge plus précoce, ce qui peut limiter les complications.

2.3.1. Définition de la RUPP

Les sages femmes de SDN et de SME ont une bonne connaissance de la pathologie, mais peu de sages femmes de salle de naissances n'ont spontanément évoqué un délai à partir de l'accouchement au-delà duquel, le diagnostic sera posé. En tous les cas, le délai cité par les SF est peu uniforme (de 3 à 24 heures). Ainsi pour certaines, la rétention urinaire commence seulement après 24 heures d'essais de miction infructueux. Les sages femmes de SME ont mieux répondu à la question du délai définissant la RUPP, puisqu'elles ont toutes répondu des valeurs entre 4 et 6 heures, mais jamais au-delà, ce qui est positif, puisqu'on peut penser que la prise en charge ne sera pas retardée.

2.3.2. Facteurs de risque de RUPP

Les sages femmes de salle de naissances en ont cité deux en moyenne, et ont cité peu de facteurs inexacts, mais là encore les connaissances varient au sein de notre population, puisque certaines ont pu en donner cinq, alors que d'autres n'en ont cité aucun. Les facteurs de risque les plus cités sont l'analgésie péridurale (77%), l'extraction instrumentale (36%), le travail prolongé (32%), suivi du remplissage vasculaire conséquent (27%). Les lésions périnéales et la primiparité ont été peu citées. Une faible proportion de sages femmes a donné des éléments inexacts. Les sages femmes de suites de couches ont évoqué en moyenne, entre deux et trois facteurs de risque de RUPP. L'analgésie péridurale est l'élément qui a été le plus cité (93%), suivi des lésions périnéales (47%), des extractions instrumentales (33%), du travail prolongé (27%) et du remplissage vasculaire (20%). La primiparité n'a été citée par aucune sage femme. D'autres facteurs de risque très justes ont été évoqués par les sages femmes comme l'accouchement vessie pleine, les algies pelviennes, etc. Certaines trouvent que le risque est majoré si la vessie n'est pas vidée 4 heures après l'accouchement, voire 2 heures après l'accouchement pour d'autres.

Ainsi, on remarque que les sages femmes de secteur mère-enfant semblent mieux connaître la pathologie et ses facteurs de risque. On pourrait expliquer ce constat par le fait qu'elles sont davantage supposées prendre en charge ces femmes. On peut donc penser qu'elles ont des notions plus justes et plus précises de la pathologie.

2.4. Résultats de l'étude comparative entre les deux périodes et des pratiques des sages femmes aujourd'hui

2.4.1. Comparaison des critères généraux

Le premier questionnement est celui-ci :

Est ce que ces recommandations ont véritablement été appliquées par toutes les sages femmes, étant donné qu'elles n'ont pas fait l'objet d'un protocole écrit ? Pour simplifier les choses, nous allons partir de l'hypothèse qu'elles ont été relativement bien suivies, tout en gardant à l'esprit que cette incertitude constitue une limite à notre analyse.

Nous avons cherché à savoir si les recommandations de 2005 et notamment celle qui recommande de vider la vessie 6 heures après l'accouchement et en tous les cas pas plus de 4 heures entre les mictions, avaient eu un effet positif sur la durée de la pathologie. En effet, en prenant en charge plus précocement la pathologie, on expose moins la femme au risque de sur-distension vésicale, complication majeure, qui engendre incontestablement un allongement de la durée de l'épisode.

L'incidence de la RUPP est sensiblement égale pour les périodes I et II, ainsi les recommandations ne semblent pas avoir eu d'impact dans la survenue de la pathologie.

Même si la différence de durée de la RUPP entre les deux périodes n'est pas significative à cause de la faiblesse des effectifs, nous remarquons que l'épisode a été en moyenne plus long à la période II. (Médiane 1,5 jours versus 3,5 jours). Cela s'explique par le fait qu'il y a eu davantage de rétentions urinaires persistantes ayant nécessité une prise en charge à domicile après 2005 (le double). Ces deux rétentions urinaires persistantes sont vraisemblablement dues à des lésions neurologiques de la vessie induites par une vessie sur-distendue.

Ainsi, après 2005, les cas de RUPP ont été davantage compliqués qu'avant 2005. Il est possible que les causes des RUPP entre les deux périodes diffèrent sensiblement : après 2005, les RUPP étant davantage dues à des troubles neurologiques, plutôt que mécaniques, la durée de l'épisode pathologique peut s'en trouver rallongée. Cependant ces rétentions urinaires persistantes peuvent être d'origine iatrogène, lorsque les SUE n'ont pas été réguliers au cours du séjour, par exemple. Nous nous attendions plutôt à un résultat inverse étant donné l'instauration de recommandations de pratiques qui était censée réduire les complications dues aux sur-distensions vésicales.

La durée du séjour est allongée par la pathologie de façon générale, puisqu'elle est comprise entre 5 et 6 jours, alors qu'une patiente qui accouche par voie basse reste en moyenne entre 3 et 4 jours plein à la maternité. Il n'y a cependant pas de différence fondamentale dans la durée du séjour entre les deux périodes. Elle est très légèrement plus courte après 2005, mais nous ne pouvons conclure, puisque d'autres facteurs peuvent venir biaiser les résultats, comme la réduction progressive des durées de séjour entre ces deux périodes.

2.4.2. Comparaison des gestes préventifs en salle de travail

Pendant le travail

- Aucune miction spontanée n'a été retrouvée durant le travail qu'il s'agisse des patientes du groupe I que des patientes du groupe II, si bien que l'on pourrait se demander si certaines de ces femmes n'étaient pas déjà en rétention urinaire pendant le travail. On sait cependant que ce ne fut pas le cas pour au moins trois patientes du groupe I puisque, deux d'entre elles, ont uriné spontanément après l'accouchement, et la dernière s'est mise en rétention urinaire à cause d'une suture malencontreuse du méat urinaire. D'autre part, toutes les patientes étaient sous analgésie péridurale et bien que la miction spontanée soit théoriquement possible, notre expérience nous montre que peu de femmes y parviennent d'elles-mêmes.

Nous pouvons aussi nous demander si une miction spontanée a tout simplement été proposée à ces femmes, ou si le sondage urinaire a été réalisé d'emblée. Ainsi, nous avons posé la question aux SF de salle de naissances, et si 100% d'entres elles disent proposer le bassin systématiquement aux femmes qui n'ont pas d'APD avant de réaliser un SUE, seulement un tiers d'entre elles le propose aux femmes qui ont une APD.

La technique PCEA, en réduisant les doses d'anesthésiques administrés pourrait peut-être permettre à certaines femmes d'uriner sur un plat-bassin au cours du travail.

- Moins de sondages urinaires évacuateurs ont été réalisés après 2005 et la part de travails sans sondage urinaire est nettement plus importante dans ce groupe (77.8 versus 37.5%). Nous n'expliquons pas ces chiffres. Afin de ne pas conclure trop facilement, il faudrait s'intéresser aux différences de durée de travail et de remplissage vasculaire entre les deux périodes qui pourraient expliquer cette variation de pratiques. D'autre part, tous les SUE n'ont peut-être pas été transcris sur le partogramme, ce qui constitue un biais à nos résultats. Cependant, si on s'intéresse au délai entre deux vidanges vésicales au cours du travail (généralement délai entre deux SUE), on remarque que la médiane de celui-ci est nettement plus importante après 2005 qu'avant 2005 (6 heures et 30 minutes contre 4 heures et 45

minutes). Il existe une différence certes faible, entre les deux périodes, mais nous pouvons tout de même dire que les sondages urinaires après 2005 ont été moins réguliers. Après 2005, il est probable qu'une sur-distension vésicale au cours du travail ait pu causer la pathologie pour une ou plusieurs patientes. D'ailleurs, les femmes qui ont développé des rétentions urinaires persistantes après la sortie de la maternité ont attendu en moyenne 5 ou 6 heures entre deux vidanges vésicales au cours du travail. Une patiente est même restée 7 heures sans que sa vessie ne soit vidée.

L'analyse des pratiques de sages femmes nous informe sur la fréquence moyenne de sondage urinaire évacuateur au cours du travail. La majorité des sages femmes nous dit espacer chaque SUE de 2 à 6 heures. 41% disent les espacer de 4 à 6 heures et 32% de 2 à 4 heures. Or le délai 4-6 heures n'est-il déjà pas trop important ? Trois SF nous ont répondu les espacer de plus de 6 heures. Il est certain à ce moment là que le risque de lésions vésicales est augmenté.

Ainsi, nous voyons que les délais entre les SUE varient en fonction des sages femmes. Bien sur, aucun systématisme n'est à envisager (comme plusieurs SF nous l'on rappelé), puisque notre pratique est à ajuster, notamment par le RV, mais il serait peut être utile d'envisager un délai limite à ne pas dépasser entre les vidanges vésicales.

- Pour une part importante de patientes, qu'il s'agisse de la période avant 2005 (75%), que de la période après 2005 (89%), plus d'un litre de solutés a été perfusé avant la réalisation d'un sondage urinaire, alors qu'on sait qu'à partir de 500ml, il existe un risque de lésions vésicales. La période dite critique est la période englobant la pose de l'analgésie péridurale, car un remplissage vasculaire conséquent est effectué juste avant. Ainsi, il serait judicieux de faire vider la vessie de la patiente avant la pose d'analgésie péridurale, sur les toilettes si possible, de surveiller cliniquement après la pose, l'apparition éventuelle d'un globe vésical et de ne pas trop attendre avant de réaliser une vidange de la vessie (une à deux heures).

Pour les sages femmes de salle de naissances, le remplissage vasculaire semble être un élément important dans la surveillance du travail, puisque plus de 95% d'entres elles ont répondu veiller à celui-ci, par la quantification des apports (numérotation des poches de solutés) : (65%) et par la limitation du volume perfusé (diminution des apports ou du débit de perfusion) (35%). En effet, bien souvent le remplissage vasculaire des femmes durant le travail est important, et certaines sages femmes tentent de le limiter dès que cela est possible (perfusion d'un 1 litre maximum).

- La pose d'une sonde à demeure au cours du travail est une pratique relativement peu fréquente (2 patientes sur 9 pour chacune des deux périodes). Nous pourrions cependant penser qu'elle pourrait être utile pour prévenir une sur-distension vésicale dans le cas d'un travail long, mais une étude faite à ce sujet n'a montré aucun bénéfice à son utilisation dans le cadre de la prévention des RUPP [18]. (cf. Partie I, 2.1.2 Durée du travail)

A l'accouchement

- Le sondage urinaire évacuateur à l'accouchement a été réalisé dans 2 cas sur 7 avant 2005 et dans 3 cas sur 7 après 2005. Ce taux semble relativement faible, mais nous nous heurtons à un biais, puisqu'il s'agit d'une information qui ne transparait pas forcément sur le partogramme. D'ailleurs, nous pouvons penser qu'il a été plus fréquemment réalisé qu'il n'y parait, puisque la vessie doit normalement être vidée avant une extraction instrumentale (taux d'extraction instrumentale de notre étude : 60%). L'analyse des questionnaires nous apprend que 82% des sages femmes qui ont répondu (18/22) disent le réaliser systématiquement. Deux sages femmes ont répondu le pratiquer au cas par cas, c'est-à-dire « en fonction du remplissage vasculaire et de la durée du travail, entre autre ». Ainsi, il est une bonne chose qu'il soit réalisé davantage aujourd'hui. Le moment de sa réalisation est par contre crucial, car il ne doit pas être traumatique, c'est-à-dire qu'il ne faut pas que la sonde soit forcée, au risque d'engendrer un œdème de l'urètre et du méat urinaire. Or, lorsqu'il est réalisé trop tardivement, comme lorsque la présentation est sur le périnée, l'introduction de la sonde peut être difficile. Nous avons donc interrogé les sages femmes de salle de naissances afin de connaître leur avis. 86% d'entre elles (19/22) disent avoir parfois une difficulté introduire la sonde juste avant l'accouchement et 95% d'entre elles (21/22) pensent que la tête fœtale peut constituer un obstacle à son introduction et léser ainsi l'urètre. Certaines ont des astuces pour éviter d'être trop traumatique, comme cette SF qui fléchi la tète avec un doigt vaginal au passage de la sonde. Néanmoins, ne faudrait-il pas anticiper le moment du sondage urinaire, en le pratiquant par exemple, lorsque la présentation est en partie haute ou en partie moyenne?

Après l'accouchement

- Après l'accouchement, le rôle de la sage femme est de s'intéresser à la reprise de la fonction vésicale, généralement mise entre parenthèses au cours du travail, notamment si une APD a été posée. Ainsi, généralement, on propose à la femme d'essayer d'uriner sur le plat-bassin. Dans notre population, nous remarquons qu'il existe des patientes (certes peu), qui réussissent à uriner spontanément après leur accouchement mais qui développeront tout de même une RUPP plus tard. Il peut s'agir d'un problème mécanique, comme la constitution progressive d'un œdème. Cependant, le fait pour une patiente de pouvoir uriner après l'accouchement

reste un facteur rassurant pour la survenue d'une RUPP, par rapport à une patiente qui n'y parviendrait pas, sans pouvoir toutefois éliminer complètement cette éventualité.

Plus de 86% des sages femmes de salle de naissances (19/22) proposent systématiquement le plat-bassin aux femmes. Une faible proportion ne le proposent que parfois. Aussi, cet essai ne doit pas être shunté, même si la patiente ne dit ne ressentir aucune envie mictionnelle, puisque la pratique de sondage urinaire n'est pas anodine, surtout quelques heures après l'accouchement. En effet, il peut s'agir d'un geste beaucoup plus gênant et beaucoup plus douloureux à ce moment là qu'il ne l'était quelques heures auparavant. D'ailleurs, plus de 76% des SF trouvent qu'il s'agit effectivement d'un geste gênant, mais un peu moins d'entre elles le pensent douloureux (36%). En effet, parfois l'APD insensibilise encore cette zone anatomique. Plusieurs SF ont évoqué le fait qu'uriner sur un plat-bassin n'est pas forcement facile même sans avoir accouché ou sans avoir eu une anesthésie, puisqu'il s'agit d'un acte inhabituel et parfois stressant. Aussi, la patiente doit être parfaitement détendue, pour qu'elle ait un maximum de chance d'y arriver. Pour cela, son intimité doit être respectée et la laisser seule semble être la moindre des choses. 82% (18/22) des SF de salle de naissances disent effectivement sortir de la pièce, et 2 d'entre elles sortent de la pièce si la patiente le demande. Cependant, deux SF ne sortent jamais de la salle.

Aussi, quelques petites astuces peuvent être employées pour aider à la reprise mictionnelle, puisqu'il est possible de déclencher une miction même en l'absence de sensation de besoin; par une poussée diaphragmatique, une contraction des abdominaux, un relâchement des muscles périnéaux, une contraction volontaire du détrusor, et enfin toute une série de stimuli sensoriels: tapotement sus-pubien, bruit de l'eau qui coule, position privilégiée, etc. Les SF utilisent le plus souvent l'eau qui coule (76%) et à de plus faibles proportions, elles disent encourager la patiente, l'installer correctement, attendre le repas ou une boisson, tenter des efforts de poussée. Toutes ces astuces sont les bienvenues dans ces cas là.

Nous venons de voir que, pour que l'essai soit le plus productif possible, la position de la patiente sur le bassin est fondamentale. En effet, une femme installée en position allongée ressentira beaucoup moins les envies mictionnelles qu'une patiente en position assise (cf. partie I, 1.3.1 Modifications engendrées par la grossesse). La moitié des SF répondantes dit installer les femmes en position assise et aucune ne les installent spontanément en position allongée, ce qui est une bonne chose. Il est aussi évident que l'on sait soi-même la position qui nous correspond le mieux, ainsi il est également important de laisser les femmes choisir la position dans laquelle elles pensent être le mieux installées. Les sages femmes de salle de naissances installent la patiente comme celle-ci le souhaite à plus de 63%.

- La pratique du sondage urinaire évacuateur a été légèrement plus fréquente après 2005, sans être totale (5/9 vs 7/9). Ainsi, nous pouvons émettre plusieurs conclusions :
- Les recommandations ont vraisemblablement permis une augmentation de la fréquence de réalisation du SUE après l'accouchement.
- Les recommandations ne sont pas totalement respectées, puisque deux patientes ont été remontées sans avoir été sondées alors qu'elles n'avaient pas pu obtenir une miction spontanée. Pour expliquer cette réticence au sondage urinaire, nous avons interrogé les sages femmes pour connaître leurs pratiques et leurs avis sur la question.

Avant 2005, 31% des sages femmes (5/16) disaient pratiquer un SUE systématique, alors qu'aujourd'hui, elles sont 23% à le pratiquer chez une femme ayant eu une APD pour son travail et aucune ne le pratique en systématique chez une femme n'ayant pas eu d'APD pour son travail.

Par conséquent, contrairement aux recommandations, nous remarquons que la pratique du sondage urinaire systématique a diminué et que moins d'un quart des sages femmes ne sonde en systématique les patientes qui ont eu une APD.

Ainsi, la grande majorité des sages femmes se base principalement sur des critères cliniques pour décider de la nécessité ou non de réaliser un SUE au bilan des 3 heures.

Ces critères sont, pour une grande majorité des SF, la présence d'un globe vésical et des saignements. D'autres éléments incitent les SF à sonder les femmes, comme un important remplissage vasculaire pendant le travail et après l'accouchement, un travail long et une dernière vidange vésicale datant de plus de 4 heures. Moins souvent, elles ont cité la primiparité, l'épisiotomie, les extractions instrumentales, les douleurs abdominales ou encore la réinjection récente d'anesthésiques. Nous remarquons alors que les SF se basent beaucoup sur la clinique. Les douleurs abdominales pourtant un signe de RUPP et de sur-distension vésicale n'a été que peu cité, mais nous pouvons le comprendre par le fait que ces douleurs sont peu spécifiques après l'accouchement, à cause de la persistance de quelques contractions utérines. Une sage femme a cité avec beaucoup de justesse, les fuites urinaires à l'expression utérine, signifiant un remplissage vésical important. Il s'agit là de fuites d'urine par regorgement. La présence de besoin sans miction possible n'a pas été citée par les sages femmes.

Une part non négligeable de sages femmes (29%) nous dit, ne jamais pratiquer de sondage urinaire après l'accouchement chez une femme n'ayant pas eu d'APD.

Ainsi, nous remarquons que beaucoup d'entre elles, se fient à leur sens clinique et ne pratiquent pas de manière systématique le SUE après l'accouchement, surtout si la patiente n'a pas eu d'APD.

Les sages femmes de salle de naissances trouvent nécessaire à 41% (9/22) le sondage urinaire systématique au bilan des 3 heures si la miction spontanée est un échec chez une patiente ayant eu une analgésie péridurale, alors que les sages femmes de suites de couches trouvent cet acte nécessaire à 53% (8/15). Une seule sage femme de SDN sur 22 trouve cet acte nécessaire si la patiente n'a pas eu d'analgésie péridurale et ce taux est de 67% chez les sages femmes de suites de couches. Ainsi, la majorité des sages femmes de SDN pensent que le sondage urinaire systématique après l'accouchement n'est pas un acte nécessaire, surtout si la patiente n'a pas eu d'analgésie péridurale. A l'inverse, plus de la moitié des sages femmes de SME trouvent que cet acte est nécessaire et d'autant plus nécessaire que la patiente n'a pas eu d'analgésie péridurale.

Nous pouvons comprendre cela par le fait que si une femme qui n'a pas eu d'APD ne parvient pas à uriner, c'est qu'il y a véritablement un problème.

Un nombre non négligeable de sages femmes évoque l'essai sur les toilettes plutôt que sur le plat-bassin, ou après celui-ci si la tentative a été un échec. Cependant, à la MRUN, il n'existe pas de toilettes pour chaque salle d'accouchement (un seul toilette pour toutes les salles et fréquemment utilisé pour les consultations d'urgence). C'est pourquoi, l'essai sur les toilettes se fait généralement seulement dans la chambre de SME de la patiente.

2.4.3. Comparaison de la prise en charge en suites de couches

Prise en charge initiale lorsque la miction est impossible

A l'arrivée d'une accouchée en secteur, il est important pour les sages femmes de faire le point sur la reprise mictionnelle. Si celle-ci a déjà pu uriner d'elle-même en salle de naissances, la surveillance sera classique: absence de dysurie, efficacité de la miction, miction complète...Si par contre la patiente n'a pas uriné spontanément en salle de naissances, il sera important pour les SF de savoir si elle a été sondée ou non, et en tous les cas de connaître l'heure de la dernière vidange vésicale. En effet, c'est cet élément là qui va pouvoir déterminer l'heure limite au-delà de laquelle, un SUE devra être réalisé. L'étude des questionnaires nous informe qu'il s'agit d'un acte appliqué par toutes les SF. Lors de périodes où l'activité du service est intense, il est parfois plus facile de mettre en place des astuces pour ne pas oublier l'heure limite à laquelle la patiente doit uriner. Ainsi, toutes les SF disent utiliser un système pour penser à la miction et un tiers d'entre elles (5/15) passent régulièrement dans la chambre de la patiente, 27% d'entre elles (4/15) écrivent dans le dossier de soins (transmissions ciblées) et plus de 93% d'entre elles (14/15) utilisent une étiquette « miction » au tableau mural.

Depuis l'arrivée d'une patiente en SME, la sage femme a un grand rôle à jouer dans la reprise mictionnelle par le biais d'informations et de conseils. En effet la majorité des sages femmes (61,5%) conseille aux patientes d'aller aux WC rapidement, d'autres dans le même ordre d'idée leur conseillent d'essayer d'aller sur les toilettes tout de suite après leur arrivée en secteur. D'ailleurs, très généralement, la personne qui transfère la patiente, de salle de naissancOse à sa chambre, pense à leur dire d'aller sur les toilettes. En effet, sur des WC, la miction est plus aisée pour diverses raisons : position plus physiologique, plus d'intimité, etc. D'autres sages femmes conseillent aux accouchées d'appeler lorsqu'elles ont envie ou lorsqu'elles ont réussi à uriner, d'appeler si l'essai n'est pas contributif afin de leur proposer d'autres mesures d'aide ou de boire et de se mobiliser. Deux sages femmes expliquent aux patientes le risque de RUPP. Toutes ces petites choses ont une importance pour aider à la reprise de la miction. Prévenir la rétention urinaire et reconnaitre ses signes cliniques font partie du rôle propre de la sage femme.

Nous remarquons que le délai de prise en charge de la rétention urinaire depuis l'accouchement et depuis la dernière miction est plus faible après 2005 qu'avant, même si la différence n'est pas statistiquement significative. Nous pouvons penser que les recommandations de 2005 sont appliquées par les sages femmes de suites de couches. Cependant, malgré l'amélioration dans la rapidité de la pratique du sondage urinaire entre les deux périodes, il existe encore un délai trop important pour éviter totalement une surdistension vésicale. Un SUE devrait être pratiqué au maximum 6 heures après l'accouchement, et avant s'il n'y a pas eu de vidange de vessie après l'accouchement. Ainsi, il ne faudrait pas laisser une femme plus de 4 heures sans avoir vider sa vessie.

Il existe vraisemblablement un lien entre la rétention urinaire persistante et l'intervalle entre l'accouchement et la pratique d'un sondage urinaire en suites de couches. D'ailleurs, après 2005, la patiente chez qui un sondage urinaire a été le plus tardif (48 heures après la dernière miction), a développé une RUP.

Les sages femmes interrogées ont répondu en moyenne que la rétention urinaire commence si aucune miction n'est obtenue en moyenne 5 heures et 20 minutes après l'accouchement, ainsi on peut penser qu'elles réalisent un SUE dans ce délai-là. Ainsi, les pratiques des SF sont relativement uniformes et justes.

Traitement et prise en charge des RUPP

Nous avons demandé aux sages femmes de SME quelle prise en charge elles adoptaient chez une patiente en RUPP. Elles ont répondu pratiquer des SUE réguliers à 64% (9/14), tenter les mictions spontanées régulièrement à 43% (6/14), prescrire des antalgiques et induire des stimuli pour déclencher le besoin (eau), respectivement à 21%. Ainsi, nous pouvons remarquer que la prévention de la sur-distension vésicale est fondamentale pour les sages femmes mais que le traitement étiologique et des facteurs aggravants est moins souvent évoqués. En effet, les antalgiques n'ont été cités que par trois sages femmes, les anti-inflammatoires par deux sages femmes, la glace par une sage femme. Certaines ont évoqué des mesures d'aide comme « prendre une douche froide, tremper les doigts dans de l'eau froide ou faire couler de l'eau ». Il s'agit de bons reflexes.

Pour l'étude comparative, les résultats obtenus pour la prise en charge de l'œdème et de l'hématome périnéal sont contrastés. Nous remarquons que l'œdème périnéal semble avoir été moins traité (froid en application locale) après 2005, qu'avant 2005 (100% vs 50%), mais il nous est difficile de conclure compte tenu de l'effectif. Si un traitement de ces désagréments est instauré en SME, c'est moins souvent le cas en salle de naissances, car seulement une patiente sur neuf a reçu de la glace en application locale alors que la situation le nécessitait. Ainsi, pour trois patientes avant 2005 et cinq patientes après 2005, un œdème périnéal déjà installé juste après l'accouchement n'a pas été traité en SDN. Il s'agit pourtant d'un traitement simple, accessible, peu coûteux et très efficace, dans le traitement des douleurs, de l'œdème et de l'hématome vulvaire. Il serait donc important de veiller aujourd'hui à son traitement de manière systématique et précoce, en salle de naissances si possible. Les hématomes ont été légèrement plus traités après 2005, mais la part d'hématomes traités reste encore trop peu importante.

Etant donné le lien entre douleur périnéale et rétention urinaire, il apparait évident et fondamental que la douleur soit prise en charge efficacement et ce le plus précocement possible. Sur les 20 patientes ayant souffert de RUPP, quatre d'entre elles ont reçu du paracétamol dès la salle de naissances, et cette initiative doit être poursuivie dès que la situation le nécessite. Aussi l'évaluation de la douleur est primordiale, dès la salle de naissances.

La prescription d'AINS a été légèrement plus fréquente après 2005 (66.7% versus 60%). Il s'agit d'une bonne chose dans la diminution des œdèmes et dans la prise en charge de la douleur. La sage femme a dans ce domaine tout son rôle à jouer puisqu'elle a le droit de prescription des AINS en post-partum depuis octobre 2011 [72]. Avant 2005, l'anti-

inflammatoire non stéroïdien prescrit était l'Apranax, alors qu'aujourd'hui il s'agit du Profenid. Ils ne doivent cependant pas être prescrits en systématique à cause des effets secondaires qu'ils peuvent engendrer.

Peu de patientes ont reçu un traitement spécifique de la rétention urinaire (environ 20% sur les deux périodes). Le Xatral en comprimés a été principalement prescrit mais uniquement lors des rétentions urinaires persistantes.

Après 2005, nous remarquons plus souvent une association de plusieurs traitements symptomatiques. Généralement, les patientes sont sondées itérativement, puis lorsque la RUPP perdure, un sondage à demeure de 24 ou 48 heures est généralement proposé. Si la RUPP a du mal à guérir, on propose à la patiente de réaliser elle-même les sondages urinaires en lui expliquant préalablement la méthode. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de bénéfices dans l'un ou l'autre des traitements.

Nous remarquons une augmentation de l'appel d'une sage femme en uro-dynamique entre les deux périodes. En effet, son activité s'est développée, car si son aide n'était demandée que dans 44% des cas environ avant 2005, elle est désormais appréciée dans 2/3 des cas après 2005. Cela apporte un important renfort dans la prise en charge des RUPP, notamment grâce aux conseils donnés aux patientes et à la conduite à tenir proposée aux sages femmes. Nous remarquons également que davantage de médecins spécialistes en uro-dynamique ont été contactés. Ils permettent d'apporter une conduite à tenir adaptée. Par contre, le délai d'appel de ces professionnels est un peu tardif, surtout après 2005. Or, plus vite une prise en charge efficace sera instaurée, plus vite l'épisode pourra guérir. Aucune SF n'a pensé à citer l'appel d'une sage femme en uro-dynamique dans la question de la prise en charge des RUPP.

Ainsi, nous pouvons dire que les recommandations de 2005 n'ont pas été appliquées en salle de naissances puisqu'un nombre important de sages femmes ne pratiquent le sondage urinaire après l'accouchement qu'au cas par cas, et qu'un nombre relativement important de patientes remontent dans leur chambre sans avoir été sondées. Par contre, en suites de couches, ces recommandations ont été suivies puisque le délai de prise en charge depuis l'accouchement ou depuis la dernière miction a été sensiblement diminué, et puisque les sages femmes interrogées disent pratiquer un sondage urinaire évacuateur en moyenne 5 heures après l'accouchement si la miction spontanée est impossible. Ainsi, leurs pratiques sont assez uniformes.

Ces recommandations n'ont pas permis une diminution de la durée de la pathologie, une diminution des complications, ni une diminution franche de la durée du séjour.

Les points qui ont été améliorés après 2005 sont, le sondage urinaire plus fréquent à l'accouchement, la diminution du délai de prise en charge, l'appel de professionnels spécialistes en urologie.

Il reste encore des efforts à fournir en termes de régularité et de fréquence des SUE pendant le travail, limitation du remplissage vasculaire et SUE en rapport avec celui-ci, moment du sondage urinaire évacuateur à proximité de l'accouchement, délai de prise en charge mictionnelle après l'accouchement, régularité de la vidange vésicale en suites de couches, traitement des œdèmes et des hématomes, délai d'appel des professionnels spécialistes en urologie.

3. CONDUITES PRATIQUES: LES POINTS CLEFS

3.1. En salle de naissances

- *Miction sur les toilettes si possible avant l'installation en SDN
- *Miction sur les toilettes si possible avant la pose d'APD
- *Plat-bassin proposé régulièrement, toutes les 4 heures environ, à pondérer avec le remplissage vasculaire et sondage urinaire évacuateur après l'essai s'il n'est pas contributif
- *Abolition du remplissage vasculaire inutile, afin d'éviter les sur-distensions vésicales
- *Quantification approximative des sondages urinaires pendant le travail et au bilan des 3 heures (+/++/+++), étant donné que la quantification précise est difficile à mettre en œuvre
- *Limitation de l'exposition aux facteurs de risque, dans la mesure du possible
- *Pas d'accouchement vessie pleine, donc pratique du sondage urinaire évacuateur peu de temps avant l'accouchement : Dilatation complète partie haute ou moyenne
- *Notification de tous les actes et leur horaires sur le partogramme (mictions spontanées, sondages urinaires évacuateurs, pose d'une sonde à demeure et retrait, sondage urinaire au moment de l'accouchement
- *Notification des caractéristiques mictionnelles du bilan des 3 heures (pas de sondage pas de miction, sondage urinaire évacuateur, miction spontanée) et l'heure du sondage urinaire, de la miction spontanée ou du dernier sondage urinaire effectué.
- *Notification de la pratique d'une expression abdominale pour l'accouchement
- *Soigner les œdèmes et hématomes périnéaux par des poches de glace en application locale
- *Quantifier les douleurs périnéales après l'accouchement (surtout chez les femmes n'ayant pas eu d'APD) grâce à une échelle de douleur et traiter les douleurs par pallier (cf. annexes IX et X)
- *Installation assise ou position du choix de la patiente systématique au bilan des 3 heures, avant tout sondage urinaire évacuateur, et utilisation des mesures d'aide et d'incitation à la miction spontanée
- *Dépistage des femmes les plus à risque de développer une rétention urinaire et demander une surveillance plus pointue de la reprise mictionnelle et de l'absence de globe vésical le cas échéant

3.2. En secteur mère-enfant

- *Prise de connaissance des modalités mictionnelles après l'accouchement et de l'heure de la dernière miction
- *Evaluation de la douleur et traitement efficace de celle-ci (cf. annexes IX et X)
- *Traitement précoce des œdèmes et hématomes périnéaux
- *Examen clinique rigoureux à la recherche d'un globe vésical et surveillance attentive de toutes les accouchées durant les 24 premières heures du post-partum, surveillance renforcée chez les patientes présentant des facteurs de risque (APD, extraction instrumentale, lésions périnéales importantes)
- *Utilisation de mesures d'aide et d'incitation à la miction, le plus tôt possible après l'arrivée en SME, lorsque la patiente n'arrive pas à uriner d'elle-même
- *SUE 4 heures après la dernière miction / 6 heures après l'accouchement si miction spontanée impossible avec des mesures d'aide et d'incitation à la miction
- *Appel précoce des professionnels en urologie si la patiente est en rétention urinaire
- *Pratique des résidus post-mictionnels chez une patiente ayant une RUPP en cours de résolution.

4. PROPOSITIONS

Des questions ont été posées pour connaître l'avis des professionnels concernant la prise en charge mictionnelle à la MRUN des femmes durant le travail et après celui-ci. La totalité des sages femmes répondantes trouve utile d'inscrire l'heure de la dernière miction sur la feuille résumant l'accouchement. Il ne s'agit pas seulement de l'heure du sondage urinaire réalisé en salle de naissances, mais pour celles chez qui la miction n'était pas possible, et chez qui un sondage n'a pas été pratiqué, il s'agit de l'heure du dernier sondage au cours du travail ou à l'accouchement. Cependant, même si toutes y trouvent un intérêt pour la surveillance de la reprise mictionnelle, toutes ne l'inscrivent pas systématiquement sur les dossiers, et cela rend plus difficile le travail de la sage femme de secteur. Ainsi, une modification du support préexistant (feuille rose de synthèse de l'accouchement) pourrait être envisagée, de manière à ce qu'une place soit réservée à l'heure de la dernière vidange vésicale.

Plus de la moitié des sages femmes de SDN trouverait utile de quantifier les solutés passés en perfusion au cours du travail et de noter la somme sur la feuille résumant l'accouchement. Cela rendrait plus visible le réel remplissage vasculaire et permettrait, autant à la sage femme de SDN qu'à la sage femme de SME, d'orienter leurs gestes pratiques. Ainsi, pour une patiente qui aurait été fortement remplie au cours du travail et chez qui aucun SUE n'aurait été réalisé antérieurement, la sage femme de SDN pourrait s'attendre à un volume vésical plus important après l'accouchement et un globe vésical pourrait plus facilement être recherché. D'autre part, cela aiderait la sage femme de suite de couche à adapter sa surveillance, notamment par la recherche d'un globe vésical. Ainsi, la surveillance pourrait être plus rapprochée et plus spécifique.

27% des sages femmes pense qu'il pourrait être judicieux de quantifier tous les SUE au cours du travail, et 36% pense qu'il pourrait être judicieux de quantifier le SUE du bilan des 3 heures. Ainsi, on remarque que la quantification de tous les SUE au cours du travail ainsi que la quantification du SUE du bilan des 3 heures ne sont pas des propositions ayant suscité un réel intérêt pour la majorité des sages femmes. Ceci d'autant qu'il n'y a pas de matériel pouvant faciliter leur réalisation. Cependant, une quantification approximative pourrait être intéressante.

Peu de sages femmes connaissent le Bladderscan TM et peu de sages femmes y voient une utilité en salle de naissances. Pourtant, celui-ci pourrait être intéressant en salle de naissances, chez les patientes qui ne parviennent pas à uriner spontanément afin de vérifier la réelle utilité d'un SUE. En effet, les mesures automatisées semblent fiables, avec un bénéfice attendu sur les infections urinaires.

Nous nous sommes d'autre part interrogés sur la nécessité du sondage urinaire systématique en salle de naissances après l'accouchement si aucune miction spontanée n'est possible. Nous avons vu que les recommandations n'étaient pas suivies et que les sages femmes de salle de naissances n'étaient pas pour une politique systématique, ce qui n'est toutefois pas le cas des sages femmes de suites de couches. Ce que nous pouvons conclure de notre analyse, c'est que le fait de pratiquer un sondage urinaire évacuateur ne semble pas réduire le nombre de RUPP (12 cas lors de sue+ et 4 cas lors de SUE-) et ne semble pas non plus diminuer la durée de la pathologie, ni la durée du séjour. Par contre, cela semble réduire le délai de prise en charge initial (depuis l'accouchement et depuis la dernière miction). Mais est-il vraiment nécessaire de réaliser un SUE après l'accouchement ?

L'incidence de la rétention urinaire est faible et tout SUE expose au risque d'infection urinaire. D'autre part, il y a peu de risque que la vessie soit fortement remplie 2 heures 30 environ après l'accouchement, puisque la quasi-totalité des sages femmes disent pratiquer un SUE à l'accouchement, et que le remplissage vasculaire du post-partum immédiat est en général peu conséquent (500 ml environ). Ainsi, l'absence de miction spontanée après l'accouchement doit alerter mais on doit déjà réfléchir à des causes évidentes (réinjection APD proche). Permettre de bénéficier de plus de temps en SME avant de sonder une patiente n'est pas une raison suffisante pour pratiquer un sondage urinaire. Nous pensons alors qu'il ne doit pas être un acte préventif, mais il doit être pratiqué lorsqu'on suspecte que la vessie est fortement remplie. Ainsi, il doit s'appuyer sur des critères cliniques, comme un globe vésical, une mauvaise rétraction utérine, des douleurs du bas de l'abdomen ou un besoin important. Ces critères sont à réévaluer en suite de couches et la surveillance devra être plus accrue en SME.

Aussi, pour que l'essai de miction spontanée permette d'avoir plus de résultats, l'installation de toilettes dans chaque salle d'accouchement ou dans une sur deux, serait d'une très bonne initiative.

Aussi, l'acupuncture pourrait peut être utilisée chez les patientes ayant des difficultés à retrouver une miction efficace après l'accouchement.

Conclusion

A travers ce travail, nous avons pu voir que la période du post-partum est particulièrement exposée aux problèmes vésicaux, dont la rétention urinaire. A la MRUN, nous avons retrouvé un taux de rétention urinaire du post-partum de 0.06% sur la période 1998-2011. Nous avons pu montrer qu'il existe des facteurs de risque liés au travail obstétrical. Par exemple, les extractions instrumentales, l'analgésie péridurale, une réinjection proche de l'accouchement, les lésions périnéales et notamment l'épisiotomie.

Les recommandations locales émises en 2005 n'ont pas permis une diminution de la durée de la pathologie, une diminution des complications, ni une franche diminution de la durée du séjour, mais il est possible qu'elles aient engendré, entre autre, une diminution du délai de prise en charge depuis l'accouchement. On sait que ce délai est primordial dans la pérennisation de la pathologie, puisque la mise en œuvre d'un traitement précoce permet une récupération rapide, tandis qu'un retard diagnostique expose à une rétention urinaire prolongée.

Cette étude nous a aussi appris que les sages femmes ont des connaissances assez correctes sur la rétention urinaire du post-partum, et on sait que la connaissance de la pathologie apparait comme un enjeu important pour la surveillance des accouchées.

Des mesures simples mais rigoureuses, d'aide et d'incitation à la miction et de surveillance des accouchées devraient permettre de prévenir, dépister et traiter précocement les rétentions urinaires afin d'éviter leur persistance.

Nous avons donc, à la fin de ce travail, proposé des conduites pratiques qui nous paraissent fondamentales, dans les secteurs de salle de naissances et de secteur mère-enfant et nous espérons qu'elles seront suivies par un grand nombre de sages femmes. D'autre part, il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus national quant à la prise en charge des RUPP. il pourrait être utile d'envisager la création par les spécialistes du domaine, d'un protocole précis pour leur traitement en secteur de suites de couches de la MRUN. Ainsi, les modalités de traitement pourraient être connues de tous ceci facilitant l'uniformité la prise en charge de manière plus précoce.

BIBLIOGRAPHIE

Thèses et mémoires :

- 1) DIA Charlotte. La rétention aigüe d'urines du post-partum, étude rétrospective cas-témoins réalisée au CHU de Poitiers du 15 mai au 31 décembre 2003. Mémoire. Ecole de sage femme de Poitiers, 2004
- 2) FEIERABEND Aude. Rétention urinaire du post-partum : à propos d'une étude rétrospective de 15 cas et une revue de la littérature. Mémoire. Ecole de sage femme Albert Fruhinsholz, Nancy, 2007
- 3) JOLU Hervé. *Etude descriptive pour la prévention des rétentions urinaires dans le post-partum*. Mémoire. Ecole de sage femme de Tours, 2007

Rapports:

4) Mesure du contenu vésical par technique ultrasonique. Rapport d'évaluation technologique.HAS. 2008

Allocutions:

- 5) DEMARIA F, AMAR N, BIAU D, FRITEL X, PORCHER R, AMARENCO G, BENIFLA JL. Evaluation du volume rétention el urinaire à 2 heures du post-partum, à l'aide du BladderScan. A propos d'une étude prospective de 70 patientes ayant accouché par voie basse. Congrès de la SIFUD. 2002
- 6) LEFLOT A, ALBERT A, PETERMANS J. *Mesure du résidu post-mictionnel: sondage versus échographie, que choisir ?* Communication orale. VIIe Congrès International Francophone de Gérontologie. Septembre 2002

Articles:

- 7) ABRAMS P, CARDOZO L, FALL M, et al. Standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. *Neurol Urogynecol*, 2002, Volume 21, p 167-78
- 8) ANDOLF E, IOSIF CS, JORGENSEN C, RYDHSTROM H. Insidious urinary retention after vaginal delivery: prevalence and symptoms at follow-up in a population-based study. *Gynecol Obstet Invest*, 1994, Volume 38, p 51-3
- 9) BASTON H. Female bladder catheterization: step by step. *The practising midwife. 2011,* Volume 14, p 26-28
- 10) BEUCHER G. Complications maternelles des extractions instrumentales. *La Revue Sage-Femme*. 2009, Volume 8, p 177
- 11) BOUHOURS A.C, BIGOT P, ORSAT M et al. Rétention vésicale du post-partum. *Progrès en urologie*. 2011, Volume 21, p 11-17
- 12) CARLEY et al. Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2002, Volume 187, Numéro 2

- 13) CHALILA C. Postpartum bladder dysfunction. *Gynaecological and Perinatal Practice*. 2006.Volume 6, p 133-139
- 14) COHEN SE, YEH JY, RILEY ET, VOGEL TM. Walking with labor epidural analgesia: the impact of bupivacaine concentration and a lidocaine epinephrine test dose. *Anesthesiology*, 2000, Volume 92, p 387-92
- 15) DEMARIA F, BOQUET B, PORCHER R. et al. Post-voiding residual volume in 154 primiparae 3 days after vaginal delivery under epidural anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2008, volume 138, numéro 1, p 110-113
- 16) DRIGGERS RW, MILLER CR, ZAHN CM. Postpartum urinary retention. *Obstet Gynecol*, 2005, Volume 106, p 1413-4
- 17) ELLIOTT RA, CASTLEDEN CM, DUFFIN HM. The effect of progesterone and oestrogen on rat detrusor muscle. *Neurol Urodyn*, 1992, Volume 11, p 345-6
- 18) EVRON S, DIMITROCHENKO V, KHAZIN V. et al. The effect of intermittent versus continuous bladder catheterization on labor duration and postpartum urinary retention and infection: a randomized trial. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2009, Volume 20, p 567-572
- 19) GLAVIND K, BJORK J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2003, Volume 14, p 119-21
- 20) GROUTZ A, GORDON D, WOLMAN I, JAFFA A, KUPFERMINC MJ, LESSING JB. Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. definition, prevalence and clinical implications. *J Reprod Med*, 2001, Volume 46, p 44-8
- 21) GROUTZ A, HADI E, WOLF Y, MASLOVITZ S, GOLD R, LESSING JB, et al. Early postpartum dysfunction: incidence and correlation with obstetrics parameters. *J Reprod Med*, 2004, Volume 49, p 960-4
- 22) GROUTZ A, HASSON J, GOLD R et al. Persistent postpartum urinary retention: prevalence, obstetric risk factors and management. *J Urol*, 2008, Volume 179, p 472
- 23) 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, Volume 37, p 614-617
- 24) HANDA VL, HARRIS TA, OSTERGARD DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*, 1996, Volume 88, p 470-8
- 25) HANDLER SJ, CHENG YW, KNIGHT S, LYELL D, CAUGHEY AB. et al. What factors are associated with postpartum urinary retention? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2011, Volume 204, p79
- 26) HINMAN F, Editorial. Postoperative overdistension of the bladder. *Surg Gynecol Obstet*. 1976, Volume 142, p 901-2

- 27) HUMBURG J, HOLZGREVE W, HOESLI I. Prolonged postpartum urinary retention: the importance of asking the right questions at the right time. *Gynecol Obstet Invest*, 2007, Volume 64, p 69-71
- 28) JEFFERY TJ, THYER B, TSOKOS N, TAYLOR JD. Chronic urinary retention postpartum. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 1990, Volume 30, p 364-6
- 29) KEITA H, DIOUF E, TUBACH F, et al. Predictive factors of early postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit. *Anesth Analg.* 2005, Volume 101, p 592-6
- 30) KEKRE A.N. et al. Postpartum urinary retention after vaginal delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2011, Volume 112, p 112–115
- 31) KERMANS G, WYNDAELE JJ, THIERY M et al. Peurperal urinary retention. *Acta Urol Belg*, 1986, Volume 54, p 376-85
- 32) KULKARNI R, BRADFORD WP, FORSTER SJ, et al. Chronic retention of urine following childbirth: a rare complication in the puerperium. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1994, Volume 34, p 107-108
- 33) LAMONERIE L, MARRET E, MASCHINO X. Retention d'urine post-opératoire. Prévalence et conséquences à court terme et à long terme. *Le praticien en anesthésie-réanimation*. 2003, Volume7
- 34) LAMONERIE L, MARRET E, La dysfonction vésicale post-opératoire. *Communications scientifiques, MAPAR éditions*. 2005
- 35) LEACH S. Have you had a wee yet? Postpartum urinary retention. The practicing midewife. 2011, Volume 14, p 23-25
- 36) LEE SN, LEE CP, TANG OS et al. Postpartum urinary retention. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999, Volume 66, p 287-8
- 37) LEVIN RM, ZDERIC SA, EWALT DH, DUCKETT JW, WEIN AJ. Effects of pregnancy on muscarinic receptor density and function in the rabbit urinary bladder. *Pharmacology*, 1991, Volume 43, p 69-77
- 38) LIANG CC, CHANG SD, TSENG LH et al. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2002, Volume 42, p 365-8
- 39) LIANG CC, CHANG SD, CHANG YL, CHEN SH, CHUEH HY, CHENG PJ. Postpartum urinary retention after cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet*, 2007, Volume 99, p 229-32
- 40) LIM JL. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*.2010, Volume 50, p 502-505
- 41) LOSIF S, INGEMARSSON I, ULMSTEN U. Urodynamic studies in normal pregnancy and in puerperium. *Am J Obstet Gynecol*, 1980, Volume 137, p 696-700

- 42) LUKASSE M, CEDERKVIST HR, ROSSELAND LA. Reliability of an automatic ultrasound system for detecting postpartum urinary retention after vaginal birth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2007, Volume 4, p 1-5
- 43) MUSSELWHITE KL, FARIS P, MOORE K, et al. Use of epidural anesthesia and the risk of acute postpartum urinary retention. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2007, volume 472, e1-e5
- 44) NEL JT, DIEDERICKS A, JOUBERT G et al. A prospective clinical and urodynamic study of bladder function during and after pregnancy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2001, Volume 12, p 1-6
- 45) OLOFSSON C.I.J et al. Post-partum urinary retention: a comparison between two methods of epidural analgesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1997, volume 71, p 31-34
- 46) PERTEK J, HABERER J. Effets de l'anesthésie sur la miction et rétention aiguë d'urine postopératoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1995, Volume 14, p340-51
- 47) RAMSAY IN, TORBET TE. Incidence of abnormal voiding parameters in the immediate postpartum period. *Neurourol Urodyn*, 1993, Volume 12, p 179-83
- 48) RODERICK T, PUNTER J, ABRAMS K, et al. Clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery: a retrospective case-control study. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 2007, Volume 18, p 521-524
- 49) SAIDI A, DELAPORTE V, LECHEVALLIER E. Urological problems encountered during pregnancy. *Prog Urol*, 2005, Volume 15, p 1-5
- 50) SAULTZ JW, TOFFLER WL, SHACKLES JY. Postpartum urinary retention. J *Am Board Fam Pract*. 1991, Volume 4, p 341-4.
- 51) SRINIVAS S. Intermittent versus continuous bladder catheterization during labor: does it matter? *Journal of Clinical Anesthesia*. 2009, Volume 20, p 565-566
- 52) TETZSCHNER T, SORENSEN M, LOSE G, CHRISTIANSEN J. Pudendal nerve function during pregnancy and after delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 1997, Volume 8, p 66-8
- 53) WATSON WJ. Prolonged postpartum urinary retention. Mil Med. 1991, Volume 156, p502-3
- 54) WING DA, RUMNEY PJ, PRESLICKA CW, CHUNG JH. Daily cranberry juice for the prevention of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a randomized, controlled pilot study. *J Urol*, 2009, Volume 181, p 1503-4
- 55) WEIL A, REYES H, ROTTENBERG RD, BEGUIN F, HERRMANN WL. Effect of lumbar epidural analgesia on lower urinary tract function in the immediate postpartum period. *Br JObstet Gynecol*, 1983, Volume 90, p 428-32
- 56) YIP SK, BRIEGER G, HIN LY 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*. 1997, Volume 76, p 667-72

- 57) YIP SK, SAHOTA D, ALLAN M. Z. et al. Four-year follow-up of women who were diagnosed to have postpartum urinary retention. *American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2002,* Volume 187, Numéro 3
- 58) YIP SK, SAHOTA D, PANG MW, CHANG A. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004, Volume 83, p 881-91

Ouvrages:

- 59) BENSON JT, WALTERS MD. Neurophysiology of the lower urinary tract. *Urogynecology and reconstructive pelvic surgery*. Seconde edition, St. Louis (MO), Karram MM, Mosby. 1999. p. 15-24
- 60) BUZELIN J.M. *Urodynamique, bas appareil urinaire*. Edition Paris, Masson, 1988. p 3-39, 109-195. ISBN: 2-225-80042-1
- 61) GRISE P, SIBERT L. Rétentions aiguës d'urine complètes. *Traité Encyclopédie Médico-Chirurgicale d'Urologie*.1996
- 62) LATTEUX G, FAGUER R, BIGOT et al. Rétentions aigües d'urine complètes. *Traité Encyclopédie Médico-Chirurgicale d'Urologie*. 2011
- 63) LANSAC J, MAGNIN G. *Obstétrique pour le praticien*. 5^{ème} Edition Paris, Elsevier Masson, 2008. p 416. ISBN: 978-2-294-70243-3
- 64) WEIDNER AC, VERSI E. Physiology of micturition. *Urogynecology and urodynamics: theory and practice*. 4ème edition Baltimore (MD), Williams & Wilkins, 1996. p. 33-63

Sites internet:

- 65) http://www.ordre-sages-femmes.fr
- 66) http://www.vulgaris-medical.com
- 67) http://fr.wikipedia.org

Autres :

- 68) RCOG Study Group recommendation. Incontinence in women. *Royal College of Obstetricians and Gynaecology*, Volume 6, p 4
- 69) Recommandations pour la pratique clinique. L'épisiotomie. CNGOF, 2005
- 70) Recommandations pour la pratique clinique. Extractions instrumentales. CNGOF, 2008
- 71) Laboratoire Sanofi-aventis. Monographie de produit: XATRAL. 30/07/2010
- 72) Arrêté du 12 octobre 2011. Texte 27 sur 124. Journal officiel de la république française. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
- 73) Dr Donner F. cours d'urologie. Ecole de sage femme. 2008

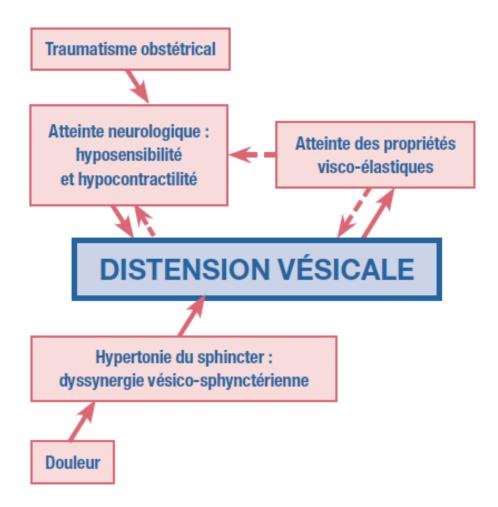
TABLE DES MATIERES

Remercieme	nts	5
Sommaire		6
Glossaire		7
introduction		, <i>)</i>
PΔRTIF 1 · III	STIFICATION DE L'ETUDE	11
	E: LA RETENTION URINAIRE DU POST-PARTUM	
_	efinitions et incidence de la rétention urinaire du post-partum	
1.1.	La rétention urinaire	
1.1.2.	Spécificité de la rétention urinaire du post-partum : points fondamentaux	
	uses / physiopathologie	
1.2.1.	Modifications engendrées par la grossesse	
1.2.2.	Les effets du travail obstétrical et de l'accouchement	
1.2.2.	cteurs de risque	
1.3.1.	•	
1.3.2.		
_	agnostic	
1.4.1.	Interrogatoire	
1.4.2.		
1.4.3.	•	
_	nséquences et complications	
	aitements	
1.6.1.		
1.6.2.	· · ·	
2. MESUR	ES PRATIQUES: PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA RETENTION URIN	
DU POST-PA	RTUM	24
	évention directe : réduction de l'incidence par l'action sur les facteurs	
	es	24
2.1.1.		
2.1.2.	La durée du travail	
2.1.3.	L'épisiotomie ou les déchirures périnéales	25
2.1.4.	Les extractions instrumentales	26
2.1.5.	Les lésions iatrogènes de la vessie et de l'urètre	26
2.2. Pr	évention secondaire: prévention des complications, diagnostic et traitement	
PARTIE 2 : PF	RESENTATION DE L'ETUDE	29
1. PREMIE	RE PHASE : ETUDE DES DOSSIERS	30
1.1. M	éthodologie	30
1.1.1.	Objectifs et hypothèses testées	
1.1.2.	Schéma général de l'étude	
1.1.3.	Population étudiée	31
1.1.4.	Description des données collectées et définitions	32
1.1.5.	Modalités de mesures	
1.2. Ré	sultats de l'étude des dossiers à la MRUN	33
1.2.1.	Présentation de l'échantillon	33

	1.2.2.	Résultats concernant l'étude des facteurs de risque	37
	1.2.3.	Résultats concernant l'étude comparative avant / après 2005	39
	1.2.4.	Le point sur le SUE après l'accouchement	45
2.	DEUX	IEME PHASE : ETUDE DES QUESTIONNAIRES	46
2	2.1.	Méthodologie	46
	2.1.1.	Objectifs et hypothèses testées	
	2.1.2.	Schéma général de l'étude	
	2.1.3.	Population étudiée	
	2.1.4.	Description des données collectées et définitions	
	2.1.5.	Modalités de mesures	
2	2.2. I	Résultats de l'étude des questionnaires à la MRUN	48
	2.2.1.	Présentation de l'échantillon	
	2.2.2.	Résultats des questionnaires distribués en salle de travail	48
	2.2.3.	Résultats des questionnaires distribués en secteur mère-enfant	
PAI	RTIE 3:	DISCUSSION	62
1.	CRITIC	QUES DE L'ETUDE	63
		es objectifs sont-ils atteints ?	
		imites de l'étude	
-	1.2.1.		
	1.2.2.		
2.		TATS	
		Données générales sur la rétention urinaire du post-partum à la MRUN	
-	. 2.1.1.	Incidence	
	2.1.1.		
	2.1.2.	•	
	2.1.3.	·	
-		Résultats de l'étude des facteurs de risque	
4	2.2.1.	Les caractéristiques maternelles	
	2.2.1.	·	
-		Analyse des connaissances des sages femmes	
4	2.3. <i>,</i> 2.3.1.	Définition de la RUPP	
	2.3.1.		
-		Résultats de l'étude comparative entre les deux périodes et des pratiques of	
_		aujourd'hui	
	2.4.1.	Comparaison des critères généraux	
	2.4.2.	Comparaison des gestes préventifs en salle de travail	
	2.4.3.	Comparaison de la prise en charge en suites de couches	
3.		UITES PRATIQUES : les points clefs	
		En salle de naissances	
•		En secteur mère-enfant	
		OSITIONS	
4.			
Bib	liograph	iie	90
Tab	le des n	natieres	95
Δnı	20401		97

ANNEXES

Annexe I: Physiopathologie de la rétention vésicale



<u>Source</u>: Leguernigou B. et al. Rétention aigue d'urine du post-partum, étude observationelle sur 72 patientes. *Vocation sage femme*. Mai 2007, Numéro 52, p 14-17

Annexe II : Données quantitatives et qualitatives recueillies pour l'analyse des facteurs de risque de RUPP et pour l'analyse comparative des deux périodes.

Analyse	Données quantitatives	Données qualitatives	
Facteurs de risque	Indice de masse corporelle	Parité	
	avant la grossesse	Mode de déclenchement	
	Prise de poids durant la	Remplissage vasculaire au cours du travail	
	grossesse	Présence d'une analgésie péridurale	
	Hauteur utérine à l'entrée en	Type d'analgésie péridurale employé	
	salle de travail	Réinjection anesthésique à proximité de	
	Durée du travail	l'accouchement	
	Durée de la seconde phase du	Présentation fœtale au dégagement	
	travail	Mode de terminaison de l'accouchement	
	Poids de naissance de l'enfant	Expression abdominale	
	Périmètre céphalique de	Etat du périnée	
	l'enfant à sa naissance	Œdème périnéal	
		Hématome périnéal	
Comparative			
avant/après 2005	Incidence		
-Généralités	Durée de la rétention urinaire		
	Durée du séjour		
		Nombre de SUE	
-Prévention	Délai entre deux SUE ou entre miction/SUE		
pendant le travail		Nombre de mictions	
		Présence d'une sonde à demeure Perfusion >11 de soluté avant un SUE	
		SUE à l'accouchement	
		Expression abdominale	
-Prise en charge	Délai de prise en charge de la RUPP depuis l'accouchement	Caractéristiques mictionnelles au bilan des 3 heures post-accouchement	
	Délai de prise en charge de la	Si œdème périnéal, traitement de celui-ci	
	RUPP depuis la dernière	Si hématome périnéal, traitement de celui-ci	
	miction	Prescription d'AINS	
Délai d'appel de la sage femme d'uro-dynamique		Prescription d'un traitement spécifique de la RUPP	
	Délai d'appel du médecin spécialiste	Type de traitement symptomatique en post- partum	
		Appel d'une sage femme d'uro-dynamique	
		Appel d'un médecin spécialiste	

Annexe III: Définitions des données recueillies en annexe II

<u>Durée du travail</u>: période allant d'une dilatation cervicale de 3 cm à l'accouchement.

<u>Durée de la seconde phase du travail</u> : période allant d'une dilatation cervicale complète à l'accouchement.

<u>Durée de la rétention urinaire</u> : durée entre « 6 heures post-accouchement – miction spontanée normale et régulière sans globe vésical ou RPM < 100 ml + miction spontanée normale

<u>Durée du séjour</u>: durée entre l'accouchement et la sortie hors de la MRUN de la patiente.

<u>Délai entre deux SUE</u>: moyenne des intervalles entre deux SUE ou entre mictions et SUE pour chaque patiente à partir du moment où celle-ci était installée en salle de travail, jusqu'à l'accouchement; le sondage urinaire à l'accouchement comptant dans le calcul.

<u>Délai de prise en charge depuis l'accouchement</u> : intervalle de temps entre l'accouchement et la première vidange vésicale après l'accouchement (en général SUE) <u>Délai de prise en charge depuis la dernière miction</u> : intervalle de temps entre la dernière miction ou le dernier SUE en salle de naissances (sondage au bilan des 3 heures après l'accouchement, ou SUE à l'accouchement ou pendant le travail) et la première vidange vésicale après l'accouchement.

<u>Délai d'appel de la sage femme d'uro-dynamique ou du médecin spécialiste</u> : délai entre le diagnostic de rétention urinaire (6 heures après l'accouchement) et l'appel du professionnel.

Annexe IV : Données recueillies par les questionnaires

	QUESTIONS
<u>SDN</u>	
-Connaissances	*Définition de la RUPP
	*Facteurs de risque de RUPP
-Pratiques	*Proposition du bassin au cours du travail avant un SUE
	*Fréquence de vidange de la vessie moyenne lors du travail
	*Surveillance du RV lors du travail et moyens utilisés
	*Pratique du SUE systématique à l'accouchement
	*Avis concernant le sondage urinaire au moment de l'accouchement et la butée de la sonde /
	lésions de l'urètre
	*Proposition du bassin après l'accouchement et mise en conditions de la patiente
	*Position d'installation des patientes sur le bassin et respect de leur intimité
	*Moyens utilisés par les sages femmes pour déclencher le besoin vésical
	*Pratiques des sages femmes de salle de travail dans la prise en charge mictionnelle post-
	accouchement avant 2005 et aujourd'hui
	*Données cliniques et facteurs de risque qui incitent les sages femmes à pratiquer un SUE en salle
	de travail après l'accouchement
-Avis et *Inscription systématique de la somme des solutés perfusés pendant le travail	
propositions *Quantification de tous les SUE au cours du travail	
	*Quantification du SUE après l'accouchement en salle de travail
	*Inscription systématique de l'heure de la dernière miction en salle de travail
	*Avis des sages femmes concernant la douleur et la gêne engendrée par le SUE après
	l'accouchement
	*Avis des sages femmes sur la nécessité du SUE systématique après l'accouchement si aucune
	miction spontanée n'a pu être obtenue, chez les femmes ayant eu ou non une APD
	*Connaissance du Bladderscan TM et utilité de ce dernier en salle de travail
	*Satisfaction par rapport à la prise en charge mictionnelle des patientes en salle de travail
	*Propositions pratiques concernant la prise en charge vésicale des femmes durant le travail et en
	post-partum immédiat.
SME	
-Connaissances	*Définition de la RUPP
	*Facteurs de risque de RUPP
-Pratiques	*Prise de connaissance des modalités de miction post-accouchement en salle de travail et prise de
	connaissance de l'heure de la dernière miction
	*Informations données aux patientes arrivant en SME sur le plan urinaire
	*Moyens utilisés par la sage femme pour veiller à la reprise mictionnelle d'une accouchée et
	fréquence d'utilisation d'une étiquette miction au tableau mural
	*Délai laissé aux accouchées sans vidange vésicale avant de pratiquer un SUE
	*Traitement mis en place en parallèle
	*Notification d'une rétention urinaire
4	
-Avis et propositions	*Avis sur le SUE des accouchées en salle de travail lorsqu'une miction spontanée n'est pas possible
propositions	*Connaissance du Bladderscan TM et intérêt en SME

Annexe V: Définitions des données recueillies en annexe IV

<u>Définition de la RUPP</u>: Nous ne prenions pas en compte le délai après l'accouchement, ni la notion de volume vésical ou de globe vésical. Il s'agissait simplement d'avoir une définition qui ressemblait à celle-ci « impossibilité d'émettre des urines après l'accouchement ». Le délai accouchement-pas de miction spontanée définissant la RUPP n'ayant pas été clairement demandé dans les questionnaires, nous avons réalisé des statistiques avec les données des quelques sages femmes qui ont donné un délai de manière spontanée.

<u>Facteurs de risque</u>: Nous prenions les six facteurs de risque principaux à savoir, l'analgésie péridurale, l'épisiotomie ou les lésions périnéales importantes, la primiparité, l'extraction instrumentale, le travail prolongé (qu'il s'agisse de la première, de la deuxième ou des deux phases) et le remplissage vasculaire conséquent. La définition de ces deux derniers pouvant différer pour les sages femmes.

<u>Traitement mis en place en parallèle</u>: Il s'agit de demander aux sages femmes si elles mettent en place une autre thérapeutique que le traitement symptomatique de la RUPP, une thérapeutique basée notamment sur l'étiologie, comme par exemple la prescription d'antalgiques, ou d'anti-inflammatoires dans le cas où la patiente présenterait un important œdème périnéal.

<u>Notification d'une rétention urinaire</u>: Il s'agit de savoir à partir de quel moment, le diagnostic de rétention urinaire est inscrit par la sage femme sur la feuille de sortie ou la feuille d'actes. Diagnostic qui pourra être côté ensuite par le DIM.

Annexe VI : Questionnaires distribués aux sages femmes de SDN

A L'ATTENTION DES SAGES-FEMMES DE SALLE DE NAISSANCES

Mon mémoire de fin d'études porte sur la rétention aigüe d'urines du post-partum., avec pour principal objectif, l'élaboration de nouvelles recommandations pratiques. Je voudrais donc évaluer comment, en salle de naissances, vous participez à la prévention et au dépistage de cette pathologie.

Ainsi, je vous propose, pour m'aider à construire cette étude, de bien vouloir remplir ce questionnaire, qui entièrement anonyme. Il vous prendra environ 10 minutes pour y répondre. Après l'avoir rempli merci de bien vouloir le déposer sans l'enveloppe nominative, dans la pochette prévue à cet effet, dans la salle de garde

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Fanny PERRIN. ESF3
Quel est votre âge ? ans
Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme ? année(s)
Travailliez-vous en salle de naissances avant 2005 ? oui non
• <u>CONNAISSANCES</u>
1- Quelle définition donneriez-vous à la rétention urinaire du post-partum?
2- Quels sont d'après-vous, les principaux facteurs de risque de la rétention urinaire du post-partum ?
• PRATIQUES
PENDANT LE TRAVAIL
4 - Veillez-vous au remplissage vasculaire des patientes ? oui non parfois
5- Comment veillez-vous au remplissage vasculaire ?
6- Durant le travail, proposez-vous le bassin aux patientes avant de réaliser un sondage urinaire ?
- si elles ont une analgésie péridurale 🔲 oui 🔲 non
- si elles n'ont pas d'analgésie péridurale 🔲 oui 🔲 non
7-A quelle fréquence, proposez-vous le bassin ou réalisez-vous les sondages urinaires durant le
travail ?
☐ <2h ☐ entre 2 h et 4h ☐ entre 4h et 6h ☐ >6h

AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

8- Lors de l'installation des patientes pour l'accouchement, effectuez-vous habituellement un sondage			
urinaire évacuateur ?			
9- Eprouvez-vous des difficultés pour introduire la sonde urinaire au moment de l'accouchement ?			
☐ toujours ☐ parfois ☐ jamais			
10- Pensez-vous que la présentation fœtale puisse être un obstacle à l'introduction de la sonde			
urinaire et puisse ainsi léser l'urètre ? 🔲 oui 🔲 non			
APRES L'ACCOUCHEMENT			
11- Après l'accouchement, vous proposez le bassin,			
a) Aux femmes qui ont eu une APD : Systématiquement parfois jamais			
b) Aux femmes qui n'ont pas eu d'APD :			
12- Comment installez-vous les patientes sur le bassin?			
position assise position couchée à leur souhait			
13- Sortez-vous de la pièce lorsque les patientes sont installées sur le bassin ? oui non			
14- Quels petits moyens utilisez-vous pour déclencher le besoin ?			
15- Avant les recommandations actuelles qui imposent que toute accouchée doit avoir la vessie vide			
avant de remonter dans sa chambre, que faisiez-vous face à une femme qui ne parvenait pas à uriner			
seule ?			
jamais de sondage en salle de naissances et surveillance de la reprise mictionnelle en suites de			
couches			
sondage urinaire systématique en salle de naissances			
sondage urinaire au cas par cas en salle de naissances			

a) chez les femmes qui ont eu une analgésie péridurale sondage urinaire évacuateur
 sondage urinaire au cas par cas en fonction de la clinique et des facteurs de risque jamais de sondage urinaire évacuateur
b) chez les femmes qui n'ont pas eu d'analgésie péridurale
sondage urinaire évacuateur
sondage urinaire au cas par cas en fonction de la clinique et des facteurs de risque
jamais de sondage urinaire évacuateur
17- Si vous ne pratiquez pas le sondage urinaire de façon systématique,
- quels facteurs <u>cliniques</u> vous incitent à vider la vessie pour prévenir une surdistension vésicale ?
- quels facteurs <u>de risque</u> vous incitent à vider la vessie ?
AVIS ET PROPOSITIONS 18- Pensez- vous qu'il serait utile d'inscrire de façon systématique la quantité de solutés perfusés lo du travail, et d'inscrire la somme après l'accouchement ? oui non
19- Pensez-vous qu'il serait utile de quantifier chaque sondage urinaire évacuateur au cours du travail ?
□ oui □ non
20- Pensez-vous qu'il serait utile de quantifier le sondage urinaire évacuateur au bilan des 3 heures
□ oui □ non
21- Pensez-vous qu'il serait utile de noter dans le dossier, l'heure de la dernière miction en salle de
naissances (spontanée ou sondage urinaire) ?
□ oui □ non

16- A l'heure actuelle, si aucune miction spontanée n'est obtenue, quelle est votre attitude ?

22- Grâce à votre expérience, pensez-vous que le sondage urinaire après l'accouchement est un acte :
-douloureux ? 🔲 oui 🔲 non
-gênant ? □ oui □ non
23- Trouvez-vous utile de réaliser un sondage urinaire évacuateur systématique si la miction
spontanée n'est pas obtenue après l'accouchement aux femmes
a) Qui ont eu une analgésie péridurale 🔲 oui 🔲 non
b) Qui n'ont pas eu d'analgésie péridurale 🔀 oui 🔀 non
24- Connaissez-vous l'échographie abdominale pour mesurer le volume vésical ? oui non
25-Pensez-vous qu'elle serait utilisable en salle de naissances?
Pourquoi?
26-Etes-vous satisfaite de la manière dont les patientes sont prises en charge sur le plan urinaire ?
27-Quelles propositions pratiques pourriez-vous faire concernant la prise en charge vésicale des
femmes
*Durant le travail ?
*En post-partum immédiat ?

Annexe VII: Questionnaires distribués aux sages femmes de SDN

A L'ATTENTION DES SAGES-FEMMES DE SUITES DE COUCHES

Mon mémoire de fin d'études porte sur la rétention aigüe d'urines du post-partum., avec pour principal objectif, l'élaboration de nouvelles recommandations pratiques. Je voudrais donc évaluer comment, en suites de couches, vous participez à la prévention, au dépistage et au traitement de cette pathologie.

Ainsi, je vous propose, pour m'aider à construire cette étude, de bien vouloir remplir ce questionnaire, tout à fait anonyme.

Après l'avoir rempli, merci de bien vouloir le déposer sans l'enveloppe nominative, dans la pochette prévue à cet effet, dans la salle de garde.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

dans leur chambre?

Fanny PERRIN. ESF3

CE QUESTIONNAIRE CONCERNE EXCLUSIVEMENT LES ACCOUCHEES PAR VOIE BASSE Quel est votre âge? ans Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme ? année(s) • CONNAISSANCES 1- Quelle définition donneriez- vous à la rétention urinaire du post-partum? 2- Quels sont d'après-vous les principaux facteurs de risque de la rétention urinaire du post-partum? • PRATIQUES 3- Après l'accouchement, vous prenez connaissance des modalités de miction (spontanée, sondage urinaire évacuateur, pas de miction) : ☐ Systématiquement parfois jamais 4- Vous regardez l'heure de la dernière miction : ☐ Systématiquement parfois jamais 5- Quelle(s) information(s) sur le plan urinaire donnez-vous aux patientes lorsque celles-ci arrivent

6- Si la patiente n'a pas réussi à uriner en salle de naissances, avez-vous un/ des moyen(s) pour n		
pas oublier de vérifier la reprise de la miction ? (pense-bête, passages réguliers dans la chambre,)		
oui non		
Si oui, lequel ?		
7- Utilisez-vous une étiquette « miction » sur le tableau mural afin de surveiller la reprise de la miction ?		
oui non		
Si non, pensez-vous que ce serait une bonne idée ?		
oui non		
8- Quel délai (en heures), laissez-vous aux accouchées pour uriner spontanément, depuis l'accouchement, avant de réaliser un sondage urinaire évacuateur ?		
9- Quel traitement mettez-vous en place en parallèle, si la patiente ne parvient pas à obtenir une		
miction spontanée ?		
10- Quand effectuez-vous un signalement pour rétention urinaire du post-partum ? Nécessité de sonder la patiente au moins une fois Nécessité de sonder la patiente plusieurs fois au moins Autre, précisez :		
• <u>PROPOSITIONS</u> 11- Pensez-vous que le sondage urinaire <u>systématique</u> des accouchées en salle de naissances, lorsque		
celles-ci ne parviennent pas à uriner spontanément est un acte nécessaire ?		
□ Oui □ non		
12- Connaissez-vous l'échographie abdominale pour mesurer le volume vésical ? □ Oui □ non		
13-Pensez-vous qu'elle serait utilisable en SME ?		

Annexe VIII: Protocole « accouchement physiologique » MRUN, 1^{er} février 2005



MATERNITÉ RÉGIONALE « A.PINARD »-NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - B.P 4213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code: Version 01	Titre : ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE	Date d'application : 1 ^{er} février 2005	Page 6/10
------------------	---------------------------------------	--	-----------

c) Tenue des personnes effectuant l'accouchement

Obligatoire (protection de la patiente)	Recommandé (protection du soignant)	
 Surblouse Masque Charlotte(en fonction de l'acte : suture périnéale) 	Tablier plastifié imperméable Surchaussures Lunettes Une information sur les risques d'AES doit être systématiquement donnée aux stagiaires qui effectuent l'accouchement	

d) L'installation de la patiente :

Toilette vulvo-périnéale avec une cuvette propre. La même cuvette pourra être utilisée une fois rincée pour le rinçage (cf. protocole de « soins vulvo-périnéaux » DSS. 303.MO. 022).

e) Durée maximale des efforts expulsifs :

Au-delà de laquelle le médecin senior doit être appelé : 20 mn à 30 mn sans altération du RCF (utilisation de la classification de MELCHIOR pour l'interprétation du rythme cardiaque fœtal en phase expulsive)

f) Sondage évacuateur avant expulsion :

A effectuer en fonction de critères cliniques, non systématique.

La délivrance :

Délivrance dirigée systématique (cf. protocole médical)

- Expression utérine et vérification du globe de sécurité.
- Remarque: Appel de l'interne si le délivrance n'est pas obtenue au bout de 30 mn en l'absence d'hémorragie
- prélèvement systématique d'un Ph au cordon
- Autres prélèvements sanguins si besoin
- Examen macroscopique soigneux du placenta, mesure du cordon ombilical et pesée du placenta (recueil du délivre sur un champ stérile en cas de prélèvements bactériologiques)
- Appel immédiat si placenta incomplet
- élimination du placenta (guide de gestion et d'élimination de déchets) ou envoi au laboratoire pour examen anatomo-pathologique
- Evaluation objective des pertes : pesée ou recueil dans une poche graduée



MATERNITÉ RÉGIONALE « A.PINARD »-NANCY

10, rue du Docteur Heydenreich - B.P 4213 - 54042 NANCY Cedex - Tél.: 03.83.34.44.44. - Télécopie: 03.83.34.44.10

Code: SDN.403.PS.011 Version 01

Titre: ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE

Date d'application : 1^{er} février 2005

Page 7/10

6. Vérification de l'intégrité du périnée et du vagin, réinstallation de la patiente

- Toilette vulvo-périnéale préalable avec une cuvette propre (cf. protocole de « soins vulvopérinéaux » DSS .303.MO.022). La même cuvette pourra être utilisée pour le rinçage
- Réfection des déchirures périnéales ou épisiotomie (protocole « réfection d'épisiotomie » CLIN Maternité Régionale – Nancy-19/09/97)
 - Remarque: réfection des éraillures après la toilette vulvo-périnéale, installer la patiente sur un champ stérile, préparer sur un champ de table stérile des compresses, une paire de ciseaux et un porte-aiguille
- Réinstallation de la patiente
- Vérification de la rétraction utérine
- Paramètres maternels : prise de la TA et des pulsations
- Prélèvements sanguins éventuels

Démarches administratives (« déclaration de naissance, registres) remplir :

- le dossier obstétrical et le dossier de prise en charge du nouveau-né en salle de naissance
- la fiche RSS pour la mère et le ou les enfants
- le dossier de soin
- le bordereau de saisie des actes
- le registre d'accouchement
- la lettre de sortie type
- les demandes d'examens éventuelles
- établir et signer la déclaration de naissance

8. Surveillance du post-partum immédiat

Elle se fait en salle de naissances pour une durée moyenne de 2 heures minimum, toutes les 15 mn pendant la première heure après l'accouchement puis toutes les 20 mn

- surveillance de l'involution utérine et estimation des pertes
- paramètres maternels :TA

Pour la sortie de salle de naissance :

- → Si possible, obtenir une miction spontanée
- → toilette vulvo-périnéale
- → prise de la température maternelle
- → prise de la TA
- → noter sur la feuille "synthèse de l'accouchement" les paramètres maternels, l'heure de sortie de la patiente, noter en consignes pour la surveillance en secteur mère enfant l'absence de miction spontanée.

Annexe IX: Protocole de prise en charge de la douleur « déchirure périnéale sans épisiotomie », MRUN

Déchirure périnéale sans épisiotomie

1. Palier 1:

DAFALGAN 500 mg: 2 gel x 4 / jour
pendant 5 jours
en prise systématique
aux mêmes horaires
à débuter dès la salle de naissance au moment du repas
noter l'heure de la première prise sur l'ordonnance

Évaluation de la douleur 2 heures après la première prise puis deux fois par jour par échelle visuelle analogique (EVA).

- 2. Palier 2 : Si EVA ≥ 4 : traitement antalgique insuffisant, remplacer par :
 - 2.1. Pas de contre-indication aux AINS

DAFALGAN 500 mg : 2 gel x 4 / jour pendant 5 jours en prise systématique aux mêmes horaires

+ PROFENID 50 mg: 1 gel x 4 / jour pendant 5 jours en prise systématique aux mêmes horaires à prendre au moment des repas à débuter 2 heures après retrait du cathéter d'APD

2.2. Si contre-indication aux AINS:

DAFALGAN CODEÏNE 500 mg : 2 cp x 3 / jour pendant 5 jours en prise systématique aux mêmes horaires comprimés à prendre après une tétée ou au moins 2 heures avant

Annexe X: Protocole de prise en charge de la douleur « épisiotomie, avec ou sans déchirure périnéale», MRUN

Épisiotomie Avec ou sans déchirure périnéale

1. Pas de contre-indication aux AINS:

1.1. Palier 1:

DAFALGAN 500 mg : 2 gel x 4 / jour pendant 5 jours en prise systématique aux mêmes horaires à débuter dès la salle de naissance au moment du repas noter l'heure de la première prise sur l'ordonnance

+ PROFENID 50 mg: 1 gel x 4 / jour pendant 5 jours en prise systématique aux mêmes horaires à prendre au moment des repas à débuter 2 heures après retrait du cathéter d'APD noter l'heure de la première prise sur l'ordonnance

Évaluation de la douleur 2 heures après la première prise puis deux fois par jour par échelle visuelle analogique (EVA).

1.2. Palier 2: Si EVA ≥ 4: traitement antalgique insuffisant, remplacer par:

PROFENID 50 mg: 1 gel x 4 / jour pendant 5 jours en prise systématique aux mêmes horaires à prendre au moment des repas

 + DAFALGAN CODEÏNE 500 mg : 2 cp x 3 / jour pendant 5 jours en prise systématique aux mêmes horaires comprimés à prendre après une tétée ou au moins 2 heures avant

2. Si contre-indication aux AINS:

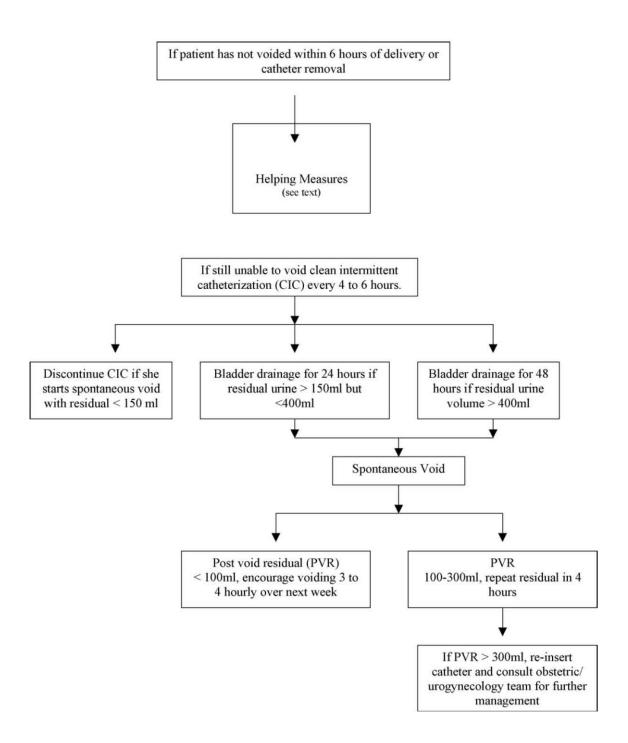
2.1. Palier 1:

DAFALGAN CODEÏNE 500 mg : 2 cp x 3 / jour pendant 5 jours en prise systématique aux mêmes horaires à débuter dès la salle de naissance au moment du repas comprimés à prendre après une tétée ou au moins 2 heures avant noter l'heure de la première prise sur l'ordonnance

Évaluation de la douleur 2 heures après la première prise puis deux fois par jour par échelle visuelle analogique (EVA).

2.2. Palier 2 : Si EVA ≥ 4 : traitement antalgique insuffisant : appel médecin responsable de l'unité fonctionnelle

Annexe XI: Exemple de prise en charge des RUPP : Algorithm of post-partum bladder care



<u>Source</u>: RIZVY RM. et al. Management of post-partum urinary retention. *Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice*. 2006, Volume 6 p 140 -144

Mlle Fanny PERRIN

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme Promotion 2012

Ecole de Sages-Femmes A. FRUHINSHOLZ, Université Henry Poincaré, Nancy I

<u>Titre</u>: La rétention urinaire du post-partum, quelle prévention et quelle prise en charge à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy ?

Directeur de mémoire: Thomas BOUIN, sage femme cadre enseignant

Expert de mémoire: Dr Charlotte MASIAS, gynécologue-obstétricien, MRUN

Mots clés: rétention – urine – miction - post-partum - sondage urinaire évacuateur – complication des suites de

couches

Résumé: La rétention urinaire est une pathologie peu fréquente mais relativement handicapante dans cette période si sensible qu'est le post-partum. Peu d'études ont été faites la concernant, mais on sait toutefois qu'il existe des facteurs de risque pouvant conduire à ce problème et des schémas de prise en charge qui permettent un dépistage précoce et la mise en place d'un traitement adapté. Ainsi, il semble important, dans une maternité de connaître cette pathologie, d'appliquer au mieux les mesures de prévention et d'avoir une conduite à tenir efficace. A la MRUN, des recommandations de pratiques ont été envisagées afin de réduire l'incidence et les complications de la rétention urinaire du post-partum. Par le biais d'une étude rétrospective comparative des deux périodes, avant et après mise en place des recommandations, et par le biais d'une étude par questionnaires réalisée auprès des sages femmes de la MRUN, nous avons pu obtenir des informations précises, d'une part, sur les cas de rétentions urinaires à la MRUN, et d'autre part, sur les connaissances et pratiques des sages-femmes. L'étude démontre que la mise en place des recommandations de pratiques, n'a pas permis de faire diminuer la durée de l'épisode pathologique, la durée du séjour et les complications des RUPP. Tous ces résultats nous ont permis de proposer des conduites pratiques en salle de naissances et en secteur mère enfant.

Abstract: Urinary retention is a relatively uncommon disease but which is quite disabling during this sensitive period, that is the post-partum. Few studies have been done about it, but we do know however that there are risk factors that can lead to this problem and schemas of care that enable prompt diagnosis and implementation of an appropriate management. Thus, it seems to be important to know in obstetric units this condition, to apply in the best way the prevention measures and to have an effective management. In the Regional University Maternity of Nancy (RUMN), practical recommendations have been considered to reduce the incidence and complications of the postpartum urinary retention. Through a retrospective study comparing the two periods, before and after implementation of the recommendations, and through a questionnaire survey conducted among midwives of RUMN, we were able to obtain accurate information, on the one hand on cases of urinary retention in RUMN, and on the other hand on the knowledge and practices of midwives. The study shows that the implementation of practical recommendations failed to reduce the duration of the disease, the length of hospital stay and complications of RUPP. This information enables to propose practical driving in delivery room and in mother-child area.