



HAL
open science

Rétention vésicale du post partum au CHU du Point-G. A propos d'un (1) cas d'observation

Cheickna Badiaga, F. Sissoko, L. Doumbia, S. Toure, B. Camara, S Diarra, A. Samassekou, H. Berthe, Ml. Diakite, Ad. Tembely

► To cite this version:

Cheickna Badiaga, F. Sissoko, L. Doumbia, S. Toure, B. Camara, et al.. Rétention vésicale du post partum au CHU du Point-G. A propos d'un (1) cas d'observation. 2018. hal-01866066

HAL Id: hal-01866066

<https://hal.science/hal-01866066>

Preprint submitted on 2 Sep 2018

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

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

Rétention vésicale du post partum au CHU du Point-G.

A propos d'un (1) cas d'observation.

BADIAGA C*., SISSOKO F*., DOUMBIA L*., TOURE S*., CAMARA B*., DIARRA S,
SAMASSEKOU A*., BERTHE H*., DIAKITE ML*., TEMBELY AD*.**

*= Service d'Urologie CHU Point-G

**= Service de Gynécologie Obstétrique CHU Point-G

Auteur:

Dr.Cheickna BADIAGA

E.mail : cbadiaga2000@yahoo.fr

Tel : (00223) 76415019 / 65651954

Résumé :

La rétention vésicale complète ou rétention aiguë d'urine correspond à l'impossibilité totale d'uriner malgré la réplétion vésicale. Elle traduit le plus souvent la présence d'un obstacle sous vésical empêchant l'évacuation des urines. Il s'agit d'une pathologie essentiellement masculine [15].

La Rétention Vésicale du Post-partum (RVP) est une pathologie peu fréquente définie par l'absence de miction 6 heures après l'accouchement avec un contenu vésical supérieur à 400 ml d'urines.

Sa méconnaissance peut conduire à des retards diagnostiques aggravant le pronostic, ainsi qu'à des traitements inadaptés.

Epidémiologie : Fréquence comprise entre 0,7 à 0,9% des accouchements par voie basse [1]. 75% des patientes récupèrent leur fonction vésicale en moins de 72 heures [3].

Son étiologie est multifactorielle. La physiologie vésicale est modifiée durant la grossesse, avec une hypotonie des voies urinaires et un résidu post-mictionnel plus important que la normale. La survenue d'une neuropathie périnéale d'étirement lors de la parturition peut occasionner la constitution d'une rétention urinaire.

Les facteurs de risque sont la primiparité, un travail long, une extraction instrumentale et une lacération périnéale.

Le traitement repose sur le sondage évacuateur intermittent et la guérison survient généralement dans les 72 heures.

Une rétention persistante est la principale complication à court terme et doit être traitée par auto-sondage.

De nos jours, il n'y a pas de standard dans la prise en charge.

Aucun consensus n'est retenu dans la thérapeutique. La littérature est peu documentée.

Notre travail est basé sur un (1) cas rapporté et sur une revue de la littérature.

But : - Affection rare ; Un (1) premier cas diagnostiqué au service d'urologie CHU point-G. Littérature : Absence de ligne directrice sur le traitement. Il existe une diversité de la prise en charge.

Mots clés : *Rétention vésicale, hypotonie, résidu post-mictionnel, Post-partum.*

Summary :

Complete bladder retention or acute retention of urine corresponds to the total impossibility of urinating despite bladder repletion. It most often reflects the presence of a bladder obstacle preventing the evacuation of urine. It is an essentially male pathology [15].

Postpartum Bladder Retention (PVR) is an uncommon pathology defined by the absence of urination 6 hours after delivery with a bladder content greater than 400 ml of urine. Its lack of knowledge can lead to diagnostic delays that worsen the prognosis, as well as to inappropriate treatments.

Epidemiology: Frequency between 0.7 and 0.9% of vaginal deliveries [1].

75% of patients recover their bladder function in less than 72 hours [3].

Its etiology is multifactorial. Bladder physiology is modified during pregnancy, with urinary tract hypotonia and a post-void residual greater than normal. The occurrence of perineal stretching neuropathy during parturition may cause the formation of urinary retention.

Risk factors are primiparity, long work, instrumental extraction and perineal laceration. The treatment is based on intermittent evacuation and healing usually occurs within 72 hours.

Persistent retention is the main short-term complication and needs to be self-administered. Nowadays, there is no standart in the care.

No consensus is retained in therapy. The literature is poorly documented.

Our work is based on one (1) reported case and a review of the literature.

Purpose: - Rare affection; One (1) first case diagnosed at the urology department CHU point-G.

Literature: No guideline on treatment. There is a diversity of care.

Key words: Bladder retention, hypotonia, post-voiding residue, postpartum.

Introduction :

Dans la littérature, on retrouve plusieurs définitions de la rétention aiguë d'urine (RAU), 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 [2].

La rétention vésicale complète ou rétention aiguë d'urine correspond à l'impossibilité totale d'uriner malgré la réplétion vésicale. Elle traduit le plus souvent la présence d'un obstacle sous vésical empêchant l'évacuation des urines. Il s'agit d'une pathologie essentiellement masculine [15].

Pendant le postpartum, la définition la plus souvent retenue est l'absence de miction spontanée dans les six heures suivant l'accouchement par voie basse ou dans les six heures suivant le retrait de la sonde urinaire en cas d'accouchement par césarienne [2, 3].

La RAU persistante est définie comme l'impossibilité d'uriner spontanément dans les 96 heures (j4) suivant l'accouchement [4]. Classiquement, on retrouve dans la définition la notion d'un résidu postmictionnel (RPM) supérieur à 150ml, cependant, certains auteurs déclarent que compte tenu de l'hypotonie vésicale physiologique chez la femme enceinte et en postpartum, cette notion ne peut être retenue en obstétrique [5].

Compte tenu de la variation des critères du diagnostic, on observe dans la littérature une grande variation des chiffres concernant la fréquence de la RAU du postpartum allant de 0,45 à 17,9 % [3, 6]. Pour la RAU persistante du postpartum la fréquence serait de 0,05 à 0,1 % des accouchements [7, 8, 17].

Dans la majorité des cas, la RAU du postpartum se résout dans les 24heures et est sans conséquence ultérieure [4]. En revanche, dans la RAU persistante on retrouve de véritables claquages vésicaux : c'est-à-dire une distension vésicale, entraînant des lésions histologiques sur les fibres musculaires allant jusqu'à l'impossibilité de contraction du détrusor [9].

Ce travail, qui traite un cas clinique observé au centre hospitalier universitaire du Point-G., fait l'objet d'une revue de la littérature visant à faire le point sur les facteurs de risque, les conséquences et la prise en charge pratique de la Rétention du postpartum.

Cas clinique :

Mme MK, âgée de 38 ans, G10 P8 V6 D2 A2 ; sans autre antécédent particulier, après une grossesse de déroulement normal, s'est présentée à la maternité d'un village situé à une centaine de kilomètre de Bamako en début de travail à environ 40 semaines d'aménorrhées.

Les efforts expulsifs ont débuté une heure après la dilatation complète et ont duré plusieurs minutes. L'extraction fut difficile pour insuffisance d'effort expulsif.

Mme MK. a donné naissance à un garçon de 3290g, en état de souffrance fœtale chronique suivi du décès du nouveau né une (1) heure plus tard. Une délivrance dirigée fut réalisée.

Mme MK. a bénéficié de plusieurs sondages évacuateurs durant le travail, dont un avant l'accouchement.

Les suites de couches ont été marquées par une absence de reprise spontanée de la diurèse.

Un premier sondage évacuateur post partum fut réalisé le même jour (soit 08 heures après l'accouchement) et a permis d'évacuer une quantité importante d'urines selon MK, un second réalisé quelques heures plus tard.

Devant l'absence de reprise des mictions, une sonde à demeure fut mise en place le lendemain (J1) et retirée à (J2).

Vu la persistance de la rétention (la non-reprise de la diurèse), une nouvelle sonde fut placée ensuite elle rentra à la maison.

A J7, la sonde a été retirée. Résultat : Pas de reprise de la miction.

Elle fut envoyée au Centre de Santé Communautaire (CS.com central) de la localité où une échographie réalisée objectiva un résidu postmictionnel évalué à 500ml.

Après deux (2) semaines de tentative sans succès au CS.Com, son conjoint decida de l'amener à Bamako pour meilleure prise en charge.

A l'arrivée, elle consulta dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Point-G le **27 Juin 2018** qui nous la réfère pour rétention du post partum.

A l'admission, elle avait un bon état général. Elle avait une bonne coloration, sa pression artérielle (TA : 12/07 cmHg), sa température (Tp) : 36°8, les fosses lombaires étaient libres. L'abdomen et l'hypogastre étaient souples et depressibles sans masse palpable. Ses organes génitaux externes (OGE) étaient de type féminin normal.

Une Sonde trans-uretrale CH18 était en place et ramenait des urines claires. Vulve propre. TV : Le col était mou, antérieur, ouvert à 1 cm. Le gant ramène des lochies séro-hématiques non fétides.

Ailleurs, aucun déficit de membre n'a été retrouvé et l'examen neurologique était strictement normal.

Nous avons émis l'hypothèse d'un **trouble vésico-sphincterien du post partum** probablement dû à une lésion du detrusor (œdème) ou étirement du nerf obturateur au cours d'un accouchement dystocique.

Notre Conduite A Tenir:

Bilan biologique : NFS, Glycémie, Créatinémie, ECBU + ATB

Imagerie : Echographie Réno-pelvienne + Etude du RPM

Médical :

- Alpha Bloquant (Doxazosine : Cardox^R) 4 mg le soir au coucher ;
- Anti inflammatoire non stéroïdien (Diclofenac : DICLOWAL^R) 100 mg Suppositoire par jour.

Résultats des examens paracliniques :

ECHOGRAPHIE: Rénale normale. Uterus normofléchi de taille normale, vide et homogène.

Paroi vésicale épaissie à 11mm. RPM estimé à 400 cc.

ECBU : Klebsiella pneumoniae sensible à : Chloramphénicol et fosfomycine.

NFS : HB : 12,5gr/dl HT : 34,8%, VGM : 89,4 Fl Plaquettes : $136.10^3/mm^3$.
Glycémie : 5,4 mmol/l, Créatinine : 56 micromol/l

Traitement additif:

Chloramphenicol 250 mg : (500mg 3 fois/jour)

Fosfomycine : 3 gr sachet dose unique.

Vitaminothérapie : Vitamine B complexe 1 comprimé matin, 1 comprimé le soir.

La sonde a été retirée avec succès 05 jours après le traitement.

La consultation trois (3) semaines plus tard n'a pas retrouvé de plainte :

Mme MK. Ressentait le besoin d'uriner et vidait complètement sa vessie (résidu post mictionnel évalué à l'échographie est revenu inférieur à 20ml). ECBU : Absence de germes.

Discussion :

La RAU du postpartum est une affection très rare.

Concernant les facteurs de risque, la primiparité ainsi que la durée du travail semblaient être déterminantes dans la littérature. Dans notre cas d'observation, la très grande multiparité agit comme facteur favorisant sa survenue dûe à la diminution du tonus musculaire.

En effet, durant l'accouchement, la pression prolongée de la tête fœtale sur les tissus maternels peut entraîner un œdème des tissus, des lésions nerveuses, musculaires au niveau du plancher pelvien et du détrusor, cela favoriserait une RAU du postpartum [3, 4, 10, 11, 20]. On comprend que chez une primipare, la durée du travail et le temps de l'expulsion étant plus longs que chez la multipare, le risque de RAU du postpartum soit plus élevé [4, 6, 8, 11, 12].

Le contraire dans notre cas, une insuffisance d'effort expulsif pourrait s'expliquer chez une très grande multipare par l'atonie utérine.

De nombreuses études retrouvent les extractions instrumentales (ventouses, forceps, spatules) comme facteurs de risque des RAU du postpartum. [6, 8, 11,20]. Certains auteurs rapportent que ce sont des facteurs de risques propres et ils expliquent cela par le fait que les extractions instrumentales sont associées à des traumatismes directs des tissus mous du plancher pelvien et à des lésions nerveuses [8, 10, 11, 20].

L'extraction était manuelle dans notre cas précis. Cela peut être par manque d'instruments (forceps, ventouses) ou de personnel qualifié dans les centres isolés.

De même que pour les extractions instrumentales, l'épisiotomie est statistiquement liée à la RAU du postpartum [6, 8, 11,20]. Elle n'a pas été réalisée chez Mme MK.

D'après la littérature [4, 6, 8, 11,17], la péridurale est un facteur de risque incontesté de la RAU. En effet, des tests urodynamiques ont montrés que l'analgésie péridurale inhibe l'activité vésicale pendant plusieurs heures (par inhibition des voies afférentes, qui conduisent le message nerveux du besoin mictionnel) [13]. Il y a un effet probable dose-dépendant et une réponse individuelle variable à l'analgésie péridurale [8]. À cette hypotonie vésicale, s'ajoute l'hyperhydratation de ces femmes perfusées, qui, en l'absence de sondage évacuateur, peut distendre considérablement la vessie et aboutir à un détrusor claqué. Aussi, certains auteurs conseillent de poser systématiquement durant quelques heures une sonde

urinaire pour toute femme ayant bénéficié d'une péridurale lors de leur accouchement [8,18,19].

Certains auteurs rapportent que la durée du travail, si elle est supérieure à 12 heures, est le seul facteur de risque de RAU du postpartum : les autres facteurs de risques, comme la primiparité, le mode d'accouchement, l'analgésie péridurale et l'épisiotomie pourraient être, soit la cause, soit la conséquence de la durée du travail, soit des facteurs de confusion [3, 12].

Nous affirmons qu'une longue durée d'expulsion peut aussi être un facteur de risque de RAU. Car la pression prolongée du crâne fœtal sur les tissus maternels peut entraîner des lésions diverses au niveau du pelvis et du détrusor éventuellement.

La définition de la RAU du postpartum est variable dans la littérature. On comprend facilement que chaque auteur aura son propre protocole et que le traitement de la RAU du postpartum variera d'un auteur à autre [2, 4, 7, 8, 11]. Ainsi, le délai avant la prise en charge varie dans la littérature de quatre heures à 12 heures après un accouchement.

Ce délai ne peut être analysé dans notre contexte car la patiente a assez trainé avant son évacuation.

En ce qui concerne le diagnostic, certains se baseront essentiellement sur la clinique : impossibilité d'uriner, dysurie, sensation de vidange vésicale incomplète ; d'autres essentiellement sur le résidu postmictionnel par sondage ou la recherche d'un globe vésical par échographie.

Le sondage urinaire doit être aseptique, car le risque majeur de toute manœuvre rétrograde est l'infection. La plupart des auteurs pratiquent un sondage évacuateur par simple « aller-retour » pour le premier sondage. S'il y a nécessité d'un second sondage, certains conseillent la pose d'une sonde urinaire à demeure et certains autres d'attendre 24 heures pour la poser (tout en continuant les sondages évacuateurs intermittents par aller-retour). D'autres auteurs proposent encore la pose d'un cathéter sus-pubien après un premier sondage évacuateur, en raison du risque infectieux qui augmente à chaque nouveau sondage [8, 9].

Dans notre cas l'ECBU a isolé *Klebsiella Pneumoniae*. Cette infection peut être due au sondage antérieure.

Nous avons utilisé un alphabloquant comme suggéré dans la littérature par certains auteurs.

Ces auteurs avaient suggéré d'ajouter un traitement par alphabloquant [9] ; en effet, les alphabloquants diminuent la résistance au niveau cervico-urétral, en agissant sur les fibres musculaires lisses de cette région.

Pour les RAU persistantes (plus de quatre jours), la fréquence des séquelles est beaucoup plus importante ; ainsi, certaines études, sur de courtes séries, retrouvent des séquelles urinaires jusqu'à 50 % de ces patientes à type de dysurie, persistance d'un résidu postmictionnel supérieur à 150ml, pollakiurie diurne et nocturne et urgenterie, quatre ans après l'accouchement [4, 11]. Les conséquences à long terme seraient dues à un claquage vésical et à des lésions irréversibles du détrusor, conséquence d'une surdistension vésicale, secondaire à un retard diagnostique ou thérapeutique [4].

Ces séquelles ne peuvent se voir dans notre cas, car une sonde a toujours été mise en place au signal d'une rétention (dysurie ou impossibilité d'uriner) chez Mme MK.

Le retard de prise en charge semble être un élément déterminant dans la pérennisation des troubles urinaires [4, 11], il est donc primordial de bénéficier d'un protocole clair.

Nous soulignerons aussi l'importance d'informer les patientes des signes de dysfonction urinaire : faiblesse du jet, retard du jet, sensation de vidange incomplète, notamment chez les patientes ayant une RAU découverte de façon précoce en postpartum, et ce, pour éviter tout retard de prise en charge [3,18].

CONCLUSION:

La RAU peut donc résulter d'un obstacle sous vésical (le plus souvent) ou d'une altération de la commande neurologique, et enfin plus rarement d'un défaut de contraction vésicale.

La Rétention du Post partum, est une entité rare retrouvée généralement en obstétrique et ne doit plus passer méconnue.

La clinique nous oriente ; l'échographie permet son diagnostic par une mesure du résidu post mictionnel et constitue une étape essentielle de la prise en charge.

REFERENCES :

- [1] Abrams P., Cardozo L., Fall M., and al. Standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society *Neurol Urogynecol* 2002 ; 21 : 167-17
- [2] Rizvi R.M., Khan Z.S., Khan Z. Diagnosis and management of postpartum urinary retention *Int J Gynaecol Obstet* 2005 ; 91 : 71-72
- [3] 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 ; 64 : 69-71
- [4] Ching-Chung L., Shuenn-Dhy C., Ling-Hong T., Ching-Chang H., Chao-Lun C., Po-Jen C. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002 ; 42 : 367
- [5] Driggers Rita W., Miller Caela R., Zahn Christopher M. Postpartum urinary retention *Obstet Gynecol* 2005 ; 106 : 1413-1414
- [6] Ching-Chung L., Shuenn-Dhy C., Ling-Hong T., Ching-Chang H., Chao-Lun C., Po-Jen C. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002 ; 42 : 365-368
- [7] Glavind K., Bjork J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum *Int Urogynecol J* 2003 ; 14 : 119-121
- [8] Mickael E., Carley, Janine M., Carley, Gary Vasdev, and al. Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 187 : 430-433
- [9] Grise P, Sibert L. Réentions aiguës d'urine complètes. *Encycl Med Chir urologie* 18. 207 D10.
- [10] Yip S.K., Hin L.Y., Chung T.K.H. Effect of the duration of labor on postpartum postvoid residual bladder volume *Gynecol Obstet Invest* 1998 ; 45 : 177-180
- [11] Groutz A., Gordon D., Wolman I., Jaffa A., Kupferminc M.J., Lessing J.B. Persistent postpartum urinary retention in contemporary obstetric practice. definition, prevalence and clinical implications *J Reprod Med* 2001 ; 46 : 44-48
- [12] Yip S.K., Sahota D., Pang M.W., Chang A. Screening test model using duration of labor for detection of postpartum urinary retention *Neurol Urodyn* 2005 ; 24 : 248-253
- [13] Pertek J.P., Haberer J.P. Effets de l'anesthésie sur la miction et la rétention aiguë d'urine postopératoire *Ann Fr Anesth Reanim* 1995 ; 14 : 340-351
- [14] Yip S.-K., Sahota D., Chang A.M.Z., Chung T.K.H. Four years follow-up women who were diagnosed to have postpartum urinary retention *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 187 : 648-652
- [15] **Collège Français des urologues:** Les référentiels des colleges / ELSEVIER MASSON. Adapté aux ECN 2015, 2016-2017
- [16] **Groutz A. Protracted :** postpartum urinary retention : the importance of early diagnosis and timely intervention. *Neurol Urodyn* 2011. *Etude rétrospective sur 3 ans 30757 AVB, 55 RUPP.*

[17] **Bouhours A.C. et al** : rétention vésicale du post partum. Progrès en urologie 2011.
Revue de littérature

[18] La rétention urinaire du post-partum : Quelle prévention et quelle prise en charge à la Maternité Régionale Thomas BOUIN, Charlotte MASIAS, **Fanny PERRIN** Universitaire de Nancy.P. **2012**

[19] LA RÉTENTION URINAIRE DU POST-PARTUM : Comment la prévenir et la prendre en charge ? au CH de Pau. LANFUMEY Florie, SIMON-TOULZA C. 5 juin 2014

[20] **Pifarotti P and co** : Acute post partum urinary retention : analysis of risk factors, a case control study. Arch Gynecol Obstet 2014. *étude rétrospective sur 2 ans 11108 AVB, 105RUPP*

[21] **A. Guiheneuf, Weyl** : 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 Volume 37, n° 6 pages 614-617 (octobre 2008).