

### Titel

Postpartum urineretentie

### Specialisme

Obstetrie en gynaecologie

### Soort document

VSV-protocol

### Trefwoorden

Postpartum urineretentie (PUR), blaasresidu, mictie postpartum

### Afkortingen

CIC: zelfkatheterisatie (clean intermittent catheterization)

CAD: catheter à demeure (verblijfskatheter)

PUR: post partum urine retentie

PVRV: post void residual volume = urine residu na spontane mictie

### Doel

Behandeling van postpartum urineretentie (PUR) of residu voor de dagelijkse praktijk.

### Achtergrond

Postpartum urineretentie (PUR) wordt vaak onderverdeeld in symptomatische en asymptomatische PUR:

- Symptomatische PUR: vrouwen kunnen niet plassen na de bevalling.
- Asymptomatische PUR: vrouwen met spontane mictie na de bevalling, maar met teveel achtergebleven urine in de blaas (incomplete blaaslediging, residu). Dit noemen we post void residual volume (PVRV). Bij niet-kraamvrouwen is een residu < 150ml acceptabel, bij kraamvrouwen is een residu tot 250ml acceptabel.

PUR heeft een prevalentie tussen de 1,5 en 14,6% met het risico van lange termijn schade aan de urinewegen als het niet tijdig wordt herkend.

In het geval van asymptomatische PUR kan 92% van de vrouwen na vier dagen goed uitplassen, op dag tien postpartum is dit 100%, allen zónder interventie van CAD of CIC.

### Risicofactoren

#### Onafhankelijke risicofactoren

- Kunstverlossing (OR 4.5, 95% CI 3,33-6,14)
- Epidurale, danwel opioïde analgesie (OR 7.6, 95% CI 4,05-14,47)
- Episiotomie en/of vaginale rupturen (OR 4.8, CI 95% 1,95-12,01)
- Nullipariteit (OR 2.4, 95% CI 1,46-4,02)
- Hoog geboortegewicht (OR 1.06, 95% CI 1,01-1,06)

Urineretentie is meestal selflimiting: meer dan 50% van de vrouwen postpartum herstellen binnen 24-48 uur. Een klein deel herstelt middels zelfkatheterisatie binnen enkele weken tot maanden. Er lijkt geen verschil in mictieklachten tot 1 jaar postpartum, onafhankelijk van de hoogte van het residu.

### **Indicaties**

Bepaal altijd postpartum of een vrouw een normale hoeveelheid kan plassen. Bij risicofactoren en/of urineretentie of verdenking PVRV, bepaal urine residu. Aangezien het gebruik van een niet-invasieve methode in beginsel de voorkeur heeft is het advies de bladderscan te gebruiken boven het eenmalig katheteriseren om residu te bepalen. Dit is ook betrouwbaar in de postpartum periode. Wanneer er geen bladderscan aanwezig is, kan ook gebruik gemaakt worden van een echo apparaat lengte x hoogte x breedte x  $\pi/6$  (=0.523).

Wanneer er sprake is van een thuispartus kan overwogen worden om residu te bepalen middels eenmalige katheterisatie. Belangrijk is om altijd zowel de geplaste portie als het residu te bepalen.

### **Contra-indicaties**

Geen functionele urethra bij congenitale aandoening van de urinewegen, zoals gecorrigeerde blaas extrophie.

### **Benodigd materiaal**

Bladderscan (klinische setting), verblijfskatheter (klinische setting), eenmalige katheters, wattenbollen, opvangbakje, steriele handschoenen.

### **Werkwijze**

#### **Spontane partus**

- Tijdens de partus moet een vrouw normaal kunnen plassen.
- Binnen 6 uur na een partus moet spontane mictie zijn opgetreden. Zo niet, dan is er sprake van (a)symptomatische postpartum urineretentie. Volg het stroomschema.

#### **Kunstverlossing**

- Beleid zoals bij een spontane partus.

#### **Partus met epidurale analgesie**

- Tijdens de ontsluitingsfase: plaatsen CAD op afloop en verwijderen in opdracht van de parteur.
- Postpartum beleid zoals bij spontane partus.

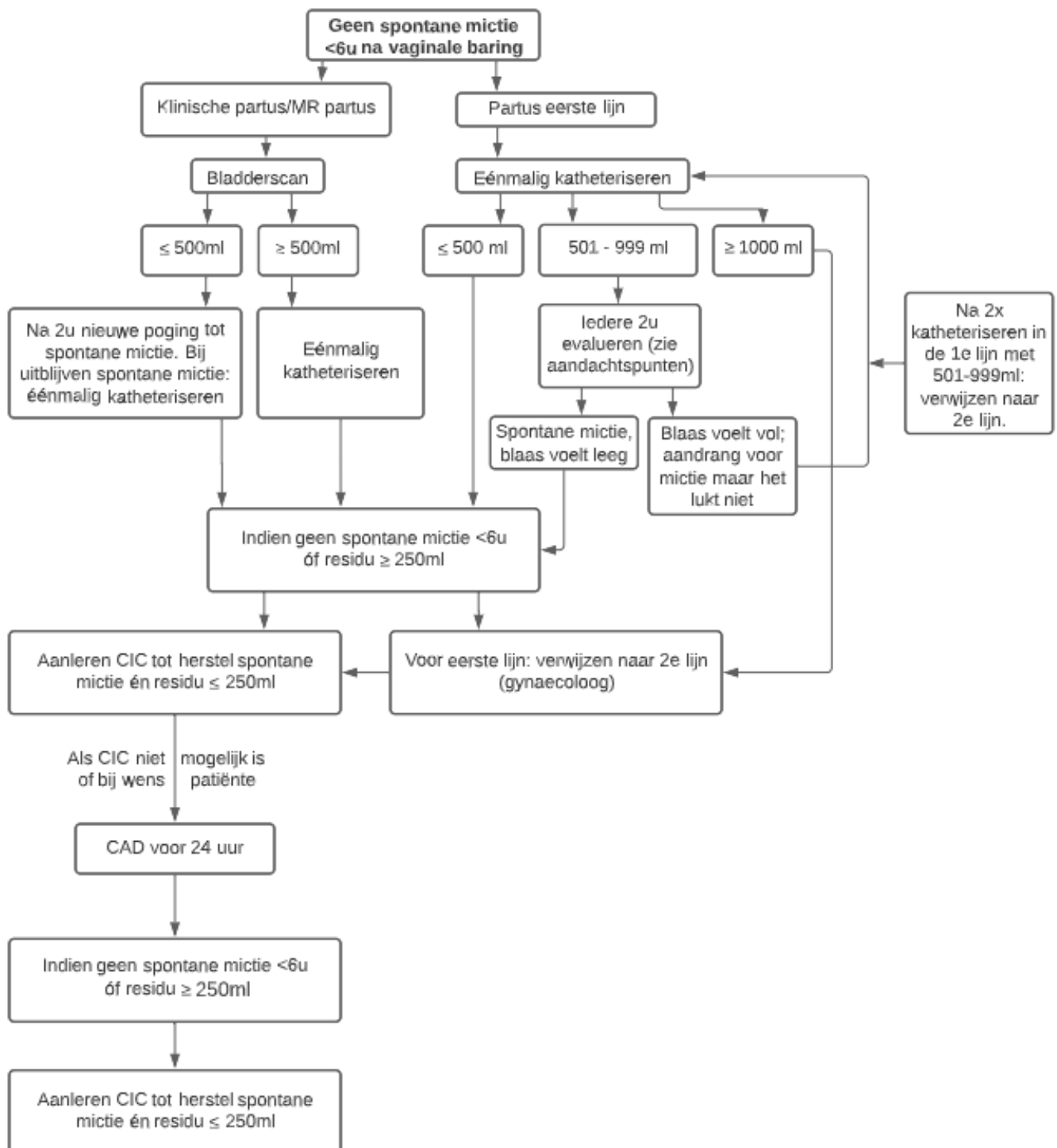
#### **Partus middels sectio caesarea**

- CAD op afloop wordt op OK geplaatst.
- CAD verwijderen 6-24 uur na de sectio, mits maternale situatie dit toelaat (adequaat mobiliseren) of tot de ochtend na 24 uur indien in de nacht. Binnen 6 uur na verwijderen CAD moet spontane mictie zijn opgetreden. Volg het stroomschema.

#### **Partus met fluxus postpartum**

- CAD op afloop gedurende minimaal 4 uur.
- Verwijderen CAD wanneer maternale situatie dit toelaat. Binnen 6 uur na verwijderen van de CAD moet spontane mictie opgetreden zijn. Volg het stroomschema.

## Stroomschema



## Aandachtspunten

- Iedere 2 uur wordt de vrouw gevraagd om haar blaasvolume te schatten met behulp van de volgende criteria:
  1. De blaas voelt leeg, geen drang te moeten plassen.
  2. De blaas voelt matig vol, mictie is waarschijnlijk mogelijk.
  3. De blaas voelt overrekt, enigszins ongemakkelijk, mogelijk pijnlijke, sterke aandrang te moeten plassen.

Mevrouw probeert bij sensatie 2 en 3 te plassen. Indien het tot spontane mictie komt, dan vindt meting van het blaasvolume plaats door middel van een bladderscan (bij medische/ MR partus). De geplaste urine dient te worden ingeschat qua hoeveelheid.

- Zorg dat de minimale intake 1,5-2 liter per dag bedraagt (12-14 glazen), om ervoor te zorgen dat er veel urine geproduceerd wordt. Vochtintake in overleg met de arts.
- Denk laagdrempelig aan het bijhouden van de vochtbalans (in- en output).
- Behandeling van symptomatische postpartum urineretentie of urineresidu gaat bij voorkeur middels zelfkatheterisatie boven een CAD. De mediane behandelingsduur met zelfkatheterisatie is 12 uur versus 24 uur voor een CAD. Patiënten ondervinden geen nadelige effecten van de zelfkatheterisatie.
- 35% van de patiënten kan al na eenmalige katheterisatie goed plassen. Een residu van 250ml is normaal bij kraamvrouwen (bij vrouwen die niet recent zijn bevallen is dat een residu van 150ml); waarna katheterisatie gestaakt kan worden. Indien met eenmalige katheterisatie kan worden volstaan, is het niet zinvol zelfkatheterisatie aan te leren. Alleen wanneer patiënte met katheterisatie naar huis gaat, is het zinvol om dit de kraamvrouw aan te leren. Hiervoor kan een continëntieverpleegkundige eventueel hulp aanbieden:
  - Residu >250ml: 2x daags zelf katheteriseren.
  - Residu >300ml: 3x daags zelf katheteriseren.
  - Residu >400ml: 4x daags zelf katheteriseren.
  - Residu >500ml: 5x daags zelf katheteriseren.
  - Doorgaan tot het residu drie keer <250ml is.
  - Risico: verhoogde kans op urineweginfectie bij katheterisatie.
- Maak bij aanleren van zelfkatheterisatie een belafsprak na 1-3 dagen bij de betrokken continëntieverpleegkundige. Indien geen verbetering optreedt: overleg met de uroloog.

## Verantwoordelijkheden/bevoegdheden

Gynaecologen, verpleegkundigen E0, klinisch verloskundigen, eerstelijns verloskundigen

## Datum protocol

April 2022

## Wijzigingen t.o.v. de vorige versie

n.v.t.

## Bronvermelding/literatuurverwijzing

- Yip SK, Brieger G, Hin LY, Chung T. *Urinary retention in the post-partum period. The relationship between obstetric factors and the post-partum post-void residual bladder volume.* Acta Obstet Gynecol Scand 1997;76:667-72.
- Niel-Weise BS, van den Broek PJ. *Urinary catheter policies for short- term bladder drainage in adults.* Cochrane Database Syst Rev 2005:CD004203.
- van Veelen A, Schweitzer K, van der Vaart H. *Ultrasound assessment of urethral support in women with stress urinary incontinence during and after first pregnancy.* Obstet Gynecol 2014;124:249-56.
- Mulder FE, Schoffemeer MA, Hakvoort RA, et al. *Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis.* BJOG 2012;119:1440-6.
- Mulder FE, Hakvoort RA, Schoffemeer MA, Limpens J, Van der Post JA, Roovers JP. *Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management.* International urogynecology journal. 2014;25(12):1605-12.
- Mulder FE, Oude Rengerink KO, Van der Post JA, Hakvoort RA, Roovers JPW. *Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery.* Int Urogynecol J 2016;27(1):55-60.
- Neron M, Allegre L, Huberlant S, et al. *Impact of systematic urinary catheterization protocol in delivery room on covert postpartum urinary retention: a before-after study.* Sci Rep 2017;7:17720.
- Mulder FEM, Hakvoort RA, de Bruin JP, van der Post JAM, Roovers JWR. *Comparison of clean intermittent and transurethral indwelling catheterization for the treatment of overt urinary retention after vaginal delivery: a multicentre randomized controlled clinical trial.* Int Urogynecol J 2017;29(9):1281-7..
- Mulder FEM, Hakvoort RA, de Bruin JP, Janszen EW, van der Post JAM, Roovers JWR. *Long-term micturition problems of asymptomatic postpartum urinary retention: a prospective case-control study.* Int Urogynecol J 2018;29:481-8.
- Mulder FEM, van der Velde S, Pol F, et al. *Accuracy of postvoid residual volumes after vaginal delivery: a prospective equivalence study to compare an automatic scanning device with transurethral catheterization.* Int Urogynecol J 2018.
- Mulder FEM, Van der Post JAM, Roovers JPW. *Incomplete blaaslediging postpartum: fysiologie of pathologie?* NTOG. 2018;131:402-5.
- Paauw ND, Nijsten K, Verkleijk-Hagoort AC, Klerkx WM. *Over op intermitterend katheteriseren bij symptomatische urineretentie.* NTOG 2019; 132: 376-380.
- Het proefschrift van Femke Mulder: "Postpartum urinary retention: risk factors, clinical impact and management".
- Adviezen bij zelfkatheterisatie van de blaas, afdeling Urologie, Streektziekenhuis Koningin Beatrix