	<p><b>Urine retentie of residu (PUR en PVRV) Protocol VSV-Samen</b></p>
Documentgebied	Verloskunde, kraamzorg, JGZ, neonatologie
Groep(en)	Alle leden aangesloten bij de geboorteorganisatie Nijmegen en omstreken “samen zorgen voor nieuw leven”, VSV-samen
Autorisatie	Voorzitter Programmaraad
Beoordelaar(s)	Kathleen D'Hauwers, uroloog Radboudumc, Margreet van de Craats, manager de Kraamvogel. Lisette van der Pol en Cara Simons, 1 <sup>e</sup> lijns verloskundigen, Marianne Peeters, PA-klinisch verloskundige Radboudumc, Rianne van de Ligt, klinisch verloskundige CWZ.
Documentbeheerder(s)	Mieke Scheepers
Auteur	Kim van Delft, aios gynaecologie Radboudumc, Marieke Putman, klinisch verloskundige Radboudumc
Datum publicatie	10-08-2019
Openbaar document	ja
Controledatum	10-08-2020
Versie document	1.0

### **Doel**

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

### **Definitie**

Post partum urineretentie wordt vaak onderverdeeld in symptomatische en asymptomatische PUR:

- Symptomatische PUR, wil zeggen dat vrouwen niet of zeer moeizaam spontaan kunnen plassen na de bevalling.
- De asymptomatische variant betreft vrouwen die spontaan hebben geplast maar waarbij na de spontane mictie een verhoogd achtergebleven hoeveelheid urine, het residu, in de blaas wordt gevonden (Post Void Residual Volume, PVRV). Bij niet kraamvrouwen is het residu < 150ml, bij kraamvrouwen is een residu tot 250ml acceptabel.

### **Opmerkingen/begripsverklaringen**

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

### **Risicofactoren**

#### **Onafhankelijke risicofactoren voor symptomatische urineretentie post partum (PUR):**

- kunstverlossing
- epidurale analgesie
- episiotomie en/of vaginale rupturen
- nullipariteit

#### **Onafhankelijke risicofactoren voor incomplete blaaslediging post partum (PVRV):**

- pijnstilling durante partu (zowel opioïden als epidurale analgesie)
- hoog geboortegewicht
- episiotomie.

Deze obstetrische risicofactoren worden in verschillende studies bevestigd. Een studie naar de langetermijneffecten van incomplete blaaslediging post partum liet niet alleen zien dat verhoogde residu-volumina zonder interventie binnen enkele dagen normaliseren, maar ook dat er, onafhankelijk van de hoogte van het residu, geen verschil was in mictieklachten tot één jaar post partum.

### **Indicatie/toepassing**

Bepaal altijd post partum of een vrouw een normale hoeveelheid kan plassen. Bij risicofactoren en/of urineretentie of verdenking PVRV, bepaal urine residu. Een bladderscan is een betrouwbaar meetinstrument voor de bepaling van het blaasvolume na een vaginale baring. 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. Wanneer er geen bladderscan aanwezig is kan ook gebruik gemaakt worden van een echo apparaat. De obstetrisch zorgverlener kan de blaasinhoud echoscopisch bepalen volgens de volgende formule: lengte x hoogte x breedte x  $\pi/6$  (=0.523). Hiervoor zit op het echoapparaat een bladder functie. 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. Indien het residu > 500ml is dan moet eenmalig worden gekatheteriseerd, zie voor verder beleid bijlage één stroomdiagram één.

### **Contra-indicaties**

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

### **Benodigd materiaal**

- bladderscan, echo apparaat
- po
- celstof matje
- wattenbollen
- werk handschoenen
- eenmalige blaaskatheter of verblijfskatheter (CAD)
- steriele handschoenen
- Instillagel®
- katheterzak op afloop
- tien ml spuitje (indien verblijfskatheter)
- tien ml vloeistof voor injectie (indien verblijfskatheter)

## **Werkwijze**

### **Spontane partus:**

- Tijdens de partus moet een vrouw normaal kunnen plassen.
- Binnen zes uur na de partus moet een spontane mictie opgetreden zijn.
- Zo niet dan is er sprake van (a)symptomatische post partum urineretentie. Volg stroomdiagram één en indien van toepassing stroomdiagram twee.

### **Kunstverlossing:**

- Beleid zoals bij een spontane partus.

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

- Tijdens de ontsluitingsfase: katheteriseer barende intermitterend elke twee uur of bij ieder VT. Of plaats een CAD op afloop en verwijder deze dan bij aanvang persen.
- Voor de uitdrijving: katheteriseer eenmalig.
- Post partum beleid zoals bij spontane partus.

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

- CAD op afloop wordt op OK geplaatst
- CAD in principe gedurende 24 uur post sectio:
- CAD verwijderen na 24 uur mits maternale situatie dit toelaat (adequaat mobiliseren) of tot de ochtend na 24 uur indien in de nacht. Binnen zes uur moet spontane mictie zijn opgetreden. Volg stroomdiagram één en indien van toepassing stroomdiagram twee.

### **Partus met fluxus post partum:**

- CAD op afloop minimaal gedurende vier uur
- Na verwijderen van CAD: binnen zes uur moet spontane mictie opgetreden zijn. Volg stroomdiagram één en indien van toepassing stroomdiagram twee.

## **Observatie/Controles**

- Behandeling van symptomatische postpartum urineretentie of urineresidu heeft de 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 250 ml is normaal bij kraamvrouwen. (bij vrouwen die niet recent zijn bevallen is dat een residu van 150 ml) 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 dit de kraamvrouw aan te leren, hiervoor kan een incontinentie verpleegkundige eventueel hulp bieden.
- Residu > 250 ml twee keer dag zelf katheteriseren
- Residu > 300 ml drie keer per dag zelf katheteriseren
- Residu > 400 ml vier tot zes keer per dag zelf katheteriseren
- Doorgaan tot residu < 250 ml
- Risico : verhoogde kans op urineweg infectie bij katheterisatie
- Maak bij aanleren CIC een belafsprak na één week bij de betrokken zorgverlener. Indien geen verbetering optreedt overleg met de uroloog.

**Patiënteninformatie:**

- [De folder zelfcatheterisatie van de V&VN \(Continentie verpleegkundigen en verzorgenden\)](#)
- [Stappenplan: zelfcatheterisatie voor vrouwen](#)

**Distributielijst**

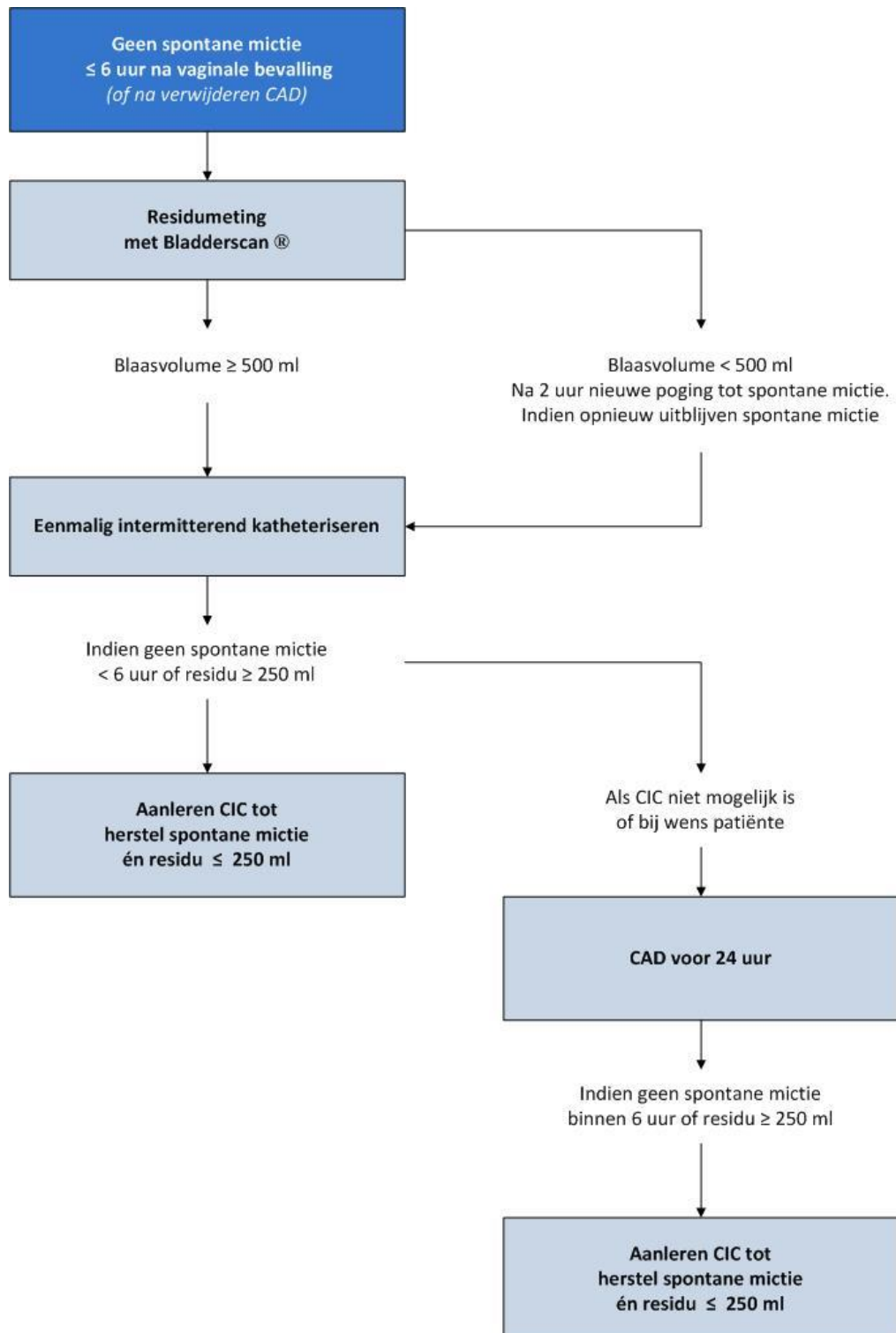
Deze richtlijn wordt gepubliceerd op de website van het VSV-Samen Nijmegen en omstreken: [www.samennijmegen.nl](http://www.samennijmegen.nl) en is in te zien door alle bezoekers van de website.

## Literatuur

1. Liang CC, Chang SD, Wong SY, Chang YL, Cheng PJ. *Effects of postoperative analgesia on postpartum urinary retention in women undergoing cesarean delivery.* J Obstet Gynaecol Res 2010;36:991-5.
  2. Zaki MM, Pandit M, Jackson S. *National survey for intrapartum and postpartum bladder care: assessing the need for guidelines.* BJOG 2004;111:874-6.
  3. Yip SK, Brieger G, Hin LY, Chung T. *Urinary retention in the postpartum period. The relationship between obstetric factors and the postpartum post-void residual bladder volume.* Acta Obstet Gynecol Scand 1997;76:667-72.
  4. Hee P, Lose G, Beier-Holgersen R, Engdahl E, Falkenlove P. *Postpartum voiding in the primiparous after vaginal delivery.* International Urogynecology Journal 1992;3:95-9.
  5. Muellner S. *Physiological bladder changes during pregnancy and the puerperium.* J Urol 1938;41:691.
  6. 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.
  7. Shek KL, Dietz HP, Kirby A. *The effect of childbirth on urethral mobility: a prospective observational study.* J Urol 2010;184:629-34.
  8. Iosif S, Ingemarsson I, Ulmsten U. *Urodynamic studies in normal pregnancy and in puerperium.* Am J Obstet Gynecol 1980;137:696-700.
  9. 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.
  10. Mulder FE, Rengerink KO, Van der Post JA, Hakvoort RA, Roovers JW. *Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery.* Int Urogynecol J 2015.
  11. Buchanan J, Beckmann M. *Postpartum voiding dysfunction: Identifying the risk factors.* Aust N Z J Obstet Gynaecol 2013.
  12. 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.
  13. 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.
  14. Niel-Weise BS, van den Broek PJ. *Urinary catheter policies for short-term bladder drainage in adults.* Cochrane Database Syst Rev 2005;CD004203.
  15. 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.
  16. 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.* J Clin Anesth 2008;20:567-72.
  17. 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.
- Het proefschrift "Postpartum urinary retention: risk factors, clinical impact and management" van Femke Mulder is digitaal terug te vinden op: <https://books.ipskampprinting.nl/thesis/514843-mulder/>

Bijlage 1: stroomdiagram voor kraamvrouwen met symptomatiche post partum urineretentie

---



Bijlage 2: stroomdiagram 2 voor kraamvrouwen met verhoogd residu na spontane mictie

