

Definitie blaasretentie (retentio urinae):

geen spontane mictie < 6 uur na partus of na verwijderen CAD na sectio

Doel:

Het voorkómen en vroegtijdig opsporen van mictie- en blaasproblemen rond de partus en deze te behandelen.

Werkafpraak:

In een optimale situatie zit er 3-4 uur tussen elke mictie, restvolumes dienen gemeten te worden.

Wanneer een patiënte 6 uur post partum nog geen spontane mictie heeft gehad, dient eenmalig gecatheteriseerd te worden.¹

Benodigdheden:

- Catheter a demeure (set)

De blaascatheterisatie wordt uitgevoerd volgens het daartoe geldende lokale protocol.

Werkwijze:

- De patiënte stimuleren binnen 4 uur te laten urineren, max. 6 uur post partum/ verwijderen van de blaascatheter. Vervolgens residu bepalen met behulp van een catheter.
- Wanneer het residu < 200ml: klaar
- Wanneer het residu tussen 200ml-700ml is; nogmaals de kans geven de patiënte spontaan te laten urineren binnen 4-6 uur, vervolgens na de mictie na-catheteriseren. Indien het residu < 200ml dan is het klaar, wanneer de patiënte opnieuw > 200ml residu heeft moet bij voorkeur intermitterend gecatheteriseerd worden.
- Wanneer het residu >700ml is, dan direct CAD voor 48 uur. Na 48 uur CAD (bij voorkeur overdag) verwijderen en de patiënte opnieuw de kans geven spontaan te urineren (volg het schema opnieuw) indien de patiënte opnieuw > 200ml residu heeft arts raadplegen over het beleid dat moet gaan volgen.

Bij het catheteriseren van een kraamvrouw rekening houden met:

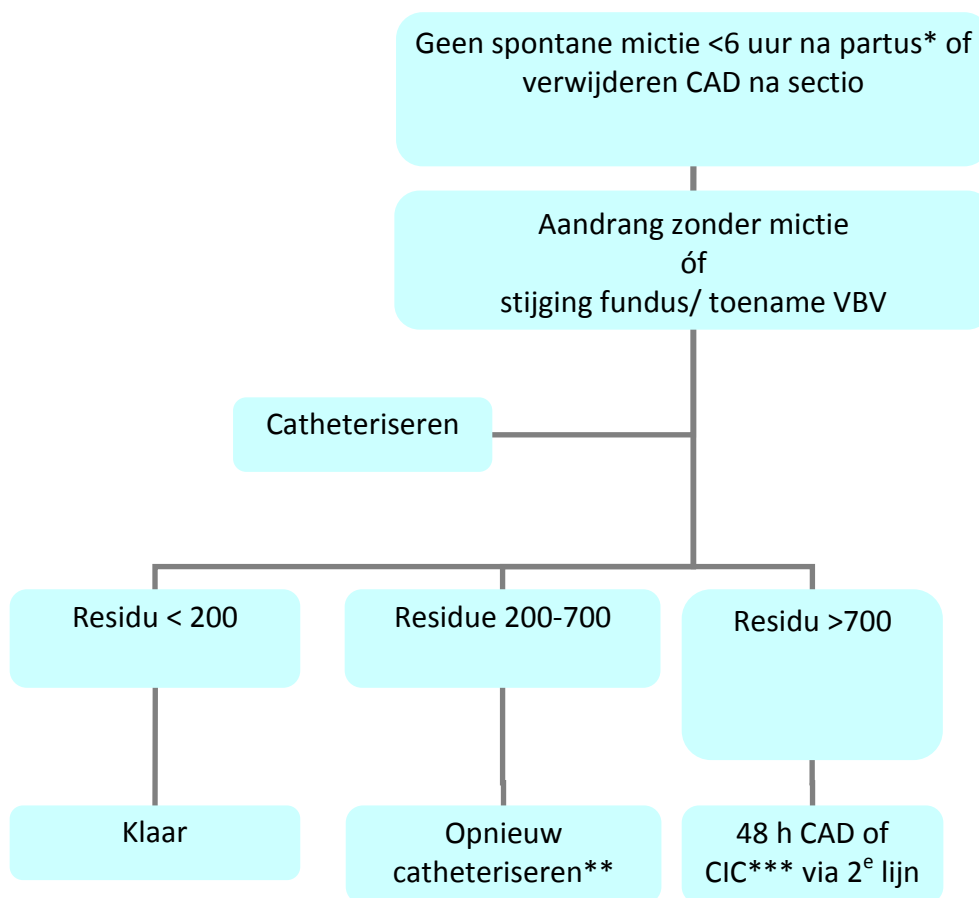
- Zwelling
- Lochia
- Laesies van de vulva en/of vagina

Goede hygiëne

- Een kraamvrouw moet enkele keren per dag de vulva reinigen met kraanwater m.b.v. een spoelfles of de douche, waarna de vulva voorzichtig droogdeppen en een schoon kraamverband gebruiken.

Nazorg:

- Bij verblijfscatheter: geef patiënte goede instructies over de noodzakelijke verzorging.
- Zorg bij het verwijderen van de catheter en opnieuw meten van het blaasresidu, opnieuw voor goede omgevingsfactoren.
- *Voor de eerste lijn: verwijderen van de catheter met residubepaling kan in overleg met de verloskundigenpraktijk ook thuis gebeuren. Na catheteriseren met een eenmalige- of verblijfscatheter (deze laatste kan dan zo nodig meteen in situ blijven); volg dezelfde werkwijze als in het stroomdiagram. Bij opnieuw verhoogd residu > 200ml, consult gynaecologie.*
- Denk altijd aan: urineweginfectie. Bij het hebben van een catheter a demeure zullen er altijd bacteriën in het sediment zitten. Bij klachten of verwijderen van catheter die langdurig (>48 uur) in situ is geweest, urine stikken op nitriet als +, dan urinekweek inzetten.
- Bij twijfel, neem contact op met de gynaecoloog.



*: na epidurale analgesie en na partus met risicofactoren <4 uur spontane mictie

** : indien de patiënte opnieuw > 200 ml retentie heeft, intermitterend zelf catheteriseren afhankelijk van lokale protocol of 48 uur CAD op advies van continentie-verpleegkundige

***: CIC clean intermitterend catheterisation volgens lokale protocol

Achtergrondinformatie:

Tijdens en na de partus kan de mictie moeizamer verlopen dan normaal; dit is vaak als gevolg van anatomische veranderingen die optreden door de partus en dan met name door zwelling van de weke delen.

Doordat de bekkenbodemspieren onder druk komen te staan en uitgerekt worden, is het na de partus wel eens moeilijk de urethrale sfincter onder controle te houden. Tevens kan er door de druk en langdurige uitdrijving ook rek op de zenuwen ontstaan waardoor aandrang vaak niet goed gevoeld wordt. Als dit continueert kan een retentieblaas optreden waarbij de druk in de blaas zo hoog kan worden dat hij de afsluitdruk van de urethrale sfincter overschrijdt. Kunstverlossingen spelen om deze reden ook een belangrijke rol in het optreden van mictieproblemen.

Risicofactoren voor het ontstaan van een blaasretentie:

- Kunstverlossing
- Langdurige uitdrijving
- Episiotomie/ ruptuur (m.n. totaalruptuur)
- Zwelling/ haematoom

Mogelijke gevolgen van een retentieblaas:

- Urineweginfecties
- Verhoogde druk op de ureteren en de nieren en daarbij beschadiging.
- Rek op de blaasspiers met als gevolg beschadiging¹

De ontstane retentie wordt ook wel PPUR genoemd (post partum urinary retention). Er is weinig gepubliceerd over dit onderwerp. Recente onderzoeken laten zien dat de incidentie 0,20% is.²

Vochthuishouding

Bij normale vochtintake van ongeveer 1,5 liter per 24 uur, onder normale omstandigheden en een mictie patroon om de 3 uur, bedraagt een urineportie tussen de 300 en 400 ml.

Kraamvrouwen die borstvoeding geven dienen tussen 2-3 liter per 24 uur in te nemen.

De blaascapaciteit kan van persoon tot persoon verschillen. Normaal zal een vrouw bij een blaasvulling van 300 tot 400 ml drang krijgen om te urineren.

Durante partu dient een vrouw elke 3-4 uur te urineren.

Een kraamvrouw die tijdens de partus weinig heeft gedronken, veel heeft gebraakt of door transpiratie veel vocht is verloren, zal post partum vaak niet binnen de 6 uren urineren: controle van de hoeveelheid bloedverlies en de fundusstand geven een indicatie van de blaasvulling.

Postpartum is een retentie van 25% van de blaasinhoud normaal en dit kan bij baringstrauma oplopen, maar mag niet 50% of meer worden.

Signs & Symptoms

- Kleine beetjes plassen, vaker plassen
- Langzame (44%) of intermitterende straal (38%)
- Aandrang zonder mictie
- Stijgende fundushoogte
- Toename vloeien
- Pijn blaasregio, discomfort (63%)
- Incontinentie, geen aandrang

Tips om spontane mictie te doen slagen; hier aan gedacht?

- Goede pijnstilling

- Check zwelling perineum en verborgen letsels
- Mobiliteit patiënt
- Bied privacy
- Warm bad
- Voorkom obstipatie
- Goed laten drinken

Redenen om eenmalig te catheteriseren:

Durante partu

- Wanneer >3 uur geen spontane mictie is
- Niet vorderende ontsluiting
- Bij een hoogstaand hoofd

Tijdens/voor de uitdrijving

- Fluxus in de anamnese
- Schouderdystocie in de anamnese
- Verwacht groot kind
- Niet vorderende uitdrijving
- Kunstverlossing

Post partum

- Fluxus post partum
- Retentio placenta

Referenties:

1. J. Lim. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention. Review, Australian journal of obstetrics and gynaecology, 2010
2. Asnat Groutz, Ishai Levin. Protracted Postpartum Urinary Retention: The Importance of Early Diagnosis and Timely Intervention. Neurology and urodynamics, 2011.
3. R.M. Ritzvi et al. Diagnosis and management of postpartum urinary retention. International Journal Gynaecology and Obstetrics, may 2005.
http://www.studies-obsgyn.nl/campur/page.asp?page_id=946
4. Thesis
5. Long-term micturition problems of asymptomatic postpartum urinary retention: a prospective case-control study.
Mulder FEM, Hakvoort RA, de Bruin JP, Janszen EW, van der Post JAM, Roovers JWR. Int Urogynecol J. 2017 Sep 4. doi: 10.1007/s00192-017-3457-6. [Epub ahead of print]
6. Comparison of clean intermittent and transurethral indwelling catheterization for the treatment of overt urinary retention after vaginal delivery: a multicentre randomized controlled clinical trial.
Mulder FEM, Hakvoort RA, de Bruin JP, van der Post JAM, Roovers JWR.
Int Urogynecol J. 2017 Aug 30. doi: 10.1007/s00192-017-3452-y. [Epub ahead of print] PMID: 28856403 [PubMed - as supplied by publisher]

Commissie Verloskundige Werkafspraken Den Haag-Delft.

Marga Kortekaas, Merel de Regt, Margreeth Piers, Michelle Beijerinck, , Anneke Dijkman, Cas Holleboom, Corla Vredevoogd, Hanneke Feitsma, Lyanne Rövekamp, Myrthe Bouwman, Sabine Nievelt, Gaby Abbas, Anouk Ammerlaan, Roos Gelauff, Marjolein van den Tweel.

Vragen/opmerkingen melden bij het lokale VSV.