

# RICHTLIJN MICTIE POSTPARTUM

Datum: 15-11-2022

Regionale commissie richtlijnen ACM:

M. Westerhuis; gynaecoloog - perinatoloog

J. Oudenaarden, E. Brakke; 1<sup>e</sup> lijns verloskundigen

C. van de Donk; PA- klinisch verloskundige

Geboortezorg



VSV's:

Anna, Catharina, Máxima

## Doel

In 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn op uniforme wijze observeren en controleren van een kraamvrouw ten aanzien van (spontane) mictie direct post partum, met als doel vroegtijdig mictie- en blaasproblemen te voorkomen of te behandelen.

## Uitvoerenden

- 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn verloskundigen
- Gynaecologen
- (Obstetrie)verpleegkundigen
- Kraamverzorgenden

## Achtergrond

Een normaal mictie volume bedraagt meestal zo'n 300 tot 400 ml bij een vochtintake van 1,5 liter en een gewoon plaspatroon á drie uur. De blaascapaciteit kan echter per individu verschillen. Men spreekt van een overloopblaas (retentieblaas) wanneer de blaas zo vol raakt dat hij de afsluitdruk van de urethra overschrijdt. De belangrijkste kenmerken van een overloopblaas zijn spontaan verliezen van kleine beetjes urine en/of heel vaak kleine beetjes plassen. De risico's van een overloopblaas zijn met name urineweginfecties, beschadiging van de nier wanneer er nierstuwning plaatsvindt, beschadiging van de blaaspier doordat deze teveel uitgerekt wordt. Doordat de blaas daarna niet goed meer geledigd kan worden heeft men een grotere kans op een urineweginfectie. Ook kan het tot gevolg hebben dat de patiënte zich daarna (vaak tijdelijk) moet zelfkatheteriseren. Er bestaat geen klinisch bewijs dat postpartum retentieblaas geassocieerd is met complicaties op de lange termijn. Vrijwel alle vrouwen met een retentieblaas hebben een normaal mictiepatroon binnen 2 tot 6 dagen na het stellen van de diagnose. Slechts in enkele gevallen is beschreven dat de mictie voor enkele weken gestoord bleef.

Enkele jaren postpartum blijkt de incidentie van stress- en urge-incontinentie, mictiefrequentie en nycturie gelijk te zijn bij vrouwen met en bij vrouwen zonder retentieblaas postpartum i.a.

## Definitie Postpartum urineretentie (PUR)

Postpartum urineretentie is onder te verdelen in symptomatische en asymptomatische PUR:

- Symptomatische PUR:  
niet of zeer moeizame spontane mictie. Verhoogd risico op overdistensie en daarmee verhoogde kans op chronische complicaties.
- Asymptomatische PUR:  
spontane mictie maar met verhoogd residu na mictie.

## Etiologie

Verscheidene hypothesen:

- Tijdens zwangerschap neemt blaascapaciteit toe door stijging van progesteron en relaxine. Echoscopische studies tonen fysiologische aanpassingen van de urethra, zoals toename van lengte en mobiliteit.
- Vaginale baringstrauma:  
Schade aan tractus urogenitalis, onder andere bekkenbodemmusculatuur, innervatie (o.a. n pudendus), peri-urethraal oedeem en inhibitie van de mictie door pijn.

## Risicofactoren<sup>(2)</sup>

Multifactorieel. Kunstverlossing OR 4,5. Epidurale anesthesie OR 7,7. Episiotomie en/of vaginale rupturen OR 4,8 en nullipariteit OR 2.4,

## Verblijfskatheter of intermitterend katheteriseren?

Toename van katherisatieduur verhoogt de kans op urineweginfectie. Uit RCT<sup>(3)</sup> intermitterend katheteriseren (CIC [*clean intermittend catheterisation*]) versus verblijfskatheter (CAD [*catheter à demeure*]) werd gevonden dat:

- 35% van de patiënten na éénmalige katheterisatie weer spontane mictie had.
- Duur van katheterisatie significant verschillend was; 12 uur voor CIC en 24 uur voor CAD.
- Er geen verschil was in patiëntpreferentie.
- Op basis daarvan is er voorkeur voor CIC.
- Er werd geen onderzoek gedaan naar het verschil in de kans op een UWI.

## Indicaties

Iedere kraamvrouw moet binnen 6 uur postpartum plassen, tenzij de kraamvrouw valt onder een van de risicogroepen (kunstverlossing, episiotomie, epidurale anesthesie en/of nullipariteit) dan moet zij binnen 4 uur post partum plassen.

Indicaties voor een volle blaas kunnen zijn:

- Een stijging van de fundus
- Ruim vloeien
- Matig contraheren van de uterus
- Pijn en/of onrust

## Werkwijze

### Werkwijze na thuispartus/poliklinische partus

- Een poliklinische kraamvrouw mag met ontslag zonder spontane mictie na akkoord van eerstelijns verloskundige.
- Voor een poliklinische kraamvrouw, nog aanwezig in het ziekenhuis 6 uur postpartum, wordt, na overleg met de eerstelijns verloskundige, het klinische protocol gevolgd.
- De eerstelijns verloskundige hoeft na een thuispartus niet aanwezig te blijven bij de kraamvrouw tot spontane mictie heeft plaatsgevonden, maar laat altijd duidelijke instructies achter bij vertrek.
- Bij een kraamvrouw thuis, worden onderstaande stroomdiagrammen gevolgd.
- Als de kraamvrouw niet kan plassen → volg stroomdiagram **A**.

- Als de kraamvrouw weinig plast of het gevoel heeft niet volledig uit te plassen → volg stroomdiagram **B**.

#### Werkwijze na klinische partus

- Klinische kraamvrouw **moet** voor ontslag spontane mictie hebben gehad
- Bij een klinische kraamvrouw worden onderstaande stroomdiagrammen gevolgd
- Als de kraamvrouw niet kan plassen → volg stroomdiagram **C**.
- Als de kraamvrouw weinig plast of het gevoel heeft niet volledig uit te plassen → volg stroomdiagram **D**
- Indien (éénmalige) katheterisatie noodzakelijk is wordt dit uitgevoerd conform de lokale richtlijn van Anna, CZE of MMC
- Voor de arts/verloskundige: denk aan het invullen van de complicatieregistratie bij het aanleren van CIC of een CAD! (complicatie: retentie/functiestoornis)

#### **Afspraken**

Onderstaande afspraken en adviezen bij ontslag zijn afhankelijk van lokale richtlijnen in Anna, CZE en MMC kunnen per ziekenhuis verschillen.

#### Indien kraamvrouw met ontslag gaat met CIC

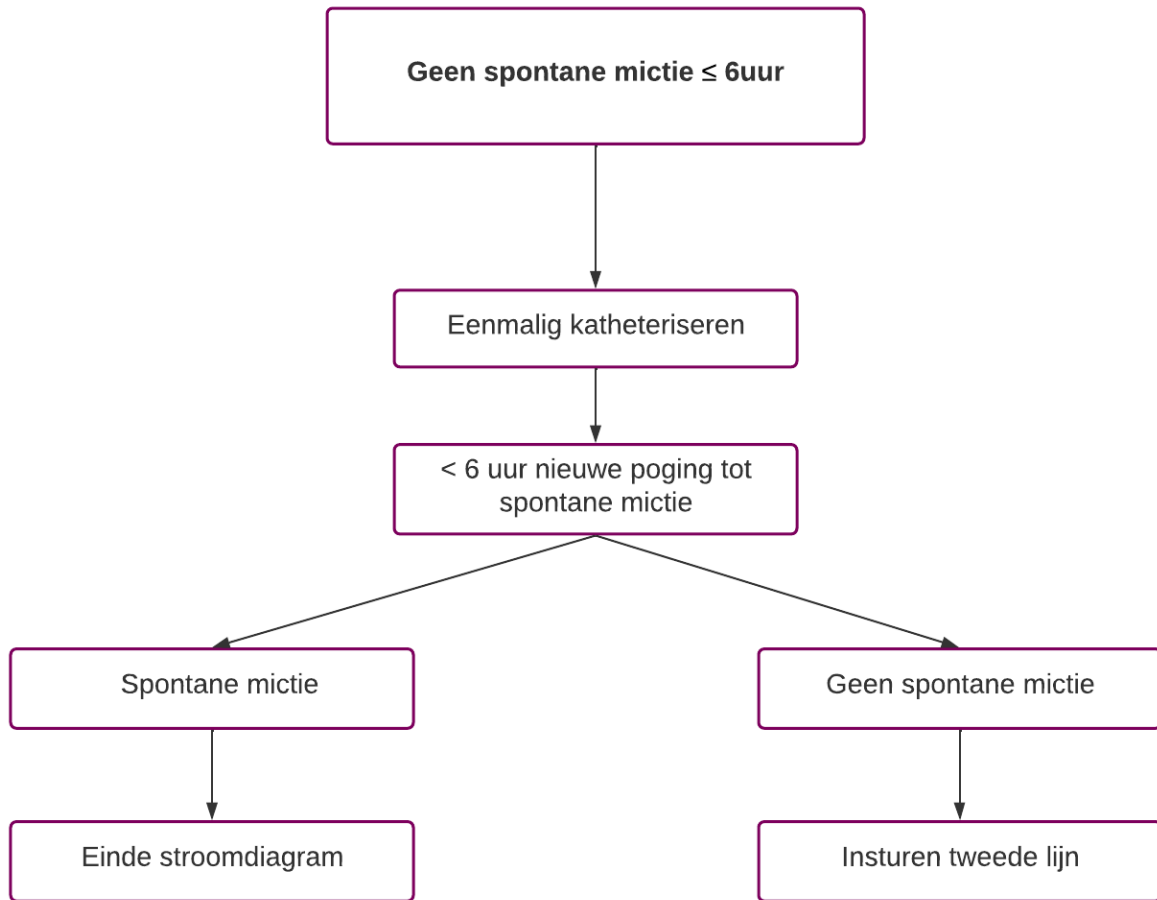
- Meegeven folder: startset voor katheters, gebruiksaanwijzing
- Geef startset CIC mee aan de patiënt en declareer deze bij de leverancier
- Uitleg aan patiënte hoe evt. katheters bij te bestellen
- Patiënt uitleg geven over het aantal keren katheteriseren in relatie tot residu en hoe evt. af te bouwen (Poging spontane mictie minimaal 4-5x per dag. Na poging en/of spontane mictie CIC totdat residu < 250 mL is).
- Telefonisch consult (semi-)arts of klinisch vke na 3-5 dagen
- Uitleg met wie (poli gyn, afdeling of continëntie vpk) en via welk telefoonnummer contact op te nemen bij problemen binnen en buiten kantooruren
- Indien na 1 week nog noodzaak tot CIC poliafspraak urologie
- Uitleg over pijn bij CIC
  - Met name in het begin kan CIC gevoelig zijn. Dit verdwijnt meestal snel.
  - Ook na het legen van de blaas ervaart de kraamvrouw mogelijk een vreemd wee gevoel. Dit is normaal en kan blijven bestaan.
  - Langdurige pijn na het toepassen van CIC en regelmatig bloedverlies zijn symptomen waarover de kraamvrouw contact moet opnemen
- [Klik hier voor instructiefilmpje zelfkatheteriseren:](#)

#### Indien kraamvrouw met ontslag gaat met CAD

- Uitleg aan kraamvrouw over beleid en vervolgafspraken
- Uitleg flip/flow en gebruik nachtzak
- Uitleg met wie (poli gyn, afdeling of continëntie vpk) en via welk telefoonnummer contact op te nemen bij problemen binnen en buiten kantooruren

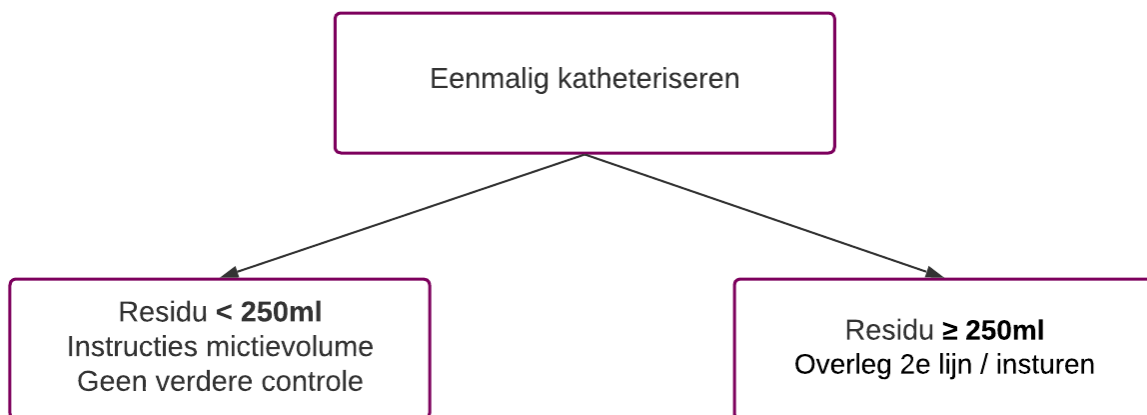
**Stroomdiagram A:**

Geen spontane mictie na thuispartus of cliënt is reeds thuis na poliklinische partus



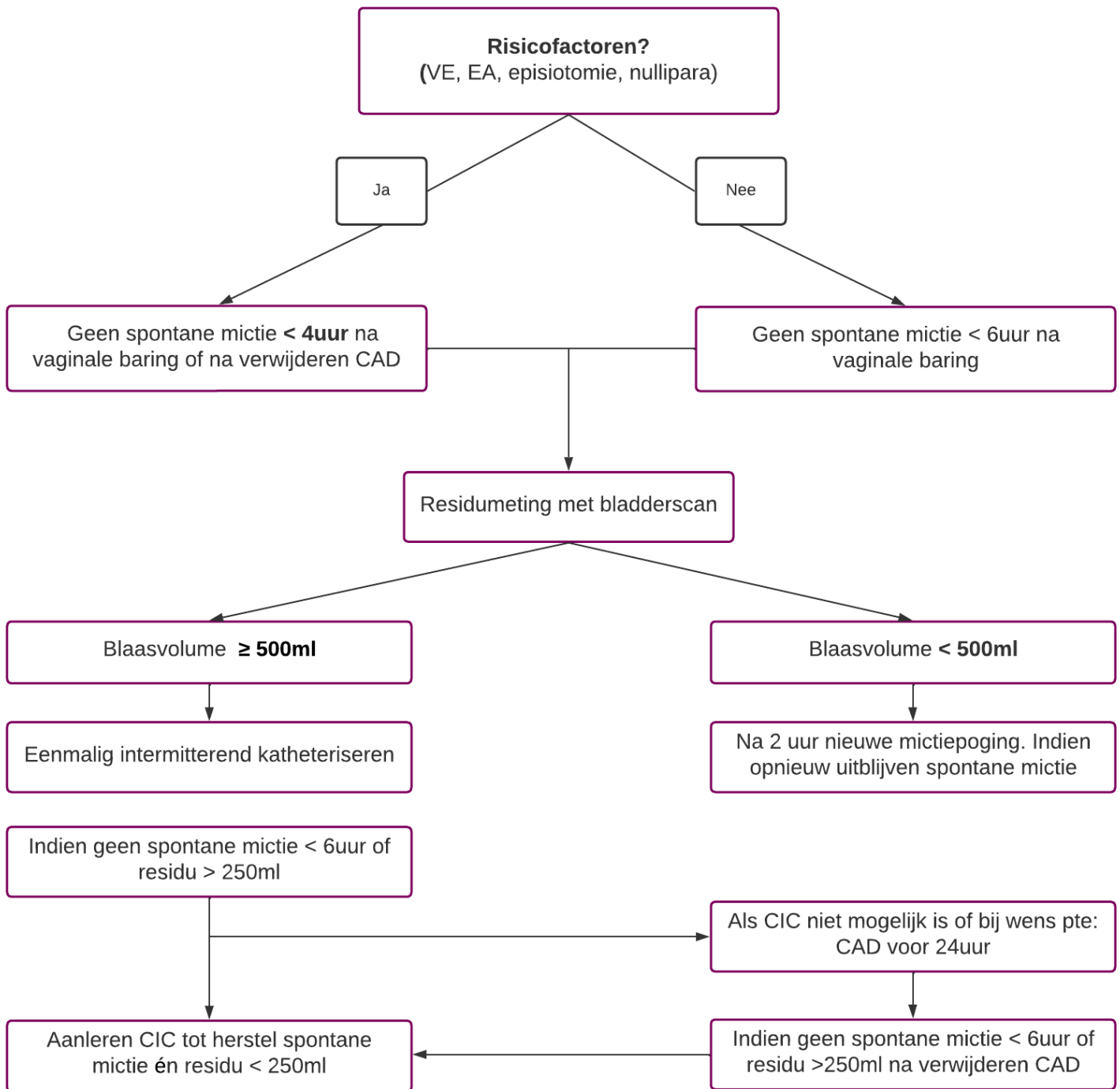
**Stroomdiagram B:**

Moeizame mictie met laag mictievolume of incomplete blaaslediging thuis



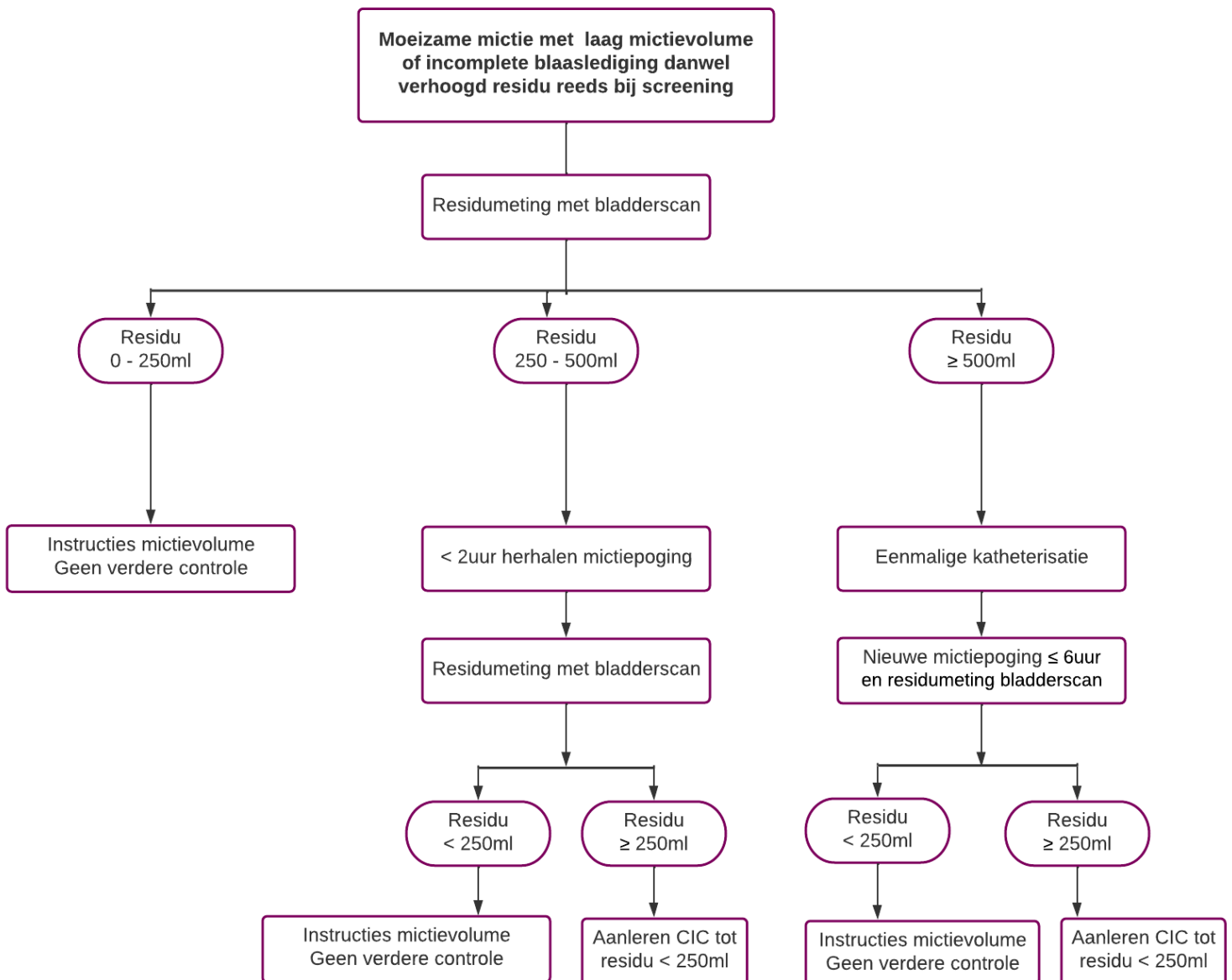
**Stroomdiagram C:**

Geen spontane mictie na klinische partus of verwijderen CAD



## Stroomschema D:

Moeizame mictie met laag mictievolume of incomplete blaaslediging na klinische partus



## Literatuur:

1. Incomplete blaaslediging postpartum: fysiologie of pathologie? dr. F.E.M. Mulder, dr. R.A. Hakvoort, prof. dr. J.A.M. van der Post et al. **NTOG 2018-8**: p. 402:
2. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. Mulder F et al. BJOG 2012;119:1440–1446.
3. Comparison of clean intermittent and transurethral indwelling catheterization for the treatment of overt urinary retention after vaginal delivery: a multicentre randomized controlled clinical trial. Hakvoort R. et al. BJOG. 2011 Aug
4. Postpartum urinary retention: a systematic review of adverse effects and management. Mulder FE, et al. Int Urogynecol J. 2014 Dec;25(12):1605-12.
5. Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery. Mulder FE et al. Int Urogynecol J. 2016 Jan;27(1):55-60.
6. Postpartum voiding dysfunction: identifying the risk factors. Buchanan J, Beckmann M (2014) Aust N Z J Obstet Gynaecol 54:41–45
7. Postpartum urinary retention. *Yip, Sahota et al.* Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 881-891
8. Reliability of an automatic ultrasound system in post partum period in measuring urinary retention. *A. Van Os en P. van der Linden*, Acta Obstet en gynecol 2006; 85: 604-607
9. Clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery: a retrospective
10. case-control study, *Teo et al.* Int Urogynecology J 2006
11. EAUN richtlijnen 2013. Katheterisatie, intermitterend urethraal katheteriseren bij volwassenen en intermitterend urethraal dilateren bij volwassenen.