

Postpartum İdrar Retansiyonu Postpartum Urinary Retention

Yeliz KAYA *, Nevin Hotun ŞAHİN **

* Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu, Öğretim Görv.

** İstanbul Ün. Florence Nightingale Hemşirelik Fak. Kadın Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD, Doç. Dr.

ÖZET

Doğum eylemi sonrası idrar yapamama olarak tanımlanan postpartum idrar retansiyonu (PİR) sıkça karşılaşılabilen ve kolayca kendiliğinden ortadan kaybolan bir durumdur. Kadında yaratabileceği strese rağmen tedaviye gerek kalmadan kendini sınırlayan bir problem olmasından dolayı PİR postpartumürinerinkontinans kadar iyi tanımlanmış, nedenleri ve tedavi planları ortaya konmuş bir semptom değildir. Bu konuda literatür sınırlıdır. Bu çalışmada literatür ışığında PİR gözden geçirilecektir.

Anahtar kelimeler: Postpartum, idrar retansiyonu, hemşirelik

ABSTRACT

Postpartum urinary retention (PUR), defined as urinary retention after the delivery, is a common condition that can easily disappear spontaneously. Although this problem could cause stress to the women, PUR has not been clearly described and explored its causes and symptoms like postpartum urinary incontinence due to the self-limiting condition without treatment. There were not enough reports about this subject in the literature. In this report PUR is reviewed with the literature.

Key words: Postpartum, urinary retention, nursing

TANIM

PİR konusunun bu kadar belirsiz olmasının nedeni literatürde bulunan çalışmalarda PİR'in farklı şekillerde tanımlanması olabilir. Kitaplarda PİR doğum sonrası ani başlangıçlı, ağrılı veya ağrısız 12 saatin üzerinde kateterizasyon gerektiren idrar yapamama durumu olarak tanımlanmıştır (1). Literatürde birbirinden farklı PİR tanımları olmakla beraber en sık olarak vajinal doğumdan 6 saat; sezaryen doğumda ise foley sondanın alınmasından 6 saat sonra idrar yapamama olarak tanımlanmış ve bu tanıma göre çalışmalar planlanmaya başlanmıştır (2, 3, 4). Yip ve ark. PİR'i belirgin ve gizli PİR olmak üzere ikiye ayırmışlardır (5). Belirgin tip PİR vajinal doğumdan 6 saat;sezaryen doğumda ise foley sondanın alınmasından 6 saat sonra sonda takılmasını gerektiren idrar yapamama durumu iken gizli tip PİR ise spontanmiksiyon sonrası ultrasonla veya sondayla mesanede 150 ml'den fazla idrar kalmasının tespit edilmesidir. Bu sınıflandırmaya göre de çalışmalar yapılmıştır (6, 7, 8, 9).

Groutz ve ark. ise yaptıkları çalışmada 3 günden fazla spontan idrarını yapamayan postpartum kadınlar için uzamış PİR tanımını ilk kez 2011 yılında kullanmışlardır (10).

SIKLIK

PİR için standardize edilebilmiş bir tanım ve çalışma protokolü olmadığı için yapılan çalışmalardan elde edilen prevalans sonuçları birbirinden farklı olabilmektedir. Bu yüzden yapılan literatür incelemesinde PİR görülme sıklığı % 0.45 ile %41 arasında oldukça geniş bir aralıkta değişebilmektedir (11). Sezaryen sonrası PİR oranı %3.2 ile %24.1 arasında (2, 12, 13) iken Yip ve arkadaşlarının sınıflandırmasına göre belirgin tip PİR % 0.2 ile %4.9 (5, 8, 14) gizli tip PİR %1.5 ile %45 arasında görülebilmektedir (3, 15).

İletişim Bilgileri:

Sorumlu Yazar: Yeliz KAYA

Yazışma Adresi: Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Eskişehir, Türkiye

Tel İş: 0222 239 37 50-1526 **Tel Gsm:** 0 538 228 46 52

E-mail: yelizyilmazturk@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 05.02.2014

Makalenin Kabul Tarihi: 04.04.2014

"Postpartum İdrar Retansiyonu" konulu derleme 20-22 Haziran 2013 tarihinde İzmir'de yapılan 1. Ulusal Doğum Sonrası Bakım Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

PATOFİZYOLOJİ

Hamileliğin 3. ayıyla beraber artmaya başlayan progesteronun da katkısıyla detrusör kasının kasılabilirliği azalmaya başlar ve mesane kapasitesi ise tedricen artmaya başlar. Bu yüzden hamileler supin pozisyonda iken idrarlarını 250-400 ml civarında hissederler ve bazen de 800-1000 ml idrarları oluncaya kadar miksiyon ihtiyacı duymazlar. Hamile kadın ayağa kalktığı anda genişlemiş uterus mesaneye bası yapar ve bu basınç 38. haftaya kadar giderek artar (6). Doğumla beraber bu basınç aniden ortadan kaybolur ve kapasitesi artmış atonik bir mesane (3, 16) hamilelik öncesi döneme geri dönmeye çalışır. Spinal refleks arkda meydana gelebilecek lezyonlar akontraktıl veya hipotonik mesaneye neden olabilir (17). Yapılan çalışmalarda pelvik cerrahi ve vajinal doğum sonrası pudendal sinir hasarı olabileceği ortaya konmuştur (18, 19, 20, 21). Özellikle ilk gebeliklerde vajinal doğum sonrası pelvik kaslarda gerilemelerin ve pudendal sinir hasarının daha fazla olduğu da saptanmıştır (19). Ayrıca lokal ödem ve hematoma mekanik mesane çıkım obstruksiyonuna neden olabilirken ağrı nedeni ile de fonksiyonel bir obstruksiyon meydana gelebilir ve PİR ortaya çıkabilir (10).

ETYOLOJİ & RİSK FAKTÖRLERİ

Farklı PİR tanımları ve çalışma protokolleri nedeniyle kesinleşmiş risk faktörleri bulunmamakla beraber Mulder ve ark. 2012 yılında PİR'in risk faktörlerini konu alan 13 çalışmayı kapsayan bir meta-analizine göre (22) parite, müdahaleli doğum, epidural analjezi ve epizyotomi PİR için risk faktörleri olarak saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise oksitosin uygulaması, uzamış doğumun 2.evresi, doğumda vakum kullanılması ve iri bebek PİR ihtimalini arttırdığı saptanmıştır (10). Yip ve ark ise 700 dakikadan fazla süren doğum eylemlerini PİR risk faktörü olarak tanımlamıştır (23). Kerman ve ark. yaptığı çalışmada sezaryen ve vajinal doğum sonrası PİR'in ilk gebeliğini yaşayanlarda ve uzamış doğum eylemi nedeni ile yapılan sezaryenli kadınlarda daha çok saptanmıştır (2). Batra ve ark. tarafından yapılan sistometri çalışmalarında ise epidural analjezi alanlar ile almayanlar arasında maksimum mesane kapasitesi anında detrusör basıncında, mesane kompliyansında, maksimum akım hızında farklılık

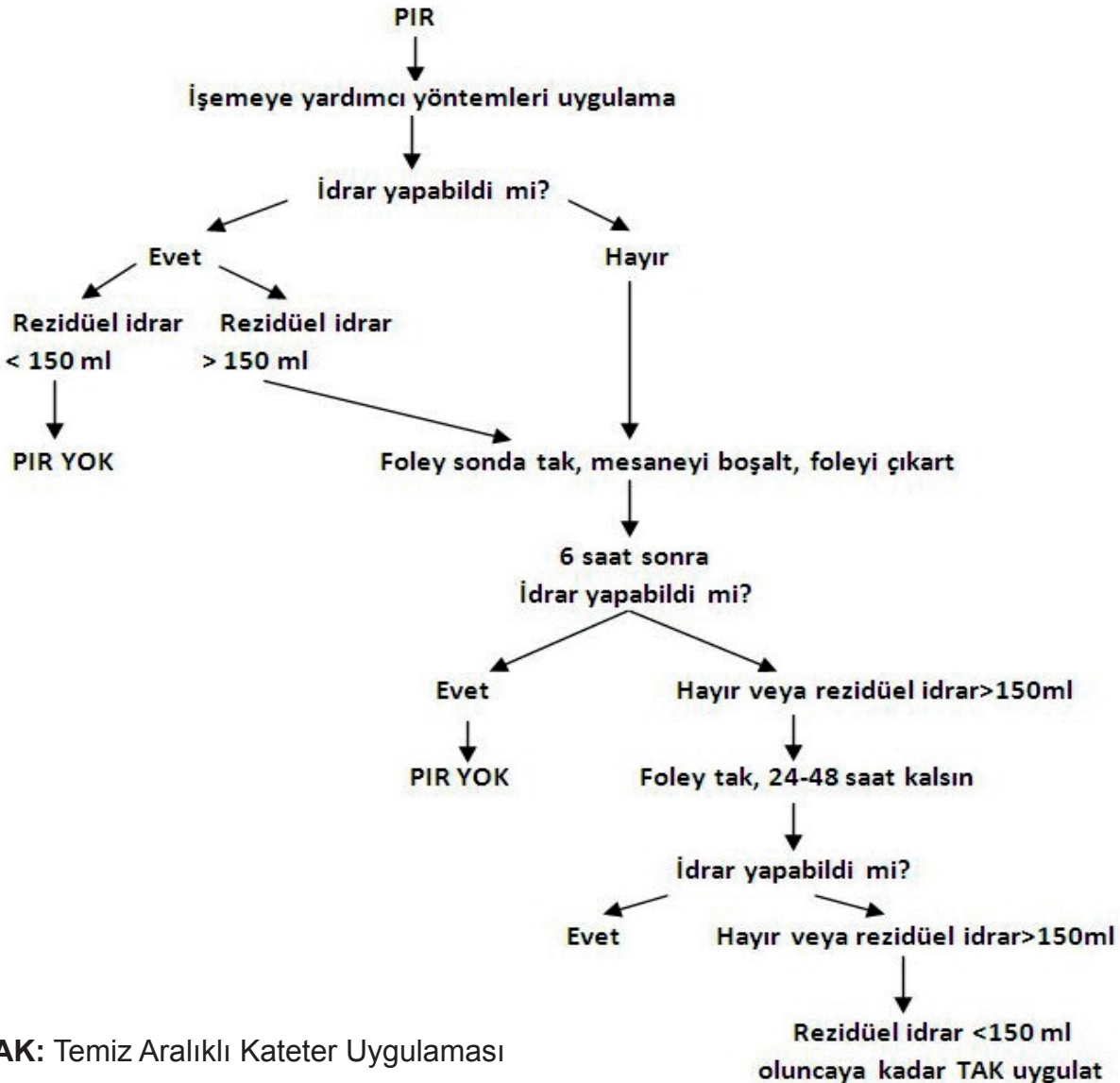
saptanmamıştır (24). Ayrıca epidural analjezi, 4000g'dan büyük bebek doğurmak, doğumda vakum kullanılması ve uzamış 2.evre gibi obstetrik risk faktörleri ile multivaryant analiz yapıldığında epidural analjezi bir risk faktörü olarak görülmemiştir (2,3). Yapılan vaka kontrollü bir çalışmaya göre epidural analjezi amaçlı bolus morfin kullanılanlarda hasta kontrollü epidural analjezi (PECA) ile ropivakain-fentanil alanlara göre ve intramusküler olarak aralıklı Pethidin alanlara göre daha sık PİR görülmüştür (25).

Ayrıca epidural analjezi ile PİR ilişkisini ortaya koyabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır çünkü birçok analjezik ajan ve uygulama methodu; epidural analjezi amaçlı kullanılmaktadır. Epidural anestezi sırasında PİR ihtimalinin arttığına yönelik çalışmalar mevcut (8, 11, 14, 26, 27, 28) iken yapılan multivaryant analizlerde sezaryen sırasında yapılan epidural anestezi PİR için risk faktörü olarak ortaya çıkmamıştır (2). Sezaryen ile yapılan doğumlarda bazen 24 saat foley sonda kaldığı için bu süreçte mesane tekrar doğum öncesi fonksiyonel ve anatomik yapısına dönebilme fırsatı kazanmaktadır. Fakat sezaryen sonrası oluşan postoperatif ağrı ve hareketsizlik PİR oluşumunun kolaylaşmasını sağlayabilmektedir (29). Birçok çalışmada iri bebek doğumunun PİR ile ilişkisi ortaya konulamamışken (5, 8, 14, 23) literatürde iri bebekli annelerle PİR ilişkilendirilebilmiştir (6, 15). Carely ve ark tarafından kontrollü çalışmada primipar kadınlarda multiparlara göre daha sık PİR saptanmıştır. Ayrıca yine aynı çalışmada primipar gebeler daha çok epidural anesteziye ve epizyotomiye ihtiyaç duyarken yine bu gebelere kontrol grubuna göre daha çok müdahaleli (aletli) doğum yapılmıştır (8). Bir başka çalışmada ise yine primipar gebelerde daha sık PİR saptanmıştır (14). Uzamış doğum eylemi birçok çalışmada risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Özellikle 700 dakikadan daha uzun süren doğumlar sonrası PİR daha çok saptanmıştır (9). Uzamış doğum eylemi nedeniyle pudendal veya pelvik sinirlerin fetal basıya daha fazla maruz kalması, normal miksiyondansorumluafferent ve parasempatik sinir yolunun etkilenmesine neden olduğu düşünülmektedir (5). Ayrıca uzamış doğum eylemi mekanik obstruksiyona neden olabilecek vajinal ve perineal ödeme de sıklıkla neden olabilmektedir (5).

TEDAVİ

İdrar yapamayan veya idrarını yapıp mesanesini tam boşaltamayan lohusa tespit edildiğinde ilk önce yardımcı yöntemler devreye sokulmalıdır (Şekil 2). İlk önce perineal/periüretretr ödemi azaltmak için lohusaya non-streoid ağrı kesiciler verilmeli, perineal bölgeye buz uygulanmalıdır. Ayağa kaldırılıp yürütülmeli, sıcak bir duş alması sağlanmalı veya ayakları soğuk su dolu bir küvete sokulmalıdır (36, 37). Bu basit noninvaziv yöntemler ile lohusaların yaklaşık yarısında spontanmiksiyon meydana gelebilmektedir (7, 11). Emzirme nedeni ile hiçbir ilaç tedavisi için sistematik bir çalışma yapılamamış olup yapılan kısmi çalışmalardan da net sonuç elde edilememiştir (11). Miksiyona yardımcı yöntemlere rağmen idrarını yapamayan/tam yapamayan lohusalarda akut böbrek yetmezliği ve mesane rüptürünü engellemek için foley sonda takılmalıdır (38). Bu yöntem

ile mesane tamamen bir anda boşaltılır ve kadın aniden rahatlamaya başlar. Mesane tamamen foley sonda ile boşaltıldıktan sonra lohusa takibe edilir ve miksiyona yardımcı yöntemler yeniden denir. Eğer hala spontan mesanesini boşaltacak kadar idrarının yapamıyorsa her 4 saatte bir kateterizasyon işlemi yeniden yapılmalıdır. Bu işlem lohusaspontan idrarının yapıncaya kadar devam ettirilmelidir (39). Foley sonda uygulaması bu kadar etkin bir yöntem olmasıyla beraber 24 saatten fazla foley sonda uygulananlarda ve tekrarlayan kateterizasyon ihtiyacı olanlarda bakteriüri görülme ihtimali artabilir. Bu yüzden sonda ihtiyacı olabilecek lohusalara profilaktik antibiyotik başlanmasında fayda vardır (67). Taburculuk aşamasına gelmiş olmasına rağmen hala spontan idrarını yapamayan lohusalara kendi kendine temiz aralıklı katater (TAK) uygulama becerisi kazandırılmalı; rezidüel idrarı 150 ml'den az oluncaya dek TAK işlemi yapılması sağlanmalıdır (39).



Şekil 2. Tedavi Algoritması

KOMPLİKASYONLAR

Khullar ve Cardozo yaptıkları çalışmada PİR nedeniyle 1litreden fazla idrarın mesane- de kalmasının detrusörharabiyetine ve uzun dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonlara neden olduğu savunmuşlardır (40). Fakat Yip ve ark 4 yıllık takipleri sonucunda PİR gelişen ve gelişmeyen kadınlar arasında alt üriner sistem semptomları ve fekalinkontinans görülmesi arasında istatistiksel bir farklılık bulamamışlardır (41). Yine Andolf ve ark yaptıkları takipler sonucunda PİR yaşayan kadınlardaki miksiyon bozukluklarının genel toplumdan farklı olmadığını ortaya koymuştur (3). Bununla beraber PİR'in kısa dönem komplikasyonları olarak idrarını başlatmada güçlük, çok sık idrara gitme, zayıf akım, ağrı, bir rahatsızlık hissi ve taşma inkontinansı olabilirken uzun dönemde ise lohusalarda çok sık idrara gitme, zorlu miksiyon, stres inkontinansı ve kalıcı idrar retansiyonu görülebilir (42). Genel olarak beklenti PİR saptananlarda olağan dışı uzun dönem komplikasyonu olmadan en geç 28 günde lohusanın tamamen normale dönmesi beklenirken (10) literatürde post-op 85.güne kadar TAK ihtiyacı olan lohusalar (14) ve erken dönemde ihmal edilmiş tanı konmayıp retansiyona bağlı mesane rüptürü ihtimali de mevcuttur (41).

PİR'de Bakım

- Normal doğumdan veya sezaryenden sonra foley sondanın alınmasından 6 saat sonra tüm postpartum gebelerden PİR için yüksek risk taşıyanlar (uzamış doğum eylemi, müdahaleli doğum geçirenler, morfinliepiduralanestezi ve epidural analjezi alanlar, primipar olanlar, epizyotomili-perineal travmalı olanlar) belirlenmeli; yüksek riskli gebeler daha yakından takip edilmelidir.
- Postpartum gebenin idrar yapısı yapamadığı; her miksiyondan sonra yapıyorsa çok sık idrara gitme, idrar akımında yetersizlik, zorlu idrar yapma, miksiyon sonrası tam rahatlayamama şikayetlerinin varlığı sorgulanmalıdır.
- Takipler için mesane günlükleri hazırlanmalı; ne kadar sıklıkla idrar yaptığı ve ne kadar idrar yaptığı not ettirilmelidir.
- PİR gelişen lohusalar rahatlatılmalı; idrar yapımları için cesaretlendirilmeli ve işemeye yardımcı yöntemler devreye sokulmalıdır.
- Eğer gizli tip PİR 'ndan şüphelenilirse mutla-

ka rezidüel idrar tayini yapılmalıdır; 150 ml'den fazla rezidüel idrar mevcut ise foley sonda takılmalı ve lohusa her 4-6 saate bir mutlaka spontan idrar ve rezidüel idrar tayini açısından takip edilerek değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Hormonal ve nöromuskulerdisfonksiyonlardan kaynaklandığı düşünülen PİR günlük pratiğimizde sıkça karşılaştığımız ama standardize edilmiş bir tanımı olmayan prevalansı,risk faktörleri, tanısı ve iyileşme mekanizması hala netleştirilmeyen; bununla beraber oldukça basit yardımcı yöntemler ile de kolayca tedavi edilebilen bir tablo olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tabloyu netleştirebilmek için ilk önce standardize bir tanım sağlanmalı ve gerekli görürse sınıflandırma yapılmalı; bu tanım ve sınıflandırma ışığında kontrollü ve sonuçları ile multivaryant analiz yapılabilecek geniş lohusa kapsamlı çalışmalar planlanmalıdır. PİR açısından lohusalar mutlaka takip edilmeli ve değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Manga AK. Non-neurogenic voiding difficulties and retention. In:Cardozo L, Staskin D, editors. Textbook of female urology and urogynaecology. ISIS Medical Media; 2001:856–865.
2. Kermans G, Wyndaele JJ, Thiery M, De Sy W. Puerperal urinary retention. Acta Urologica Belgica 1986;54:376–385.
3. Andolf E, Iosif CS, Joørgensen C, Rydhstroøm H. Insidious urinary retention after vaginal delivery: prevalence and symptoms at follow-up in a population-based study. Gynecol Obstet Inves 1994;38:51–53.
4. Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY. Postpartum urinary retention. J Am Board Fam Pract 1991;4:341–344.
5. 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;76:667–672.
6. Glavind K, Bjork. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003;14:119–121.

7. Ching-Chung L, Shuenn-Dhy C, Ling-Hong T, Ching-Chang H et al. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002;42:365–368.
8. Carley ME, Carley JM, Vasdev G, Lesnick TG, Webb MJ, Ramin KD, et al. Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:430–433.
9. Kekre AN, Vijayanand S, Dasgupta R, Kekre N. Postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;112:112–115.
10. Groutz A, Levin I, Gold R, Pauzner D. Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention. *Neurourol Urodyn.* 2011, Jan;30(1): 83-6. doi: 10.1002/nau.20926.
11. Yip SK, Sahota D, Pang MW, Chang A. Postpartum urinary retention. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004, Oct;83(10):881-891.
12. Chai AT, Wong T, Mak HLJ, Cheon C, Yip SK, Wong ASM. Prevalence and associated risk factors of retention of urine after cesarean section. *Int Urogynecol J* 2008;19:537–542.
13. Liang CC, Chang SD, Chang YL, Chen SH, Chueh HY, Cheng PJ. Postpartum urinary retention after cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99:229–232.
14. Teo R, Punter J, Abrams K, Mayne C, Tincello D. Clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery: a retrospective case-control study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:521–524.
15. Hee P, Lose G, Beier-Holgersen R, Engdahl E, Falkenlove P. Postpartum voiding in the primiparous after vaginal delivery. *Int Urogynecol J* 1992;3:95–99
16. Elliott RA, Castleden CM, Miodrag A. The effect of in vivo oestrogen pretreatment on the contractile response of ratisolated detrusor muscle. *Br J Pharmacol* 1992;107: 766–770.
17. Shah JPR, Dasgupta P. Voiding difficulties and retention. In: Stanton SL, Monga AK (eds). *Clinical Urogynaecology*. 2nd Ed. London: Churchill Livingstone 2000:259–272.
18. Lee SJ, Park JW. Follow-up evaluation of the effect of vaginal delivery on the pelvic floor. *Dis Colon Rect* 2000;43:1550–1555.
19. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:22–28.
20. Tetzschner T, Sorensen M, Lose G, Christiansen J. Pudendal nerve recovery after a non-instrumental vaginal delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7: 102–104.
21. Tetzschner T, Sorensen M, Lose G, Christiansen J. Pudendal nerve function during pregnancy and after delivery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997;8:66–68.
22. Mulder F, Schoffemeer M, Hakvoort R, Limpens J, et al. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2012;119:1440–1446.
23. Yip SK, Sahota D, Pang MW, Chang A. Screening test model using duration of labor for the detection of postpartum urinary retention. *Neurourol Urodyn* 2005;24:248–253.
24. Batra YK, Gill PK, Vaidyanathan S, Aggarwal A. Effect of epidural buprenorphine and clonidine on vesical functions in women. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1996;34: 309–311.
25. Liang CC, Chang SD, Wong SY, Chang YL. Effects of postoperative analgesia on postpartum urinary retention in women undergoing cesarean delivery. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010 Oct;36(5):991-995. doi: 10.1111/j.1447-0756.2010.01252.x.
26. Zaki MM, Pandit M, Jackson S. National survey for intrapartum and postpartum bladder care: assessing the need for guidelines. *BJOG* 2004;111:874–876.
27. Groutz A, Hadi E, Wolf Y et al. Early postpartum voiding dysfunction: incidence and correlation with obstetric parameters. *J Reprod Med* 2004;49:960–964.
28. Musselwhite KL, Faris P, Moore K, Berci D, King KM. Use of epidural anesthesia and the risk of acute postpartum urinary retention. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:472.e1–472.e5
29. Sherer DM, Abramowicz JS, Perillo AM, Woods JR. Post cesarean delivery atonic bladder with overflow incontinence appearing sonographically as a large retrovesical hypoechoic mass. *J Ultrasound Med* 1993;12:365–367.
30. Groutz A, Hasson J, Gold R, Pauzner D, Lessing J, Gordon D. Persistent postpartum urinary

retention: prevalence, obstetric risk factors and management. *J Urol* 2008;179(4 Suppl):472.

31. Groutz A, Hadi E, Wolf Y et al. Early postpartum voiding dysfunction: incidence and correlation with obstetric parameters. *J Reprod Med* 2004;49:960–964.

32. Smith NGK, Murrant JD. Post operative urinary retention in women: management by intermittent catheterisation. *Age Ageing* 1990;19:337–340.

33. Sutherst JR, Frazer MI, Richmond DH, Haylen BH. *Introduction to Clinical Gynaecological Urology*. London: Butterworth- Heinemann, 1990.

34. Lee SNS, Lee CP, Tang OSF, Wong WM. Postpartum urinary retention. *Int J Gynecol Obstet* 1999;66:287–288.

35. Anderson J, Grant J. Post operative retention of urine. A prospective urodynamic study. *BMJ* 1991;302:894–896.

36. Lim JL. Post-partum voiding dysfunction and urinary retention. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2010 Dec;50(6):502-505.

37. Royal College Of Obstetricians & Gynecologists Guidelines 26. Operative vaginal delivery. RCOG guideline 2005;26:1–13.

38. Gray M. Urinary retention: management in the acute care setting. Part 2. *Am J Nursing* 2000;100:36–44.

39. Rizvi R, Rizvi J. Management of postpartum urinary retention. *Reviews in Gynaecological and Perinatal Practice* 6, 2006;140–144.

40. Khullar V, Cardozo LD. Bladder sensation after epidural analgesia. *Neurourol Urodyn* 1993;12:424–425.

41. Yip SK, Sahota D, Chang AM, Chung TK. Four-year follow-up of women who were diagnosed to have postpartum urinary retention. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(3):648-52.

42. Ramsay IN, Torbet TE. Incidence of abnormal voiding parameters in the immediate postpartum period. *Neurourol Urodyn* 1993;12(2):179–183.