

Acute urineretentie

DOOR P. W. BOER, UROLOOG TE LEIDEN

Van de stoornissen in de urinelozing, die in de praktijk worden ontmoet, is de acute urineretentie een van de weinige toestanden, waarbij op zeer korte termijn een, in elk geval op dat moment afdoende therapie wordt verlangd en ook is vereist. Wanneer de blaas vol is en de patiënt niet in staat te urineren, terwijl hij wordt geplaagd door een constante heftige pijn onder in de buik, een heftige drang tot urineren, waarbij alle steeds weer herhaalde pogingen om te urineren mislukken en slechts resulteren in het uitpersen van enkele, soms wat bloederige druppels urine, dan is de diagnose acute urineretentie wel duidelijk.

Dikwijls zal een prostaathypertrofie hiervan de oorzaak zijn, dat wil zeggen adenoomvorming in de prostaat hieraan ten grondslag liggen. Bij een prostaathypertrofie kan deze acute retentie zich in alle stadia van de aandoening voordoen. Het kan dus optreden zowel bij een patiënt, die nooit over enig bezwaar bij de mictie heeft geklaagd, als bij de patiënt, die al enige tijd, soms maanden of jaren, meer of minder duidelijke mictiebezwaren had, gekenmerkt door pollakisurie of dysurie. Onder dysurie moet worden verstaan het niet op natuurlijke wijze, maar slechts met inspanning, soms pas na enige tijd wachten, langzaam en met onderbrekingen kunnen lozen van de urine.

Men mag niet van ledigen van de blaas spreken, want soms blijkt, dat er een aanzienlijke rest in de blaas aanwezig is wanneer men op de een of andere manier controleert of urine is achtergebleven, hetzij met behulp van een katheter, hetzij door bimanuele recto-abdominale palpatie of wel door middel van een intraveneus pyelogram, waarbij tot slot een foto van de blaas wordt gemaakt, nadat de patiënt heeft geürineerd. Dit is dan het urineresidu. Er is dus een reeds langer bestaande retentie van urine na het urineren, een chronische retentie. Hierbij moet men nog onderscheid maken tussen een chronische retentie met distensie en een chronische retentie zonder distensie. Over chronische retentie met distensie wordt gesproken, wanneer de hoeveelheid na het urineren gereteneerde urine, het residu, groter is dan de normale blaascapaciteit, ongeveer 300 ml. Het is zeker mogelijk dat de patiënt in dit chronische retentiestadium met distensie van de blaas geraakt, soms tot ver boven de normale capaciteit, tot een of meer liters toe, zonder dat hij zijn mictiemoeilijkheden groot genoeg acht om zijn dokter te raadplegen. Dit is natuurlijk afhankelijk van de gevoeligheid van de patiënt voor onaangename prikkels en zijn opvatting, of deze belangrijk genoeg zijn om er voor naar zijn arts te gaan.

Dit zijn toestanden, waarbij de nieren een grote bemoeilijking van hun functie kunnen gaan ondergaan; hydronefrosen en hydroureteren gaan zich ontwikkelen en de nierfunctie wordt gestoord. In den beginne wordt nog een zeker evenwicht bewaard door een vermeerderde urineproductie, waarbij men de stoornis alleen ontdekt door middel van nierfunctieproeven, maar een verdere decompensatie met een verhoging van het ureumgehalte in het bloed en verstoring van de elektrolytenbalans is aanstaande. Gebrek aan eetlust en vermagering gaan optreden en het behoort zeker niet tot de uitzonderingen dat een dergelijke patiënt onder verdenking van bijvoorbeeld een maagcarcinoom naar een specialist wordt verwezen.

In al deze stadia kan acuut een complete onmogelijkheid tot urineren optreden. Een copieuze maaltijd, al of niet gekruid (rijsttafel), alcoholgebruik, maar ook wat langer ophouden van de urine (vergadering, lange autorit) kunnen aanleiding geven tot het acuut optreden van deze moeilijkheden. Ook kunnen medicamenten, welke invloed op de mictie, op het samenspel van de m. detrusor vesicae en de sfincteren, uitoefenen, zowel de parasymphaticolytica als de sympathicomimetica, (atropine, Banthine, Probanthine, efedrine, et cetera) acute mictiemoeilijkheden inleiden. Elke plotseling optredende verandering, hetzij wat betreft de contractiliteit van de m. detrusor vesicae, hetzij wat betreft obstructie aan de blaasuitgang (hyperemie en swelling), kan de ontlediging acuut onmogelijk maken.

Hoewel een prostaadenoom wel de meest voorkomende oorzaak voor een acute retentie is, hetgeen wij dus meestal zullen zien optreden bij mannen boven de vijftig jaar, is dit niet altijd de oorzaak bij mannen van deze leeftijdsgroep. Bovendien kunnen wij de acute urineretentie ook bij jongere mannen, kinderen en zelfs zuigelingen zien en, hoewel betrekkelijk zelden, ook bij vrouwen op alle leeftijden. Een volledige retentio urinae kan dus acuut optreden bij elke toestand, waarbij het samenspel tussen de m. detrusor vesicae, welke de urine onder een zekere druk moet uitpersen, en de blaashals, welke zich op dat moment moet openen, wordt verstoord.

Bij welke aandoeningen kan dus een urineretentie voorkomen?

De meest voorkomende oorzaak, de prostaathypertrofie, werd reeds even genoemd. Echter ook bij prostaatcarcinoom kan een acute retentie optreden, evenzo bij de sfinctersclerose en de acute prostatitis (zowel de gonorroïsche als de niet gonorroïsche). Bij de sfinctersclerose en de prostatitis acuta zal men

het slechts zelden zien. De sfinctersclerose geeft meestal een chronische incomplete retentie, vaak met een groot residu; dus een chronische retentie met distensie. Bij een op zich zelf staand acute prostatitis zal men ook zelden een acute retentie zien, maar in combinatie met een reeds bestaande prostaathypertrofie kan, door de optredende zwelling, de acute retentie zich gaan voordoen. De urethritis gonorrhoeica bereikt tegenwoordig zelden het stadium met prostatitis en prostaatabces en een acute retentie is dientengevolge ook zeldzaam geworden. Ook de vroeger na een gonorrhoea optredende stricturen, ontstaan door de met bindweefselvorming gepaard gaande genezing van de urethritis en de paraurethrale abcesjes, komt men eigenlijk niet meer tegen. De traumatische stricturen daarentegen zeker nog wel.

Behalve deze oorzaken van retentio urinae, door veranderingen in de wand van de urethra, moeten nog worden genoemd de veranderingen, die kunnen ontstaan in het orificium urethrae externum, welke men soms ziet bij jongetjes met een recidiverende balanitis door een fimosis, maar vaker nog bij jongetjes van ongeveer twee tot drie jaar bij wie, om de een of andere reden, op (te) jonge leeftijd een circumcisie is gedaan. Met te jonge leeftijd bedoel ik vooral wanneer het wordt gedaan in het stadium, waarin zij nog niet zindelijk zijn, waarin dus een ammoniakdermatitis kan optreden. Vooral dan ziet men het optreden van de zogenaamde meatusstenose. Deze ammoniakdermatitis ontstaat doordat ureumsplitsende bacteriën, afkomstig uit de darm van het kind, in de door urine doordrenkte luijer of het door urine doordrenkte broekje een goede voedingsbodem vinden. Deze ureasevormende bacteriën splitsen het ureum uit de urine, waarbij ammoniak vrij komt. De ammoniak is verantwoordelijk voor de verandering, welke men aan de huid van de genitalia en in de omgeving kan waarnemen. Het is een roodvlekkig erytheem met oedeem en erosietjes en men ziet het dus op de genitalia, onder op de buik en de dijen.

Het urethra orificium van het meisje ligt verborgen en beschermd en zal dus zelden deze afwijkingen vertonen, maar op het praeputium en vooral op de glanspenis bij jongetjes, bij wie een circumcisie gedaan is, ziet men dan kleine erosies. Zitten deze erosies op de rand van het praeputium, dan kunnen deze bij het urineren heftige pijnen veroorzaken, maar ze doen dit vooral, wanneer ze op het orificium externum urethrae zijn gelokaliseerd. Het korstje, dat erop komt, bemoeilijkt het urineren, geeft een heftige pijn, waardoor het kind al kan weigeren te plassen. Doet het dit wel, dan ontstaan door rekking weer nieuwe lesies en fissuurtjes. Genezen ze, dan gebeurt dit met littekenvorming en de meatus wordt vernauwd. Bij het urineren treden nieuwe fissuurtjes op en deze cirkelgang kan net zolang doorgaan tot de meatus gereduceerd is tot de grootte van een speldepunt of kleiner. De preventie en behandeling van deze aandoening bestaat

in het frequent verschonen van de luijer, het ruim spoelen om ammoniakale zeep- en urineresten te verwijderen, het poederen van de luiers met een fijn boorzuur-zinkstearaat poeder. Hiermede worden ook de genitalia externa en omgeving gepoederd. Op de erosies van de penis doet men wat 3 procent boorvaseline.

Bij uitgebreide erosieve afwijkingen moet men voorzichtigheid betrachten met boorzuurpreparaten wegens de resorptiekansen en de mogelijkheid van het optreden van een boorzuurintoxicatie. Men moet dan zijn toevlucht nemen tot indifferenter preparaten zoals zinkolie en kaolienpasta. Vaak is het nodig om de vernauwde meatus voorzichtig te dilateren met bougies. Een enkele keer zal men zelfs een meatotomie moeten doen, waarna nog regelmatige controle en voorzichtige dilataties gedurende enige tijd noodzakelijk zijn.

Dat een papillomateuze tumor in de urethra een retentie veroorzaakt zal men eigenlijk nooit zien. Wel kan een papillomateuze tumor van de blaas, welke in de blaashals beklemd raakt, dit doen. Maar eerder nog zal door hematurie met stolsels, afkomstig van een papillomateuze of andere blaastumor, een retentie optreden, waarbij de stolsels de afsluiting veroorzaken. Op dezelfde wijzen kan een abundante hematurie, afkomstig uit de hogere urinewegen, dit veroorzaken. Dit is de zogenaamde „clot-retention". In menig geval is een steen, welke ergens in de urethra beklemd raakt, de oorzaak. Terwijl de „clot-retention" altijd een acute toestand is, die een snelle klinische behandeling vereist, kan het een zeer dankbare taak zijn een concrement, dat nogal eens in het meest distale eind van de urethra beklemd raakt, te verwijderen.

Daar vrouwen een kortere en makkelijker dilateerbare urethra hebben zal men bij haar deze moeilijkheden veel minder vaak tegenkomen. Zoals bij mannen de prostaathypertrofie de meest voorkomende oorzaak is van de acute retentie, zo is dit bij vrouwen meestal een buiten de urinewegen gelegen afwijking. Wanneer een vrouw een acute retentio urinae heeft, maakt meestal het vaginale en rectale onderzoek meteen duidelijk welke afwijking er aan ten grondslag ligt. Het uterusmyoom, vooral het caudaal en aan de achterzijde van de uterus gelokaliseerde, maar ook adnextumoren en ontstekingsachtige gezwellen kunnen de urethra verplaatsen en dichtdrukken, zodat het urineren onmogelijk wordt. Postpartum ziet men het, maar ook in de derde of vierde maand van de zwangerschap. In het laatste geval is praktisch altijd een retroflexie aanwezig, welke in het kleine bekken is ingeklemd geraakt.

Met de nu genoemde zijn de oorzaken van de acute retentie nog uit te breiden met die van traumatische, neurologische en postoperatieve oorsprong. Bij de traumatische retentio urinae zal de aandacht primair vallen op het trauma. Hieronder behoort de urethralesie, zoals deze kan optreden bij een bekkenfractuur en bij een trauma van het perineum.

Het laatste vaak door het schrijlings vallen op de rand van een hek, een stang en dergelijke. Dit kunnen open en gesloten urethralesies zijn. Een abundante hematurie met stolsels door een niertrauma kunnen wij hieronder ook rangschikken. In deze gevallen valt het accent meestal duidelijk op het trauma en is niet de retentie het primair in het oog vallend gebeuren, waarvoor de hulp van de medicus wordt ingeroepen.

Secundair, wat betreft de bezwaren voor de patiënt, is ook de retentio urinae zoals die voorkomt bij de neurologische aandoeningen en na operaties.

Bij de neurologische aandoeningen moet de medicus de retentio urinae ontdekken; hij moet er op verdacht zijn en de patiënt wat dit aangaat controleren. De neurologische aandoeningen, die een innervatiestoornis van de blaas tot gevolg hebben, zijn vele: hersentumor, apoplexie, meningitis, discusprolaps, traumatische ruggemergslesies en myelo(meningo)cele. De innervatiestoornis maakt ook dat de urineretentie vaak geen pijn of bezwaren zal geven. De patiënt zal er meestal niet over klagen en wanneer de toestand niet wordt herkend zal vaak, mede afhankelijk van de lokalisatie van de neurologische aandoening, een niet gecontroleerde ontlediging van de blaas gaan optreden. Vaak geschiedt dit echter zo, dat er toch een permanent verhoogde druk blijft bestaan in het urineafvoersysteem met als gevolg stuwning in ureteren, pyela en calices en daardoor vermindering van de nierfunctie. Vaak zal het nodig zijn om door het geven van een urethrakatheter à demeure of door het aanleggen van een blaasfistel het optreden van deze stuwning te bestrijden, ook al zijn de infectiekansen en moeilijkheden daardoor groot. Deze infectiekansen pogen we dan weer uit te sluiten door middel van een gesloten intermitterend werkend drainage- en spoelsysteem en door toediening van sulfapreparaten, antibiotica en Furadantine. Men heeft dan de gelegenheid het herstel van de neurologische aandoening en herstel van de blaasfunctie af te wachten of, zo dit niet het geval is, te overwegen welke meer afdoende maatregelen men kan nemen, zonder dat in de tussentijd de nierfunctie onherstelbaar heeft te lijden. Soms moet men de oplossing zoeken in de afvoer van de urine langs andere wegen, soms in het mogelijk maken van het urineren met behulp van manuele expressie, nadat men de weerstand aan de blaashals heeft verminderd, bijvoorbeeld door een endoresectie.

Tenslotte resteert nog de derde groep, de groep van de postoperatieve urineretentie. Dit is een grote verzamelgroep, waarin alle reeds genoemde oorzaken een rol kunnen spelen. Soms kan men een „functionele” innervatiestoornis de schuld geven; de patiënt kan niet in tegenwoordigheid van anderen urineren of hij kan niet liggende de urine lozen. Met een scherm om het bed lukt het dan vaak wel, soms ook pas wanneer de patiënt even naast het bed kan staan of op een kamertoilet zitten. Afwijkingen in de vegetatieve innervatie kunnen een rol

spelen, waarbij voor of tijdens de narcose en de operatie gegeven medicamenten (bijvoorbeeld atropine) van invloed kunnen zijn. Tijdelijke veranderingen in de innervatie van de blaas treden ook op na een lumbaalanesthesie. Vooral na operaties in het kleine bekken of aan het perineum kan een retentie voorkomen. Gedeeltelijk is dit te verklaren door plaatselijk mechanische belemmeringen in de vorm van zwelling van de weefsels, gedeeltelijk ook door lesies van het vegetatieve zenuwstelsel in het kleine bekken.

Voortdurend moet men er op verdacht zijn, en dit geldt natuurlijk vooral voor mannen van de leeftijd, waarop de prostaathypertrofie aanwezig kan zijn, dat er steeds belemmeringen aanwezig zijn. Er heerst al een wankel evenwicht, dat nu wordt verstoord ten gunste van de obstructie. In deze gevallen wordt de retentie vaak een definitieve. Als voorbeeld kan een patiënt met een stenoserend ulcus pylori worden genoemd. Overwegende dat spastische momenten een rol speelden bij de maagretentie, werd patiënt atropine voorgeschreven. Retentio urinae trad op, waarvoor een katheter à demeure moest worden gegeven. De maagoperatie volgde. Echter ook na mobilisatie en verder herstel was het urineren na uitnemen van de katheter niet meer mogelijk, waardoor aansluitend een prostatectomie moest worden gedaan.

Toen preparaten als Banthine en Probanthine voor de behandeling van het maagulcus werden ingevoerd, verschenen in de urologische literatuur verscheidene mededelingen over de moeilijkheden die daardoor optreden bij mannelijke patiënten boven de vijftig jaar. Deze moeilijkheden kan men ook zien na abdomin(operine)ale operaties van een rectum- of sigmoidcarcinoom, waarbij een nog te voren bestaand evenwicht tussen m. detrusor vesicae en blaashals wordt verstoord, vaak mede als gevolg van de vaak onontkombare lesies, welke men de vegetatieve plexus in het kleine bekken moet toebrengen.

Soms herstelt de mictie zich weer, soms is de retentie definitief, hetzij compleet, hetzij incompleet, dat wil zeggen, met een residu. In het laatste geval moet men dan een prostatectomie doen of een transurethrale resectie, om het evenwicht, dat ten gunste van het sluitingsmechanisme werd verbroken, te herstellen.

* * *

Keren we nu terug naar ons uitgangspunt: de acute retentie, zoals die zich in de praktijk voordoet. Ondanks het dringend beroep, dat de patiënt op de medicus doet om hem toch zo spoedig mogelijk uit zijn moeilijkheden te verlossen, is het toch vereist om snel en kort een anamnese op te nemen. Ook wanneer de verlossing van de urineretentie duidelijk voorrang verdient boven de behandeling van de oorzaak van de retentie, dan nog kan een korte anamnese dienen om vast te stellen, wat er te doen staat. Vooral wanneer het een patiënt betreft, bij wie uit de anamnese en het onderzoek blijkt, dat er

reeds lang stoornissen in de urinelozing waren en dat er waarschijnlijk reeds belangrijke nierfunctiestoornissen bestaan, is het vaak verstandig deze, wanneer het op korte termijn is te verwezenlijken, meteen in een ziekenhuis te doen opnemen. Vooral de patiënt, die reeds een chronische retentio urinae had, loopt bij katheteriseren het gevaar van een opstijgende infectie. Niet omdat niet met inachtneming van alle regelen der aseptis en antisepsis en atraumatisch wordt gekatheteriseerd, maar omdat het nu eenmaal niet mogelijk is een katheter in de blaas te brengen zonder daarmee ook enkele van de bacteriën, welke normaal in de urethra anterior voorkomen, in de blaas te brengen.

De patiënt met een gedilateerde blaas met hydronefrose en hydronefrose heeft zeer grote kans op een heftige pyelonephritis. Desnoods kan hij één keer worden gekatheteriseerd, waarna hij moet worden beschermd met een sulfapreparaat of Furadantine en zo spoedig mogelijk in het ziekenhuis moet worden opgenomen.

Een korte anamnese van de patiënt of de familie kan reeds eerder waargenomen afwijkingen van de mictie, wat betreft de frequentie overdag en des nachts, de tijd die er mee gemoeid is en soms ook reeds eerder opgetreden retenties, aan het licht brengen. Men kan misschien inlichtingen krijgen omtrent het aspect van de urine (retentie door bloedstolsels bij blaastumoren). Ook zullen natuurlijk vaak gegevens, welke hem bekend zijn uit de voorgeschiedenis van patiënt, de huisarts op de goede weg kunnen helpen.

Heeft men met prostaathypertrofie te maken, vindt men een percuteerbare en palpabele blaas, soms reikend tot navelhoogte, waarbij palpatie pijnlijke exacerbaties van de mictiedrang opwekt en is de anamnese geruststellend, dat wil zeggen ontbreken zowel algemene klachten (de eetlust is goed, dorst en vermagering zijn nog niet opgetreden) als meer speciaal de mictie betreffende, zodat men er praktisch zeker van is met een acute retentie bij een verder ongecompliceerde prostaathypertrofie te maken te hebben, dan zal men toch nog een kort verder onderzoek vooraf laten gaan voordat de katheter wordt gebruikt.

Eerst komt het bekijken van de penis en het orificium externum urethrae. Het is namelijk hoogst onaangenaam een poging tot katheteriseren te doen via het putje, dat men op de glanspenis ziet, om pas later tot de ontdekking te komen dat er een lichte graad van hypospadie bestaat. Littekens in het perineum wijzen in de richting van een strictuur, ontstaan door een vroeger doorgemaakt trauma van het perineum of door een operatie. Zelden zal men tegenwoordig stricturen en littekens in het perineum tegenkomen, veroorzaakt door een gonorroïsche urethritis met periurethrale abscessen, welke perforerden of werden geïncideerd. Het rectale onder-

zoek kan beter tevoren geschieden. Men hoeft niet bang te zijn dat het katheteriseren hierdoor moeilijker zal zijn. Wel weet men van te voren dat er mogelijk moeilijkheden te verwachten zijn, wanneer de prostaat verdenking biedt voor het bestaan van een carcinoom. De passage van de katheter door de urethra prostatica is hierbij vaak moeilijker dan bij het benigne prostaatadenoom. Soms is bij palpatie van de urethra een ingeklemde steen te voelen. Bij jongetjes zal men vooral zijn aandacht besteden aan het praeputium en de meatus urethrae. Wanneer er een balanitis bestaat kan een nat verbandje vaak wonderen doen. Een meatusstenose, waarvoor de zeer fijne dunne krachtige straal typerend is, zal slechts zelden een werkelijk volledig acute retentie geven, hoewel de meatus zo nauw kan worden, dat er een chronische retentie uit resulteert. Een definitieve behandeling welke een verwijding van de meatus geeft is in deze gevallen aangewezen. De acute moeilijkheden zijn vaak het gevolg van ulcusjes, welke veel pijn veroorzaken, waardoor het patiëntje niet durft te urineren; ze kunnen vaak nog wel met wat boorzalf worden overwonnen.

Wat betreft de vrouw met een acute retentie: vaginaal en rectaal onderzoek zijn vanzelfsprekend geïndiceerd, waardoor men de geretroflecteerde zwangere uterus, het ingeklemde myoom of de ingeklemde adnextumor diagnostiseert. Niet vergeten mag worden, dat men ook bij een pelvioperitonitis een acute retentio urinae kan zien en dat deze ook bij de man soms door een laag in het kleine bekken ligtgedet ontstoken appendix kan worden veroorzaakt. Over het katheteriseren wil ik nog enkele opmerkingen maken. Voor de man gebruike men een 16 of 18 Charrière Tieman-katheter van rubber of polyvinyl. Beide zijn uitkookbaar. Voor de vrouw een metalen vrouwenkatheter, maat 18 Charrière. De genitalia worden gereinigd met een sublimaat-, desogen- of Hibitaneoplossing, terwijl de katheter gemakkelijk glijdend wordt gemaakt met een steriele glijstof op tragacanth-glycerinebasis, waarin een desinfectans (zie Pharmacotherapeutisch Vademecum).

Het verdient zeker aanbeveling na het katheteriseren, vooral daar, waar een retentio urinae bestond, de patiënt enkele dagen een sulfapreparaat of Furadantine te geven. Ondanks alle maatregelen welke zijn genomen ter voorkoming van een infectie, kan men niet voorkomen dat men bacteriën, aanwezig in het voorste deel van de urethra, mee naar de blaas neemt aan de punt van de katheter. De belangrijkste bescherming die de mens heeft tegen het optreden van urineweginfecties is de volledige ontleding van de blaas en tevens een in de hogere urinewegen aanwezig zijn van een urineafvoer zonder stase. Men katheteriseert echter juist zeer vaak omdat er een stoornis in de afvoer is; een bescherming gedurende enkele dagen is hierbij aangewezen, waarvoor bijvoorbeeld een Lucosil kuurtje, 1,5 g per dag gedurende vijf dagen, of Furadantine, 400 mg per dag gedurende vijf dagen, zeer geschikt is.