

Blaasretentie

WAT IS HET PROBLEEM?

Blaasretentie kan chronisch of acuut zijn. Chronische retentie is doorgaans pijnloos. Het kan leiden tot recidiverende infecties, incontinentie, overactieve blaas en beschadiging van de m. detrusor. Dit laatste versterkt de chronische retentie. Bij een acute retentie verliest de patiënt in korte tijd de mogelijkheid om te plassen (vrijwel) geheel. Vaak ontstaan onrust en bewegingsdrang.

Bij chronische retentie is het doorgaans de uroloog die de indicatie tot katheterisatie bepaalt (transurethraal, suprapubisch of intermitterende zelfkatheterisatie). Acute urineretentie is een huisartsgeneeskundige spoedsituatie.

WAT MOET IK WETEN?

Acute urineretentie komt vrijwel uitsluitend voor bij mannen. De incidentie loopt op van 0,4% (leeftijd 50-60 jaar) tot 2% (> 70 jaar). Bij vrouwen is de incidentie circa 0,003%. De meest voorkomende oorzaken zijn urethra-obstructie door prostaathyperplasie, blaasontsteking, medicatie, neurologische ziekten of detrusorzwakte, bijvoorbeeld door chronische retentie of een eerdere forse acute retentie. Bij vrouwen is er altijd reden voor waakzaamheid, omdat dan vrijwel altijd ernstige pathologie speelt (forse verzakking of tumoren in het kleine bekken).

In dit spreekuur bespreek ik alleen het katheteriseren van mannen.

WAT MOET IK DOEN?

In eerste instantie moet de retentie worden opgeheven door blaaskatheterisatie. Bij het inbrengen van de katheter moet hygiënisch gewerkt worden. Dit is bij een patiënt thuis niet altijd makkelijk en mogelijk. Omdat de samenstelling van kant-en-klare inbrengsets vaak wisselt, is het raadzaam zelf een aantal sets samen te stellen, zodat u niet misgrijpt tijdens de procedure. De katheterlengte is 41-45 cm. Bij kortere (vrouwen-)katheters dreigt het gevaar dat de ballon in de urethra wordt opgeblazen, hetgeen zeer pijnlijk is. Katheters van 100% siliconen hebben de voorkeur. Ze zijn hypoallergeen, gladder dan latex katheters en geven minder kans op korstvorming. Bovendien is de wand dunner dan siliconen-gecoate latex katheters, waardoor het lumen groter is bij dezelfde Charrière-maat. (Charrière duidt de omtrek aan, niet de grootte van het lumen. Die kan verschillen bij dezelfde Charrière-maat.) Start met een kleine maat (Ch14 of Ch16). Lukt dit niet, probeer dan een grotere (Ch18 of Ch20). Grotere maten geven echter meer kans op lekkage. De kleinere Ch12-katheter is vooral geschikt als de urethra door traumata of eerdere katheterisaties beschadigd is.

Voor het inbrengen kan men de penis het beste gestrekt houden. Daarna wordt de urethra gevuld met glijmiddel. De kathetertip hoeft dan niet van glijmiddel voorzien te worden.

Verdovend, lidocaïne-bevattend glijmiddel is niet noodzakelijk, maar kan het inbrengen vergemakkelijken. Wacht vijf minuten met inbrengen om de verdoving in te laten werken. Registreer na het inbrengen van de katheter de urineproductie van het eerste kwartier. Is deze gering (< 200 ml), herzie dan de (werk)diagnose acute urineretentie. Is de urineproductie 200-400 ml, overweeg dan om de katheter meteen te verwijderen. Bij een groter volume wordt deze in situ gelaten. De optimale periode is onbekend, maar als vuistregel kan de katheter bij een volume < 1000 ml na 3 dagen, en bij een volume > 1000 ml na 7 dagen verwijderd worden. Liefst in de vroege ochtend, zodat een snel recidief nog overdag behandeld kan worden. Veel patiënten kunnen na instructie zelf de ballonbuis doorknippen waarna de ballon leegloopt, en zelf de katheter verwijderen.

Voorzie de patiënt van een 500 ml-dagzak en een 2 l-nachtzak met bedrek. Standaard blaasspoelen met 100 ml NaCl wordt afgeraden. Het irriteert en helpt recidieven niet voorkomen. Om een verstopte katheter vrij te krijgen is doorspuiten met 10 ml NaCl voldoende.

Een vroeg recidief – binnen dagen tot weken – kan worden voorkomen met een alfablokker (alfuzosine) gedurende 6 weken. Let bij ouderen op potentiële bijwerkingen, zoals duizeligheid en valneiging. Late recidieven kan men voorkomen middels een 5-alfa-reductaseremmer (finasteride, dutasteride), mits prostaathyperplasie de oorzaak was. Het effect hiervan treedt echter pas in na 6-12 maanden behandelen.

Om de oorzaak op te sporen wordt de urine meteen onderzocht op een infectie. Is een katheter een aantal uren in situ, dan is de kans verkeken door kolonisatie. Is de oorzaak reversibel door aanpassing van de medicatie of behandeling van een infectie (antibioticum) of prostaathyperplasie (5-alfareductaseremmer), dan is verwijzing niet nodig. Verwijs wel bij een recidief of niet reversibele oorzaak.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

De patiënt moet contact opnemen met de huisarts bij koorts, hematurie, katheterverstopping en blijvende lekkage langs de katheter.

De recidiefkans wordt beperkt door ruime vochtintake en niet uitstellen van de mictie. Alcohol remt de blaasspier en wordt zo nodig beperkt.

LITERATUUR

- 1 European Association of Urology Nurses. Evidence based richtlijnen in de urologische gezondheidszorg – katheterisatie. <http://nurses.uroweb.org>.
- 2 Verenso. Richtlijn Blaaskatheters, langdurige blaaskatheterisatie bij patiënten met complexe multimorbiditeit. Utrecht: Verenso, 2011.