

Nierstenen in de huisartsenpraktijk: Geen nachtelijk pretje!

Huisartsen worden regelmatig geconfronteerd met een patiënt met nierstenen, maar hebben toch niet altijd de antwoorden op de diverse vragen paraat. De NHG-Standaard Urinesteenlijden biedt in dat geval handvatten. In de praktijk loopt de belangrijkste punten uit de standaard langs aan de hand van een casus.

Rondspoken in de nacht

De heer Voorhorst, 34 jaar, krijgt op een avond onverwacht hevige pijn in de flank en zijn plas is donker gekleurd. Op de huisartsenpost stelt de arts de diagnose nierstenen. Voorhorst krijgt diclofenac intramusculair toegediend, met het advies om veel te drinken. De pijn wordt aanvankelijk wel wat minder, maar komt na een paar uur terug. De voorgeschreven zetpillen diclofenac helpen niet en rond 5 uur 's nachts vraagt Voorhorst een visite aan vanwege hevige pijn. Hij krijgt dan een injectie morfine (10 mg) die goed helpt. De volgende morgen belt Voorhorst zijn eigen huisarts: de pijn komt terug en hij plast nog steeds bloed. Hij kan wel naar de praktijk komen, na wederom een zetpil diclofenac. Huisarts Bakema neemt de anamnese af en doet lichamelijk onderzoek. Er is geen koorts. De pijn in de rechterflank straalt uit naar de lies en Voorhorst is er wat misselijk bij. In de familie komen geen nierstenen voor. De rechter nierloge is gevoelig, de buik voelt verder normaal. De urine bevat veel erytrocyten, maar er zijn geen tekenen van ontsteking.

Alle vragen op een rij

'Hoe kan ik nou zomaar een niersteen krijgen, dokter? Het komt niet voor in mijn familie!' Bakema vertelt dat iedereen een niersteen kan ontwikkelen, maar dat bij een familiale belasting die kans ruim tweemaal zo groot is. Ongeveer 5 procent van de mensen maakt ooit een niersteenaanval door.

Voorhorst is wat onzeker over de pijnstilling, want ondanks de injecties diclofenac en morfine is de pijn niet helemaal weg geweest. Hij heeft het advies om veel te drinken opgevolgd, en Bakema vermoedt dat daar de oorzaak ligt van de hevige pijn. Bij veel drinken en forse diurese neemt de spanning op de urinewegen alleen maar toe. Voor relaxatie van de urinewegen werkt een NSAID onvoldoende. Bakema vraagt zich af of er atropine moet worden toegevoegd aan de morfine-injectie en besluit dat nog eens op te zoeken.

Bakema geeft uitleg over de spontane lozing van de steen (in 90 procent van de gevallen), het zeven van de urine, het beperkt drinken bij een aanval en het bijhouden van de temperatuur. Voorhorst kan gewoon werken. Met de NHG-Patiëntenbrief in de hand maakt hij een vervolgspraak.

Hoe het verder ging

Vijf dagen later is de pijn veel minder, maar niet weg. Diclofenac was niet meer nodig. De meegebrachte urine bevat nog veel erytrocyten.

Het is nu tijd voor aanvullend onderzoek en Voorhorst kan twee dagen later terecht voor echografie. Bakema adviseert nu weer meer te drinken om de steenpassage te bevorderen.

De echografie wijst geen duidelijke steenvorming uit; er was in elk geval geen dilatatie. Gelukkig had de radioloog eigener beweging ook een buikoverzicht gemaakt en de twee onderzoeken combinerend was er halverwege de ureter een steentje zichtbaar met een diameter van 4 tot 5 mm. Spontane lozing lijkt waarschijnlijk.

Nieuw is om in deze fase tamsulosine (0,4 mg) voor te schrijven, dat is geregistreerd voor mictieklachten bij prostaathypertrofie. Hiermee zou een kwart van de patiënten de steen sneller lozen en met minder pijn (NNT 4). Wel is er kans op orthostase en duizeligheid.

Voorhorst heeft tot dusver steeds de urine gezeefd en wil daar nog wel even mee doorgaan. Twee weken later vindt hij zowaar een steentje met de geschatte grootte in de zeef. De pijn verdwijnt en de meegenomen urine is schoon. De tamsulosine wordt gestaakt.

Voorhorst weet dat hij opnieuw een niersteen kan krijgen en dat hij goed moet drinken, maar niet bij een aanval. Hij houdt enkele zetpillen diclofenac achter de hand.

Enkele achtergronden

Stenen worden meestal spontaan geloosd. Hoe kleiner hoe makkelijker uiteraard, maar het hangt ook van de plaats af. Het vroeger geadviseerde touwtjespringen om lozing van de steen te bevorderen, heeft geen onderbouwde meerwaarde.

Echografie heeft niet zoveel waarde bij de opsporing van stenen, maar wel bij het vaststellen van dilatatie. De sensitiviteit van de buikoverzichtsfoto is ongeveer 70 procent en heeft meerwaarde als de steen echografisch niet zichtbaar is. De standaard adviseert dan ook een echo een week na het begin van de klachten. Is hierop dilatatie zichtbaar, dan is overleg met de uroloog geïndiceerd. Een buikoverzichtsfoto wordt aanbevolen als er geen dilatatie of steen zichtbaar is. Een IVP vier weken later bij persisterende klachten wordt niet meer geadviseerd, maar eventueel wel een spiraal-CT-scan, die zeer betrouwbaar is (bijna 100 procent).

In het verleden werd patiënten met oxalaatstenen aangeraden bepaalde voedingsmiddelen te mijden, zoals ananas en rabarber. De onderbouwing voor een dieet ontbreekt echter.

Wat betreft de vraag of morfine met atropine de voorkeur heeft bij een niersteenaanval, leverde een zoektocht in PubMed geen echte treffers op. Wel zouden spasmolytica minder goed werken dan diclofenac en morfine. De meerwaarde van atropine lijkt dus niet relevant.

Louwrens Boomsma en Jan van Lieshout, beiden huisarts en (voormalig) wetenschappelijk medewerker NHG