

Urethritis of cystitis: soa of urineweginfectie?

In het augustusnummer van H&W verscheen een artikel over de diagnostiek van urineweginfecties (UWI) bij mannen.¹ Ik las dit met veel belangstelling omdat cystitisklachten bij mannen zoals gedefinieerd in dit artikel (pijnlijke of branderige mictie, verhoogde mictiefrequentie of loze aandrang) ook worden behandeld in de NHG-Standaard Het soa-consult, onder het kopje Urethritis. Dat roept de vraag op of bij mannen een cystitis (dus een UWI) goed te onderscheiden is van een urethritis (vaak een soa). Om die vraag te beantwoorden heb ik de beide NHG-Standaarden naast elkaar gelegd.

EEN VERGELIJKING

De NHG-Standaard Het soa-consult adviseert bij de anamnese te vragen: 'Is er een pijnlijk, branderig, geïrriteerd gevoel bij het plassen of moet de patiënt duidelijk vaker plassen dan anders?' Deze klachten kunnen wijzen op urethritis, veroorzaakt door een soa (meestal chlamydia, soms gonorrhoe, trichomonas, herpes of mycoplasma). De handelwijze is vervolgens: 'Bij urethritisklachten met afscheiding: verricht een chlamydia- en gonorroetest (eerstestraalsurine). Bij urethritisklachten zonder afscheiding: verricht urineonderzoek (dipstick of sediment van eerstestraalsurine). Verricht vervolgens bij leukocyturie een chlamydia- en gonorroetest (eerstestraalsurine).' Als op basis van anamnese en urineonderzoek de klinische diagnose urethritis is gesteld, adviseert de standaard om in afwachting van het aanvullend onderzoek op een soa alvast te starten met een behandeling gericht op een chlamydia-infectie.

De NHG-Standaard Urineweginfecties stelt: 'Diagnostiek en behandeling van urethritis, chronische prostatitis en epididymitis vallen buiten het bestek van deze standaard.' Bij mictieklachten wordt geadviseerd om een urineonderzoek te doen met een dipstick (niet van eerstestraalsurine); indien deze geen nitriet aantoonde een dipslide of sediment te verrichten en bij negatieve bevindingen te concluderen dat er geen UWI is (met name geen cystitis).

Het lijkt dus of er een duidelijk onderscheid is te maken tussen een urethritis (dan naar de standaard Het soa-consult) en een cystitis (dan naar de standaard Urineweginfecties). Maar is dat wel zo? Wat zegt de literatuur?

Bij jonge mannen is een cystitis zeldzaam. Pas na de leeftijd van 50 jaar neemt de incidentie van urineweginfecties bij mannen toe, meestal in combinatie met een infectie van de prostaat, een cystoprostatitis.² Mannen (en hun dokters) denken vaak op grond van de klachten 'branderige, pijnlijke of frequente mictie' dat ze een 'blaasontsteking' hebben terwijl de oorzaak van de klachten een ontsteking van de urethra is, dus een urethritis. En die wordt vaak veroorzaakt door een soa-organisme.³ Alleen bij een duidelijk verhaal over afscheiding uit de penis wordt de diagnose urethritis (en dus soa) gemakkelijk gesteld.

DE PRAKTIJK

Wat betekent dat voor de diagnostiek van mictieklachten bij mannen? Bij jonge mannen met klachten over branderige, pijnlijke of frequente mictie zou de huisarts zich in eerste instantie moeten richten op het aantonen of uitsluiten van een soa. Daarvoor is een gerichte anamnese nodig, waarin ook aandacht wordt besteed aan risicogedrag. Het urineonderzoek moet worden gedaan met eerstestraalsurine. Bij oudere mannen met dezelfde klachten heeft een soa-anamnese en -onderzoek nog steeds zin, zeker als er geen aanwijzingen zijn voor prostatitis (met name koorts). Bij twijfel kan de huisarts een onderzoek doen naar soa (PCR uit eerstestraalsurine) en naar urinewegpathogenen (kweek van willekeurige urine).

Het komt regelmatig voor dat praktijkassistenten een potje urine aannemen van mannen met mictieklachten die vragen om onderzoek naar een blaasontsteking. Vervolgens kijken zij de urine na en melden dat er geen afwijkingen zijn. Mannen kunnen dan denken (verwachten?) dat er ook op soa is getest en zijn ten onrechte gerustgesteld. Hun dokters menen dat een UWI is uitgesloten en denken niet aan een soa. Een beter beleid zou zijn bij dergelijke patiënten een soa-anamnese af te nemen, bijvoorbeeld aan de hand van een gestructureerde soa-vragenlijst voor assistentes. Wij hebben daarmee ervaring opgedaan en hebben op deze wijze regelmatig chlamydia-infecties gevonden bij mannen die kwamen met het verzoek om onderzoek naar een blaasontsteking.

Concluderend: bij mictieklachten bij mannen zonder aanwijzingen voor een prostatitis is een inschatting van het risico op een soa noodzakelijk om tot een goede diagnose te komen. Dat had in de NHG-Standaard Urineweginfecties en in het artikel van Den Heijer et al. prominenter naar voren mogen komen. ■

LITERATUUR

- 1 Den Heijer CDJ, Van Dongen MCJM, Donker GA, Stobberingh EE. Diagnostiek van urineweginfecties bij mannen. Huisarts Wet 2014;57:390-4.
- 2 SWAB Guidelines Complicated Urinary Tract Infections 2013. <http://www.swab.nl/richtlijnen>.
- 3 Vriend HJ, Donker GA, Van Bergen JE, Van der Sande MA, Van den Broek IVF. Urethritis bij de man in de huisartsenpraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 2009;153:A323.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen; dr. J. H. Dekker, huisarts, universitair hoofddocent, lid huisartsenexpertgroepen Soa en Seksuele gezondheid (Seks-Hag) en Urogynaecologie (UrogynHag) • Correspondentie: j.h.dekker@umcg.nl • Mogelijke belangenverstremming: de auteur heeft subsidies ontvangen van ZonMw voor onderzoek naar urogynaecologische problemen in de huisartsenpraktijk (incontinentie, prolaps); zij ontvangt vacatiegelden van het NHG voor deelname aan standaardwerkgroepen (Het soa-consult, Incontinentie bij vrouwen, Fluor vaginalis) en zij heeft een vergoeding ontvangen voor het geven van workshops over soa en fluor vaginalis aan de kaderopleiding huisartsen Urogynaecologie.