Acute aanpak en diagnostiek van urine retentie

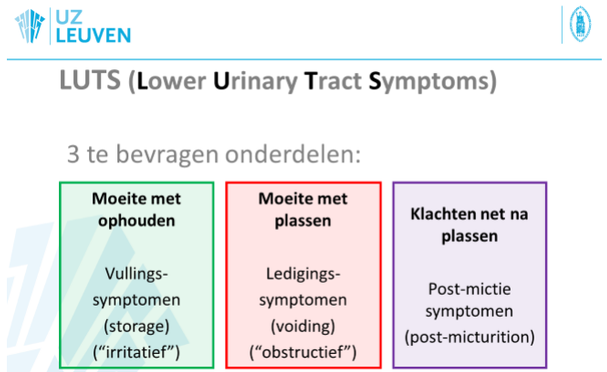
Frank Van der Aa
Functionele en reconstructieve Urologie
Neuro-urologie

UZ Leuven | Herestraat 49 B - 3000 Leuven | www.uzleuven.be tel. +32 16 33 22 11 | UNIVERSITY HOSPITALS LEUVEN

Anamnese



- Symptomen van blaasledigingstoornis?
  - Recidiverende UTI?
  - Incontinentie?
    - Urgency? Stress? Continu?
  - Obstructieve plasklachten?
- Storend?
- Bolgevoel?
- Stoelgangsproblemen?



LUTS (**L**ower **U**rinary **T**ract **S**ymptoms)

3 te bevragen onderdelen:

Moeite met ophouden	**Moeite met plassen**	**Klachten net na plassen**
Vullings-symptomen (storage) (“irritatief”)	Ledigings-symptomen (voiding) (“obstructief”)	Post-mictie symptomen (post-micturition)

Gebaseerd op Abrams P et al. Urology 2003;61:37-49

LUTS

Vullings-symptomen	
Toegenomen mictiefrequentie overdag	Moet u overdag (te) vaak plassen? Hoe vaak?
Nycturie	Moet u ‘s nachts opstaan om te plassen?
Aandrang (Urgency) Urine incontinentie	Als u voelt dat u moet plassen, moet u dan onmiddellijk gaan?

Gebaseerd op Abrams P et al. Urology 2003;61:37-49

LUTS

Ledigings-symptomen	Post-mictie symptomen
Hesitatie	Gevoel dat de blaas niet leeg is
Onderbroken straal	
Zwakke straal	
Sproeien	
Persen nodig om urinestraal op gang te laten komen	Nadruppelen (meteen na mictie, meestal na verlaten van toilet)
Eind-druppelen	

Gebaseerd op Abrams P et al. Urology 2003;61:37-49

Anamnese



- Medische voorgeschiedenis
  - Incontinentie/prolaps chirurgie (“blaasopnaaiing”)
  - Neurologische VG (CVA, Parkinson,…)
  - Diabetes
  - Chemotherapie, pelvische chirurgie
- Medicatie met anticholinerge/sedatieve/ constiperende werking

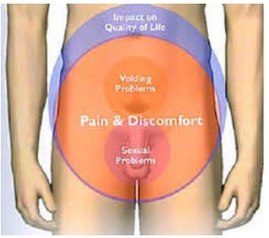
Anamnese



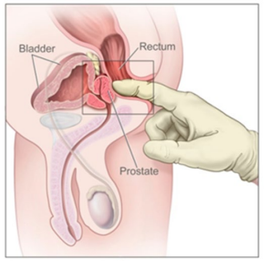
- Dextericiteit (schrijven, aankleden)
- Mobiliteit
- (on)afhankelijkheid, omkadering

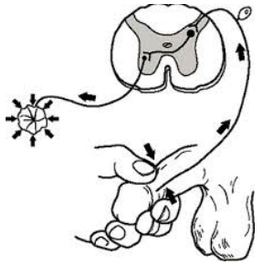
- cognitie

Klinisch onderzoek

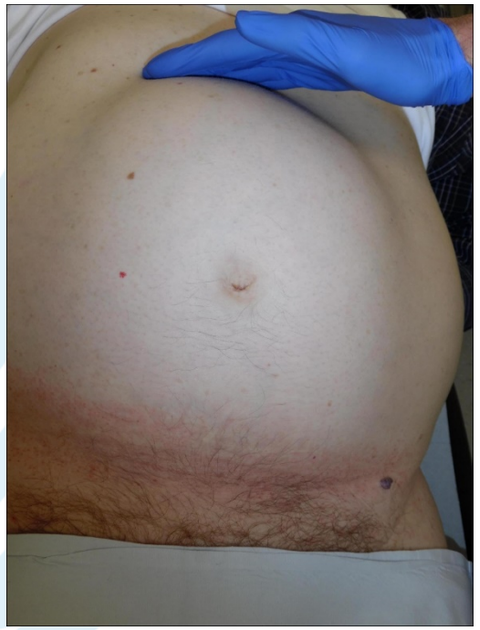


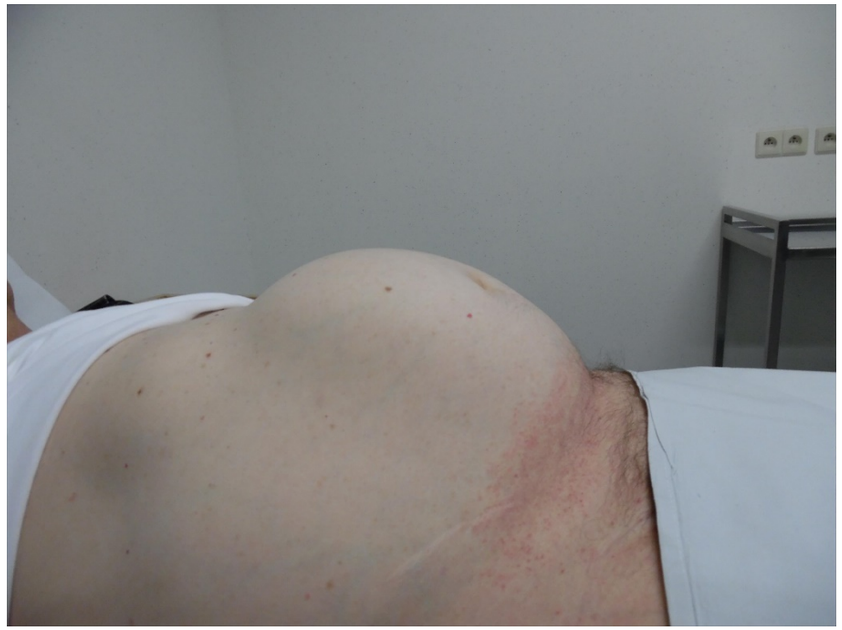
- Algemeen – koorts/cognitie/coördinatie/ mobiliteit
- Abdominaal
  - Massa abdominaal/flank, NSP
- Genito-urinair
- Rectaal (BPH, PCA, faecalomen)
- Neurologisch:
  - Sensibiliteit perineaal, genitaal, perianaal
  - Bulbocavernosus reflex…
  - Motoriek OL





Klinisch onderzoek: abdominaal

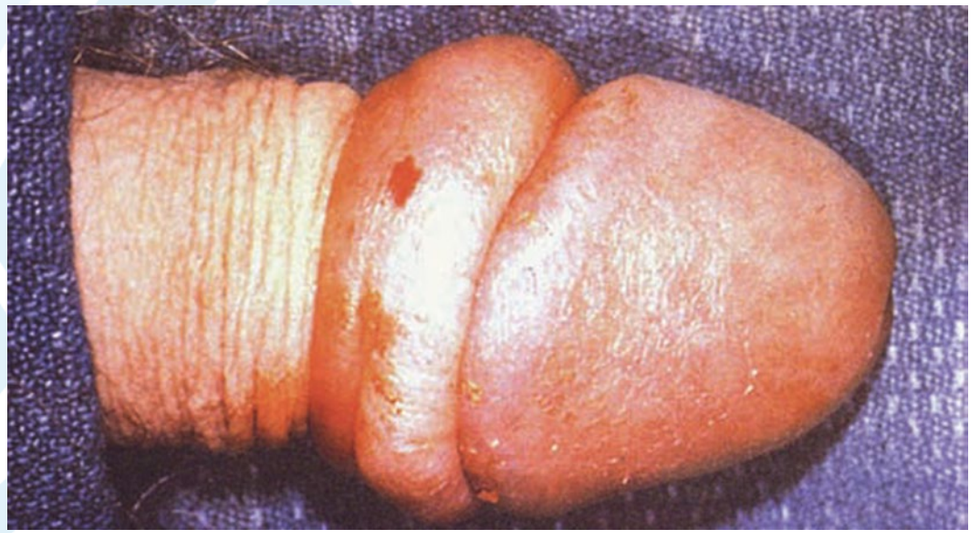


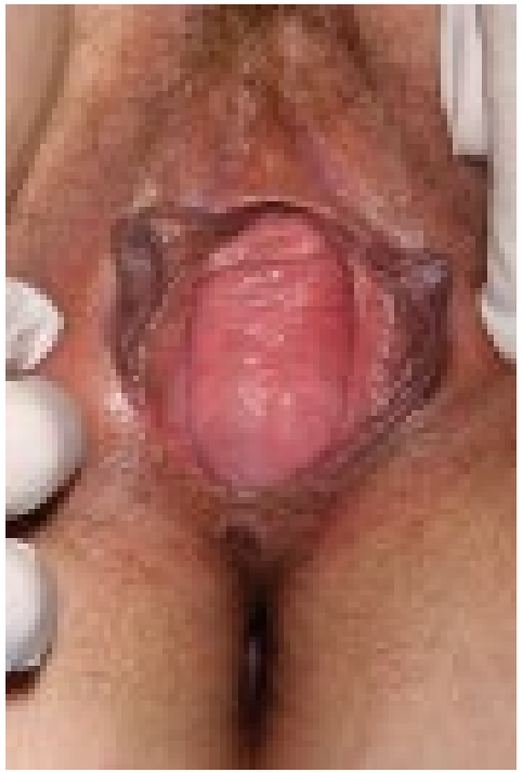


Klinisch onderzoek: genito-urinair







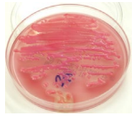


Technische onderzoeken

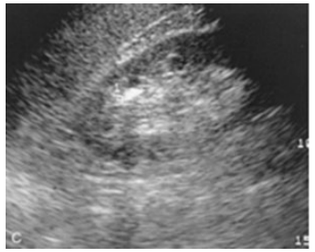


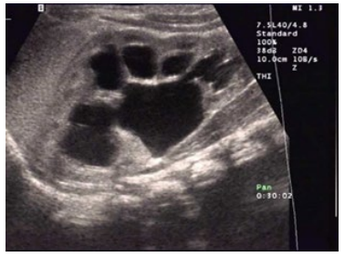
- Residubepaling
- Urine analyse
- Labo
  - cofo, iono, nierfunctie, CRP, glycemie
  - PSA…
- Echografie nieren/blaas



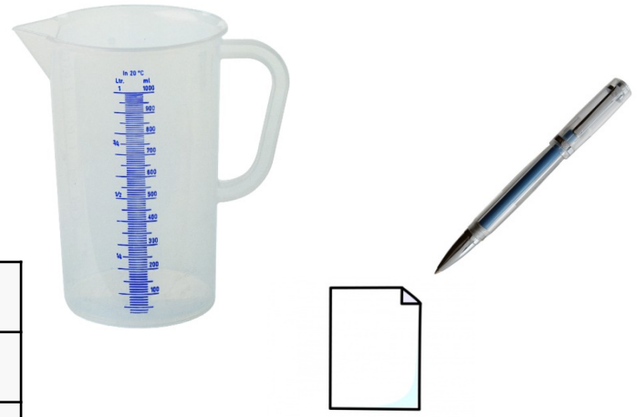








Mictiedagboek

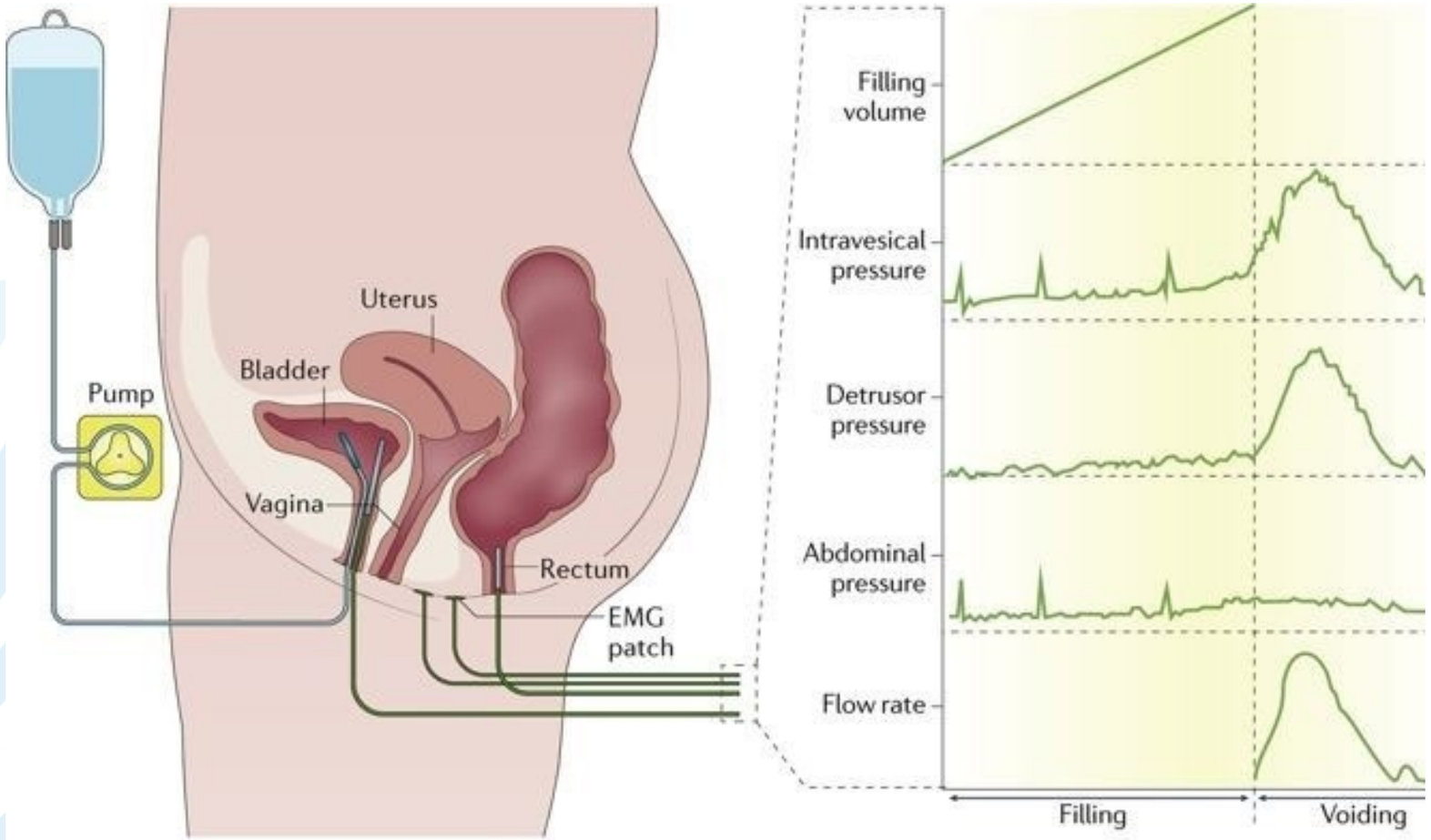


UUR	Drank	VOLUME	Urineverlies	OPMERKINGEN

Frekwentie
Mictievolume
24u urine produktie
Vochtinname

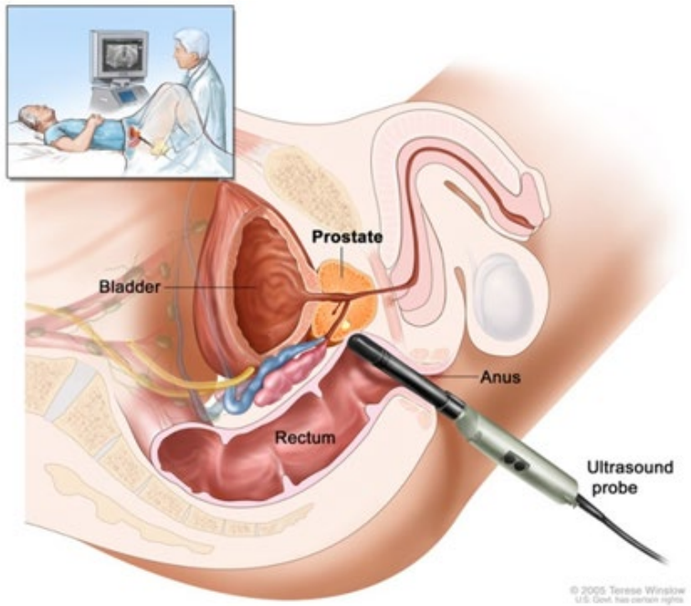
Verlies?
Pijn?
Aandrang?
Activiteit?

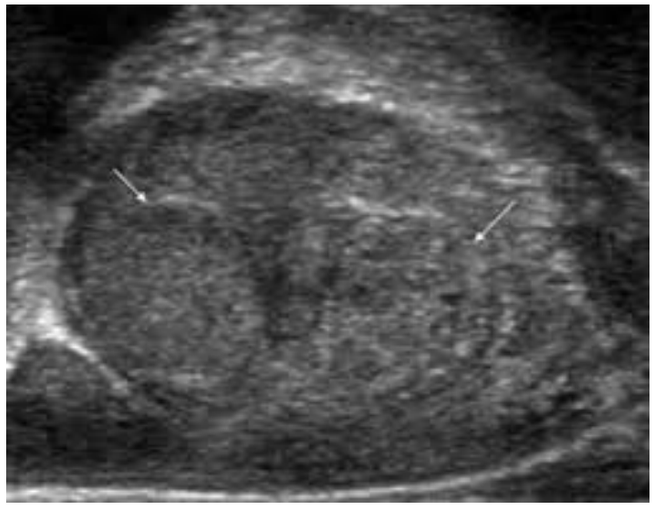
Urodynamica



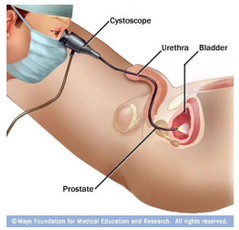
Beeldvorming

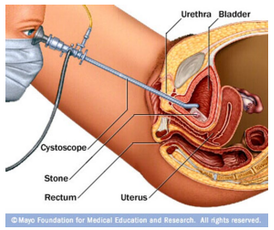
- TREP: prostaat volume
  - Voor chirurgie
  - Bij overwegen 5-ARI’s





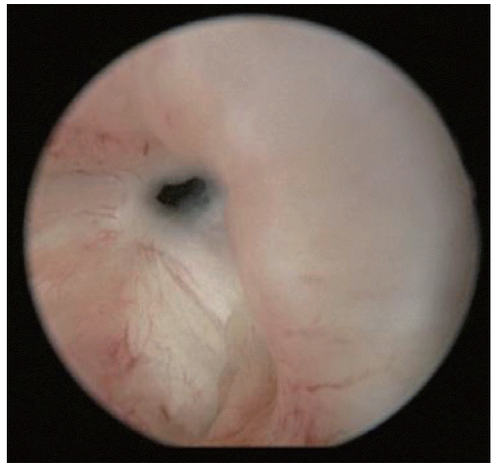
Cystoscopie

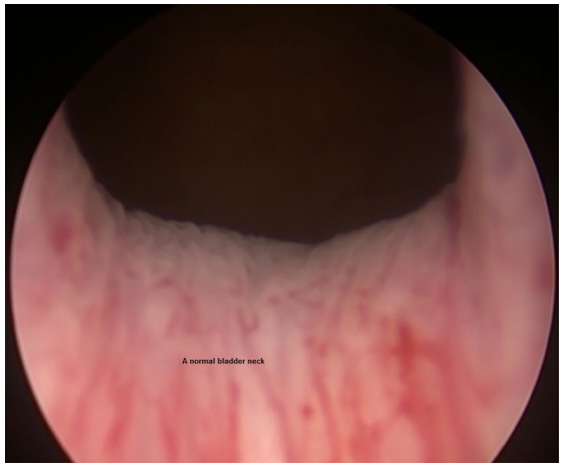




- Zeker bij hematurie
- Bij vermoeden onderliggende pathologie



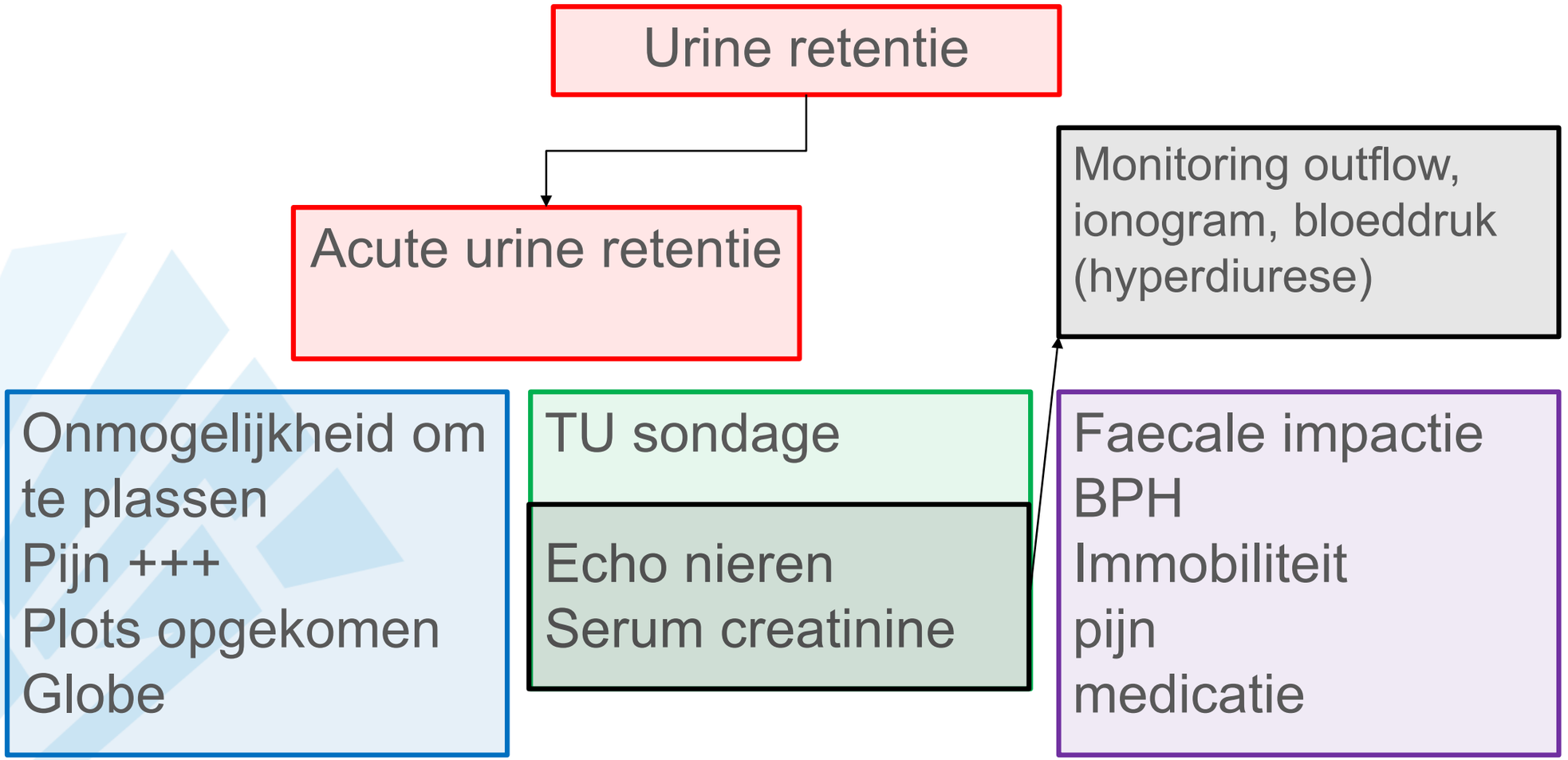




Urineretentie bij geriatrische patiënten

KLINISCHE BENADERING

“urine retentie”



Casus variant



83-jarige man, 500 ml “residu”

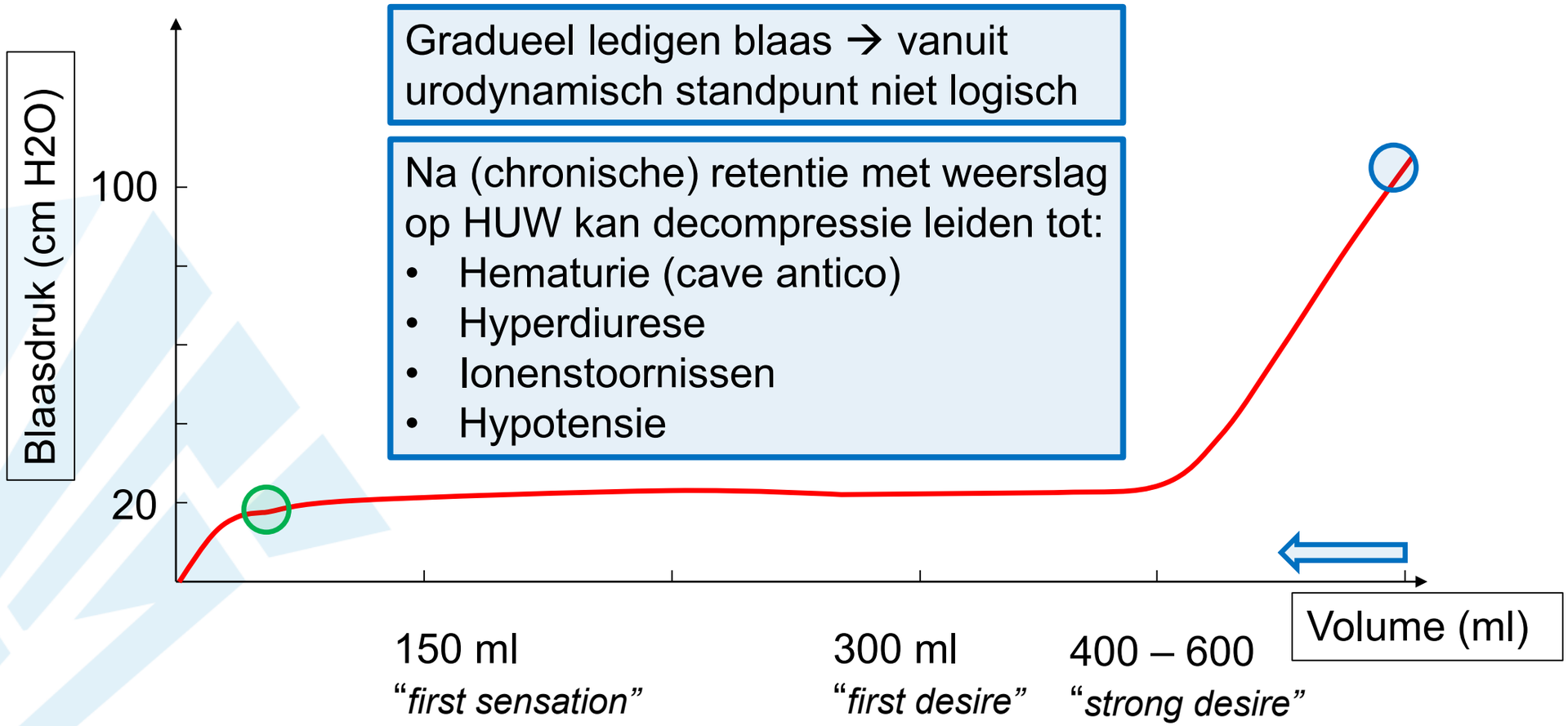
Verward, onmogelijkheid tot mictie

Bij KOZ blaas palpabel, gevoelig bij palpatie.

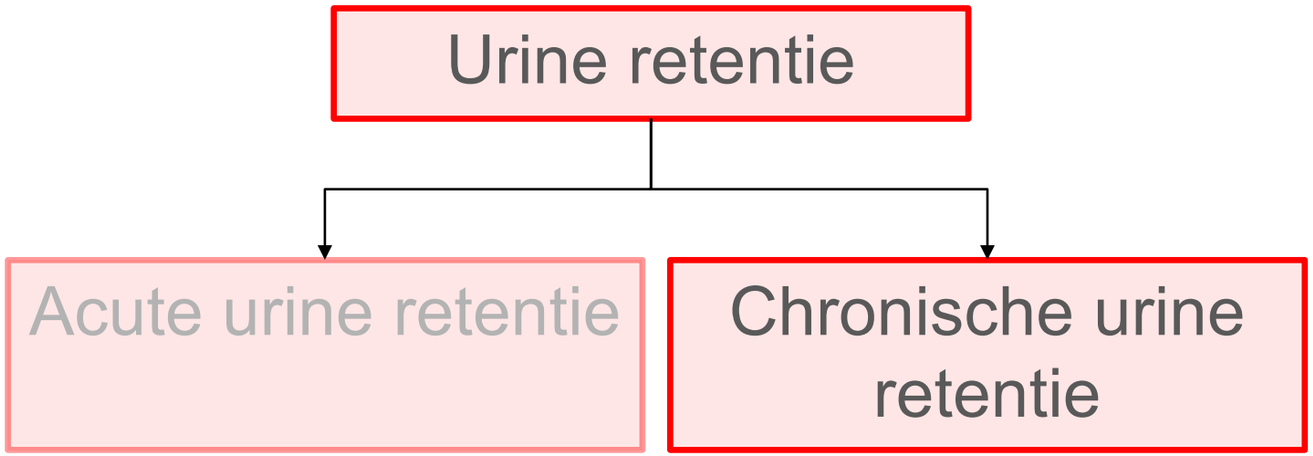
We besluiten tot het onmiddellijk plaatsen van een transurethrale verblijfssonde...

Vraag: sonde afklemmen na 150-200 ml?

Visco-elastische eigenschappen blaas



“urine retentie”



Chronische urine retentie

“a generally (but not always) painless and palpable or percussible bladder after the patient has passed urine, where there is a chronic high PVR where the patient experiences slow flow and incomplete bladder emptying. Overflow incontinence can occur. Some individuals with retention present with impaired renal function and/or hydronephrosis”

D’Ancona et al. Neurourol Urodyn. 2019 DOI: 10.1002/nau.23897

Chronische urine retentie: definities

♂

ICS: "painless and palpable or percussible after the patient has passed urine" → 300 ml

AURO: "residu of > 1/3th of total bladder capacity"

NICE: 1000 ml

EAU, AUA,…: geen waarden

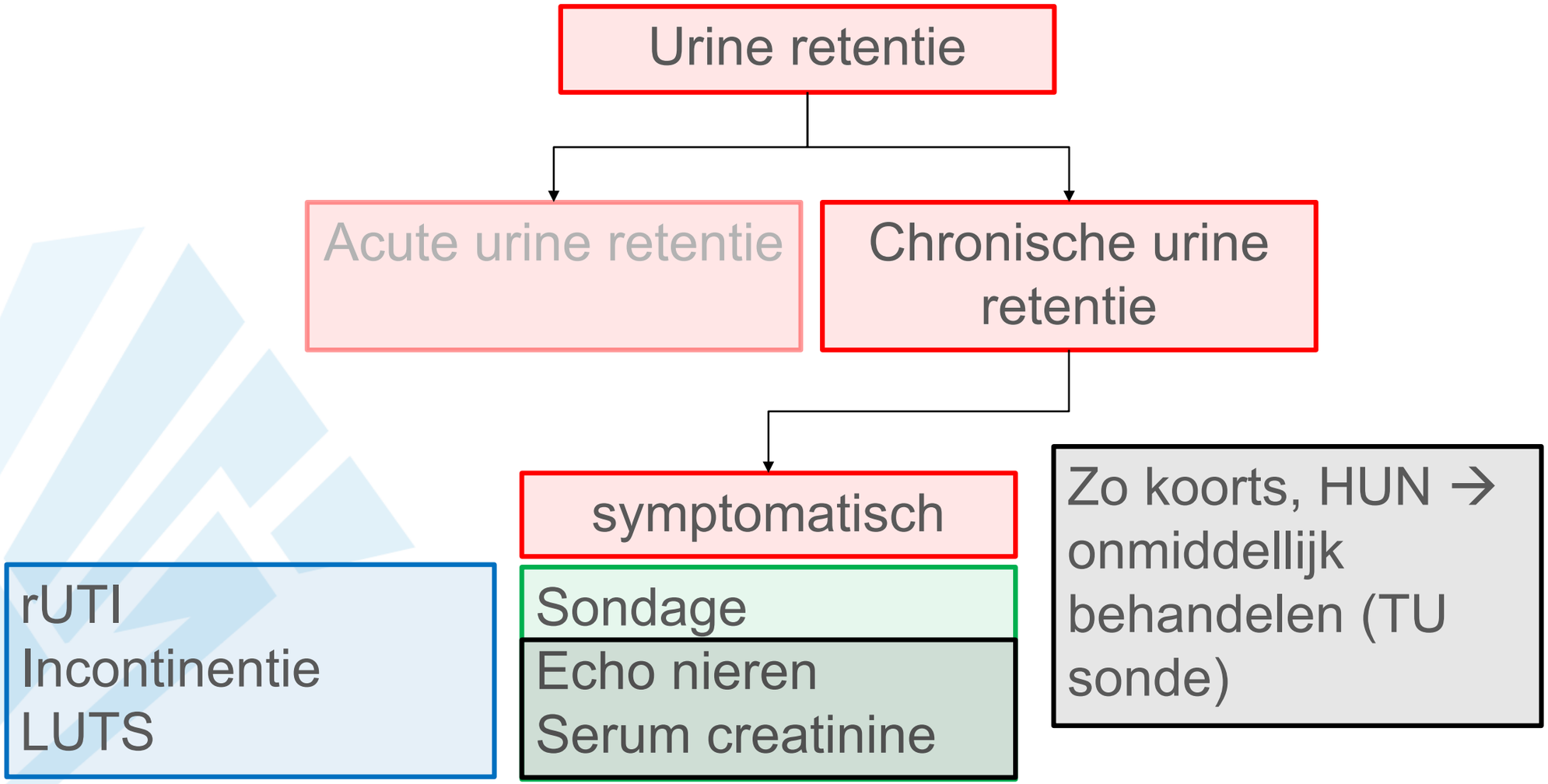
♀

ICS "a non-painful bladder, where there is a chronic high PVR"

Negro et al. BJU Int 2012;110:1590-94

Haylen et al. Neurourol Urodyn, 2010,29:4-20

“urine retentie”



Casus variant



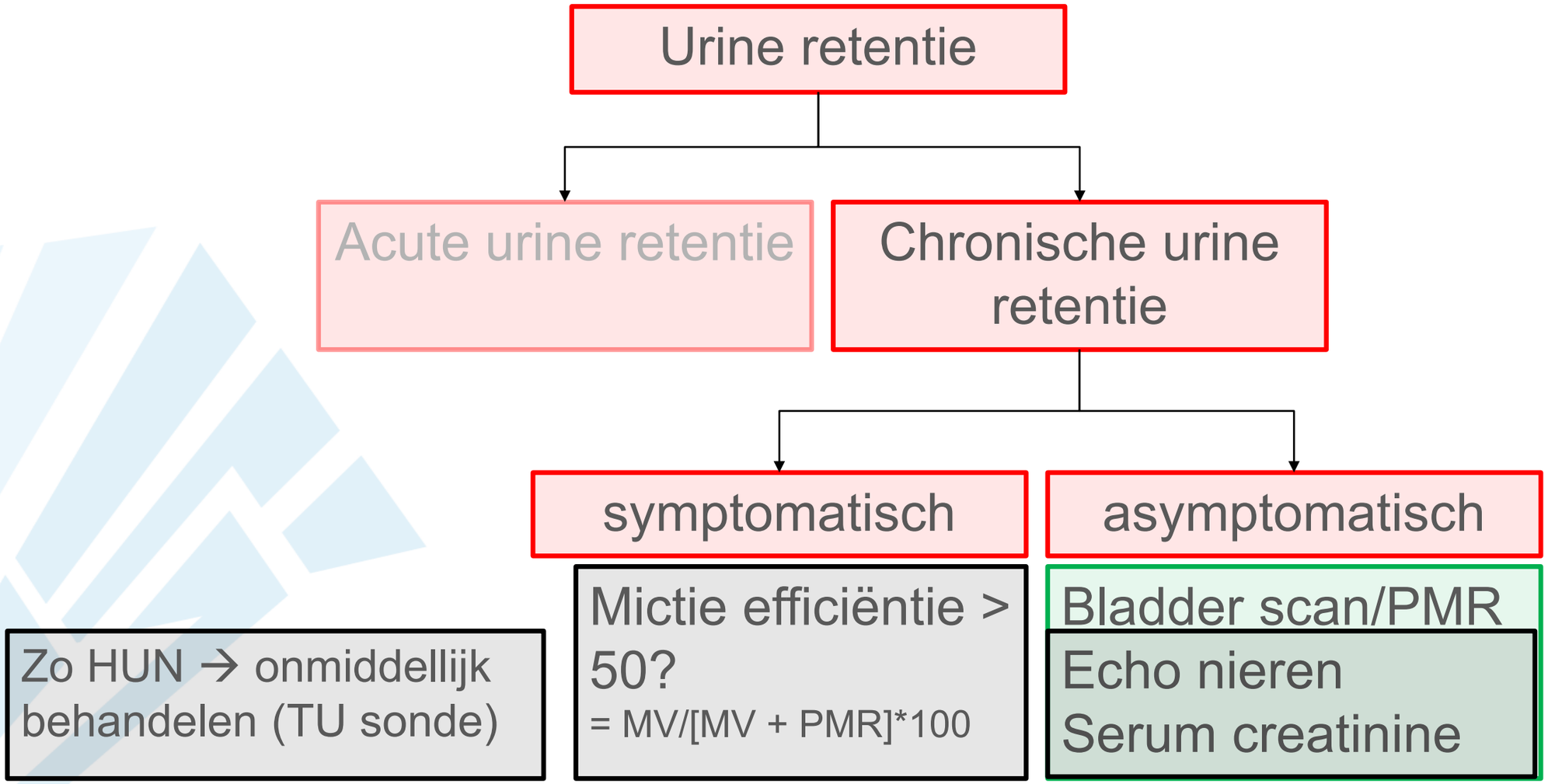
83-jarige man, 300 ml residu na mictie, geen HUN

Verward, CKD, gestegen ureum, incontinentie

Te beschouwen als symptomatische chronische urineretentie (≥ 300 ml)

→ sondage, uitlokkende factoren opzoeken en behandelen, TWOC, verder uitwerken

“urine retentie”



Casus variant



83-jarige man, 300 ml residu na mictie, geen HUN

*“Mictie efficiëntie”: [200 ml/200+300 ml]*100 = 40*

Te beschouwen als asymptomatische chronische urineretentie (≥ 300 ml, mictie efficiëntie < 50)

CI(S)C overwegen (vb. sondage door thuisVPK 1 – 2 x per dag (na mictie) + noteren residu + herevaluatie

UZ Leuven Richtlijn, urineretentie bij geriatrische patiënten

Rosier et al. Neurourol Urodyn, 2016, DOI 10.1002/nau.23124

Verhoogd residu

- Onmiddellijk behandelen (TU sonde)
  - Acute retenti… elijkheid tot plassen)
  - Koorts (verm… sepsis)
  - Chronisch residu met HUN/nierfunctie vermindering

TWOC

- Behandeling bespre… P sonde, CI(S)C)
  - Chronisch residu met LUTS… rUTI

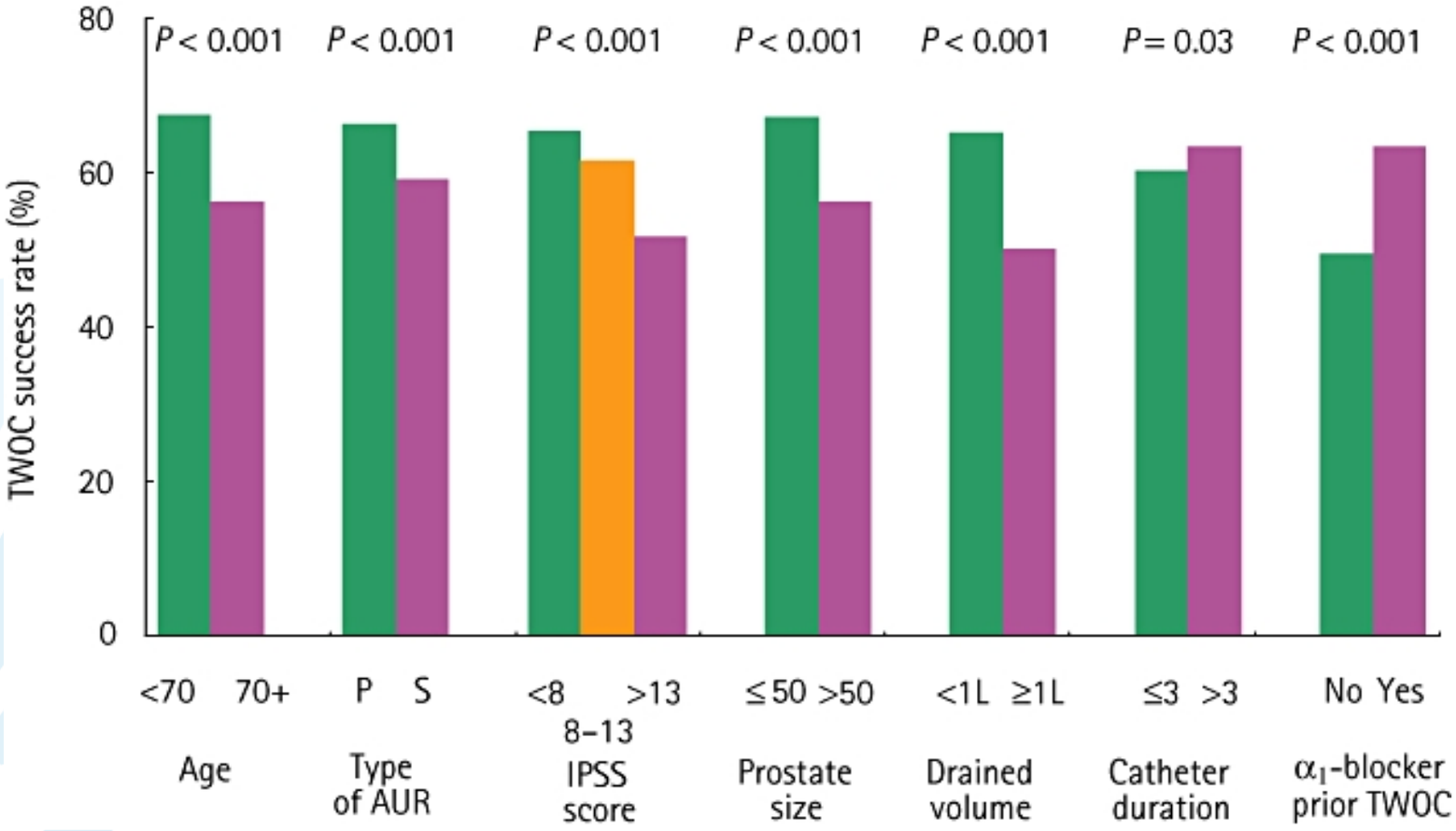
TWOC

- Situatie aanvaarden
  - Chronisch residu asymptomatisch/geen weerslag HUW/ aanvaardbare mictie efficiëntie

“TWOC”

- Trial WithOut a Catheter (proefplassen)
- Ongeacht diagnose
- Meestal na 3 – 7 dagen
- Na aanpakken uitlokkende/onderhoudende factoren
  - Start medicatie/mobilisatie/pijn therapie/ behandelen constipatie/afbouwen uitlokkende medicatie,…

Succes van een TWOC



In **niet geriatrische** populatie

Fitzpatrick et al. BJU Int 2011;109:88-95

Besluit

- Geen duidelijke definities/consensus
- Wel klinische algoritmes, gebaseerd op expert opinion/institutionele gewoonte
- Individuele benadering blijft essentieel
- Urologische work out bij patiënten met persisterende residu's ondanks aanpak uitlokkende factoren (en "fit for treatment"…)

Vraag

Een PMR van ≥ 300 ml moet steeds behandeld worden.

1. Neen, een asymptomatisch residu moet enkel behandeld worden als er weerslag is HUW.
2. Correct. Dergelijk residu leidt op termijn altijd tot problemen.
3. Neen, een asymptomatisch PMR kan aanvaard worden als de mictie efficiëntie aanvaardbaar is (≥ 50%) en er geen weerslag is op de HUW

Vraag

Een patiënt presenteert zich een met een acute urinaire retentie van 750 ml. Een TU sonde wordt geplaatst.

1. Na aflopen van 150 ml urine moet de sonde afgeklemd worden (om drukval te vermijden). We noteren het volume en aspect van de urine in het medisch dossier.
2. Er wordt best dadelijk een SPS geplaatst.
3. We plaatsen een TU sonde, laten de blaas volledig ledigen en noteren het volume en aspect van de urine in het medisch dossier.