



*Auteurs: R.M. Negenborn, ANIOS SEH en M. Witt, AIOS SEH*

*Reviewers: Y. Elkhouloufi, SEH arts KNMG en G.A. Dijkstra, Uroloog*

**Datum:** Augustus 2017

**Doel:** Beleid bij patiënten met acute urineretentie op de spoed

### Definities

- Acute urineretentie is het plotselinge (en vaak pijnlijke) onvermogen om de blaas te ledigen ondanks een volle blaas (1)
- Chronische urineretentie treedt geleidelijk op, is niet pijnlijk en de patiënt kan nog kleine beetjes plassen, vaak is er dan sprake van een overloopblaas (2)
- Over het algemeen wordt er bij meer dan 50-100 ml in de blaas na mictie gesproken van te hoog post mictie residu. (3) Isala hanteert meestal meer dan 100-150ml als afkapwaarde
- Post obstructieve diurese is een polyure staat waarbij er meer dan 200 ml per uur gedurende twee uur of meer dan drie liter de eerste 24 uur urine wordt geproduceerd na opheffen van de obstructie (2)

### Oorzaken (1)

#### 1. Obstructief

- ♀: Cystocèle, rectocèle, blaashalscompressie (uterusprolaps, benigne of maligne massa bekken)
- ♂: BPH, prostaatcarcinoom, (para)phimosi
- ♀/♂: Blokkade urineflow (corpus alienum, urolithiasis, strictuur, oedeem, stolsel), blaashalscompressie (retroperitoneale of gastrointestinale massa's, faecale impactie)

#### 2. Inflammatoir/infectieus

- ♀: Oedeemvorming t.g.v. vulvovaginitis, lichen planus/sclerosi.
- ♂: Oedeemvorming t.g.v. prostatitis, balanitis.
- ♀/♂: Cystitis, virale oorzaken (Lyme, VZV, HSV, Guillan-Barré), urethritis

#### 3. Overige

- ♀: Postpartum, Fowler's syndroom (urethrale sfincter dysfunctie)
- ♂: Penislaceratie, fractuur of trauma.
- ♀/♂: Postoperatief, psychogeen, traumatische onderbreking posterieure urethra, medicamenteus (anti-cholinergica, -depressiva, -hypertensiva, -histaminica, -aritmica en sympaticomimetica), neurologisch (autonome neuropathie, detrusor areflexie t.g.v. CVA, MS, myelumcompressie), diabetische cystopathie (=neuropathie)

### Anamnese

- Mictieklachten: strangurie, hematurie, pollakisurie, (urge)(nachtelijke)incontinentie
- Koorts/koude rillingen, seksuele anamnese, obstipatieklachten, eetlust, gewichtsverlies.
- Indien pijn: aard, locatie, uitstraling, bewegingsdrang
- Voorgeschiedenis: DM, CVA, Parkinson, MS, eventuele eerdere episodes, katheterisaties, UWI's, operaties
- Medicatiegebruik

### Lichamelijk onderzoek (1)

- Op indicatie: ABCDE met controle vitale parameters

- Abdomen: blaasdemping (gedempte percussie bij > 150 ml)
- Slagpijn nierloges (aanwijzing pyelonefritis)
- Genitalia:
  - Inspectie (oedeem, erytheem, phimosis)
  - Rectaal toucher (grootte en oppervlak prostaat, fecale impactie)
- Verdenking neurogene blaas: perianale- en bulbocavernosus reflex

#### **Aanvullend onderzoek (1)**

- Laboratorium: 'Pakket 4' (Zwolle) of 'Klein lab' (Meppel). (= inclusief Hemoglobine, Hematocriet, Natrium, Kalium, Kreatinine, Ureum, Leukocyten, CRP), op indicatie INR
- Urinesediment, bij verdenking urineweginfectie tevens urinekweek
- Bladderscan;
  - Voordeel t.o.v. katheterisatie: minimaal invasief
- Verdenking hydronefrose: echo nieren
- Verdenking urolithiasis: zie protocol urolithiasis
- Verdenking myelumcompressie/Cauda Equina Syndroom: overleg met neuroloog voor MRI lumbosacrale wervelkolom
- Verdenking neurogene blaas of oorzaak onbekend: (poliklinisch) urodynamisch onderzoek
- Verdenking urotheelcelcarcinoom of strictuur: cystoscopie

#### **Beleid (4)**

1. Bij pijn: analgetica (mits geen contra-indicaties):  
Paracetamol 1000 mg en diclofenac 75 mg i.v. of p.o. Bij onvoldoende effect tevens oxynorm 5 mg p.o. of morfine 2.5 mg i.v. (op indicatie PPI en/of movicolon)
  2. Plaats transurethrale katheter met Flip Flo en bijbehorende instructies.  
\* Indien langer bestaand en geen antistolling kan suprapubische katheter overwogen worden
  3. Meet urineafvoer
  4. In overleg met dienstdoende uroloog
    - I. Ontslag met instructies. Orale rehydratie; leg uit aan de patiënt dat vochtintake gelijk dient te zijn aan urineproductie en patiënt dient retour te komen als adequate vochtintake niet lukt
    - II. Opname ter observatie (CAVE polyure fase, hoger risico wanneer er beiderzijds hydronefrose is) (2)  
Intraveneuze rehydratie: geef NaCl 0.9% i.v. o.g.v. urineproductie (vuistregel: vochtintake moet  $\frac{3}{4}$  van diurese per 24 uur zijn)  
Urine productie bijhouden (elke 2 uur meten)  
Katheter op afloop (geen Flip Flo bij kans op polyurie)  
Elke 6-8 uur controle vitale parameters  
Controle elektrolyten elke 24 uur (Natrium, Kalium, Magnesium, Fosfaat, Ureum en Kreatinine)
- Bij BPH: katheter in combinatie met  $\alpha$ -blokker (1)
- Werking: verlaagt sympathische stimulatie  $\alpha$ -adrenerge receptoren waardoor verminderde weerstand urethra en blaashals (5)
  - Start tamsulosine 0.4 mg 1dd (of alfuzosine 10 mg MGA 1dd p.o.) (6)

#### **Beloop**

1. Na 1-3 dagen de katheter verwijderen en mictieobservatie (in 23-40% van de gevallen is mictie daarna weer succesvol) (5)
2. Vaak ontstaat er na plaatsing van de katheter hematurie. Dit komt doordat de blaas is opgerekt en de tegendruk van urine wegvalt  
Wanneer er sprake is van donkerrode urine met stolsels; start continu blaasspoelen ter preventie van stolselretentie

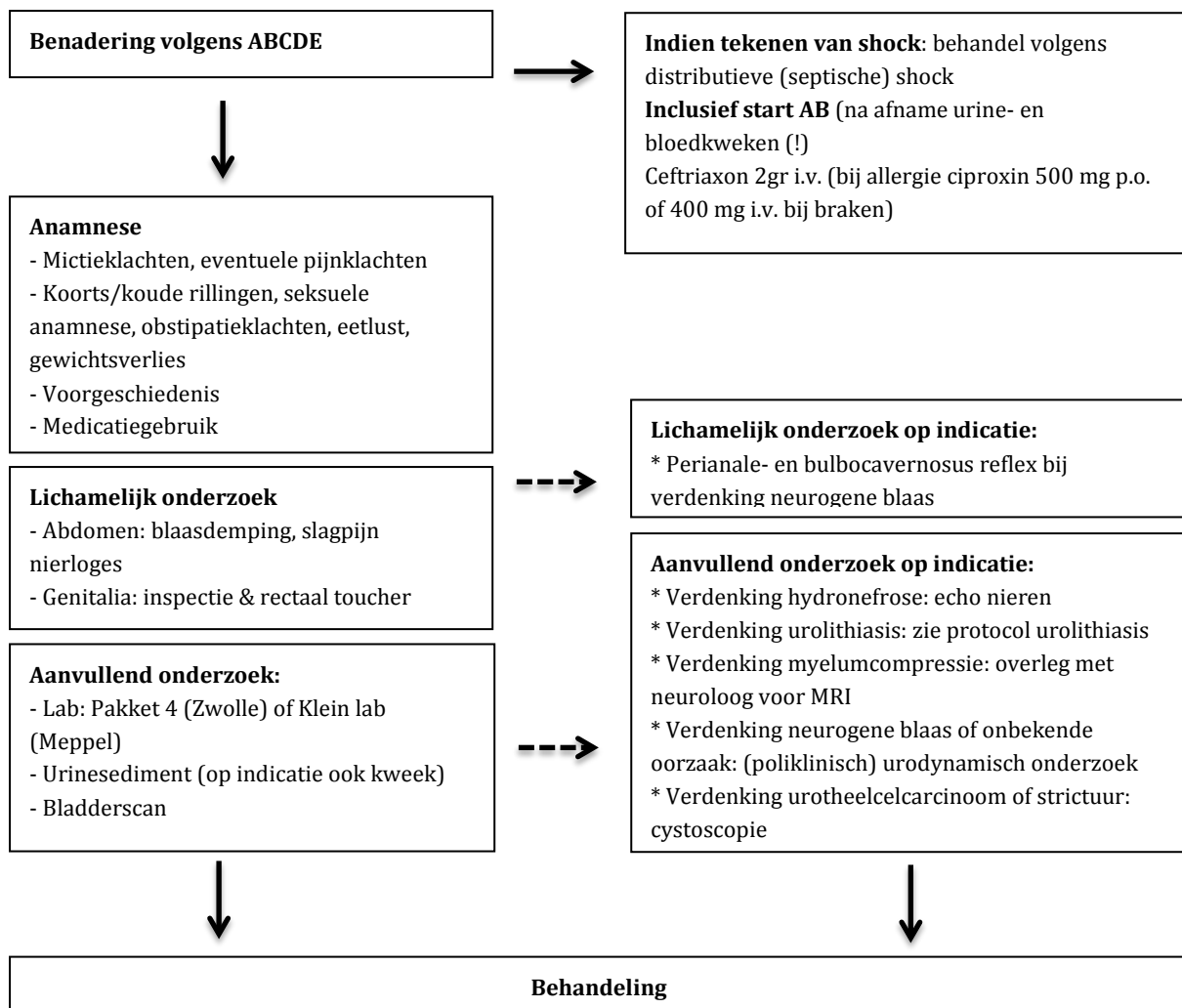
NB: Indien patiënt door huisarts wordt ingestuurd met verzoek tot katheterplaatsing (omdat CAD plaatsing door huisarts niet is gelukt) is verder beleid in overleg met de huisarts. Vaak is verder vervolg door urologie niet nodig

## Flowchart SEH Acute urineretentie

Verpleegkundige

<b>Indien arts niet direct beschikbaar is</b>	Controles (bloeddruk, hartfrequentie, saturatie, temperatuur) Aanvullend lab: Pakket 4 (Zwolle) of Klein lab (Meppel) en urinesediment Start zo nodig i.o.m. arts analgetica Indien ABCD-probleem (bijv. hypotensie): direct arts laten komen Bladderscan
---	---

Arts



**Behandeling**

1. Analgetica: Paracetamol 1000 mg en diclofenac 75 mg. Bij onvoldoende effect tevens oxynorm 5 mg p.o. of morfine 2.5 mg i.v. (op indicatie PPI en/of movicolon)
2. Plaats transurethrale katheter met Flip Flo en bijbehorende instructies.
3. Meet urineafvloed
4. In overleg met uroloog
  - I. Ontslag met instructies. Orale rehydratie, retour bij inadequate vochtintake
  - II. Opname ter observatie (CAVE polyure fase): intraveneuze rehydratie en urine productie bijhouden (elke 2 uur meten). Elke 6-8 uur controle vitale parameters, controle elektrolyten elke 12-24 uur
  - III. Indien donkerrode urine met stolsels; start continu blaasspoelen ter preventie van stolsel retentie.

## Referenties:

1. Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. *Am Fam Physician*. 2008;77(5):643-50.
2. Halbgewachs C, Domes T. Postobstructive diuresis: pay close attention to urinary retention. *Can Fam Physician*. 2015;61(2):137-42.
3. Kelly CE. Evaluation of voiding dysfunction and measurement of bladder volume. *Rev Urol*. 2004;6 Suppl 1:S32-7.
4. NVU DCK. Acute Urologische Diagnostiek en Therapie. Nederlandse Vereniging voor Urologie. 12 augustus 2015.
5. Fitzpatrick JM, Kirby RS. Management of acute urinary retention. *BJU Int*. 2006;97 Suppl 2:16-20; discussion 1-2.
6. McNeill SA, Hargreave TB, Members of the Alfaur Study G. Alfuzosin once daily facilitates return to voiding in patients in acute urinary retention. *J Urol*. 2004;171(6 Pt 1):2316-20.