

Bijlage Acute urineretentie

Behorende bij de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen

Meestal is er sprake van een spontane acute retentie, waarbij prostaatvergroting een rol kan spelen. In een aantal gevallen is er een direct aanwijsbare oorzaak, zoals een urineweginfectie, recente algehele of locoregionale anesthesie, medicatie met sympaticomimetische of anticholinerge werking, of blaasoverrekking, bijvoorbeeld door excessieve alcoholinname.¹

Richtlijnen beleid

- Verricht bij een acute urineretentie een transurethrale katheterisatie, tenzij de urineretentie op een recent trauma (recente prostatectomie of ongeval) terug te voeren is. Verwijs in dat geval met spoed naar de uroloog. Verwijs ook wanneer katheterisatie niet lukt (bijvoorbeeld door een aanwezige strictuur). De techniek van katheterisatie wordt elders beschreven (Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Goudswaard AN, in 't Veld CJ, Kramer WLM. Prelum/NHG 2009). Gebruik een verblijfskatheter. De blaas kan in een keer worden gelegegd.²
- Verricht urineonderzoek direct na het plaatsen van de katheter en behandel zo nodig een urineweginfectie (zie de NHG-Standaard Urineweginfecties).
- Overweeg het staken van medicatie die kan hebben bijgedragen aan het ontstaan van de retentie.³
- Start na de katheterisatie met een alfablokker zoals alfuzosine of tamsulosine met gereguleerde afgifte (zie eerder) – tenzij hiervoor een belangrijke contra-indicatie bestaat – omdat dit de kans dat de mictie spontaan op gang komt na verwijdering van de katheter met zo'n 30% vergroot.⁴ Evalueer na twee weken het gebruik van de alfablokker en staak dit indien er geen mictieklachten zijn waarvoor de patiënt behandeling wenst.
- Laat de katheter 48 tot 72 uur in situ.⁵ De kans dat de mictie daarna spontaan op gang komt, is ongeveer 60%.
- Gebruik een afsluiting van de katheter (flip-flow) en instrueer de patiënt bij aandrang of op vaste tijden de blaas te legen door het kraantje te openen.
- Verwijder na 48 tot 72 uur de katheter in de vroege ochtend om, bij problemen, een eventuele herplaatsing tijdens praktijken te kunnen uitvoeren.
- Plaats een nieuwe katheter wanneer de mictie na verwijdering niet spontaan op gang komt en verwijs de patiënt dan naar de uroloog.

Noten

Noot 1: Spontane retentie versus secundaire retentie

In ongeveer 70% van de gevallen is er sprake van een spontane acute urineretentie. Hierbij is geen directe oorzaak aanwijsbaar. Meestal wordt het in verband gebracht met afsluiting van de urethra door prostaatvergroting. In ongeveer 30% van de gevallen is er sprake van secundaire acute urineretentie.

Mogelijke oorzaken daarvan zijn urineweginfecties, recente algehele of locoregionale anesthesie, medicatie met sympathicomimetische of anticholinerge werking en blaasoverrekking (veroorzaakt door overmatig alcoholgebruik of ten gevolge van urodynamisch onderzoek) [Fitzpatrick 2012].

De mortaliteit bij mannen met acute retentie is beduidend hoger dan bij mannen zonder retentie en hangt af van leeftijd, aanwezige comorbiditeit en de soort retentie (spontaan of secundaire) [Armitage 2007]. Bij secundaire retentie is de mortaliteit groter dan bij spontane retentie (gestandaardiseerde sterfte risico (SMR) 24 en 10). Aanwezige comorbiditeit speelt daarbij waarschijnlijk een belangrijke rol. Het is niet onderzocht of interventies gericht op die comorbiditeit de mortaliteit na urineretentie verlagen.

Noot 2: Legen van blaas bij retentie

Er is geen wetenschappelijk bewijs dat het gradueel legen van de blaas bij katheterisatie beter is dan het in een keer laten aflopen van de urine. In een recente RCT (gepresenteerd tijdens een wetenschappelijke bijeenkomst van de EAU) werden bij 294 mannen met een acute retentie geen verschillen gevonden in bloeddrukdaling na katheterisatie, of complicaties zoals hematurie [Boettcher 2013].

Noot 3: Medicatie

Bij antipsychotica, (tricyclische) antidepressiva en SSRI's, antiparkinsonmiddelen, (klassieke) antihistaminica, calciumantagonisten en opiaten worden mictieklachten gemeld als bijwerking. Lisdiuretica kunnen door een snelle toename van de urineproductie overvulling van de blaas geven. In welke mate deze medicatie bijdraagt aan het ontstaan van mictieklachten is onbekend. Mictieklachten als bijwerking van deze middelen lijkt waarschijnlijk, wanneer deze optreden na het starten of verhogen van de dosering. Bij twijfel kan stoppen van medicatie en weer starten hiervan bij verdwijnen van de klacht (de- en rechallenge) meer zekerheid geven over de vermoede oorzaak van de klachten.

Noot 4: Alfablokkers bij retentie

Behandeling met een alfablokker vergroot de kans dat de katheter succesvol wordt verwijderd. Succesvol houdt in dat er geen herplaatsing van de katheter nodig is binnen 24 uur na het verwijderen. Een Cochrane-review over dit onderwerp omvatte een beperkt aantal placebogecontroleerde onderzoeken (4 RCT's met alfuzosine, 1 RCT met tamsulosine) met in totaal 696 mannen die startten met medicatie na het plaatsen van een katheter wegens acute retentie [Zeif 2009]. De kans op succes van 'proberen zonder katheter' is circa 30% groter met een

alfablokker dan met een placebo (RR 1,36; 95%-BI 1,18 tot 1,64). Een recenter onderzoek leverde soortgelijke resultaten op [Tiong 2009].

Er is geen onderzoek beschikbaar naar de noodzakelijke behandelduur met alfablokkers na het verwijderen van de katheter. De werkgroep is tot consensus gekomen dat na twee weken het gebruik moet worden geëvalueerd met de patiënt.

Noot 5: Duur katheterbehandeling

Er zijn geen gecontroleerde onderzoeken verricht naar de noodzakelijke duur van katheterbehandeling. In een beschrijvend onderzoek onder 6074 mannen bleek dat de kans op succesvolle poging zonder katheter groter was bij het gebruik van een alfablokker en kleiner bij mannen ouder dan 70 jaar, met een prostaatvolume groter dan 50 ml en een retentievolume groter dan 1000 ml [Fitzpatrick 2012]. Het langer dan 3 dagen in situ blijven van de katheter verkleinde de kans op succesvolle poging zonder katheter niet, maar gaf wel meer morbiditeit. Door het observationele karakter van dit onderzoek is over de causaliteit geen betrouwbare uitspraak mogelijk.

Al met al is er onvoldoende bewijs in de literatuur om een goed onderbouwd advies te geven over de duur van de katheterbehandeling bij mannen met bemoeilijkte mictie en acute urineretentie. De werkgroep handhaaft het eerdere advies om de katheter 48 tot 72 uur in situ te laten. Dit advies komt overeen met de NICE-richtlijn op dit punt [NICE 2010].

Literatuur

Bij verwijzing naar NHG-producten: zie www.nhg.org

Armitage JN, Sibanda N, Cathcart PJ, Emberton M, Van der Meulen JH. Mortality in men admitted to hospital with acute urinary retention: database analysis. *BMJ* 2007;335:1199-202.

Boettcher S, Brandt AS, Roth S, Mathers MJ, Lazica DA. Urinary retention: Benefit of gradual bladder decompression - myth or truth? A randomized controlled trial. *Urol Int* 2013;91:140-4.

Fitzpatrick JM, Desgrandchamps F, Adjali K, Gomez GL, Hong SJ, El KS, et al. Management of acute urinary retention: a worldwide survey of 6074 men with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int* 2012;109:88-95.

NICE. The management of lower urinary tract symptoms in men. Londen: National Clinical Guideline Centre, 2010.

Tiong HY, Tibung MJ, Macalalag M, Li MK, Consigliere D. Alfuzosin 10 mg once daily increases the chances of successful trial without catheter after acute urinary retention secondary to benign prostate hyperplasia. *Urol Int* 2009;83:44-8.

Zeif HJ, Subramonian K. Alpha blockers prior to removal of a catheter for acute urinary retention in adult men. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD006744.