

Urineretentie bij ouderen

Dr. Katleen Fagard

Webinar Dienst Geriatrie

21-05-2021

▶ Vaak voorkomend



bij ouderen



Prevalentie meting UZL

- ▶ Afdelingen acute geriatrie (2016)
- ▶ Nieuwe opnames ≥ 75 jaar, na instemming (n = 94*)
- ▶ Bladderscan ≤ 72 u na opname

PMR (ml)	Alle patiënten n (%)	Man (n = 41)	Vrouw (n = 53)	75-79 j (n = 15)	80-84 j (n = 31)	85-89 j (n = 31)	≥ 90 j (n = 17)
≥ 150	28 (30 %)	32 %	28 %	33 %	32 %	29 %	24 %
≥ 200	23 (25 %)	27 %	23 %	27 %	26 %	23 %	24 %
≥ 300	15 (16 %)	15 %	17 %	13 %	16 %	13 %	24 %
≥ 400	12 (13 %)	12 %	13 %	13 %	13 %	13 %	12 %
≥ 500	9 (10 %)	10 %	9 %	13 %	10 %	10 %	6 %

*2/94 op spoed gesondeerd owv UR

Prevalentie UR bij ouderen - studies

≥ 150 30 %

≥ 300 16%

≥ 500 10 %

Studie	Grosshans 1993	Borrie 2001	Wu 2005	Tam 2006	Shimoni 2015
Setting	geriatrie	reva	reva	reva	interne
Leeftijd	Gem 82,6	57-95	29-100	≥ 70	70-110
N ptn	100	167	256	119	464
PMR ≥ 150	26 (26 %)	19 (11 %)	55 (22 %)	22 (19 %)*	119 (26 %)
PMR ≥ 200	21 (21 %)			16 (14 %)*	
PMR ≥ 300	12 (12 %)			14 (12 %)*	58 (13 %)
PMR ≥ 400	10 (10 %)			11 (9 %)*	44 (10 %)
PMR ≥ 500	6 (6 %)			8 (7 %)*	28 (6 %)
PMR ≥ 1000			5 (2 %)		

* > ipv ≥

▶ Diagnose



Definitie urine retentie: 2 vormen

ACUTE UR

- ▶ Pijnlijke, palpabele of percuteerbare blaas
- ▶ Niet in staat te wateren

CHRONISCHE UR

- ▶ Niet pijnlijke blaas
- ▶ Blijft palpabel of percuteerbaar nadat de patiënt gewaterd heeft
- ▶ Kan gepaard gaan met 'overloop' incontinentie



Bij ouderen

▶ Vaak atypische presentatie

- Anorexie
- Vallen
- Hypo- of hyperactief delier
- ...

▶ Alert zijn ! 'overloop incontinentie'



'goede blaasvulling'





Lage drempel

► Bladderscan

ná mictie



BVI 3000 Video Tutorial: www.youtube.com/watch?v=pd7lpskvjMc

Interpreteren volumes

- ▶ Eerste waarneming urine in blaas? 150 ml
- ▶ Eerste aandrang tot plassen? 200 ml bij 2/3^e vulling
- ▶ Gevoel van volle blaas? 300 ml (≥ 500 ml)
 - ▶ Chronische overrekking
- ▶ Percutabel? ≥ 150 ml
- ▶ Palpabel? ≥ 200 ml (tot navel = 500 ml)
- ▶ Normaal PMR bij ouderen? 0 - 100 ml (150 - 200 ml)
 - ▶ Zo geen recidiverende UWI
 - ▶ Zo geen renale stuwung



► Oorzaken



Oorzaak?

Voorbeschikkende factoren

- ▶ Outflow obstructie
- ▶ Infectie / inflammatie
- ▶ Medicatie
- ▶ Neurologische aandoeningen
- ▶ Detrusor onderactiviteit
- ▶ Overige (postoperatief, psychogeen, ...)



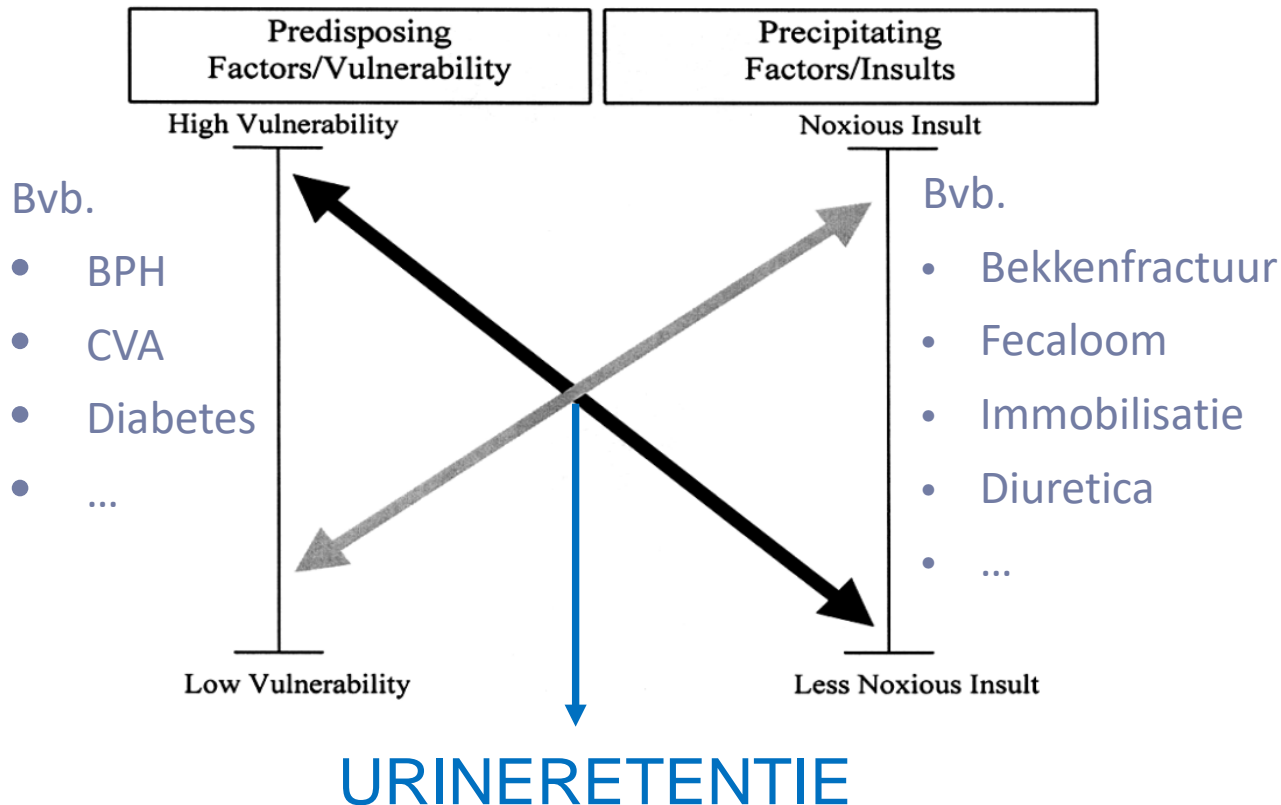
Uitlokkende factoren

- ▶ Pijn, trauma, immobilisatie, anesthesie, constipatie, diuretica, acuut ziek, ...

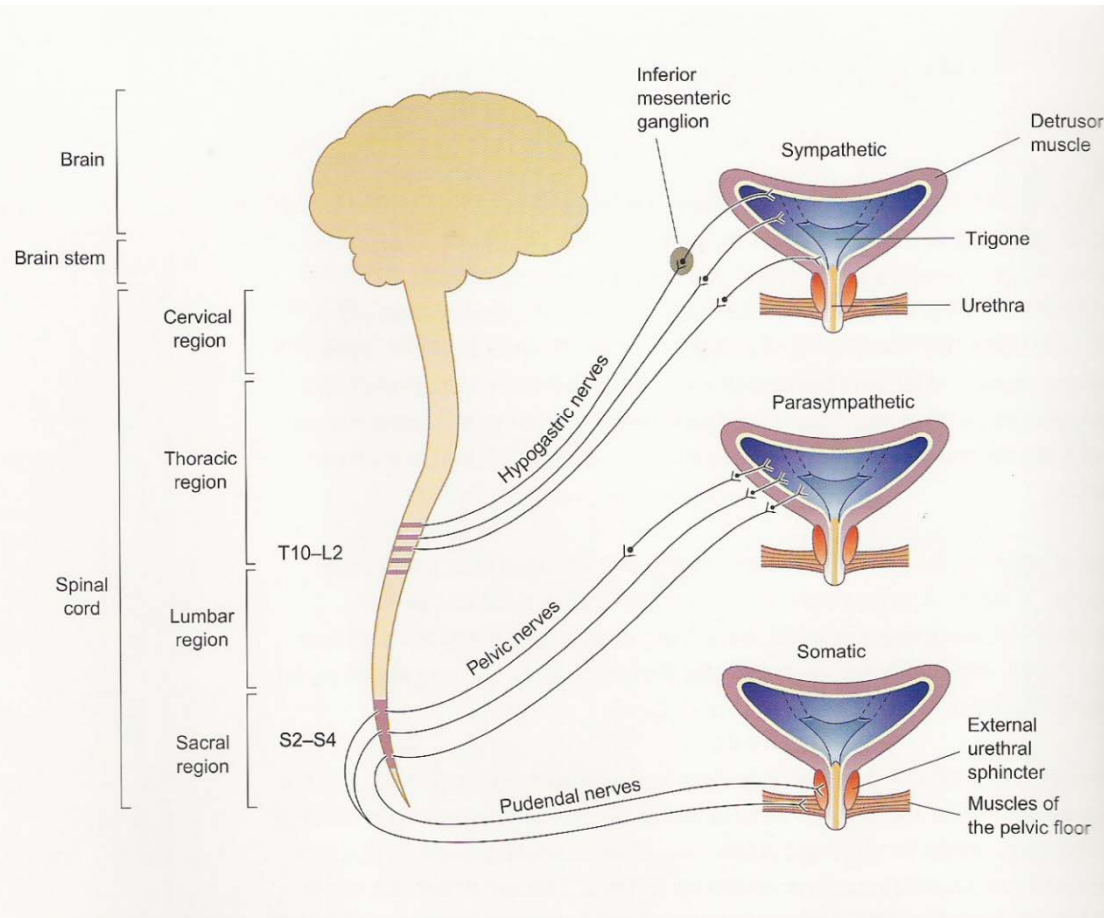
Pathofysiologie

Voorbeschikkende factoren

Uitlokkende factoren



Pathofysiologie: bezenuwing van de blaas



AUTONOOM ZS (ONWILLEKEURIG)

Sympatisch: vullen blaas

- Relaxatie Detrusor
- Contractie interne sfincter

Parasympatisch: ledigen blaas

- Contractie Detrusor
- Relaxatie interne sfincter

SOMATISCH ZS (WILLEKEURIG)

- Controle over de externe urethrale sfincter

► Initiële aanpak



Sonderen ?

ACUTE UR

- ▶ Dringend
- ▶ Afklemmen ?

NIET AFKLEMMEN

- Snelle drukval onvermijdelijk
- Monitor hypotensie, hematurie, hyperdiurese, ionenstoornissen

CHRONISCHE UR

- ▶ Niet dringend
- ▶ Tenzij nierstuwning, koorts of urinaire klachten

$$\text{Mictie-efficiëntie} = \frac{\text{mictievolumen}}{\text{mictievolumen} + \text{PMR}} \geq 50 \% ?$$

Welke sonde ?

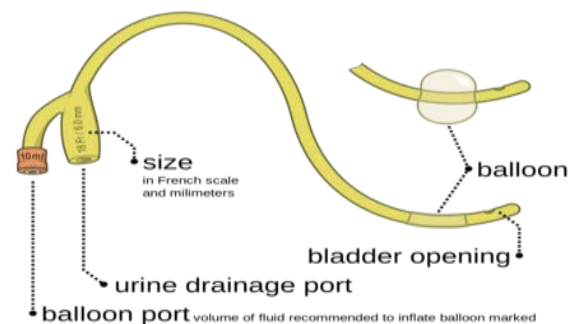
In-uit sondage



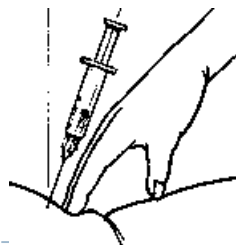
- ▶ Voorkeur
- ▶ Initieel tot 4x/d
- ▶ Volumes < 150 ml: sondage frequentie afbouwen
- ▶ Volumes \geq 400 ml: sondage frequentie verhogen

Verblijfssonde

- ▶ Bij blijvend hoge residu's (\geq 400 ml)
- ▶ In afwachting oorzakelijke aanpak



Naaldaspiratie (suprapubisch)



► Verdere aanpak



wat kan je zelf doen*

► * als niet-uroloog

Voorgeschiedenis

- ▶ **Urologisch**

 - vb. prostaatlijden, eerdere chirurgie, bestraling, blaas TCC, urinaire infecties, ...

- ▶ **Gynaecologisch**

 - vb. ingreep vaginale prolaps, ...

- ▶ **Neurologisch**

 - vb. CVA, Parkinson, spinaal kanaal stenose, ...

- ▶ **Diabetes**

- ▶ ...



Medicatie

Medicatieklasse	Voorbeelden
Anticholinergica	Oxybutinine (Ditropan [®]), Scopolamine, ...
Antipsychotica	Haloperidol (Haldol [®]), ...
Antidepressiva	TCA's: Imipramide (Trofranil [®]), Nortryptiline (Nortrilen [®]), Amitryptiline (Redomex [®]), ...
Sympathomimetica	> α -adrenerg: Ephedrine, Phenylephrine, Pseudoephedrine (Clarinase [®] , Actifec [®] , Cirrus [®]), ... > β -adrenerg: Terbutaline (Bricanyl [®]), ...
Anti-aritmica	Disopyramine (Rythmodan [®]), ...
Anti-hypertensiva	Hydralazine, calciumantagonisten, ...
Spierrelaxantia	Diazepam (Valium [®]), Baclofen (Lioresal [®]), ...
Hormonale middelen	Progesterone, Oestrogeen, Testosterone
Andere	Antiparkinsonmiddelen, (klassieke) antihistaminica, lisdiuretica, opioïden, NSAIDs, Carbamazepine (Tegretol [®]), ...

Anamnese - klachten

- ▶ Mictieklachten ('lower urinary tract symptoms' of LUTS) :

Opslag-symptomen	Ledigings-symptomen	Post-mictie symptomen
Veelvuldig wateren overdag	Moeilijk op gang komen van de mictie	Minder goed leegplassen
Nachtelijk wateren	Zwakke of onderbroken straal	Nadruppelen
Aandrang (urgency)	Persen of pijn bij plassen	
Incontinentie		

- ▶ Geassocieerde klachten:

Hematurie, dysurie, koorts, lage rugpijn, constipatie,

Klinisch onderzoek

▶ **Algemeen onderzoek**

Koorts, infectietekens, ...

Abdomen: littekens, ...

Gevoeligheid en motoriek OL, wervelslagpijn, ...

▶ **Genito-urinair onderzoek**

Mannen: fimosis, balanitis, urethraal verlies, huidafwijkingen, ...

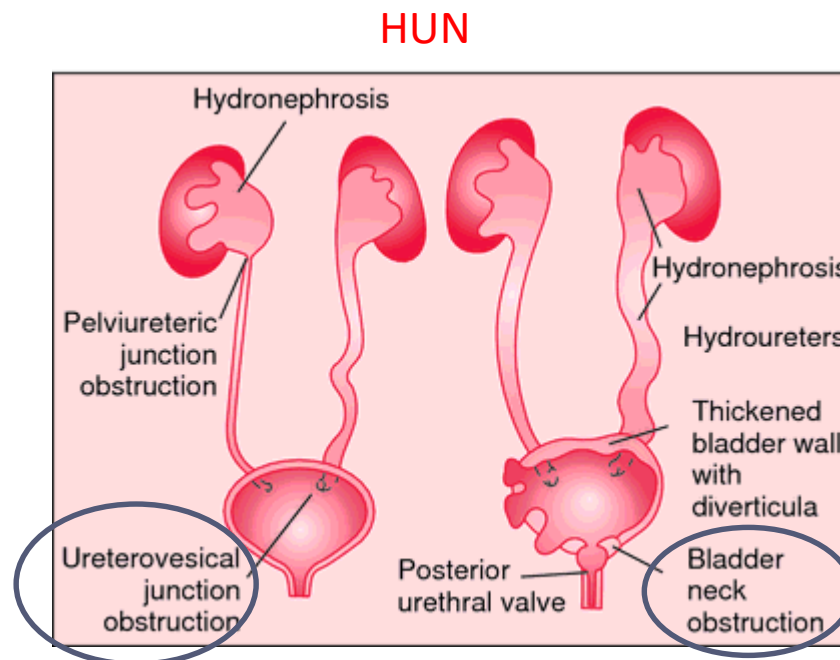
Vrouwen: urethraal of vaginaal verlies, uterus prolaps, cystocele, rectocele, pelvische massa's, ...

▶ **Ano-rectaal onderzoek**

Rectale of anale pathologie, PPA: prostaat (vorm, consistentie, drukpijnlijkheid), fecale impactie, ...

Technische onderzoeken

- ▶ **Labo** cofo – CRP – iono/NF– gly – (PSA)
- ▶ **Urine** TSS, ± MO, ± cultuur
- ▶ **Echo nieren & urinewegen**



- ▶ **Op indicatie** TREP, CT abdomen, CT hersenen / WZ, ...

Aanpak oorzakelijke factoren



- ▶ Mobiliseren
- ▶ Pijn en comfort verbeteren
- ▶ Vlotte stoelgang, verwijderen fecalomen
- ▶ Urinaire infectie behandelen
- ▶ Uitlokkende medicatie aanpakken
- ▶ Bij BPH: medicamenteuze behandeling



Medicamenteuze behandeling BPH

α_1 -blokkers

- ▶ relaxerend effect op gladde spiercellen blaashals
- ▶ snel effect (enkele dagen – 1 maand)

5 α -reductase-inhibitoren (Dutasteride/Avodart[®], Finasteride/Proscar[®])

- ▶ bij prostaat ≥ 40 g, doen het prostaatvolume krimpen
- ▶ traag effect (maximaal effect na 6 tot 12 maanden)

Combinatie preparaten (Combodart[®], Vesomni[®])

Serenoa repens (plantenextract) (Prostaserene[®], Prosta Urgenin[®])

- ▶ effectiviteit onvoldoende bewezen



Medicamenteuze behandeling BPH



- Pletten: Omic[®]
5 α -reductase-inhibitoren } mogen niet geplet worden
- Terazosab[®]: mag geplet worden.
- Tamsulosine capsule[®] : mag geopend worden (korreltjes)
- Orthostatisme: Silodyx[®] (andere α_1 -blokkers = evenwaardig)



▶ Sonde verwijderen



Proefplassen = Trial Without Catheter (TWOC)

Wanneer sonde verwijderen?

- ▶ Na 1-7 dagen
- ▶ Na aanpak oorzakelijke/uitlokkende factoren
- ▶ 's Ochtends of 's avonds ?



Strategies for the removal of short-term indwelling urethral catheters in adults (Review)

Opvolgen bladderscan !

Risico recidief !

Proefplassen: Trial Without Catheter (TWOC)

► Studie 6074 mannen met BPH en AUR (Reten Survey)

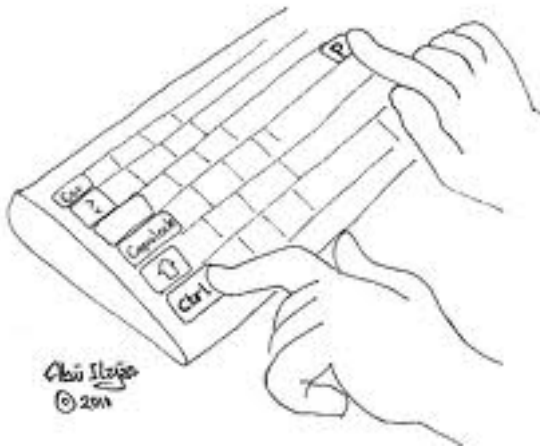
► minder kans op succes:

Kan op succes TWOC

1° TWOC	61 %
2° TWOC	30 %
3° TWOC	26 %

	Odds ratio (95% CI)	P value	
Age (median)			TABLE 3 <i>Predictors of trial without catheter success rate (multiple logistic regression analysis)</i> <i>AUR, acute urinary retention; 95% CI, 95% confidence interval; LUTS, lower tract urinary symptoms; TWOC, trial without catheter.</i>
<70 years	1	<0.001	
≥70 years	0.73 (0.62–0.86)		
Type of AUR			
Precipitated	1	<0.001	
Spontaneous	0.70 (0.58–0.70)		
Amount of drained volume			
<1000 mL	1	<0.001	
≥1000 mL	0.62 (0.51–0.74)		
α ₁ -blocker before TWOC			
No	1	<0.001	
Yes	1.92 (1.52–2.42)		
LUTS severity before AUR			
Mild	1	0.51	
Moderate	0.93 (0.73–1.17)	<0.001	
Severe	0.61 (0.47–0.80)		
Prostate volume			
≤50 g	1	<0.001	
>50 g	0.63 (0.53–0.74)		

► Persistierende urine retentie



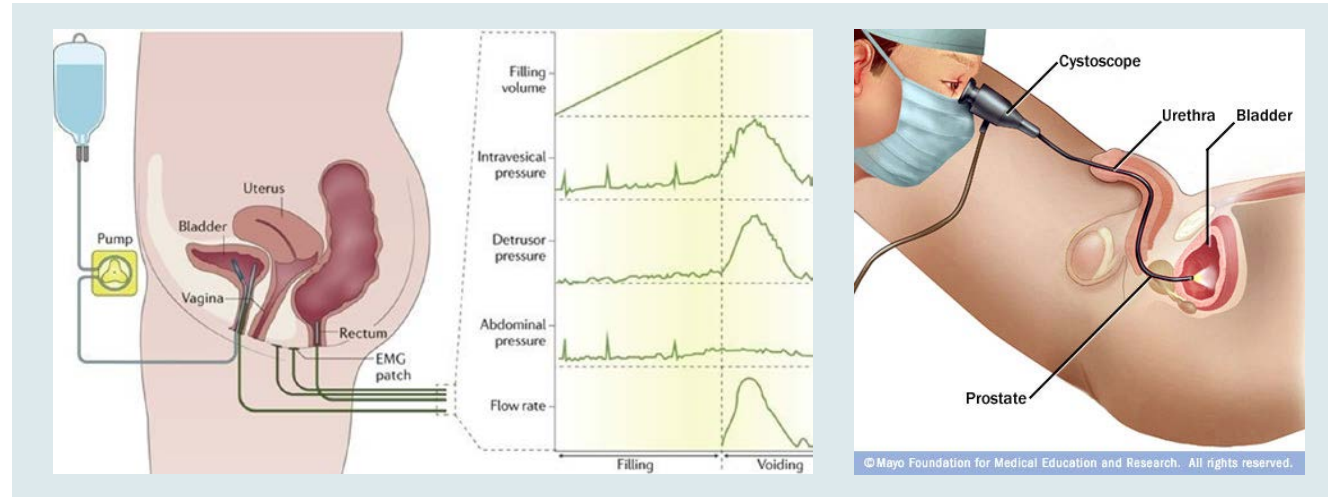
*The Urologist's favourite
keyboard short cut*



Uroloog

► Verdere diagnostiek ?

- UDO
- Cystoscopie
- ...



► Therapeutische opties ?

- Chirurgie
- Chronische sondage - Clean intermittent catheterisation (CIC)
 - Suprapubische sonde (SPS)
 - Trans-urethrale sonde (TUS)





URINERETENTIE BIJ OUDEREN

- 1) Vaak voorkomend probleem
- 2) Alert zijn ! vaak atypische presentatie !
- 3) Vage definitie (enkel symptomen – geen volumes)
- 4) Vaak multifactorieel: voorbeschikkende & uitlokkende factoren
- 5) Acute (pijnlijke) urineretentie is een urgentie en vereist dringende sondage (\leftrightarrow chronische UR)
- 6) Mogelijkheden diagnostische oppuntstelling & aanpak alvorens uroloog (en meestal 1 of meerdere TWOCS)





URINERETENTIE BIJ OUDEREN

- 1) Vaak voorkomend prolap
 - 2) Alert zijn ! vaak atypisch
 - 3) Vage definitie (enkel sy
 - 4) Vaak multifactorieel: v
 - 5) Acute (pijnlijke) uriner
dringende sondage (←
 - 6) Mogelijkheden diagnostische oppuntstelling & aanpak
alvorens uroloog (en meestal 1 of meerdere TWOCS)
- ! en volumes)
le & uitlokkende factoren
rgentie en vereist
?)
- 