

Katheterproblemen (CAD en SP katheter)

Uitgevallen CAD

Terugplaatsen nieuwe CAD, SP sm terugplaatsen ivm sluiten van het katheter kanaal.

Verstopping

BlaaspoeLEN dmv blaaspuit met NaCl. Indien niet succesvol: katheter wisselen. Bij vlokken in thisituatie spoelen met NaCl 2 maal per week. Bij steenaanslag in thisituatie spoelen met solutio R 2 maal per week en vochtintake verhogen.

Hematurie

BlaaspoeLEN, (stolsels uitspoelen) indien niet helder: opname, spoelkatheter met spoelsysteem

Blaaskrampen

Start urologisch spasmoLYticum (anticholinergicum), zoals oxybutynine. Denk aan contra-indicaties, zoals gesloten-kamerhoek glaucoom.

Urinewegsinfecties

DD: *cystitis, pyelonefritis, prostatitis, SOA, urethritis, urosepsis*

gecompromitteerd is en geen anatomische en functionele afwijkingen aan de tractus urogenitalis heeft en waarbij geen tekenen van weefselinvasie en systemische infectie zijn. *Gecompliceerde UWI*: Alle UWIs die niet ongecompliceerd zijn worden beschouwd als gecompliceerde UWI's

Anamnese

• Dysurie, hematurie, flankpijn, flankpijn, toegenomen mictiefrequentie (met of zonder incontinentie), koorts, koude rillingen, delier, algehele malaise, perineale of scrotale pijn, pijn in de onderbuik, SOA risico, urologische VG, diabetes mellitus, zwangerschap en een afweersysteem. Bij recidiverende UWIs is de seksuele activiteit, de hormonale status (postmenopauzaal) en de familiaire belasting van belang.

Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek

• Temperatuur

• Abdomen: slagpijn nierlodge, percussie blaas. RT: prostatitis? Penis/scrotum: balanitis?

• Urethritis? epididymitis?

• Bij koorts en ziek-zijn → lab: leucos, CRP en KNUK

• Urine sediment, urinekweek en evt. SOA-test

• Echo van de hogere urinewegen ter uitsluiting van hydronefrose

Beleid

• Indien koude rillingen → bloedkweken en opname met ceftriaxon iv systeem → NSK

• Ongecompliceerde UWI: nitrofurantoin, fosfomycin, trimethoprim

• Gecompliceerde UWI (mannen met koorts/weefselinvasie): ciprofloxacin of cotrimoxazol

• Zwangere vrouwen: nitrofurantoin of augmentin

• Bij epididymitis of prostatitis: zie "Acuut scrotum"

• Retour SEH bij koorts of algehele malaise

Nierstenen

Anamnese

DD: *galssteenkolek, diverticulitis, AAA(A), niertumor, pyelonefritis, PID, EUG, beklemd liesbreuk*

• Sinds wanneer koliekaanvallen, duur?

• Lokalisatie pijn (flankpijn met evt uitstraling naar rug, lies, scrotum, penis/labia)

• Bewegingsdwang? Misselijkheid? Braken?

• Koorts? Hematurie? Pijn bij plassen?

• Eerder nierstenen gehad of nierstenen in de familie.

Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek

• Abdomen, bloeddruk, temperatuur. Slagpijn nierlodge.

• Urineonderzoek (algemeen urineonderzoek en een urinekweek) en lab (nierfunctie, infectieparameters en bij pijn in RBB leverwaarden)

• Evt. echo buik of X-BOZ

• Evt. blanco low-dose CT-abdomen/bekken (CT-NUI)

Beleid

• Op SEH adequate pijnstilling (PCM, diclofenac 2dd 100mg zetpil en evt dipidolor).

• Indien geen spontane lozing, pijnstilling afbouwen en indien pijnvrij dan poliklinisch diameter urinewegen. Conservatieve beh. middels pijnstilling is de behandeling van 1e keus. • Inlichten pt: merendeel stenen passeert spontaan, indien diameter steen kleiner dan 10mm. • Overweeg tamulosine alleen bij distale stenen > 5 mm.

Acute urinerententie

DD: *verdrogte prostaat, urethrastrictuur, blaasstenen, stolsels, neurogeen, medicatiegebruik (antidepressia, morfine, anticholinergica), alcohol, UWI, hypococontractiele blaas, post-operatief*

Anamnese

• Laatste mictie hoeveelheid, duur plasklachten, hematurie/stolsels, aandrang, buikpijn.

• Voorafgaand trauma, medicatiegebruik, overmatig alcohol.

• Urologische VG

• Heftige aandrang maar onvermogen te plassen, pijn in de buik. Soms incontinentie met name 's nachts (overloopblaas)

Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek

• Inspecteer (lithen), palpeer (drukpijnlijk in hypogastricum) en percuteer de blaasregio (demping bij retentie). RT: vergrote prostaat?

• Lab: ureum en kreat

• Temperatuur

• BladderScan > 500cc

Beleid

• Catheterisatie voor 2-7 dagen, start alfa-blokker en plan proef zonder katheter.

• Klinische observatie ivm polyurische fase bij dilatatie van de nieren, al dan niet met een

• Afnemen urnesediment en kweek (evt uitsluiten UWI)

• Afspreek poli urologie voor verdere analyse. Evt retour SEH bij koorts of algehele malaise.

ACUTE UROLOGIE



Acuut scrotum

DD: *torsio testis, torsio appendix testis/epididymis, epididymitis, orchitis, testistumor, beklemd liesbreuk of scrotaal trauma.*

Anamnese

- Ontstaan symptomen: subacuut, matig tot hevige pijn (torsio appendix, epididymitis/orchitis) of acute, hevige pijn (torsio testis)
- Lokalisatie van de pijn (craniale pool testis, epididymis, scrotum, uitstraling naar de lies)
- Misselijkheid, braken en buikpijn (torsio testis)
- Buikpijn (torsio testis)
- Trauma

Lichamelijk onderzoek

- Lokalisatie van de pijn: craniale pool testis (torsio appendix), epididymis vergroot en drukpijnlijk (epididymitis) of hoog in het scrotum getrokken testis (torsio testis)
- Ligging van de testis, iets vaster aanvoelende testis (hoog gelegen en dwarsligging contralaterale testis, torsio testis)
- Blue dot sign (teken van torsio appendix)
- Cremasterreflex afwezig (torsio testis)
- Hematoom (scrotaal trauma)

Beleid

Verdenking torsio testis:

- Bij verdenking torsio testis direct spoedoperatie (exploratie scrotum) binnen 6 uur na ontstaan klachten. Indien niet mogelijk direct echo-Doppler overwegen, mits dit de operatie niet vertraagt. Altijd directe chirurgische exploratie, ongeacht de duur van de klachten.
- Indien spoedoperatie niet direct mogelijk: manuele detorsie, daarna binnen 24 uur alsnog spoedoperatie.
- Meestal is de testis van lateraal naar mediaal gedraaid, men draait om die reden naar buiten (als het openen van een boek), ervaart patiënt nog steeds pijn, draait men nogmaals 180 graden. Draaiing in de verkeerde richting lokt onmiskenbaar heviger pijn uit.

Epididymitis:

- Urinekweek
- Antibiotische behandeling (10-14 dagen):
 - Vermoeden SOA (<35 jr/risico): ceftriaxon + doxycycline
 - Vermoeden urinewegpathogeen (>35 jr/mictieklachten): ciprofloxacin of ofloxacin

Testistumor:

- Bij voorkeur binnen 72 uur een inguinale orchidectomie, tenzij een bestaande indicatie voor onmiddellijke chemotherapie.

Scrotaal trauma:

- Bij (verdenking op) testisruptuur: spoedoperatie binnen 72 uur na trauma.

Paraphimosis (spaanse kraag)

Anamnese

- Sinds wanneer is de voorhuid niet te retraheren?

Lichamelijk onderzoek

- Teruggetrokken voorhuid en oedemateuze swelling met name ventraal ("spaanse kraag")

Acute behandeling

- Manuele compressie, koelen, daarna voorhuid retraheren, eventueel lokale verdoving middels penisblock. Als dit niet werkt: injectie met hyaluronidase, Dundee techniek, dorsale slit of circumcisie.

Na repositie

- Bij kinderen steroidencrème klasse 4 of circumcisie
- Bij volwassenen circumcisie om recidief te voorkomen

Priapisme (erectie langer dan 4 uur)

DD: *low-flow priapisme, high-flow priapisme, stuttering priapisme*

Anamnese

- Duur erecties, eerdere episodes en pijn?
- Eventuele oorzaken: sympaticolytica, antidepressiva/anxiolytica/antipsychotica, anti-coagulantia, antihypertensiva, alcohol/cocaine/marijuana, hematologische dyscrasie, hormonen, (para)neoplastisch, neurogeen of vasoactieve erectie-ondersteunende medicatie
- Zonder uitlokkende factor kan het een eerste uiting zijn van leukemie.
- Trauma van het zwellichaam ("*straddle injury*")

Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek

- Harde, pijnlijke, livide erectie van penis (low-flow priapisme, ischemisch priapisme)
- Niet pijnlijke, elastische, roze erectie (high-flow priapisme, niet-ischemisch priapisme)
- Indien cavernieuze bloedgas ischemisch (pH < 7.25, pCO2 > 8.9 en pO2 < 3.9) → low-flow priapisme, anders high-flow priapisme.
- Peniele echo-Doppler: geen flow bij een low-flow priapisme en veel flow bij een high-flow priapisme.

Beleid

- *Low-flow priapisme*, acute ischemie van de corpora cavernosa
 - Decompressie door aspiratie en spoeling met NaCl 0,9%.
 - Spoelen met fenylefrine in de corpora cavernosa.
 - Laatste optie is het aanleggen van een caverno-spongieuze shunt.
 - Indien geen oorzaak aanwijsbaar: hematologisch onderzoek.
- *High-flow priapisme*
 - Behoeft geen acute behandeling. Overweeg een expectatief beleid.
 - Selectieve pudendus angiografie met autoloog stolsel/gelfoam embolisatie
 - Indien sprake van persisterend priapisme: overweeg chirurgische ingreep.