ACUTE UROLOGIE

ESCULAAP

Acuut scrotum

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

Anamnese

- Ontstaan symptomen: subacuut, matig tot hevige pijn (torsio appendix, epididymitis/orchitis) óf 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) óf 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 eerst spoed echo-dopleronderzoek van het scrotum. Torsie langer dan 6u aanwezig -> overweeg verwijdering testis.
- 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.

Torsio appendix:

- Urinekweek
- Langdurige antibiotische behandeling - 1e keus: levofloxacine, 2e keus: ofloxacine. Bij contra-indicaties voor chinolonen: cotrimoxazol of doxycycline.

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.

Katheterproblemen (CAD én SP katheter)

Uitgevallen CAD

Terugplaatsten nieuwe CAD. SP zsm terugplaatsen ivm sluiten van het katheter kanaal.
Indien SP-gaatje is dichtgegroeid, kanaal heropenen/dilateren met eenmalige vrouwkatheter, anders altijd CAD en later elector SP aanprikken.

Verstopping

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

Hematurie

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

Blaaskrampen

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

Urineweginfecties

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

Ongecomplicceerde UWI: Cystitis bij een niet-zwangere vrouw, die niet immuun gecomprommitteerd is en geen anatomische en functionele afwijkingen aan de tractus urogenitalis heeft en waarbij geen tekenen van weefselinvasie en systemische infectie zijn.

Gecomplicceerde UWI: Alle UWI's die niet ongecomplicceerd zijn worden beschouwd als gecomplicceerde UWI's

Anamnese

- Dysurie, hematurie, 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 afweerstoornis. Bij recidiverende UWI's is de seksuele activiteit, de hormonale status (postmenopauzaal) en de familiaire belasting van belang.

Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek

- Dysurie, hematurie, flankpijn, toegenomen mictiefrequentie (met of zonder incontinentie), koorts, koude rillingen, delier, algehele malaise, perineale of scrotale pijn, pijn in de urethritis? epididymitis?
- Bij koorts en ziek-zijn → lab: leuco's, 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
- Ziekte/septische patiënt en/of flankpijn → echo nieren. Indien hydronefrose of afgesloten systeem → NSK
- Ongecomplicceerde UWI: nitrofurantoïne 5dgn of trimethoprim 3dgn.
  Evt. ciprofloxacine 3 dgn.
- Gecomplicceerde UWI: augmentin of cotrimoxazol 10dgn, anders ciprofloxacine 7-10 dgn
- Zwangere vrouwen: nitrofurantoïne of augmentin
- Bij epididymitis of prostatitis: zie „Acuut scrotum"
- Retour SEH bij koorts of algehele malaise

Nierstenen

DD: galsteenkoliek, diverticulitis, AAA(A), niertumor, pyelonefritis, PID, EUG, beklemde liesbreuk

Anamnese

- Sinds wanneer kolieka anvallen, duur?
- Lokalisatie pijn (flankpijn met evt uitstraling naar rug, lies, scrotum, penis/labia)
- Bewegingsdwang? Misselijkheid? Braken?
- Koorts? Hematurie? Pijn bij plassen?
- Eerder niersteenen gehad of niersteenen in de familie.

Lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek

- Abdomen, bloeddruk, temperatuur. Slagpijn nierloge.
- Urinenonderzoek (algemeen urinenonderzoek en een urinekweek) en lab (nierfunctie, infectieparameters en bij pijn in RBB leverwaarden)
- Evt. echo buik of X-BOZ
- Evt. blanco CT / CT-IVP (lokalisatie steen/afvloedbelemmering)

Beleid

- Op SEH adequate pijnstilling (PCM, diclofenac 2dd100mg zetpil en evt tidjidolor). Daarnaast buscopan 80mg/24u iv, evt 20mg bolus. Tamsulosine bij distale/prevesicale steen.
- Inlichten pt: merendeel stenen passeert spontaan, indien diameter steen kleiner dan diameter urinewegen. Conservatieve beh. middels pijnstilling is de behandeling van 1e keus.
- Indien geen spontane lozing, pijnstilling afbouwen en indien pijnvrij dan poliklinisch vervolgen voor bepalen behandeling steen.
- Indien pijnstilling niet af te bouwen is, of spontane passage niet te verwachten is, ingreep inplannen (ESWL, URS of PNL).
- Bij dreigende urosepsis (koorts en hydronefrose) dient spoedige drainage plaats te vinden middels NSK of JJ-katheter.

Acute urinerentetie

DD: vergrote prostaat, urethrastrictuur, blaassteenen, stolsels, neurogeen, medicatiegebruik (antidepressieca, morfine, anticholinergica), alcohol, UWI, hypocontractiele 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 (littekens), palpeer (drukpijnlijk in hypogastricum) en percuteer de blaasregio (demping bij retentie). RT: vergrote prostaat?
- Lab: urenm en kreat
- Temperatuur
- Bladderscan >500cc

Beleid

- Catheterisatie voor tenminste 2-6 weken, afhankelijk van volume van de retentie.
- Klinische observatie ivm polyurische fase bij dilatatie van de nieren, al dan niet met een gestoorde nierfunctie.
- Afnemen urinesediment en kweek (evt uitsluiten UWI)
- Afspraak poli urologie voor verdere analyse. Evt retour SEH bij koorts of algehele malaise.

Paraphimosis (spaanse kraag)

Anamnese

- Sinds wanneer is de voorhuid niet te retraheren?

Lichamelijk onderzoek

- Teruggetrokken voorhuid en oedemateuze zwelling 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 steroïdencrème 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/cocaïne/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 caverneuze 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 of methyleenblauw 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.

© Esculaap.nl - Alle rechten voorbehouden. *Ontvang alert bij updates/wijzigingen zakkaartjes:* esculaap.nl/update