

Te lage mictiefrequentie bij kinderen; een weinig opvallend verschijnsel

Met belangstelling heb ik het artikel van collega Baldew gelezen, waarin terecht de aandacht wordt gevestigd op mictiestoornissen bij kinderen.¹ Het artikel bevat echter een aantal onjuistheden die aanleiding kunnen zijn tot het aanwenden van verkeerde behandelingsmethoden. Enkele daarvan wil ik naar voren brengen. (1) Obstipatie kan niet als oorzaak van urineretentie worden aangeduid, wanneer de urinestraal ongestoord is, de cystografie tijdens de mictie geen afwijkingen vertoont, er geen residu is en de contractiliteit uitstekend is. (2) Blaashalssclerose kan niet als oorzaak worden aangeduid van urineretentie bij een kind met diarree en stuipen, wanneer het plast met een vlotte ononderbroken straal. (3) Het is moeilijk te begrijpen dat de „tonus” van de luie blaas normaal is terwijl de druk tot ver boven fysiologisch niveau stijgt met onwillekeurige contracties. Tonus is per definitie het deel van de detrusordruk dat door contractie van de actieve elementen ontstaat. Het zou betreurenswaardig zijn wanneer kinderartsen en urologen tot een ingrijpende behandelingsmethode zouden worden aangemoedigd wanneer zindelijkheidsstraining thuis, zonder kostbare ziekenhuisopname kan volstaan. Verruimingsoperaties vernietigen het belangrijkste continentiemechanisme en veroorzaken bij jongeren retrograde ejaculatie. Ik ben het met de auteur eens dat de overheid beter preventief zou kunnen optreden door er zorg voor te dragen dat mensen daar waar nodig op hygiënisch verantwoorde wijze kunnen plassen. Het weze daarenboven gezegd dat men ook de handen moet wassen voor het plassen.

LITERATUUR

¹Baldew IM. Te lage mictiefrequentie bij kinderen; een weinig opvallend verschijnsel. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1907-11.

Utrecht, december 1982

B.L.R.A. COOLSAET

De opmerkingen van prof. Coolsaet zou ik als volgt willen beantwoorden:

1. Obstipatie. Bij de patiënten A en C kwam obstipatie voor in combinatie met een lage mictiefrequentie. Patiënt A had tevens een acute urineretentie. De mededeling dat de mictie ongestoord was, is van de moeder afkomstig. Pas na behandeling van de obstipatie en de urineretentie waren wij in staat vast te stellen dat de urinestraal normaal was (observatie van de mictie) en dat er geen afwijkingen waren bij cystografie tijdens mictie. Na regulatie van de defecatie hebben zich geen plasproblemen meer voorgedaan. Obstipatie als oorzaak van acute urineretentie wordt wel degelijk beschreven.^{1 2} Wellicht hebben beide verschijnselen één grondslag: centrale onderdrukking van zowel mictie als defecatie.

2. Blaashalssclerose. Over patiënt B schreef ik: „Bij cystoscopie bleken er geen kleppen te zijn, misschien wel „blaashalssclerose” en meatusstenose”. De aanhalingstekens en het woord „misschien” geven al mijn twijfel aan. De aanduiding blaashalssclerose heeft heden ten dage slechts historische betekenis. Opmerkelijk is wel dat deze zuigeling een residu na mictie had en na de interne sfincterotomie een voor de leeftijd normale mictiefrequentie met complete blaasontleding.

3. Tonus. Coolsaet veronderstelt dat de druk tijdens onwillekeurige contracties tot ver boven fysiologisch niveau steeg, maar deze verhoogde drukken deden zich voor

zonder detrusorcontractie. De patiëntjes kwamen niet tot mictie hoewel de blaasvulling zo groot was dat het collageen weefsel bijdroeg aan de wandspanning.³ De druk in de blaas is de som van de rondom de blaas heersende abdominale druk en een druk, veroorzaakt door de spanning in de blaaswand, de detrusordruk. De blaaswandspanning wordt in stand gehouden door passieve en actieve bijdragen van verschillende weefsels. Deze wandspanning wordt ongeacht haar origine, als tonus van de blaas aangemerkt. Bij fysiologische vulling en normale, quasi-statische cystometrie wordt tijdens de vullingsfase geen actieve bijdrage van de gladde detrusormusculatuur aanwezig geacht.³ De detrusordruk varieert hierdoor in de fysiologische vullingsfase nauwelijks, ondanks geleidelijk toenemende wandspanning. Bij een zekere vullingsgraad ontstaat de behoefte te plassen en een gezond kind met een normaal plagedrag laat dit volgen door een normale urinelozing op de juiste plaats. Kinderen met een luie blaas negeren de roep der natuur en houden de mictie tegen, waarna ten gevolge van de rek van collageen vezels de wandspanning sterk gaat toenemen en de nog steeds passieve detrusordruk waarden bereikt die liggen boven het niveau waarop bij gezonde kinderen een mictie zou volgen. Kinderen met een luie blaas bouwen pas in overrekte toestand een contractiekracht op, waardoor de effectiviteit van de contractie misschien is verminderd.

Mictiestoornissen en zindelijkheidsstoornissen moeten niet met elkaar verward worden. Kinderen met een te lage mictiefrequentie hebben geen zindelijkheidsproblemen en vallen juist niet op, doordat zij zelfs superzindelijk zijn en een „sterke blaas” heten te bezitten: het bakerpraatje dat vooral bij meisjes geldt. Zindelijkheidsstraining is bij deze kinderen derhalve irrelevant, wel het alsnog of opnieuw aanleren van een juist plagedrag. Na het 4e levensjaar zal dit grote kans van slagen hebben.

De opmerking over het vermijden van onnodige kosten en ingrijpende methoden van onderzoek en behandeling onderschrijf ik met genoegen. Het is dan ook beslist niet mijn bedoeling verruimingsoperaties te propageren. De bezorgdheid voor het behoud van continentie wordt door mij gedeeld.⁴

LITERATUUR

¹Gallo D, Pressman D. Urinary retention due to fecal impaction in children. Pediatrics 1970; 45: 292-4.

²Baldew IM, Gelderen HH van. Urinary retention without organic cause in children. Br J Urol 1983 (ter perse).

³Zinner NR, Ritter RC, Sterling AM, Donker PJ. The physical basis of some urodynamic measurements. J Urol 1977; 117: 682-9.

⁴Baldew IM. Incontinentie voor urine bij kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1983 (ter perse).

Meppel, januari 1983

I.M. BALDEW

Over oorsuizen, droge mond, keelpijn en de dingen die niet voorbijgaan

Jongkees bespreekt in zijn klinische les o.a. een patiënte met chronische keelklachten die overal en nergens onderzocht is en met alle mogelijke middelen is behandeld, zonder enig resultaat.¹ Hij stelde haar gerust met de woorden: „Mevrouw, één ding moet u nu van mij aannemen, u hebt geen hersentumor of weet ik wat voor vreselijks.” Dat is naar mijn mening een uitstekend advies. Het helpt het beste als men een bekende professor is: professor Jongkees is hun laatste hoop!