

## Urineflegmone na verwijdering van een suprapubische verblijfcatheter

In tegenstelling tot het gestelde in het artikel: Incontinentie bij bejaarden<sup>1</sup> worden in ons verpleeghuis doorgaans elders ingebrachte verblijfcatheters verwijderd en omwille van incontinentie slechts incidenteel ingebracht. Luiersystemen blijken veelal een beter alternatief. In het artikel „Langdurige toepassing van de percutane, suprapubische blaascatheter” wordt melding gemaakt van verschillende complicaties.<sup>2</sup>

Onlangs zagen wij een urineflegmone ontstaan in het gebied van het reeds anderhalf jaar tevoren dichtgegranuleerde steekkanaal van een suprapubische verblijfcatheter. Het betrof een 82-jarige patiënte met een partiële cervicale dwarslaesie, die in het ziekenhuis een suprapubische blaascatheter kreeg. Daarop werd deze in het revalidatiecentrum vervangen door een verblijfcatheter via de urethra. Na overplaatsing naar ons verpleeghuis werd deze verwijderd en werd van vervanging afgezien, omdat dit een voor patiënte pijnlijke en voor ons moeizame ingreep bleek te zijn wegens bestaande anatomische wanverhoudingen tussen vagina en urethra ten gevolge van verlittekening na episiotomie op 25-jarige leeftijd. Ruim twee weken ná verwijdering van deze uretrale verblijfcatheter ontstonden verschijnselen van extra peritoneale blaasperforatie, zoals reeds eerder beschreven is.<sup>3</sup> Bij incisie vloeide een flinke hoeveelheid troebele urine af. Omdat een retentie in de blaas werd vermoed, werd tot catheterisatie via de urethra overgegaan. Ongeveer 100 ml urine liep via deze catheter af en tevens kon worden geconstateerd dat de ingebrachte blaasspoelvoeistof via de geïncideerde urineflegmone afvloeide.

Nu steeds vaker urologen de suprapubische weg verkiezen boven de transuretrale weg,<sup>4</sup> neemt de kans op het ontstaan van een urineflegmone in het gebied van het steekkanaal toe. Is de complicatie bekend en op welke wijze is ze te voorkómen?

### LITERATUUR

- 1 Voogt, H.J. de. Incontinentie bij bejaarden. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 295-300.
- 2 Meijden APM van der, Janknegt RA. Langdurige toepassing van de percutane, suprapubische blaascatheter. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 288-90.
- 3 Kummer EW, Koopmans J. Blaasperforatie. Ned Tijdschr Geneeskd 1980; 124: 195-9.
- 4 Scholtmeijer R.J. De suprapubische verblijfcatheter. Ned Tijdschr Geneeskd 1980; 124: 889-90.

Delft, december 1983

H.J.M. COOLS  
A. BERKHOUT

Het doet mij genoeg te lezen dat de collegae Cools en Berkhout geen verblijfcatheters meer dulden, c.q. aanbrenge-  
gen ter behandeling van incontinentie bij bejaarden. Dit is zeker toe te juichen. Maar in sommige gevallen en zeker wanneer een neurogene blaasfunctiestoornis kan worden vermoed, is het raadzaam toch een uroloog in te schakelen. De door de schrijvers beschreven patiënte is daarvan een goed voorbeeld.

Naar alle waarschijnlijkheid had deze patiënte toch een blaasontledingsstoornis, zodat na verwijdering van de suprapubische catheter weliswaar het steekkanaal door de buik was dichtgegranuleerd, maar niet het gaatje in de blaaswand. Bij toenemend residu gaat dit dan lekken met het treffend beschreven gevolg. In dat geval was het toch beter geweest een nieuwe suprapubische catheter aan te

brenge-  
n. Verzuimd was na het verwijderen van de uretrale catheter te controleren of patiënte niet toch weer urinere-  
tenties kreeg.

Ik denk niet dat de kans op urineflegmonen via het steekkanaal toeneemt, als de suprapubische catheter op de juiste indicatie wordt ingebracht en pas wordt verwijderd als men zeker is dat de blaas periodiek goed wordt geledigd.

Amsterdam, januari 1984

H.J. DE VOOGT

De collegae Cools en Berkhout behoeden hun patiënten met incontinentia urinae zoveel mogelijk voor een verblijfcatheter. Zij geven de voorkeur aan luiersystemen. Dit streven is juist. Toch zal niet iedere patiënt met een uitwendig opvangsysteem gebaat zijn. Er kan ernstige dermatitis en maceratie van de huid ontstaan. In een aantal der gevallen is de incontinentie het gevolg van een overloopblaas en dan zal men de urineretentie moeten opheffen.

Wij stellen ons voor dat bij de patiënte die zij beschrijven wellicht een urineretentie is ontstaan na het verwijderen van de transuretrale catheter. Hiervoor zou men als oorzaak aan kunnen wijzen de beschreven wanverhouding tussen vagina en urethra (infravesicale obstructie). Tevens zal patiënte waarschijnlijk een neurogene blaas hebben als gevolg van de partiële cervicale dwarslaesie.

De collegae Cools en Berkhout hebben eveneens aan urineretentie gedacht en zij stelden vast dat er slechts 100 ml urineretentie bestond. Deze eenmalige meting zegt echter niet veel over het intermitterend voorkomen van urinere-  
tentie. Vrijwel zeker is de blaas geperforeerd juist naast het litteken van het suprapubische steekkanaal. Ter plaatse is de mogelijkheid tot rek van de blaaswand afgenomen. Wij hebben nooit een urineflegmone waargenomen zonder dat een afvloedbelemmering van urine uit de blaas bestond. In de praktijk betekent dit dat men, na verwijdering van een verblijfcatheter die langdurig in situ is geweest, verscheidene malen de urineretentie na de mictie moet bepalen.

's-Hertogenbosch, januari 1984 A.P.M. VAN DER MEIJDEN  
R.A. JANKNEGT

## *Pneumatosis cystoides intestinalis*

Naar aanleiding van het artikel van Mathus-Vliegen et al. over pneumatosis cystoides intestinalis, wil ik het volgende opmerken:<sup>1</sup> In mijn proefschrift ben ik tot de conclusie gekomen dat men alleen van dit ziektebeeld mag spreken indien geen darminfectie in het spel is en indien door de darmwand heen zich holtetjes bevinden omzoomd met vreemdlichaam-reuzencellen.<sup>2</sup>

Patiënt B valt dus mijns inziens buiten dit bestek. Een bacteriële oorzaak voor de pneumatoze is ook daarom onwaarschijnlijk omdat het zo vaak voorkomende beeld van een gastro-intestinale ontsteking, van wat voor aard dan ook, vrijwel nooit gepaard gaat met de zo zelden geziene pneumatosis. Bij bestudering van enkele gevallen van rectumbiopten, die duidelijk het door mij gedefinieerde beeld toonden, zag ik hoogstens een licht lymfocytair infiltraat, maar geen acuut/subacuut ontstekingsbeeld. Ook verhoogde intraluminale druk lijkt mij zeer onwaarschijnlijk, omdat darmafsluitingen, zich uitend in een ileus, zo vaak voorkomen en pneumatosis zo uiterst zelden. Wel kan een darmafsluiting optreden, maar dan als gevolg van de pneumatosis en niet als oorzaak ervan. Tenslotte zag ik twee gevallen van vaginale pneumatoze die er microscopisch