

Urineflegmone na verwijdering van een suprapubische verblijfcatheter

In tegenstelling tot het gestelde in het artikel: Incontinentie bij bejaarden¹ 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.²

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

Patiënt B valt dus mijns inziens buiten dit bestek. Een bacteriële oorzaak voor de pneumatose 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 rectumbioplasten, 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 pneumatose die er microscopisch

precies zo uitzagen als de darmwandpneumatose; er bestond geen ontsteking en uiteraard geen verhoogde intraluminale druk.

Doub en Shea vestigden het eerst de aandacht op de mogelijkheid van luchtverspreiding vanuit de long na het ontstaan van interstitieel longemfyseem,³ beter is te spreken van pneumatoses pulmonum. Een preëxistente longaandoening hoeft hier niet in het spel te zijn, ernstig hoesten of braken kan een dermate hoge druk veroorzaken in de luchtwegen, dat lucht kan uittreden in het longinterstitium en zich verder kan verplaatsen naar het mediastinum tot in de huid toe. De lucht kan zich ook verplaatsen langs de grote vaten tot in het mesenterium. Soms, als de lucht zich perifeer in de long verplaatst, ontstaat pneumothorax.

Bij alle theorieën omtrent „zuivere” darmwandpneumatose blijft het probleem bestaan van de lucht of gasresorptie die blijkbaar zeer vertraagd plaatsvindt. Ik opper de mogelijkheid van een ventielwerking in de long nadat de verscheuring heeft plaatsgevonden. Hierdoor kan langdurige luchtverplaatsing blijven plaatsvinden die de luchtresorptie kan bijhouden. Lucht op de verkeerde plaats terechtgekomen, kan als corpus alienum gaan werken, vandaar de reuzencellen. Het is merkwaardig dat al meer dan 100 jaar over de ontstaanswijze van dit ziektebeeld gespeculeerd wordt.⁴ Ik meen dat er goede gronden aanwezig zijn om de „longtheorie” de beste kans te geven.

LITERATUUR

¹ Mathus-Vliegen EMH, Rutgeerts L, Tytgat GNJ. Pneumatoses cystoides intestinalis. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2272-7.

² Saltet JF. Interstitieel longemfyseem en pneumatoses intestinalis. Leiden, 1971. Proefschrift.

³ Doub HP, Shea JJ. Pneumatoses cystoides intestinalis. JAMA 1960; 172: 1238-42.

⁴ Bang BLF. Luftholdige Kyster i væggen af ileum og i nydannet Bindevæv pa sammes serosa. Nord Med Ark 1876; band 8, nr. 18.1.

Gouda, december 1983

J.F. SALTET

Gaarne willen wij reageren op de waardevolle opmerkingen van collega Saltet. Bij onze patiënt B ontstond 2½ week na de salmonellasepsis een pneumatoses van het linker colon, waarbij – zoals hij terecht opmerkt – ook bij deze

patiënt een complete darmafsluiting optrad met secundaire distensie van het coecum, ischemie en uiteindelijk coecum-perforatie. Ondanks enkele aanwijzingen in onze patiëntengroep, zowel in de richting van de mechanische als in de richting van de bacteriële theorie, is de pathogenese nog steeds duister. Tegen de bacteriële theorie is aan te voeren dat peritonitis zelden optreedt, dat bij vaak voorkomen van gastro-intestinale infecties pneumatoses relatief zeldzaam is en dat in beoordeelde biopoten het ontstekingsinfiltraat weinig indrukwekkend is, met het ontbreken van bacteriën bij elektronenmicroscopisch onderzoek. Tegen de mechanische theorie pleit de samenstelling van de gassen in de kysten, niet compatibel met in- of uitademingslucht en iets beter overeenstemmend met intraluminale darmgassen. In de oude literatuur wordt het voorkomen gemeld van pneumatoses vooral bij een pylorusafsluiting, maar bij dierproeven met injectie van lucht in de submucosa werden wel kysten gezien in het mesenterium, maar geen kysten in de darmwand zelf. Anderen daarentegen konden bij varkens een beeld identiek aan de laesies bij infantiele pneumatoses door injectie in de submucosa nabootsen. Ook de pulmonale mechanische theorie kent voor- en tegenstanders. Voorstanders wijzen op de mogelijkheid bij kadavers door mediastinale luchtinsufflatie de pneumatosesblazen te kunnen opwekken. Tegenstanders zeggen nooit een pneumatosesmediastinum te zien. Voor alle theorieën (ook die van het ventielmechanisme met laesies door hoesten, braken, persen, kunstmatige ventilatie) geldt dat de oorzakelijke pathogenetische momenten zich veel vaker voordoen dan het ziektebeeld pneumatoses. Interessant is overigens dat sommige schrijvers de aandacht vestigen op het gebruik van verstuivers en inhalatiepompjes bij longpatiënten als extra factor at risk (wellicht door de voorafgaande diepe inspiratie?). Onzes inziens blijft de ziekte door vele factoren bepaald, hierin gesterkt door gegevens van patiënten met jejunale-ileale omlegging en wijze van anastomose-ring. Indien de blinde ileumlis aan coecum of colon transversum wordt gehecht, wordt minder pneumatoses gezien dan bij hechting op het sigmoïd, overeenstemmend met bacteriële en mechanische drukgegevens.

Amsterdam, december 1983

E.M.H. MATHUS-VLIEGEN

BERICHTEN

Buitenland

CONGRESSEN

Internationaal Voedingscongres. – Van 5-10 mei a.s. zal in Willemstad, Curaçao door de Nederlandse Antilliaanse Stichting voor Klinisch Hoger Onderwijs een Internationaal Voedingscongres worden gehouden met experts uit de geïndustrialiseerde en niet-geïndustrialiseerde landen.

Inlichtingen verstrekt prof. dr. J. Fernandes, Afd. Kinder-geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen.

Binnenland

Niertransplantaties in Nederland. – In 1983 ontvingen 378 patiënten een getransplanteerde nier. Dit zijn 119 transplantaties meer dan in 1982, een toeneming van 45%. Het

merendeel van deze patiënten (347) ontving een nier van een pas overleden donor, 112 patiënten meer dan in 1982. Het aantal patiënten dat een nier van een familielid ontving steeg van 24 naar 31. Het aantal in Nederland beschikbaar gekomen nieren steeg met 42 tot 355 (1982: 313). Deze toeneming van het aantal niertransplantaties en van het aantal beschikbare donornieren in Nederland is mede te danken aan het werk van de door de Nier Stichting Nederland gesubsidieerde transplantatie-coördinatoren, die in actie komen zodra ergens in een ziekenhuis een potentiële orgaandonor wordt aangemeld. Zij nemen een groot deel van het werk van de aanmeldende artsen uit handen. Deze ontwikkeling is een gevolg van de toegenomen bereidheid van de Nederlandse bevolking om na de dood organen en (of) weefsels voor transplantatiedoeleinden af te staan.

In 1983 bedroeg het aantal nieuw aangemelde Nederlandse nierpatiënten voor de wachtlijst 372 (1982: 315). Voor het eerst in de geschiedenis zijn er dus in 1983 meer transplan-