

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/26189>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Acute urineretentie bij mannen >55 jaar: ook voor de huisarts een dringend probleem?

G.J.W. ELZINGA
W.J.M.J. GORGELS
G.G.M.C. WOLFS
ET AL.

Elzinga GJW, Gorgels WJMJ, Wolfs GGMC, Janknegt RA, Knottnerus JA. Acute urineretentie bij mannen >55 jaar: ook voor de huisarts een dringend probleem? *Huisarts Wet* 1997; 40(3): 102-4.

Samenvatting Doel van het onderzoek was het bepalen van incidentiecijfers, klinische oorzaken en beloop van acute urineretentie bij mannen >55 jaar in de huisartspraktijk, en het evalueren van het verwijfsbeleid naar de uroloog. Gekozen werd voor dossieronderzoek in een population-based cohort binnen tien huisartspraktijken. In het cohort (n=1692) werden alle mannen die één of meer episoden van acute urineretentie hadden doorgemaakt, opgespoord. Patiëntkaarten en eventuele urologische correspondentie werden nagekeken over de voorafgaande vijf jaar. In totaal werden 16 mannen met acute urineretentie gevonden. De incidenties bedroegen 0,9 in de leeftijdscategorie 55-64 jaar, 3,7 in de categorie 65-74 jaar en 3,2 in de categorie van 75 jaar en ouder. Alle 16 mannen ondergingen een urologische behandeling, 14 een operatie.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht.
G.J.W. Elzinga, W.J.M.J. Gorgels, G.G.M.C. Wolfs, allen huisarts; prof.dr. J.A. Knottnerus, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
Academisch Ziekenhuis Maastricht, vakgroep Urologie.
Prof.dr. R.A. Janknegt, uroloog.
Correspondentie: G.J.W. Elzinga, Scheeringlaan 2, 4001 WJ Tiel.

Inleiding

Acute urineretentie is het plotselinge onvermogen om bij een gevulde blaas via natuurlijke weg tot mictie te komen. Dit gaat meestal gepaard met sterke aandranggevoelens en pijn, en is daardoor een kwellend probleem voor degene die erdoor wordt overvallen. In de huisartspraktijk komt acute urineretentie onder personen >55 jaar belangrijk vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (incidentiecijfer respectievelijk 3,6 en 0,5 per 1000 patiëntjaren).¹ Invasief medisch ingrijpen is vaak het gevolg.²⁻¹⁵ Verdere gegevens uit Nederlandse huisartspraktijken omtrent vóórkomen en beloop van acute urineretentie zijn schaars.^{1-3,16,17}

In Maastricht heeft vanaf 1989 gedurende enkele jaren in tien huisartspraktijken een onderzoek plaatsgevonden naar het natuurlijk beloop van benigne prostaathyperplasie (BPH) bij mannen >55 jaar.³ Daardoor waren wij in de gelegenheid vóórkomen en beloop van acute urineretentie in deze populatie te bestuderen aan de hand van de volgende vraagstelling:

- Wat is de incidentie van acute urineretentie bij mannen >55 jaar in de huisartspraktijk?
- In welke mate worden deze mannen door de huisarts behandeld en/of verwezen naar de uroloog?
- Welke vermoedelijke klinische oorzaken worden vastgesteld, en wat is het beloop?

Methoden

In het kader van het BPH-project werd in de jaren 1989-1992 aan alle 2635 mannen van 55 jaar en ouder in de deelnemende praktijken een postenquête toegezonden. In de vragenlijst was onder andere een BPH-symptoomscore (gemodificeerde Boyarski/WHOPSS-score) verwerkt.¹⁸

In totaal 1692 mannen retourneerden de vragenlijst (64 procent). Op basis van deze enquête werd vervolgens een groep mannen geselecteerd die voldeden aan een of meer van de volgende criteria:

- in de voorgaande vijf jaar was een arts

bezoekt wegens klachten op urogenitaal gebied;

- op grond van de BPH-symptoomscore (>15) was sprake van bemoeilijkte mictie;

- in het verleden had ooit een operatie op urogenitaal gebied plaatsgevonden.

Deze criteria waren dusdanig opgesteld, dat verwacht mocht worden dat alle mannen met één of meer episoden van acute urineretentie in het verleden zich in de geselecteerde groep zouden bevinden.

In totaal werden 716 mannen geselecteerd, van wie vervolgens de dossiers bij de huisarts (inclusief de eventueel aanwezige correspondentie van de uroloog) werden gelicht. Daarin werd gezocht naar notities betreffende klachten, diagnosen, onderzoek, medicatie, contactmomenten en verwijzingen op urogenitaal gebied in de voorafgaande vijf jaar.

Aan de hand van de levensstafelmethode werden incidentiecijfers berekend voor drie leeftijdscategorieën (55-64, 65-74 en ≥75 jaar). De noemer werd gevormd door de levensjaren van de voor follow-up beschikbare 1692 respondenten. Als teller fungeerde het aantal mannen met acute urineretentie per leeftijdscategorie. De betrouwbaarheidsintervallen werden berekend aan de hand van een Poisson-verdeling.^{19,20}

Het leeftijdsverschil tussen de groep mannen met een doorgemaakte acute urineretentie en de groep mannen die geen acute urineretentie hadden doorgemaakt, werd getoetst met de Student-toets (t-toets).²¹

Resultaten

In totaal werden 16 mannen geïdentificeerd met één of meer episoden van acute urineretentie in de voorafgaande vijf jaar. Vijf van hen ontwikkelden op korte termijn – terwijl zij onder behandeling waren bij de uroloog of daarvoor een afspraak hadden – een recidief.

De totale incidentie bedroeg 1,9 per 1000 manjaren bij een totaal van 6480 manjaren (95%-BI 1,2-3,4). De mannen met een doorgemaakte acute urineretentie hadden een significant hogere leeftijd dan

de mannen die geen acute urineretentie hadden doorgemaakt (respectievelijk 65,2 en 61,0 jaar, $p=0,02$). Gespecificeerd naar leeftijdscategorie waren de incidentiecijfers als volgt:

55-64 jr (n= 4) 0,9 (95%-BI 0,3-2,4);
65-74 jr (n=10) 3,7 (95%-BI 1,8-6,9);
≥75 jr (n= 2) 3,2 (95%-BI 0,4-11,6).

In elf gevallen had de huisarts de patiënt zelf gezien en direct – of na eigen interventie(s) – verwezen naar de uroloog. Bij zes mannen waren geen verrichtingen gerapporteerd, bij vier mannen was de uitslag van een rectaal toucher genoteerd (tabel). De overige vijf patiënten waren op het moment van de acute urineretentie reeds onder specialistische behandeling en waren wellicht daardoor rechtstreeks bij de uroloog terechtgekomen.

De uroloog constateerde bij elf patiënten een vorm van benigne prostaathyper-

plasie en bij één een prostaatcarcinoom. Bij één patiënt was de oorzaak van acute urineretentie een urethrastrictuur.

Uiteindelijk ondergingen veertien mannen een operatieve interventie (tabel).

Beschouwing

Gezien de lage absolute aantallen in dit onderzoek kunnen geen zwaarwegende en gedetailleerde conclusies worden getrokken. Desondanks was het opvallend dat alle acute urineretenties hebben geleid tot een urologische consultatie.

Uit ons onderzoek bleek dat per jaar ongeveer 2 per 1000 mannen >55 jaar een acute urineretentie ontwikkelden. Aangezien huisartsen niet altijd consequent de contacten met patiënten noteren, is dit cijfer mogelijk een onderschatting. Bij de meerderheid van de patiënten constateerde de uroloog (bevestigd door patholo-

gisch-anatomisch onderzoek) een benigne prostaathyperplasie als onderliggende aandoening. Slechts in één geval werd een prostaatcarcinoom gevonden. Bij de urethrastrictuur was er een mogelijk verband met eerdere urologische interventies.

Onze resultaten komen overeen met de uitkomsten van onderzoek in de tweede lijn. Hierin werd met betrekking tot de klinische oorzaken van acute urineretentie het volgende gevonden:

- voor BPH een spreiding van 50-70 procent;
- voor prostaatcarcinoom een spreiding van 7-25 procent van de gevallen;
- voor urethrastrictuur een spreiding van 4-12 procent van de gevallen.

Daarnaast rapporteerden deze auteurs ook een grote variëteit aan oorzaken van acute urineretentie.^{8-10,22}

De meeste patiënten ondergingen één of meer vormen van operatieve therapie. In enkele gevallen kon de uroloog na scopie volstaan met afwachten, soms in combinatie met antibiotica. Dit is in overeenstemming met diverse publicaties uit de tweede lijn.^{9,11-15,23-30} Vijf mannen ontwikkelden een recidief. Ook in ander onderzoek worden hoge recidieven gemeld: van 50 procent binnen zeven dagen tot 79 procent na vijf jaar.^{7,8,10-13}

Volgens de NHG-Standaard Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen dient de huisarts bij een patiënt met een eerste – niet door een trauma veroorzaakte – acute urineretentie een transurethrale blaascatheterisatie volgens protocol te verrichten.^{31,32} De volgende ochtend wordt de catheter verwijderd en dient gewacht te worden tot de mictie op gang komt. Als dat niet gebeurt, volgt verwijzing naar de uroloog. In ons onderzoek bleken de huisartsen de catheterisatie in de meeste gevallen overgelaten te hebben aan de uroloog, jaren voor het verschijnen van de NHG-standaard.

In de toekomst zal de huisarts vaker worden geconfronteerd met acute urineretentie bij oudere mannen. Het is daarom van belang dat huisartsen en urologen goede afspraken maken over verwijfsindicaties, behandeling in de eerste lijn, terug-

Tabel Diagnosen en interventies door huisarts en uroloog bij 16 mannen met acute urineretentie

	Verwezen n=11	Niet verwezen n=5
<i>Huisarts</i>		
Gemiddeld aantal consulten	3 (1-7)	
Rectaal toucher geregistreerd	4	
Rectaal toucher afwijkend (vergroet, fors)	3	
1x catheterisatie, gevolgd door antibiotica	1	
2x catheterisatie, gevolgd door antibiotica	1	
Alleen antibiotica	3	
Geen (c.q. niet gevonden)	6	
<i>Uroloog</i>		
Diagnose(n) naast acute urineretentie		
– benigne prostaathyperplasie	5	2
– benigne prostaathyperplasie/urolithiasis	3	1*
– cystitis/prostatitis	2	–
– prostaatcarcinoom	–	1
– urethrodyne	1	–
– urethrastrictuur	–	1†
Beleid		
– antibiotica	2‡	–
– cystoscopie zonder interventies	1§	–
– operatie	8	5

* Acute urineretentie postoperatief na Hartmann-procedure.

† Status na eerdere operatie wegens benigne prostaathyperplasie.

‡ + bij 1 patiënt stoppen met coumarinederivaat.

§ status na 1x recidief prostaatcarcinoom.

verwijzingen en consultatiemogelijkheden. Bovendien verdient het aanbeveling mogelijkheden tot interventie – en eventueel preventie – door de huisarts te ontwikkelen en toetsen in prospectief onderzoek. In dit verband is een oriënterend onderzoek naar de waarde van adviezen omtrent plasgewoonten wellicht ook zinvol ten aanzien van acute urineretentie. Tevens zal duidelijk moeten worden of de nieuwe medicamenteuze mogelijkheden ten aanzien van benigne prostaathyperplasie ook de kans op acute urineretentie zullen reduceren.

Literatuur

- 1 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 2 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reasons for encounter- & Episode- & Process- Oriented Standard Output from the Transition Project. Parts 1 and 2. Amsterdam: Department of General Practice 1991.
- 3 Knottnerus JA, Wolfs GGMC, Muylers PEM. Benigne prostaathyperplasie: een probleem voor patiënt en huisarts. *Huisarts Wet* 1989; 32(11): 420-7.
- 4 Janknegt RA, Rollema HJ, Van de Beek C. Urodynamisch onderzoek noodzakelijk voor correcte diagnostiek bij prostatisme. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 1751-6.
- 5 Schlattmann TLM. Benigne prostaathyperplasie; aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling anno 1992. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 2414-7.
- 6 Fontanarossa PB, Roush WR. Acute urinary retention. *Emerg Med Clin North Am*; 1988; 6: 419-37
- 7 Craigen AA, Hickling JB, Saunders CRG, Carpenter RG. Natural history of prostatic obstruction. *J R Coll Gen Practit* 1969; 18: 226-32.
- 8 Breum L, Klarskov P, Munck LK, et al. Significance of acute urinary retention due to infravesical obstruction. *Scand J Urol Nephrol* 1982; 16: 21-4.
- 9 Moul JW, Davis R, Vaccaro JA, et al. Acute urinary retention associated with prostatic carcinoma. *J Urol* 1989; 141: 1375-7.
- 10 Murray K, Massey A, Feneley RC. Acute urinary retention – a urodynamic assessment. *Br J Urol* 1984; 56: 468-73.
- 11 Birkhoff JD, Wiederhorn AR, Hamilton ML, Zinsser HH. Natural history of benign prostatic hypertrophy and acute urinary retention. *Urology* 1976; 7: 48-52.
- 12 Bakht FR, Graham Guerriero W. Genitourinary emergencies. *Primary Care* 1989; 16: 905-27.
- 13 Christensen MM, Bruskewitz RC. Clinical manifestations of benign prostatic hyperplasia and indications for therapeutic intervention. *Urol Clin North Am* 1990; 17: 509-16.
- 14 Millard RJ. Management of urinary retention. *Austr Fam Physician* 1986; 15: 1560-3.
- 15 Arrighi HM, Metter EJ, Guess HA, Fozzard JL. Natural history of benign prostatic hyperplasia and risk of prostatectomy. *Urology* 1991; 38(1 Suppl): 4-8.
- 16 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990; 239-41.
- 17 Höppener P, Knottnerus JA, Metsmakers JFM, et al. Een geautomatiseerd steekproefbestand voor huisartsgeneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 1990; 33: 66-9.
- 18 Wolfs GGMC, Knottnerus JA, Janknegt RA. Prevalence and detection of micturition problems among 2,734 elderly men. *J Urol* 1994; 152: 1467-70.
- 19 Sturmans F. Epidemiologie. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1982; 289-325.
- 20 Vandenbroucke JP, Hofman A. Grondslagen der epidemiologie. Utrecht: Bunge, 1988; 8-23.
- 21 Knottnerus JA, Volovics A. Medische statistiek en onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990; 45-57.
- 22 Klarskov P, Andersen JT, Asmussen CF, et al. Symptoms and signs predictive of the voiding pattern after acute urinary retention. *Scan J Urol Nephrol* 1987; 21: 23-8.
- 23 O'Reilly PH. Postoperative urinary retention in men. Don't automatically blame the prostate. *BMJ* 1991; 302: 864.
- 24 Steinberg J, Rukstalis DB, Vickers MA. Acute urinary retention secondary to Herpes simplex meningitis. *J Urol* 1991; 145: 359-60.
- 25 Blackburn T, Dunn M. Cystocerebral syndrome. Acute urinary retention presenting as confusion in elderly patients. *Arch Intern Med* 1990; 150: 2577-8.
- 26 Bouachour G, Tirot P, Varache N, et al. Urinary bladder distention presenting as venous obstruction and hypovolemic shock. *Am J Emerg Med* 1991; 9: 563-4.
- 27 Allardice JT, Standfield NJ, Wyatt AP. Acute urinary retention: Which catheter? *Ann R Coll Surg Eng* 1988; 70: 366-8.
- 28 Higgins PM, French ME, Chadavada VSR. Management of acute retention of urine: a reappraisal. *Br J Urol* 1990; 67: 365-8.
- 29 Taube M, Gajraj H. Trial without catheter following acute retention of urine. *Br J Urol* 1989; 63: 180-2.
- 30 Hastie KJ, Dickinson AJ, Ahmad R, Moisey CU. Acute retention of urine: is trial without catheter justified? *J R Coll Surg Edinb* 1990; 35: 225-7.
- 31 Klomp MLF, Gercama AJ, De Jonge-Wubben JGM, et al. NHG-Standaard Bemoeilijktie Mictie bij Oudere Mannen. *Huisarts Wet* 1994; 37: 357-65.
- 32 Beijaert RPH, Hiemstra Y, Hoogvliet G, et al. Thuiszorg technologie. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993; 69-76. ■

Abstract

Elzinga GJW, Gorgels WJM, Wolfs GGMC, Janknegt RA, Knottnerus JA. Acute urinary retention in men >55 years: an urgent problem to the family doctor as well? *Huisarts Wet* 1997; 40(3): 102-4.

Objective To define the incidence rates due to acute urinary retention in general practice by men older than 55 years. To define the clinical causes and natural history of acute urinary retention. To evaluate the policy of referral to the urologist.

Design and setting Patient record study within a population-based cohort in ten general practices in Maastricht.

Method From a cohort of men (n=1692) participating in the Maastricht natural history study of BPH, those were identified that had suffered from one or more episodes of acute urinary retention. General practitioner patient records were screened for a period of 5 previous years.

Results 16 men with one or more episodes of acute urinary retention were found. The incidence rates in the several lifetime groups were 0,9 (95 per cent confidence interval 0,3-2,4) of 55-64 years, 3,7 (95 per cent confidence interval 1,8-6,9) of 65-74 years and 3,2 (95 per cent confidence interval 0,4-11,6) from 75 years, resulting in an overall incidence rate of 1,9

(95% confidence interval 1,2-3,4), all these in 1000 man years. The sum of the man years was 6480. 11 of these men suffered from clinical BPH, 1 man from carcinoma of the prostate, 1 man from stricture of the urethra, 1 man from prostatitis, 1 man from hemorrhagic cystitis and 1 man from urethrodynia. They all, at last, underwent an urological treatment with or wit-

hout being referred by the family doctor. 14 men underwent – on term – a surgical operation.

Conclusion Treatments applied by the family doctor did not solve episodes of acute urinary retention in this group of men. Having one or more episodes of acute urinary retention appeared to be followed by referral to the urologist.

An increase in appearance of this problem will be expected, due to ageing of the population. Closer orientation on general practitioner treatment possibilities is recommended.

Key words Family practice; Follow-up studies; Prostatic hypertrophy; Urinary retention.
Correspondence G.J.W.Elzinga, MD, Scheerlingaan 2, 4001 WJ Tiel, The Netherlands.

Abstract

Schilte B, Hellemons-Boode BSP, Zwietering PJ. The radial pulse palpation in finding atrial fibrillation. A comparison with ECG. Huisarts Wet 1997; 40(3): 95-7.

This study investigated the sensitivity, specificity and observer agreement of the radial pulse palpation in order to diagnose atrial fibrillation. Five general practitioners and three general practitioner trainees palpated the radial pulse in 38 elderly patients, seven of whom had constant atrial fibrillation. The doctors recorded the regularity, equality and clinical diagnosis after each radial pulse palpation. After palpa-

tion an ECG was recorded from all patients. The doctors' clinical diagnosis atrial fibrillation had a sensitivity of 63 per cent and a specificity of 98 per cent, compared to the ECG diagnosis. The doctors could improve their clinical diagnosis when they would use as cut-off point: a completely irregular pulse or a partially irregular pulse with four or more extra beats per minute (sensitivity 93 per cent and specificity 88 per cent). The paired kappa among eight doctors ranged between 0.48 and 0.61. Radial pulse palpation can be useful for GPs in tracing or excluding atrial fibrillation. In case some

irregularity or inequality of pulse is found, further physical examination and ECG recording is recommended. Half of the patients with atrial fibrillation had a completely irregular and unequal pulse finding.

Key words Atrial fibrillation; Clinical agreement; Radial pulse palpation.

Correspondence B. Schilte, MD, Department of General Practice, University of Maastricht, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.