



Vak

Ma.1.B.2

Samenvatting

Zelfstudieopdrachten Week 13

Zelfstudieopdrachten

ZO.3 Acute beeldvorming buik

Casus 1: vrouw, 23 jaar, 20 weken zwanger. Heftige pijn rechterflank. Langzaam ontstaan en zeer hevig. Blanco voorgeschiedenis. Bij lichamelijk onderzoek diffuse drukpijn over de hele rechter buikhelft. Bloedonderzoek toont geen afwijkingen.

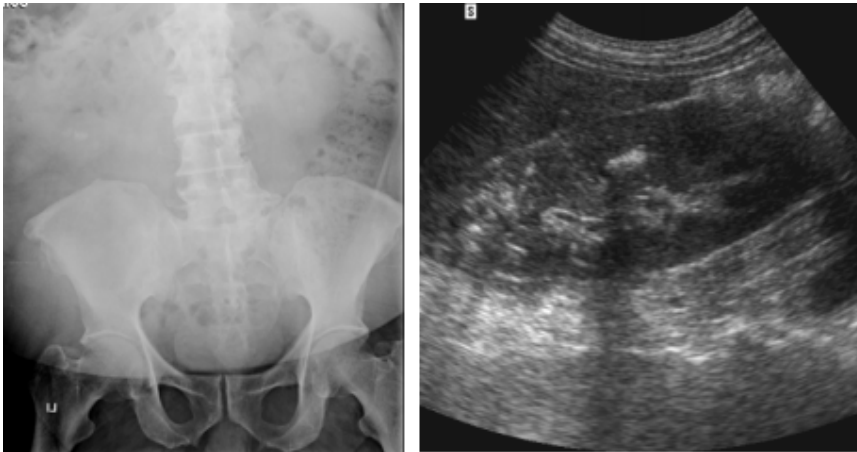
Differentiaal diagnose:

Nierstenen: lokatie rechterflank, hevigheid pijn, geen labafwijkingen.

Galstenen: lokatie rechter buikhelft, hevigheid pijn, geen labafwijkingen.

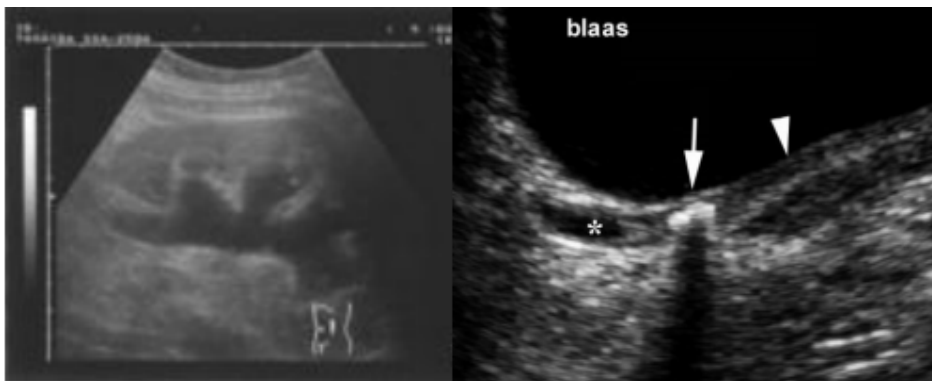
Appendicitis: lokatie rechter buikhelft, hevigheid pijn; minder waarschijnlijk vanwege geen labafwijkingen bij al langer bestaande klachten.

Er dient nu een echo abdomen te worden gemaakt. Dit onderzoek is het meest gevoelig voor galstenen en bij een zwangere worden het liefst geen röntgenstralen gebruikt.



Er wordt een steen in de rechter nier gevonden: X-BOZ: densiteit in rechter nierregio; echo abdomen: echorijke structuur met slagschaduw.

Enkele dagen later krijgt patiënte koorts, CRP 120, creatinine 160 en toename van pijnklachten onder gebruik van pijnstillers. Aanvullend echo onderzoek laat de volgende afwijkingen zien:



De steen is gemigreerd naar de ureter, welke nu obstructie veroorzaakt met hydronefrose/hydro-ureter. Behandeling: plaatsing van nefrostomie katheter.

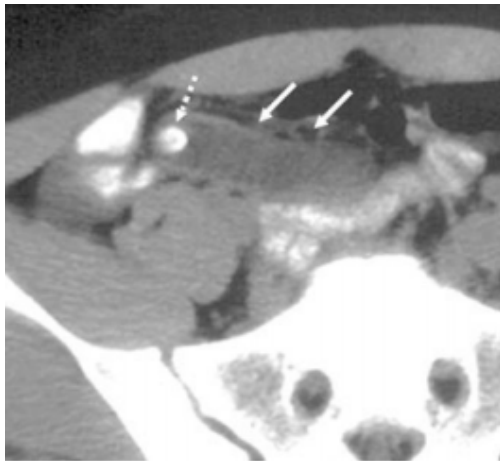
Casus 2: meisje, 8 jaar. Acuut misselijk, braken, diarree en koorts (38 graden). Diffuse buikpijn. Blanco voorgeschiedenis. Geen zieken in de omgeving. Lab: leuko's 14, CRP 80, verder geen afwijkingen.

Differentiaal diagnose:

- Appendicitis: misselijk, braken, koorts, labafwijkingen
- Gastro-enteritis: misselijk, braken, koorts, labafwijkingen
- Lymfadenitis mesenterica: kinderleeftijd, kliniek gelijk aan appendicitis

Er wordt besloten dat aanvullende beeldvorming nodig is om tot een diagnose te komen en er wordt een CT-scan van de buik aangevraagd. Liever moet een echo-abdomen aangevraagd worden omdat bij kinderen het liefst geen röntgenstraling wordt gebruikt. Bij kinderen met weinig abdominaal vet is beoordeling van de buikorganen met echo ook beter mogelijk dan met CT.

CT-scan geeft het volgende resultaat:



De CT laat een ontstoken appendix zien (verdikte appendix met velinfiltratie en appendicoliet). De gestippelde pijl geeft een appendicoliet (verkalking van de appendixinhoud, bijv. met fecale impactieresten) aan.

Casus 3: vrouw, 78 jaar. Presentatie op SEH met heftige pijn in de rug en hypotensie.

Een gerupte aorta aneurysma is nu een diagnose waarmee zeker rekening moet worden gehouden en die dus aangetoond of uitgesloten moet worden. Dit kan gedaan worden met een CT abdomen. De tekenen van ruptuur zijn hiermee het meest betrouwbaar vast te stellen. De precieze anatomie van het aneurysma is van belang voor therapiebepaling. De CT toont inderdaad een aneurysmatische verwijding van de aorta abdominalis, onderbreking in de aortawand en extravasatie van contrast uit het normale aortalumen.



ZO.4 Acute urineretentie

De meest voorkomende oorzaken van acute urine retentie (AUR) bij de man:

- Benigne prostaat hypertrofie
- Prostaatkanker (uitgebreid stadium)
- Phimosi (voorhuidvernauwing)

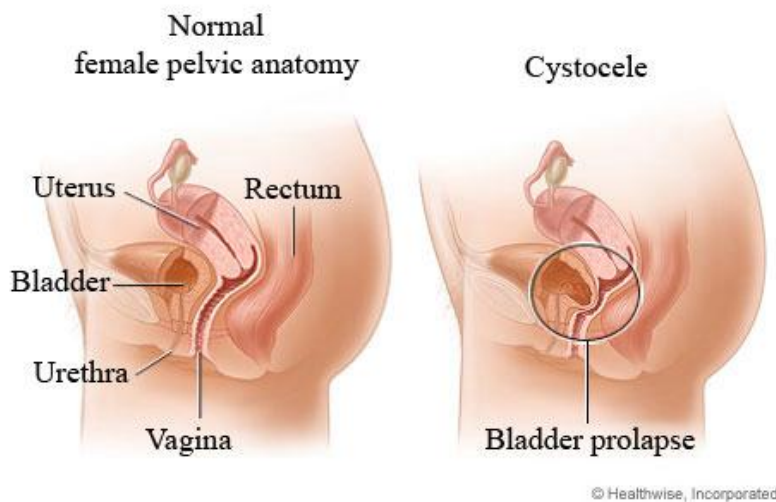
- Meatus- of urethra-stenose
- Prostatitis

De oorzaak bij de man is meestal een obstructie van de urethra door een vergrote prostaat. Het begint met een verminderde straal en uiteindelijk kan de blaas niet genoeg druk ontwikkelen om de verminderde doorgang open te drukken.

De meest voorkomende oorzaken van acute urine retentie (AUR) bij de vrouw:

- Cystocele (verzakking van de vaginavoorwand a.g.v. een verzwakking van het septum vesicovaginale)
- Postoperatief
- PID
- Ovarium- of uterustumor

Acute urine retentie bij de vrouw is veel zeldzamer. Meestal komt het doordat de blaasspier minder contractiel is door overrekking, zenuwschade na een gynaecologische operatie of door bepaalde medicijnen. Dit i.c.m. een geringe verhoging van de urethrale uitgangsweerstand (bijv. andere hoek tussen blaas en urethra bij cystocele of bekkentumor) zorgt voor urine retentie.



Medicijnen die geassocieerd worden met het ontstaan van AUR:

- Antidepressiva
- Anticholinergica
- Antipsychotica
- Sympaticomimetica
- Morfina-achtige analgetica

Een wervelmetastase kan een conus cauda syndroom geven met AUR. De druk op parasympatische motoneuronen in het sacrale ruggenmerg geeft namelijk een verlamde m. detrusor.

Symptomen bij AUR:

- Niet kunnen urineren
- Pijn in de onderbuik
- Onrustig gedrag met bewegingsdrang.
- Mannen hebben anamnestic meestal tevoren al een sterk verminderde urinestraal en kort tevoren alcohol gebruikt.

- De oudere man heeft meestal een grotere prostaat, waardoor een grotere kans op urineretentie.
- Vrouwen hebben vaak een gynaecologische operatie in de voorgeschiedenis.
- Soms resulteert seksueel misbruik in het verleden in een verhoogde tonus van de bekkenbodem en remming van de mictiereflex.

Aanvullend onderzoek bij AUR:

1. Echografie van de blaas en nieren
2. Serum kreatinine
3. Bij koorts serum leukocyten en CRP
4. Na katheterisatie urinesediment en urinekweek
5. Bij lichamelijk onderzoek percussie van de onderbuik

Urodynamisch onderzoek laat een hypotone of atone blaas zien. Indien mictie mogelijk is, dan is er sprake van een obstructieve urinestraal.

Complicaties die kunnen voortkomen uit AUR:

- Atone m. detrusor
- Acute nierinsufficiëntie
- Urosepsis

Therapeutische mogelijkheden:

1. Transurethrale catheter (TUC)
2. Suprapubische catheter (SPC)
3. Intermitterende catheterisatie

Casus 1: 70 jarige man, kan plotseling niet meer plassen.

De meest waarschijnlijk diagnose is acute urineretentie door benigne prostaat hypertrofie (BPH).

Onderzoek: percussie van de blaasregio (vergroete blaas met doffe percussietonen tot aan de navel) en echografie van de blaas (grote blaasvulling).

Behandeling: transurethrale catheter (TUC) of suprapubische catheter (SPC)

Medicamenteuze behandeling: α 1-adrenerge blockers zoals tamsulosine of alfuzosine.

Casus 2: 60-jarig man, bekend met hormonaal behandelde gemetastaseerde prostaatkanker, met sinds enkele weken malaise en lage rugpijn. Kan sinds vanmorgen niet meer goed lopen en urineren. Op de echo wordt beiderzijds hydronefrose beschreven. Meest waarschijnlijke diagnoses: AUR door myelumcompressie en vergroete prostaat met hydronefrose bij wervelmetastase.

Diagnostisch beleid: serum kreatinine, X-lumbale wervelkolom

Therapeutisch beleid: TUC of SPC. Indien metastase verwijzen naar radiotherapeut voor locale bestraling en dexamethason.