

Problemen met een urinestoma.

Auteur:	I. Broekkamp
Vertaald/bijgewerkt:	
Nieuwsbrief:	1993
Pagina:	14-15
Jaargang:	7
Nummer:	25
Toestemming:	
Illustraties:	
Bijzonderheden:	
Kernwoorden:	stoma urinestoma Bricker operatie Brickerurine­weg infecties
Literatuur:	1. Hampton, Beverly G. en Ruth A. Bryant. Ostomies and Continent Diversions. Hoofdstuk Genitourinary Surgical Procedures. Mosby Year Book Inc. St.Louis, 1992. 2. WCS-Wondenboek. Hoofdstuk Stoma.

Mevrouw De Wit, 84 jaar, is een actieve en zeer zelfstandige vrouw. Ze woont samen met haar man die hulpbehoefend is. 25 jaar geleden werd vanwege blaaskanker de blaas verwijderd en kreeg zij een urinestoma. Bij Mevr. De Wit werd het segment van het sigmoid (onderste gedeelte dikke darm) gebruikt in plaats van het ileum (dunne darm). De doorsnede van de stoma is daardoor groot. Mevr. De Wit is zeer alert op haar stoma, weet ook uitstekend hiermee om te gaan. Ze weet goed waarop ze moet letten. Omdat ze vaak lekkages van het opvangmateriaal heeft, neemt ze contact op met de stomaverpleegkundige.

Na het verpleegkundig onderzoek komen de volgende problemen naar voren:

- de stoma heeft een diameter >5 cm en ligt op huidhoogte
- 3 cm rondom de stoma is de huid geïrriteerd
- er is een peristomale breuk
- de pH van de urine is 6.5, de vochtinname is matig
- ze heeft reumaklachten, vooral aan haar handen

Een stoma op huid hoogte geeft zonder breuk al vaak problemen. Door de breuk is de mucosa (slijmvlies) uitgevlakt en de stoma is groter geworden.

Bijna dagelijks en soms 2x daags heeft Mevr. De Wit lekkages: er is geen controle. Lekkage van het opvangmateriaal ontstaat soms ook al 1 of 2 uur nadat het materiaal is aangebracht. Het voorgestane ééndelige urine opvangzak-je voldoet niet meer: de opening is te klein en er zijn geen grotere op de markt. De huid is geïrriteerd geraakt door het stripeffect doordat het opvangmateriaal vaak wordt verwisseld en de huid vaak wordt gewassen.

Mevr. De Wit wil weer controle hebben zodat het zakje zonder lekkages gedurende 3 dagen op de huid kan blijven en ze het met een vaste regelmaat kan verwisselen.

Met de specialist wordt overleg gepleegd.

Urine wordt nader onderzocht: de kweek blijkt negatief. Op Röntgen foto's van de nieren en de conduit worden geen afwijkingen gevonden. De breuk heeft geen effect op de conduit en daarmee het functioneren van de stoma.

Vanwege haar leeftijd en de eigen wens wordt afgezien van een operatie om de breuk te

corrigeren. De specialist adviseert haar een breukband te dragen en de vocht inname te verhogen.

Bricker operatie

De meest voorkomende urineweg omleiding is tegenwoordig de ileo-conduit of Bricker operatie.

Een segment van de dunne darm, dicht bij de ileo-cecale klep, wordt met intactlating van het mesenterium losgesneden. Eén uiteinde van dit segment (de conduit of verlengstuk) wordt gesloten en het andere uiteinde wordt naar buiten gebracht, tot iets buiten de abdominale wand waar de stoma wordt gemaakt, en aan de dermis gehecht. De ureters worden in het distale gedeelte van de conduit geprepareerd; een anastomose wordt gemaakt op de mucosa laag van het ileum en de mucosa laag van de ureters. De conduit mag niet te lang zijn en niet onder spanning staan. Het doel is om een korte, rechte gang te creëren, van waaruit de urine vrij naar buiten kan lopen zonder dat iets stagneert. Het darmsegment moet niet gezien worden als een kunstblaas.

Voordelen van deze operatie zijn dat men een verhoogde mooie stoma kan creëren op een goede plaats en het vermindert enorm het risico van stomale stenose. Wanneer men de ureters in de buikwand zou plaatsen is de kans op stenose (vernauwing) groot en de verzorging is ook moeilijk.

Waarom bij Mevr. De Wit een segment van het sigmoid gebruikt is, is niet helemaal duidelijk. De grote doorsnede van de stoma maakt het verzorgen soms moeilijker.

Complicaties

Complicaties van een urinestoma zijn o.a.

- stenose in de conduit
- urineweginfectie
- steenvorming
- verstoring electrolyten balans. Zowel een colon- als ileumconduit kan verstoring van de electrolytenbalans veroorzaken door het re-absorberen van urine door de darmwand. Vooral als de urine niet snel genoeg uit het lichaam komt door problemen met een te lange of geknikte conduit.

Een patient met een urinestoma zal de rest van zijn leven onder behandeling/controle van de arts moeten blijven.

Naast de algemene verzorging van een stoma zijn er speciale aandachtspunten die de patiënt moet weten en leren over de verzorging van een urinestoma.

Het voorkomen van urineweginfecties

Bij een urinestoma is de urineweg drastisch veranderd: de natuurlijke obstakels, ventielen, zijn verwijderd en de urineweg is verkort. Een vrije terugloop van urine naar de nieren is mogelijk, dus zijn deze zeer toegankelijk voor bacteriën.

Er bestaat een groot risico om urineweginfecties te krijgen. Bij chronische urineweginfecties

is het risico van steenvorming verhoogd met alle gevolgen van dien: nierinsufficiëntie. (Zure urine kan ook stenen vormen!). Mensen die gevoelig zijn voor het ontwikkelen van nierstenen zullen zeer alert moeten zijn en blijven. Het voorkomen en vroeg signaleren van een urineweg infectie is zeer belangrijk. De patient zal geleerd moeten worden wat de symptomen zijn van een urineweginfectie en wanneer hulp in te roepen.

Symptomen urineweginfecties

- troebele urine, de vlokken zijn anders. (Dit is normaal wanneer een conduit van een darmdeel is gemaakt.)
 - weinig of geen urine met sterke of stinkende geur. De geur kan een indicatie zijn voor een infectie of geconcentreerde urine. De patiënt moet de geur kennen van schone urine: verse urine met een pH >6 heeft een lichte iets zoete geur. Wanneer de pH hoog is (alkalisch), zal de urine sterker tot stinkend ruiken. Regelmatig (laten) meten; hierbij urine uit de stoma en niet uit het zakje gebruiken. Het teststripje mag niet de stomamucosa raken. Voedsel en medicijnen kunnen de pH van de urine beïnvloeden. Het gebruik van geur-maskerende materialen is dus niet aan te raden.
 - verandering van pH van zuur naar alkalisch. Het onderhouden van verdunde urine met een pH >6 is essentieel. Hierin kunnen bacteriën niet leven: voorkomt infecties.
 - verhoging van lichaamstemperatuur
 - pijn in de flanken
 - niet lekker voelen, misselijkheid
- Een urinekweek moet worden afgenomen door een deskundige met de juiste benodigdheden. Urine uit het zakje kan niet voor kweek gebruikt worden. Er zal ook gezorgd moeten worden dat er geen infectie kan ontstaan op stoma hoogte door b.v. slechte hygiëne van de huid en van het opvangmateriaal. Het stomamateriaal moet goed rondom stoma passen.

Gebruik van het opvangmateriaal

Belangrijk is dat het urinezakje een anti-terugslag klep heeft die voorkomt dat de urine in het zakje kan terugvloeien naar stoma.

Het zakje wordt gelegeerd wanneer het 1/3 gevuld is: ongeveer elke 1? tot 2 uur. Het legen kan zittend op of staand voor het toilet. Het uiteinde droog deppen met toiletpapier en dan weer sluiten.

's Nachts wordt een nachtzak gebruikt die met een slang aan het stomazakje wordt gekoppeld. De slang wordt via de pyamabroek naar het voeteneind van het bed geleid en daar kan de zak opgehangen of neergelegd worden. De patient heeft zo een grote bewegingsvrijheid. Afknikken van de slang moet worden voorkomen.

Indien men geen nachtzak gebruikt moet 's nachts het zakje 1 of 2 x gelegeerd worden. De nachtzak wordt 'smorgens gelegeerd en schoongemaakt met een azijnoplossing of een ander schoonmaakmiddel en afgesloten met een dop. Stomazakjes worden ook dagelijks schoon gemaakt met een azijnoplossing.

Vocht en voedsel inname

Bij het instrueren van de patiënt met een urinestoma moet de verpleegkundige het belang van de vochtinname sterk benadrukken. De adequate hoeveelheid, indien er geen medische problemen zijn, is 1800 tot 2400ml per dag. Deze hoeveelheid vocht inname zorgt voor:

- goed verdunde urine (voorkomt steenvorming)
- de pH aan de zure kant: