

Een bijzondere decubituscasus:

Grote gevolgen van een kleine ballon

Op verdenking van een Fournier gangreen van het scrotum, werd maart 1994 de 78-jarige diabetes-patiënt, dhr. O. met grote spoed opgenomen op onze afdeling.

Tot december 1993 had dhr. O. zich nog grotendeels zelfstandig kunnen redden, ondanks een geringe rest-parese van de rechter arm en afasie na een eerder doorgemaakt CVA. De diabetes mellites werd met insuline gereguleerd (Mixtard 30/70) en vanwege zijn CARA gebruikte hij nu en dan Ventolin. In het verleden onderging dhr. O. een transurethrale resectie van de prostaat en een cataract operatie.

Vanwege een heupfractuur, na een val in december in 1993, werd bij dhr. O. een DHS (dynamic hip screw) ingebracht. Om te revalideren was hij vanaf februari 1994 in een verpleeghuis opgenomen en kreeg een verblijfskatheter na een overloopblaas. Gedurende perioden met onrust verwijderde dhr. O. meermaals de katheter à demeure. De dag voor opname werd hij onwel en was kortdurend sprake van koorts (38⁵ °C). Tevens bleek sprake te zijn van een onregelde diabetes mellitus (glucose 20,3 mmol/L). Deze periode werd toegeschreven aan een averse reactie op de slaapmedicatie (Rohypnol). De volgende ochtend werd links een gangreneuze scrotum-huid bemerkt.

Bij opname was dhr. O. goed aanspreekbaar, had geen koorts en was niet echt ziek. Bij onderzoek werd een nagenoeg zwart gekleurde linker scrotaal-helft gezien, die onpijnlijk en reeds gedemarcieerd was. Hieromheen bevond zich een zich snel uitbreidende roodheid, die reeds overgreep naar de andere scrotaal-helft, penisschacht en via de liezen/onderbuik naar de flanken beiderzijds (foto). Een katheter à demeure CH 14 was in situ, maar desondanks was de blaas palpabel. Na inbrengen van een nieuwe katheter, liep plusminus 250 ml troebele urine af. Onmiddellijk werd gestart met antibiotische therapie met een zo breed mogelijk spectrum (penicilline, gentamycine en clindamycine) en de antistolling (Sintromitis vanwege de heupfractuur) gecoupeerd met 4-factoren concentraat (INR >16).

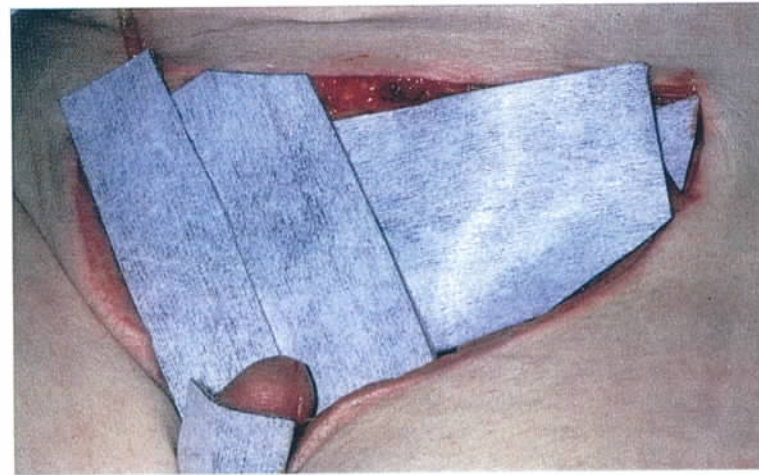
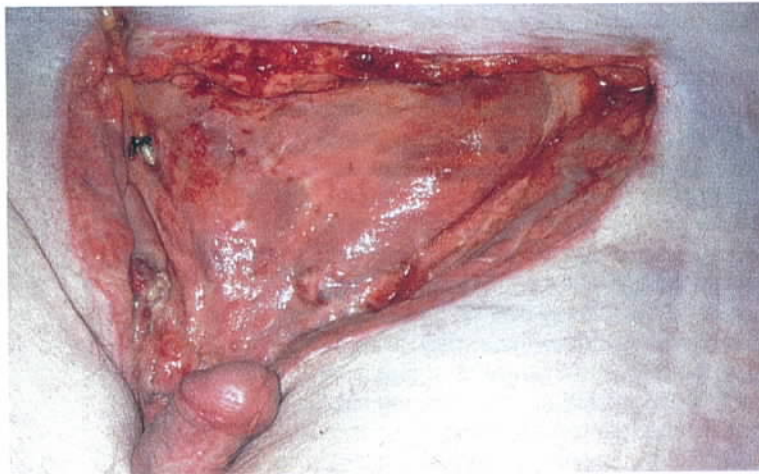
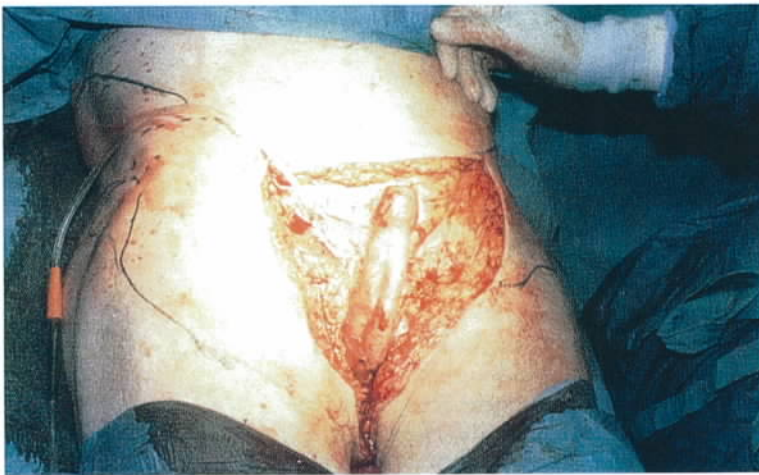
Een half uur na aankomst werd bij dhr. O. onder narcose een nettoyage verricht. Het bleek noodzakelijk te zijn het scro-

tum met inhoud, de huid van de penisschacht, de huid van de beide liesstreken en de huid over het schaambeent te verwijderen (foto). De grootte van de resectie werd bepaald door het aspect en vitaliteit van de subcutis. Overal bleek de fascia intact, zodat het geen Fournier gangreen, maar een diabetisch gangreen betrof. Gedurende de nettoyage bleek het uiteindelijke focus de urethra bulbosa te zijn (foto), die grotendeels necrotisch en geperforeerd was. De oorzaak van de necrose bleek **decubitus** te zijn, veroorzaakt door de in de urethra gelegen ballon van de katheter à demeure, die bij opname verwijderd werd. De laesie van de urethra (en corpus spongiosum) strekte zich uit tot in de sfincter van de urethra en het perineum. De urethrale katheter werd vervangen door een suprapubische katheter à demeure.

Direct post-operatief herstelde patiënt zich goed en granuleerde de wond fraai. Patiënt was incontinent voor urine via de insufficiënte sfinter, ondanks de suprapubische katheter à demeure. Het lag in de bedoeling, dat de plastisch chirurg de wond ter zijner tijd zou afdekken met behulp van huidtransplantaten. De conditie van patiënt verslechterde zich echter langzamerhand en dhr. O. overleed de elfde dag na de ingreep.



R.C.M. Pelger
Uroloog
Academische Ziekenhuis
Leiden.





J.C. van Rossum
Verpleegkundig hoofd
Urologie A.Z.L.

Casus: **VERPLEEGKUNDIGE ZORG BIJ CATHETERPROBLEMEN** (in aansluiting op voorafgaand artikel)

De wondverzorging bij deze patiënt, was zeer gecompliceerd. Onze eerste keuze was een alginaat, om het wondvocht te absorberen en een vochtig wondklimaat te scheppen.

Door de voortdurende onrust, lukte het niet om de alginaten langer dan een aantal uren op de wond gefixeerd te houden. De patiënt wist het verband, ondanks diverse fixatie trucs, steeds opnieuw te verwijderen. Uiteindelijk is gekozen voor de meest "makkelijke" en "goedkope" oplossing door de wond af te dekken met een vaseline gaas afgedekt met een absorberend verband, welke met behulp van netverband werd gefixeerd.

Verder werd de wond frequent gespoeld met NaCl. 0.9 %.

Ondanks de regelmatige traumatische contacten granuleerde de wond mooi. Door andere interne problemen is de patiënt enkele dagen post - operatief overleden.

Wat kan je als verpleegkundige doen om deze "catheterproblemen" te voorkomen:

1. INBRENGEN VAN DE URINE CATHETER.

- **kies voor een juiste diameter van de catheter.**
een te dikke catheter is pijnlijk en de oorzaak van irritatie in de pusbuis. Voor de meeste mannen wordt een chariere 14-16 geadviseerd. Voor vrouwen chariere 16-18. Een van de complicaties van het langdurig in situ zijn van een te dikke catheter is strictuurvorming in de urethra.
- **breng de catheter op a-septische wijze in.**
kies voor een silicone catheter als het om langdurige verblijfs-catheter gaat. Deze kan 6-8 weken in-blijven. Breng de catheter zo ver als mogelijk in. Blaas dan de ballon op en trek de catheter voorzichtig terug zodat de catheter onder in de blaas ligt.
- **blaas de ballon van de catheter op met, een op de catheter aangeven, minimale hoeveelheid aqua dest.**
een te vol opgeblazen ballon veroorzaakt blaaskrampen en daardoor lekkage langs de catheter. Een dikkere catheter is daarvoor niet de oplossing. De ballon met wat minder aqua dest. vullen vaak wel.

2. FIXATIE VAN DE URINE-CATHETER.

- **zorg voor een extra fixatiepunt.**

- dit voorkomt directe tractie aan de catheter en mogelijk decubitus zoals beschreven in de casus.

3. CONTROLE VAN DE CATHETER.

- **controleer regelmatig of de catheter voldoende afloopt.**
om zo tijdig afknellen of verstopping te constateren.
- **hou het systeem zoveel mogelijk gesloten.**
door het afkoppelen van de catheter van het drainagesysteem, bestaat er een grotere kans op infectie.

4. CONTROLE VAN DE PATIENT.

- **controleer bij onbegrepen onrust of, als de patiënt aandrang aangeeft om te urineren, de doorgankelijkheid van de catheter.**
dit kan op een verstopping of afknelling duiden. Bij een mogelijke verstopping, moet de blaas gespoeld worden of moet er een nieuwe catheter ingebracht worden.
- **observeer regelmatig de temperatuur van de patiënt.**
een temperatuurverhoging kan het eerste teken zijn van problemen, veroorzaakt door de catheter.
- **aandacht voor hygiëne rond de catheter.**
2 maal daags goede hygiëne van de genitaalstreek en de omgeving van de catheter zijn van essentieel belang.