Detectie en aanpak van urinaire incontinentie bij vrouwen ouder dan 35 jaar: een uitdaging voor de eerstelijn

Haio: BOSMANS Danny , KUL
Promotor: AERTGEERTS Bert , KUL
Praktijkopleider: DE ROO Ludovicus

Context: Urinaire incontinentie (UI) bij vrouwen is een frequent voorkomend, doch weinig besproken thema tijdens de consultatie bij de huisarts. In onze praktijk was er beperkte ervaring met de detectie en behandeling van UI bij een actieve populatie. Bekkenbodemkin? wordt aanbevolen als de eerstelijnsbehandeling bij de meeste patiënten met UI. Deze therapie vergt heel wat motivatie van de patiënt en veronderstelt een goede samenwerking met een gespecialiseerde kinesist.

Onderzoeksvraag: Kan de huisarts de kwaliteit van leven verbeteren van actieve vrouwen met urine-incontinentie?

Methode: We zochten enerzijds naar cross-sectionele prevalentie-studies binnen een eerstelijns-setting met bepaling van de ziektegerelateerde kwaliteit van leven. Anderzijds zochten we evidentie dat bekkenbodemkin? als eerstelijnsbehandeling bij UI de kwaliteit van leven kan verbeteren. Vervolgens organiseerden we een kleinschalige cross-sectionele studie waarbij met behulp van vragenlijsten in onze wachtzaal gezocht werd naar vrouwen met UI ouder dan 35 jaar. We bepaalden de ernst en ziektegerelateerde kwaliteit van leven alsook een eventuele hulpvraag. Een bijkomend doel van de enqu?te was om vrouwen te sensibiliseren en uit te nodigen om het probleem te bespreken tijdens een vervolgconsult. Dit om eventueel bekkenbodemkin? te kunnen opstarten. Het opnieuw afnemen van de vragenlijsten na de behandeling kon aantonen of er verbetering was ontstaan in de kwaliteit van leven.

Resultaten: De literatuurstudie leert ons dat UI frequent voorkomt binnen de eerste lijn, een ernstige impact heeft op de kwaliteit van leven, maar vaak wordt miskend. Bekkenbodemkin? wordt aanbevolen als eerstelijnstherapie bij de meeste patiënten met UI. Er werden geen studies gevonden binnen deze setting die bekkenbodemkin? onderzochten met als outcomemaat verbetering van ziektegerelateerde kwaliteit van leven. Over een verloop van drie maanden werden 81 vrouwen in onze praktijk gevraagd om deel te nemen aan een studie. Dit leverde uiteindelijk 59 correct ingevulde vragenlijsten op. 34 dames hadden in meer of mindere mate last van UI. 16/34 had een hulpvraag. 5/34 had ernstige klachten van UI, kreeg hiervoor nog geen behandeling, maar had wel een hulpvraag. De incontinente vrouwen met gemiddeld de hoogste impact op kwaliteit van leven bevinden zich in de leeftijdscategorie van 40 tot 49 jaar. Geen van de ondervraagde dames meldde zich voor een vervolgconsult. Er kon dus ook geen behandeling met bekkenbodemkin? gestart worden in deze setting.

Conclusie: Schaamte zorgt voor spontane onderrapportering van UI bij de huisarts waardoor ook vrouwen met ernstige klachten onbehandeld blijven. Sensibilisatie en uitnodiging via een enqu?te zet niet aan tot consulteren ondanks verlies het van kwaliteit van leven en een ?onuitgesproken? hulpvraag. De huisarts vraagt best op een proactieve manier naar UI en dit zeker vanaf een leeftijd van 40 jaar. Gestandaardiseerde vragenlijsten kunnen helpen om op een eenvoudige en gestructureerde manier zicht te krijgen op de ernst en de impact op de kwaliteit van leven. Bekkenbodemkin? is een intensieve behandeling die zeer veel motivatie van de patiënt vraagt. Er is momenteel weinig evidentie over de effectiviteit van bekkenbodemkin? binnen de eerste lijn. De noodzaak tot grootschalig Vlaams onderzoek binnen de eerste lijn dringt zich op.