Stressincontinentie bij postmenopauzale vrouwen: screening in de huisartsenpraktijk.

Thesis ter behalen van de graad van master in de huisartsgeneeskunde (2015-2017)

Carmen Claus

Promotor: prof. dr. Bert Aertgeerts
Co-promotor: dr. Peter Vossaert
Praktijkopleider: dr. Hendrik Vandekerckhove





ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Inhoudstafel

Abstract 3
Motivatie 4
Praktijkproject 6
- Inleiding 6
  - *Oorzaken en risicofactoren* 6
  - *Symptomen* 8
  - *Diagnose* 8
  - *Behandeling* 10
  - *Screening door de huisarts* 13
- Methode 15
  - *Literatuurstudie* 15
  - *Screening* 16
  - *Gegevensverwerking* 17
- Resultaten 18
- Discussie 20
  - *Screeningsresultaten* 20
  - *Screeningsinstrument* 21
- Conclusie 23

Dankwoord 24
Literatuur 25
Bijlagen 27

Abstract

Stressincontinentie bij postmenopauzale vrouwen: screening in de huisartsenpraktijk

Huisarts in opleiding: Carmen Claus (KUL)
Promotor: prof. dr. Bert Aertgeerts (KUL)
Co-promotor: dr. Peter Vossaert
Praktijkopleider: dr. Hendrik Vandekerckhove

Context. Urinaire incontinentie is een belangrijk probleem: één derde van alle vrouwen krijgt er op een bepaald moment in haar leven mee te maken. Toch zoekt slechts een minderheid van de vrouwen met urinaire incontinentie hulp. Dit komt enerzijds doordat er nog steeds een taboe op dit onderwerp rust en anderzijds doordat veel vrouwen hun aandoening als een normaal gevolg van kinderen baren en verouderen zien en ermee leren leven. De prevalentie van urinaire incontinentie neemt toe met de leeftijd en daarom kan men verwachten dat deze aandoening in de toekomst een steeds groter probleem zal worden. Naar urinaire incontinentie screenen en vrouwen die niet uit zichzelf hulp zoeken actief aanmoedigen om diagnostiek en behandeling te ondergaan, zou tot een afname van de ernst van de klachten en het aantal episodes met urineverlies leiden. Aangezien urinaire incontinentie voldoet aan de meeste criteria van Wilson en Jungner, is een screening ernaar zeker te rechtvaardigen.

Onderzoeksvraag. Aan welke voorwaarden moet een screeningsinstrument voor urinaire incontinentie voldoen opdat het bruikbaar zou zijn in de huisartsenpraktijk? Is het uitvoeren van een screening naar deze aandoening haalbaar en aanvaardbaar voor huisartsen én patiënten?

Methode. Een vragenlijst bestaande uit vijf vragen met telkens twee of drie vaste antwoordmogelijkheden werd als screeningsinstrument gebruikt. Zes artsen, onder wie vier huisartsen en twee HAIO's, bevroegen gedurende drie maanden elke vrouw ouder dan 55 jaar die op consultatie kwam, ongeacht de initiële aanmeldingsklacht. Vrouwen met incontinentieklachten kregen een folder met informatie omtrent hun aandoening mee. Na afloop van deze screeningsperiode werd de mening van de betrokken huisartsen bevraagd.

Resultaten. In totaal werden gedurende deze drie maanden durende screeningsperiode 117 vrouwen van 55 jaar en ouder bevraagd. Twee derde (66,7%) van de bevraagde vrouwen bleek een vorm van urinaire incontinentie te hebben. Iets minder dan de helft van deze vrouwen met incontinentieklachten zei dagelijks last te hebben en iets minder dan een vijfde van hen zei bepaalde activiteiten niet meer te durven of kunnen uitoefenen als gevolg van hun angst voor het optreden van een urinelek. Slechts één patiënt vond het niet aanvaardbaar dat de huisarts zonder aanleiding van haar kant naar de aanwezigheid van incontinentieklachten vroeg. Alle huisartsen vonden het haalbaar om dit screeningsinstrument in de toekomst te blijven gebruiken.

Besluit. De screening naar urinaire incontinentie bij postmenopauzale vrouwen leverde een verrassend hoge prevalentie op. Hoewel verder onderzoek vereist is, kan met enige voorzichtigheid gesteld worden dat deze aandoening misschien een nog groter probleem vormt dan vooraf gedacht. Een proactieve houding van de huisarts ten opzichte van deze aandoening is daarom zeer belangrijk.

Trefwoorden. Urinaire incontinentie - stressincontinentie - postmenopauzale vrouwen - screening - huisartsgeneeskunde.

Motivatie

Zes avonden per jaar komen mijn collega-HAIO dr. Corentin Ameel en ikzelf met de vier andere artsen uit de groepspraktijk, waar wij werken, samen om de meest recente medische literatuur te bespreken. Elk van ons leest alle edities van één welbepaald tijdschrift en selecteert de interessantste onderwerpen ter bespreking op één van deze literatuuravonden. Tijdens de eerste literatuuravond die wij bijwoonden kwam het onderwerp urinaire incontinentie aan bod. Het Nederlandse tijdschrift Huisarts en Wetenschap schreef dat, hoewel dit een veel voorkomende aandoening is, er nog steeds geen voor de huisartsenpraktijk geschikt screeningsinstrument bestaat.[5]

Slechts een minderheid van de vrouwen met urinaire incontinentie zoekt hulp. Dit komt enerzijds doordat er nog steeds een taboe op dit onderwerp rust en anderzijds doordat veel vrouwen hun aandoening als een normaal gevolg van kinderen baren en verouderen zien en ermee leren leven. De bestaande effectieve behandelmethoden van deze aandoening, die toch een belangrijke impact op de levenskwaliteit heeft, worden bijgevolg nog onvoldoende benut. Naar urinaire incontinentie screenen en vrouwen die niet uit zichzelf hulp zoeken actief aanmoedigen om diagnostiek en behandeling te ondergaan, zou volgens het artikel in Huisarts en Wetenschap tot een afname van de ernst van de klachten en van het aantal episodes met urineverlies leiden.[5]

Wilson en Jungner formuleerden in 1968 tien criteria waaraan een aandoening zou moeten voldoen om screening ernaar te rechtvaardigen. Urinaire incontinentie voldoet aan voldoende hiervan (Tabel 1).[5,8,40] Mits verder onderzoek zou een screeningsinstrument vast en zeker ook aan de aanvullende criteria van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) kunnen voldoen (Tabel 2).[9] Het is in theorie dan ook haalbaar om een voor de huisartsenpraktijk geschikt screeningsinstrument te ontwikkelen.

Tabel 1: criteria van Wilson en Jungner.*

De op te sporen ziekte is een belangrijk gezondheidsprobleem.
Er is een algemeen aanvaarde behandelingsmethode voor de ziekte.
Er zijn voldoende voorzieningen voor diagnose en behandeling voorhanden.
Er is een herkenbaar latent of vroeg symptomatisch stadium.
Er bestaat een betrouwbare opsporingsmethode.
De opsporingsmethode is aanvaardbaar voor de bevolking.
Het natuurlijke verloop van de op te sporen ziekte is bekend.
Er bestaat overeenstemming over de vraag wie behandeld moet worden.
De kosten van opsporing, diagnostiek en behandeling staan in acceptabele verhouding tot de kosten van de gezondheidszorg als geheel
Het proces van opsporing is een continu proces en geen eenmalig project.

Tabel 2: aanvullende criteria van WHO.*

Het screeningsprogramma speelt in op een erkende behoefte.
Het doel van de screening is bij aanvang vastgesteld.
De doelgroep van de screening is vastgesteld.
De effectiviteit van het sccreeningsprogramma is wetenschappelijk bewezen.
Het programma is een samenhangend geheel van opleiding, scholing, testpraktijk, zorg en programmamanagement.
De kwaliteit van het programma is gewaarborgd om de potentiële risico's van screening te minimaliseren.
Het programma biedt garanties voor geïnformeerde keuze en respecteert de privacy en de autonomie van het individu.
De toegankelijkheid van de screening is gewaarborgd voor de hele doelgroep.
Het programma wordt vanaf het begin geëvalueerd.
De voordelen van de screening wegen op tegen de mogelijke nadelen.

*vrij naar www.rivm.nl

Toch werd dit thema tot nu toe slechts zeer beperkt onderzocht. Studies omtrent urinaire incontinentie bij vrouwen vinden meestal in academische ziekenhuizen en op gespecialiseerde afdelingen plaats. Ze selecteren en onderzoeken één bepaald type patiënt. Ze zijn daarom veelal niet representatief voor een doorsnee patiëntenpopulatie en dus ook niet voor een doorsnee huisartsenpraktijk.[4]

Wij testen een screeningsinstrument voor de huisartsenpraktijk uit. We hopen het nut ervan alsook het gevoel van zowel huisartsen als patiënten erbij te evalueren. We spitsten ons toe op postmenopauzale vrouwen, gezien zij een groot deel van de patiënten met urinaire incontinentie uitmaken.[10] Dr. Corentin Ameel concentreerde zich op het opsporen van aandrangincontinentie en het overactieve blaassyndroom, ikzelf behandelde stressincontinentie. Onze beide werken vormen samen één geheel.

Praktijkproject

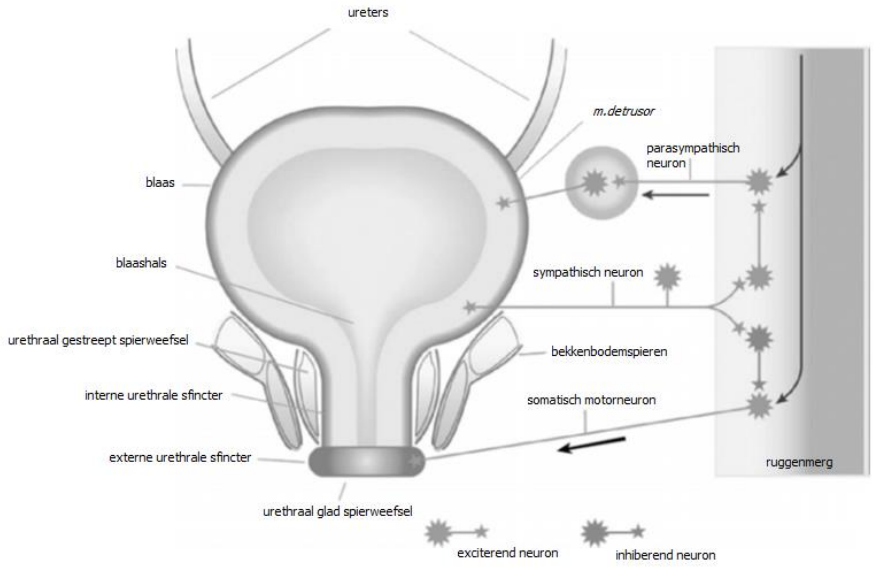
Inleiding

Oorzaak en risicofactoren

Urinaire incontinentie wordt gedefinieerd als het onvrijwillig verliezen van een hoeveelheid urine die van voldoende grootte is om een probleem te creëren voor de patiënt, de verzorger of de familie.[3] Er zijn drie vormen van urinaire incontinentie: stressincontinentie, aandrangincontinentie (een onderdeel van het overactieve blaassyndroom) en gemengde incontinentie. Deze thesis focust op stressincontinentie.

De lage urinewegen bestaan uit de blaas of de *m.detrusor*, die als reservoir fungeert, en de urinebuis of de urethra, die als sluitingsmechanisme en afvoerbuis fungeert. Ze worden door de sympathische *n.hypogastricus*, de parasympathische *n.pelvicus* en de somatische *n.pudendus* geïnnerveerd. De nuclei in het sacrale ruggenmerg, die de oorsprong van deze drie zenuwen vormen, worden via signalen in de vorm van serotonine en noradrenaline door het mictiecentrum in de pons aangestuurd (Figuur 1).[3,37]
Tijdens de opslagfase wordt urine in de blaas verzameld. In deze fase is de *m.detrusor* in ontspannen toestand en stuurt hij laagfrequente signalen naar het sympathische zenuwstelsel. Dit zorgt er op zijn beurt voor dat de relaxatie van de *m.detrusor* behouden wordt. De interne sfincter, die zich ter hoogte van de blaashals en de proximale urethra bevindt, wordt door de vorm van de blaas in ontspannen toestand dichtgedrukt zodat er geen urine kan lekken. De mictiereflex ontstaat als de *m.detrusor* een hoogfrequent signaal uitzendt. Dit activeert een pathway die via de binding van acetylcholine op de nicotinereceptoren van de *m.detrusor* tot blaascontractie leidt. Wanneer de blaas samentrekt, verandert haar vorm zodanig dat de interne sfincter zich opent en de urine in het lumen van de urethra geperst wordt.[37]
De externe urethrale sfincter bestaat uit de rhabdosfincter, die onder de interne sfincter in de urethrale wand ligt, en de *m.compressor urethrae* en de *m.levator ani* die samen de bekkenbodemspieren genoemd worden. De contractie van dit gestreepte spierweefsel voorkomt mictie wanneer de *m.detrusor* sterk contraheert en wanneer de intra-abdominale druk verhoogt.[3,37] Een defect in één van deze structuren kan tot urinaire incontinentie leiden.

Figuur 1: bezenuwing van de lage urinewegen.[37]



Stressincontinentie is een onvrijwillig urinelek dat bij een plotse stijging van de intra-abdominale druk optreedt. De oorzaak is een variabele combinatie van hypermobiliteit van de blaashals en incompetentie van de sluitingsmechanismen. Indien deze factoren aanwezig zijn, leidt een plotse stijging van de intra-

abdominale druk - zoals gezien bij lachen, niezen, hoesten, persen, springen, tillen, sporten, plots van positie veranderen,… - ertoe dat de druk in de blaas hoger wordt dan de sluitingsdruk in de urethra. Dit veroorzaakt een transiënte opening van de urethra en urineverlies.[1,2,3]
Een groot aantal risicofactoren kan een rol spelen bij het ontstaan van urinaire incontinentie en dus ook bij het ontstaan van stressincontinentie. Ze kunnen in voorbeschikkende, promotende en gynaecologische risicofactoren onderverdeeld worden (Tabel 3).[1,3,7]

Tabel 3: risicofactoren voor urinaire incontinentie.

voorbeschikkende factoren	Kaukasisch ras
	congenitale aandoeningen
	neurologische aandoeningen
	CVA
	multiple sclerose
	ziekte van Parkinson
	herpes-zosterinfectie
promotende factoren	leeftijd
	comorbiditeit
	arteriële hypertensie
	diabetes mellitus
	dyslipidemie
	obesitas
	vaataandoeningen
	cognitive impairment
	depressie
	verhoogde intra-abdominale druk
	COPD
	obesitas
	menopauze
	recidiverende urineweginfecties
	medicatie
	α-blockers
	ACE-inhibitoren
	anticholinergica
	diuretica
gynaecologische factoren	prolaps van pelvische organen
	pariteit
	heelkunde van klein bekken
	radiotherapie van klein bekken

Bepaalde van de risicofactoren vermeld in bovenstaande tabel zijn controversieel. Vooral het belang van bekkenbodemtrauma's door vaginale bevallingen als risicofactor bij het ontstaan van urinaire incontinentie en dus ook bij het ontstaan van stressincontinentie is onzeker. Hoewel vele studies in het verleden een causaal verband tussen beide aantoonden - dit leidde er in sommige regio's zelfs toe dat er meer electieve keizersnedes uitgevoerd werden - wordt dit in recentere onderzoeken niet altijd bevestigd. Uit een studie bij 149 nonnen en in principe dus nullipara, waarvan 96% postmenopauzaal, bleek dat de helft van hen urinaire incontinentie had. Daarvan beschreef ongeveer één derde de symptomen van stressincontinentie. De volgende risicofactoren bleken in deze patiëntenpopulatie wel statistisch significant te zijn: body mass index (BMI), depressie en recidiverende urineweginfecties.[6] Deze gegevens bewijzen uiteraard niet dat een bekkenbodemtrauma door een vaginale bevalling nooit aan de basis van urinaire incontinentie kan liggen, maar ze doen wel af aan het belang dat vroeger aan deze risicofactor toegeschreven werd.

Ook de invloed van hormonale veranderingen in de menopauze is onzeker. Vele auteurs benoemen de menopauze en de postmenopauze als een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van zowel stress- als aandrangincontinentie, maar er bestaat hieromtrent slechts beperkte evidentie. Een veelgebruikte theorie stelt dat de oestrogeendeficiëntie die tijdens de menopauze intreedt enerzijds tot een atrofie van het urothelium en anderzijds tot een verzwakking van de m.detrusor zorgt. De combinatie van een kwetsbaar urothelium en een zwakke blaasspier leiden bij een verhoging van de intra-abdominale druk tot een onverwachte opening van de urethra en aldus een urinelek.[15]

Symptomen

Stressincontinentie gaat gepaard met onvrijwillig urineverlies bij lachen, niezen, hoesten, persen, springen, tillen, sporten, plots van positie veranderen,…[1,2,3] Er zijn ook vaak seksuele problemen. Stressincontinentie wordt met libidoverlies, vaginale droogte, dyspareunie en anorgasmie geassocieerd.[32,38]

Stressincontinentie kan tot psychische problemen leiden. Vrouwen met stressincontinentie rapporteren vaker dan anderen een verminderde levenskwaliteit. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat ze, omwille van het risico op urineverlies en de daarmee gepaard gaande schaamte, minder aan vrijetijds- en sociale activiteiten deelnemen. Ze hebben een verminderd gevoel van zelfcontrole en zodoende een verminderd zelfvertrouwen.[3,37] De aanwezigheid van urinaire incontinentie is dientengevolge een risicofactor voor het ontwikkelen van gevoelens van angst en depressie.[38]

Ook de fysieke gezondheid ondervindt schade door stressincontinentie. Het voortdurende contact van de huid met urine leidt tot dermatologische problemen zoals dermatitis, een verhoogde vatbaarheid voor huidinfecties en een verhoogd risico op het ontstaan van *skin tears* en drukulcera. Daarnaast leidt het feit dat veel vrouwen met stressincontinentie uit angst voor urinelekken fysieke activiteit vermijden tot een grotere kans op osteoporose, arteriële hypertensie en coronaire problemen.[38] Vooral in frêle oudere vrouwen met veel comorbiditeiten wordt stressincontinentie ook geassocieerd met een verhoogd risico op asymptomatische bacteriurie, urineweginfecties en (her)opname in het ziekenhuis.[3]

Diagnose

Anamnese

Om het type urinaire incontinentie te kunnen definiëren, moet men de symptomen bevragen. Belangrijk om weten is dat stressincontinentie door een verhoging van de intra-abdominale druk uitgelokt wordt: activiteiten zoals lachen, niezen, hoesten, persen, springen, tillen, sporten, plots van positie veranderen en soms ook wandelen kunnen een urinelek veroorzaken.[1,2,3,4,15] Bij aandrangincontinentie daarentegen voelen patiënten plots een hele sterke aandrang om te plassen en kunnen ze hun urine niet ophouden tot ze het toilet bereikt hebben. Mogelijke aanleidingen hiertoe zijn thuis komen, water horen lopen, de handen wassen,… Patiënten met aandrangincontinentie hebben vaak ook last van pollakisurie en van nicturie.[1,2,4,15] Men dient zich ook steeds een beeld te vormen van hoe en wanneer de klachten begonnen zijn, hoe frequent ze optreden en hoe ernstig het urineverlies is.[15]

Daarnaast dient men de aanwezigheid van risicofactoren te bevragen. Voorbeelden van risicofactoren die de incontinentieklachten verergeren, zijn het gebruik van blaasirritantia zoals alcohol en caffeïne en het gebruik van diuretica. Mogelijke reversibele oorzaken van urinaire incontinentie zijn het gebruik van α-blockers die de urethrale sfinctertonus doen afnemen, het gebruik van diuretica, het gebruik van lithium dat tot een grotere vloeistofinname leidt en slecht gecontroleerde diabetes mellitus. Risicofactoren die specifiek tot het ontstaan van stressincontinentie bijdragen, zijn vaginale bevallingen van zware baby's, een chronische hoest en obesitas. Tenslotte moet het bestaan van een voorgeschiedenis van heelkunde of radiotherapie in het kleine bekken bevraagd worden.[1,2,3,7,15]

Urinaire incontinentie kan uiteraard ook een symptoom zijn van andere, mogelijks maligne, pathologieën. Wanneer één van de volgende elementen uit de anamnese naar voor komt, is verdere investigatie dan ook vereist: acuut opgetreden incontinentieklachten, recidiverende urineweginfecties, pijn, macro- en microscopische hematurie, onvolledige blaaslediging en neurologische klachten waaronder paresthesieën, spierzwakte, visusstoornissen, rugpijn en een veranderd stoelgangspatroon.[2,15]

Elke vorm van urinaire incontinentie kan een enorme impact op het psychische en fysieke functioneren hebben. De hoeveelheid inlegkruisjes of incontinentiemateriaal die gedurende een bepaalde tijdspanne gebruikt wordt, geeft een kwantitatief idee van deze impact.[1] Niet elke vrouw vervangt haar inlegkruisje of incontinentiemateriaal echter even snel. De *incontinence weight pad test* objectiveert dit gegeven: deze test vereist dat de patiënt 500 milliliter natriumvrije vloeistof drinkt en een inlegkruisje met gekend gewicht draagt. Daarna dient hij of zij achtereenvolgens dertig minuten te stappen, een trap op en af

te lopen, tien keer hard te hoesten, één minuut ter plaatse te rennen, vijf keer voorover te buigen en de handen gedurende één minuut onder stromend water te wassen. Na afloop kan de juiste hoeveelheid verloren urine in gram bepaald worden door het gebruikte inlegkruisje te wegen. Deze waarde maakt een objectief onderscheid tussen milde, matige en ernstige urinaire incontinentie mogelijk.[10] Er bestaan varianten van deze test tijdens dewelke een patiënt gedurende 24 of zelfs 72 uur hetzelfde inlegkruisje draagt en zijn of haar fysieke activiteiten in een dagboek bijhoudt. Hoe langer een *incontinence weight pad test* duurt, hoe beter de objectieve inschatting van de ernst van de urinaire incontinentie is.[14] De impact van de urinaire incontinentie moet natuurlijk ook kwalitatief bevraagd worden: het is belangrijk om te weten of deze aandoening de patiënt ertoe aangezet heeft zijn of haar activiteiten te beperken of om zijn of haar levensstijl te veranderen. De *incontinence impact questionnaire* (IIQ-7) maakt dit mogelijk: ze vraagt naar de mate van comfort tijdens het uitvoeren van huishoudelijke taken, sporten, beoefenen van hobby's, onderhouden van buitenshuise sociale contacten en maken van een lange auto- of busreis. Ook gevoelens van nervositeit, depressie en frustratie worden onder de loep genomen.[11]

Een plasdagboek is een handig en goedkoop instrument dat de informatie uit de anamnese kan aanvullen. De patiënt houdt erin bij hoeveel vocht hij of zij inneemt en hoeveel en wanneer hij of zij plast. Dit helpt de arts om een patiënt zich van zijn of haar gewoontes bewust te maken, om de patiënt bij de behandeling te betrekken en om het effect van de behandeling te beoordelen.[2,3]

Klinisch onderzoek

Het bepalen van de *body mass index* (BMI) is een belangrijk onderdeel van het klinisch onderzoek en wel omdat het metabole syndroom een promotende factor bij het ontstaan van stressincontinentie is. Een levensstijlverandering kan bij vrouwen met stressincontinentie en met een BMI hoger dan 25 kg/m² een belangrijk onderdeel van de behandeling zijn.[1,7]

Verder zijn een neurologisch, abdominaal, vaginaal en rectaal onderzoek niet te missen.
Het neurologische onderzoek dient neurologische oorzaken van urinaire incontinentie uit te sluiten: vooral indien er sprake is van een verminderde sensibiliteit van het perineum en van de onderste ledematen, moet een arts op zijn hoede zijn.[1]
Het zien van littekens van eerdere heelkundige ingrepen in het abdomen en in het kleine bekken, maakt de diagnose van stressincontinentie waarschijnlijker. Tijdens het abdominale onderzoek moet men ook steeds de blaas trachten te palperen: de aanwezigheid van een palpabele blaas na het plassen, wijst op overloopincontinentie door chronische urineretentie.[1,2,3]
Een vaginaal onderzoek mag niet ontbreken. Dit eerst en vooral doordat het voortdurende contact met urine de huid rond de genitaliën kan beschadigen: dergelijke schade dient opgespoord en behandeld te worden. Daarnaast vormen de aanwezigheid van mucosale atrofie in de vagina en de aanwezigheid van een prolaps van een orgaan dat zich in het kleine bekken bevindt, zoals de blaas of de uterus, bijkomende argumenten die de incontinentieklachten van de patiënt staven. Bij een patiënt in de gynaecologische houding kan trouwens ook gemakkelijker een stresstest uitgevoerd worden. Een positieve stresstest wordt gedefinieerd als het al dan niet zichtbaar optreden van urineverlies tijdens het hoesten of tijdens het uitvoeren van een Valsalvamanoeuvre en maakt op een eenvoudige manier het onderscheid tussen stress- en aandrangincontinentie.[1,2,3]
Een rectaal onderzoek, tenslotte, kan constipatie als oorzaak van een verhoogde intra-abdominale druk aanwijzen.

Technische onderzoeken

De urine van een patiënt met incontinentieklachten wordt, mede ter uitsluiting van andere en mogelijks maligne pathologieën, best altijd op hematurie, pyurie, glucosurie en proteïnurie gecontroleerd.[1,2,3]

Wanneer de informatie verkregen uit anamnese en klinisch onderzoek het niet mogelijk maakt om de verschillende types van urinaire incontinentie van elkaar te onderscheiden, is een urodynamische analyse aangewezen. Een urodynamische analyse geeft informatie over de blaas zoals een echocardiografie dat doet over het hart. Ze kan een uroflowmetrie, een cystometrie, het maken van urethrale drukprofielen en een elektromyogram omvatten.[15] De uroflowmetrie registreert de kracht van de urinestraal terwijl de patiënt in de flowmeter, een trechtervormig apparaat, plast. Na het plassen kan de arts met behulp van een sonde of een echografietoestel bepalen hoeveel urine zich nog in de blaas bevindt. Indien dit in een postmenopauzale vrouw minder dan 100 milliliter is, is de meting normaal.[1,2] Voor de cystometrie

wordt een sonde in de blaas ingebracht. De blaas wordt langs deze sonde gevuld en de onderzoeker legt vast bij welk volume de patiënt een eerste gevoel van vulling ervaart, bij welk volume de patiënt een vol gevoel ervaart en bij welk volume een mictieaandrang ontstaat. Vaak laat men de patiënt ook hoesten met voorafbepaalde volumes in de blaas: het optreden van een urinelek maakt de diagnose van stressincontinentie waarschijnlijker. Tijdens de cystometrie kan een urethraal drukprofiel opgesteld worden: een grafiek die de sluitingsdruk van de urethrale sfincter alsook zijn respons op sterk provocatief manoeuvre zoals hoesten weergeeft.[1,2] Tenslotte kan een elektromyogram nuttige informatie over de werking van de bekkenbodemspieren verstrekken.[15]
Dergelijke onderzoeken zijn, zeker in België, eerder de taak van de uroloog dan die van de huisarts. Een eenvoudige cystometrie kan in principe echter door een huisarts, die over een sonde beschikt die de druk in de blaas kan meten, uitgevoerd worden.

Behandeling

Conservatieve behandeling

Verschillende geneesmiddelen kunnen stressincontinentie verergeren (Tabel 4). Indien mogelijk, dienen deze vervangen of stopgezet te worden.[3]

Tabel 4: geneesmiddelen die stressincontinentie verergeren.

α-blokkers	prazosine (Minipress)
ACE-inhibitoren	captopril (Capoten) enalapril (Renitec, Zanicombo)
(lis)diuretica	bumetanide (Burinex) furosemide (Lasix) torasemide (Torrem)
Lithium	lithium (Maniprex)

Gezien een patiënt met stressincontinentie klachten ervaart wanneer de intra-abdominale druk verhoogt, moeten aandoeningen die met een verhoogde intra-abdominale druk gepaard gaan steeds opgespoord en behandeld worden. Voorbeelden van zulke aandoeningen zijn aandoeningen die met een chronische hoest gepaard gaan - bijvoorbeeld: COPD - obesitas en constipatie. Een rookstop moet bijgevolg altijd aangeraden worden: naast het feit dat roken tot een chronische hoest en dus ook een verhoogde intra-abdominale druk leidt, heeft het ook een nefaste invloed op de blaascontractiliteit.[1] Gezonde voeding en fysieke activiteit zijn belangrijk in patiënten met een BMI hoger dan 25 kg/m². Het is bewezen dat gewichtsverlies de incontinentieklachten in vrouwen met stressincontinentie reduceert.[1,7] Patiënten die vaak geconstipeerd zijn, moeten met laxativa behandeld worden. Alle patiënten dienen, ondanks hun angst voor urinelekken, steeds voldoende vocht in te nemen. Vochtrestrictie leidt niet tot een afname van de incontinentieklachten, maar wel tot een verhoogd risico op dehydratatie.[1]

Bekkenbodemspieroefeningen vormen de eerstekeuzetherapie bij stressincontinentie. Ze verbeteren de tonus en de kracht van de bekkenbodemspieren en ze verhogen de kracht waarmee de urethra bij een stijging van de intra-abdominale druk afgesloten wordt.[1,21]
De klassieke bekkenbodemspieroefeningen werden voor het eerst beschreven door Arnold Kegel in 1948. Opdat ze efficiënt zouden zijn, moeten deze oefeningen voldoende regelmatig uitgevoerd en voldoende lang volgehouden worden: er wordt best voor elke patiënt afzonderlijk een haalbaar trainigingsschema opgesteld. Zo kan men de patiënt bijvoorbeeld vragen om, opbouwend, dertig tot tachtig keer per dag de bekkenbodemspieren gedurende zes à tien seconden samen te trekken en ze daarna even lang te ontspannen. Een dergelijk schema moet gedurende minstens acht weken volgehouden worden.[3,15] Nadien ziet men een significante verbetering van de subjectieve klachten - gemeten in aantal incontinentie-episodes - en van de objectieve urodynamische parameters,[15] op voorwaarde dat de oefeningen correct uitgevoerd werden. Ze worden daarom best onder begeleiding van een hierin gespecialiseerde huisarts

of kinesist uitgevoerd.[1] Wanneer men bij het aanleren van de techniek voor bekkenbodemspieroefeningen *biofeedback* gebruikt, leidt dit ertoe dat de patiënt de oefeningen correcter en efficiënter kan uitvoeren en dus betere resultaten kan boeken.[21,22,23,24] Deze biofeedback omvat elke visuele, auditieve of tactiele waarneming die de patiënt helpt om de bekkenbodemspieren te identificeren, samen te trekken en te ontspannen. Visuele en auditieve biofeedback kunnen via een vaginaal elektromyogram (EMG), dat een visueel en auditief signaal geeft wanneer de patiënt de juiste spieren contraheert, verkregen worden. Enkele vormen van tactiele biofeedback zijn bruikbaarder voor de huisartsenpraktijk. De huisarts kan de patiënt reeds tijdens het klinisch onderzoek aanleren om de bekkenbodemspieren tegen een vaginaal ingebrachte vinger samen te trekken. Aan een patiënt die hiermee moeite heeft, kan men aanleren om tijdens het plassen de urinestroom te onderbreken want dit maneouvre vereist een contractie van de bekkenbodemspieren. De patiënt doet dit echter best slechts twee of drie keer na elkaar: het te lang en te frequent uitvoeren van dit manoeuvre kan een onvolledige blaaslediging tot gevolg hebben. Tenslotte kan men de patiënt op een stoel met een harde zitting laten plaatsnemen en de bekkenbodemspieren laten contraheren. Wanneer de juiste spieren samengetrokken worden, voelt de patiënt de U-vormige *m.levator ani* contact maken met de harde zitting van de stoel alsook een beperkte elevatie van de anus ten opzichte van het zitoppervlak.[3]

Het principe van vaginale kegeltherapie is iets makkelijker uit te leggen. Dit is een variant op de klassieke bekkenbodemspieroefeningen waarbij de patiënt de bekkenbodemspieren traint door twee keer per dag gedurende minstens vijftien minuten gradueel zwaarder wordende, kegelvormige gewichtjes in de vagina op te houden tijdens het uitvoeren van de dagelijkse activiteiten. Dit is een dankbaar alternatief voor patiënten die niet bij de huisarts of de kinesist raken en die onafhankelijk thuis willen oefenen.[15,31,37]
De bekkenbodemspieren kunnen ook verstevigd worden door het regelmatig toedienen van elektrische impulsen die spiercontractie geven, maar een dergelijke behandeling geeft minder goede resultaten dan de klassieke bekkenbodemspieroefeningen.[15]

Soms worden in patiënten met urinaire incontinentie vaginaal ingebrachte voorwerpen gebruikt om de urethra mechanisch dicht te drukken. Een grote tampon brengt dikwijls al soelaas maar is eigenlijk enkel geschikt voor occasioneel en intermittent gebruik, bijvoorbeeld tijdens een grote inspanning.[1]
Pessaria zijn beter geschikt voor de continue behandeling van orgaanprolaps en urinaire incontinentie. Mogelijke kandidaten zijn incontinente vrouwen die een heelkundige ingreep zouden moeten, maar niet kunnen of willen ondergaan, incontinente vrouwen die in afwachting van een heelkundige ingreep een tijdelijke oplossing nodig hebben en incontinente vrouwen die eerder zonder succes geopereerd werden. De juiste vorm en maat van een pessarium moet per patiënt bepaald worden: een pessarium zit goed als het comfortabel aanvoelt en als het blijft zitten wanneer een Valsalvamanoeuvre uitgevoerd wordt. Een slecht zittend pessarium kan tot erosies van de vaginale mucosa leiden. Soms helpt het gelijktijdig voorschrijven van een lokale oestrogeencrème om dit te vermijden. Sommige vrouwen wensen alsnog hun pessarium niet meer te gebruiken omdat het niet tot een afname van hun klachten leidt, omdat ze toch een oncomfortabel of pijnlijk gevoel ervaren, omdat het niet goed blijft zitten of omdat het een slechtruikend vaginaal verlies veroorzaakt.[26]

Medicamenteuze behandeling

De urogenitale organen hebben een gemeenschappelijke embryologische oorsprong: de urogenitale sinus. Ze worden afgelijnd door een niet-gekeratiniseerd squameus epitheel dat oestrogeenreceptoren bevat. Stimulatie van deze oestrogeenreceptoren leidt tot groei en maturatie van dit epitheel, ondermeer door revascularisatie ervan. Oestrogenen maken de urogenitale organen, en dus ook de urethra, dus als het ware soepeler.[25,27] Tijdens de menopauze treedt een oestrogeendeficiëntie in. Dit leidt tot atrofie van de urogenitale mucosa en van de *m.levator ani*, die ook oestrogeenreceptoren heeft. De afname van de hoeveelheid oestrogenen is dan ook één van de belangrijkste factoren die de verhoogde prevalentie van urinaire incontinentie na de menopauze verklaren.[25]
Orale oestrogenen hebben hun nut bij de behandeling van postmenopauzale urogenitale atrofie reeds bewezen, maar ze leiden niet tot een vermindering van incontinentieklachten. Sterker nog: de toediening van orale oestrogenen aan continente postmenopauzale vrouwen zou hun risico op het nieuw ontstaan van urinaire incontinentie verhogen.[16,17,18] Postmenopauzale vrouwen die reeds incontinentieklachten hebben, zouden deze zien verslechteren na de systemische inname van oestrogenen.[19] Ook vaginale oestrogenen hebben een positief effect op urogenitale atrofie. Vooral estriol of Aacefemine, een zwak oestrogeen, werd in deze context reeds uitgebreid bestudeerd. Het gebruik van vaginaal estriol heeft

een aantal belangrijke voordelen ten opzichte van het gebruik van orale oestrogenen: het gaat niet met risico's zoals endometriumproliferatie gepaard en het wordt niet door de lever geïnactiveerd, wat een snelle en efficiënte absorptie onafhankelijk van het moment van inname mogelijk maakt.[15,25,27] Het effect van lokale oestrogeensupplementen op urinaire incontinentie is echter nog onduidelijk. Twee grote gerandomiseerde gecontroleerde trials, de HERS-trial en een trial van het *Women's Health Initiative*, stellen dat patiënten op lokale oestrogeensupplementen toegenomen incontinentieklachten rapporteren.[28,29] Er zijn echter evengoed studies die het tegendeel beweren: er wordt echter meestal eerder een positief effect op aandrangincontinentie dan op stressincontinentie gevonden.[30] Een definitieve conclusie trekken blijft zeer moeilijk, temeer omdat de reeds uitgevoerde studies verschillende vormen of dosissen van oestrogenen gebruiken, de oestrogenen op verschillende tijdstippen in de menopauze toedienden of de oestrogenen met andere producten combineerden.
Een recente studie raadt aan om als eerstekeuzetherapie voor stressincontinentie een combinatie van bekkenbodemspieroefeningen en een lokaal combinatiepreparaat met estriol en *Lactobacilli acidophili*, zoals Gynoflor, te gebruiken. Het toevoegen van lactobacillen, commensale bacteriën die de gastheer tegen pathogene micro-organismen verdedigen, zou het effect van de gekende behandelingsmethoden nog versterken.[36]

In België is duloxetine of Cymbalta het enige geneesmiddel met stressincontinentie als geregistreerde indicatie. Duloxetine blokkeert selectief de heropname van serotonine en noradrenaline ter hoogte van de pudendale motorneuronen in het sacrale ruggenmerg en het verhoogt zo de tonus van de urethrale sfincter. Mogelijke nevenwerkingen zijn duizeligheid, slapeloosheid, vermoeidheid, xerostomie, nausea en menorrhagie. Deze zetten de patiënt er echter zelden toe aan de behandeling te stoppen. Omdat dit middel ook een verhoogd risico op suïcide kan geven en beperkt hepatotoxisch is, is het gebruik ervan voor de behandeling van stressincontinentie in de Verenigde Staten niet toegestaan.[1,3,37]

Heelkundige behandeling

Tijdens een urethrale bulkingprocedure injecteert men synthetische, autologe of allologe - bijvoorbeeld: uit rundercollageen bestaande - vullers in de urethrale wand zodat de urethrale sfinctertonus verhoogt. Dit is een snelle en eenvoudige ingreep met zeer weinig postoperatieve complicaties: slechts in zeldzame gevallen wordt een urineweginfectie of een transiënte urineretentie veroorzaakt.[1] Ze heeft echter ook een beperkte effectiviteit: in amper 10 tot 40% van de vrouwen die deze ingreep ondergaan, wordt een bevredigend resultaat bereikt.[1,21,37] Daarnaast bestaat er een hoog risico op recidieven: met de jaren neemt het effect van een urethrale bulkingprocedure af en dringt een nieuwe ingreep zich op.[1]

Slings blijven dan ook de gouden standaard in de heelkundige behandeling van stressincontinentie. Een sling is een synthetische, autologe of allologe - bijvoorbeeld: uit de fascia van kadavers bestaande - mesh die zonder spanning rond de urethra aangebracht wordt en er met de omliggende weefsels vergroeit. Slings trekken de urethra omhoog zodat bij een stijging van de intra-abdominale druk de blaas minder zakt en de suburethrale vaginale ondersteuning vergroot. Men maakt een onderscheid tussen een *tension free vaginal tape* (TVT), waarbij een sling via de vagina en het schaambeen ingebracht wordt, en een *transobturator tape* (TOT), waarbij de sling via de liesplooi en het foramen obturatum ingebracht wordt.[1,32] Hoewel synthetische, autologe en allologe slings even goede resultaten geven, worden die laatste twee zelden gebruikt omdat synthetische slings makkelijker beschikbaar zijn. Een slingingreep is beperkt invasief en kan ambulant gebeuren. Ze leiden in meer dan 80% van de patiënten tot volledige continentie, aangetoond door een stresstest. [1,32,33,34,35,37] Er is ook een significante verbetering van libidoverlies, vaginale droogte, dyspareunie en anorgasmie en dit zowel in pre- als in postmenopauzale vrouwen.[32] Mogelijke postoperatieve complicaties zijn urineweginfecties, urineretentie, mictieproblemen, detrusorinstabiliteit, vaginale littekenweefselvorming en erosies.[32,37]

En verder…?

Hoewel vele patiënten hun incontinentieklachten na behandeling zien verdwijnen, zijn er een aantal die nooit volledig droog zijn. Het betreft meestal patiënten die geneesmiddelen die de incontinentieklachten verergeren moeten innemen of patiënten die omwille van een cognitieve of een fysieke beperking geen bekkenbodemspieroefeningen kunnen doen. Deze patiënten hebben wegwerpincontinentiemateriaal ter beschikking. Ze plannen best om de twee tot vier uur een toiletbezoek in en ze dienen maatregelen te treffen om het toilet voor hen zo bereikbaar mogelijk te maken.[15]

Screening door de huisarts

Urinaire incontinenie is een belangrijk probleem: één derde van alle vrouwen krijgt er op een bepaald moment in haar leven mee te maken.[7] De juiste prevalentie is moeilijk te bepalen en schattingen ervan variëren sterk van bron tot bron. De oorzaak hiervan is dat slechts een minderheid van de vrouwen met urinaire incontinentie hulp zoekt. Dit komt enerzijds doordat er nog steeds een taboe op dit onderwerp rust en anderzijds doordat veel vrouwen hun aandoening als een normaal gevolg van kinderen baren en verouderen zien en ermee leren leven.[5,37] Ze zien urinaire incontinentie niet als een ernstig probleem en weten niet dat er effeciënte behandelmethoden bestaan. Enkele factoren die mee beslissen of een vrouw met incontinentieklachten hulp zoekt of niet, zijn de leeftijd, het type urinaire incontinentie, de ernst van de klachten en de impact ervan op het dagelijkse leven en schaamte. Twee derde van alle vrouwen met urinaire incontinentie zou hiervoor geen arts raadplegen. Drie vierde van de incontinente vrouwen die wel hulp zoeken, zou dit pas na meer dan een jaar doen.[39,41] Vrouwen die met urinaire incontinentie als aanmeldingsklacht bij de huisarts op consultatie komen, zijn dan ook meestal al wat ouder - volgens een Noors onderzoek zijn ze gemiddeld 57 jaar oud en is 64% van hen postmenopauzaal - en hebben incontinentieklachten met een belangrijke impact op hun dagelijkse leven.[4]
De prevalentie van urinaire incontinentie zal, rekening houdend met de vergrijzing, de komende jaren wellicht toenemen. Alle organen verliezen met verouderen een deel van hun structurele integriteit en hun fysiologische functie. Dit geldt ook voor de blaas: een ouder wordende blaas is sneller geprikkeld, heeft een beperktere opslagcapaciteit en ledigt zichzelf minder efficiënt. De normale veroudering van de blaas kan, in combinatie met comorbiditeiten zoals arteriële hypertensie en diabetes mellitus, polyfarmacie, veranderde voedingsgewoonten, afgenomen cognitieve functies, een veranderde hormonale status en eerdere obstetrische traumata, tot urinaire incontinentie leiden.[38,39]

Vrouwen met urinaire incontinentie hebben vaak zowel psychische als fysieke gezondheidsproblemen. Deze aandoening heeft dan ook een belangrijke impact op het dagelijkse leven en kan in oudere vrouwen zelfs een beslissende factor zijn bij het verlies van hun zelfstandigheid.
Daarnaast lopen de kosten die met de diagnose, de behandeling en de nazorg van urinaire incontinentie gepaard gaan voor de patiënt en voor de maatschappij hoog op.[15,38] De maatschappij betaalt niet alleen mee voor de tijd die het personeel van rust- en verzorgingstehuizen aan incontinentiezorg besteedt, maar draagt ook bij aan de betaling van medische prestaties en forfaits die ziekenfondsen aan incontinente patiënten toekennen. In België bestaan er drie soorten incontinentieforfaits. Het incontinentieforfait voor zwaar zorgbehoevende personen bedraagt 493,15 euro. Het wordt toegekend aan patiënten die in de loop van één jaar gedurende vier maanden aanspraak maakten op een tegemoetkoming voor forfait B of C - dit zijn patiënten die niet alleen van anderen afhankelijk zijn om zich te wassen, te kleden en te verplaatsen, maar ook voor wat betreft incontinentie en/of eten - met een incontinentiescore van drie of vier op het criterium incontinentie - dit zijn patiënten die volledig incontinent voor urine en/of faeces zijn - en die op de laatste dag van deze periode niet in een rust- of verzorgingstehuis, een psychiatrisch tehuis of een beschutte woning verbleven. Het incontinentieforfait voor personen die niet afhankelijk zijn, bedraagt 160,96 euro. Dit bedrag wordt betaald aan patiënten die wel incontinent maar niet zwaar zorgbehoevend zijn, die geen tegemoetkoming voor sondagemateriaal krijgen en die niet in een ziekenhuis, een rust- of verzorgingstehuis, een psychiatrisch tehuis of een beschutte woning verblijven. Tenslotte bestaat er ook een incontinentieforfait voor personen met een handicap en specifieke vormen van incontinentie.

Ondanks het feit dat urinaire incontinentie een belangrijke impact op het dagelijkse leven heeft en een grote economische last met zich meebrengt, blijft dit een sterk onderschatte en ondergediagnosticeerde aandoening. Veel patiënten blijven onbehandeld, hoewel er efficiënte behandelmethoden bestaan. Dit heeft niet alleen te maken met de taboesfeer die bij de patiënten rond dit onderwerp heerst, maar ook met het feit dat artsen urinaire incontinentie niet altijd als een belangrijk probleem zien. Ze hebben vaak onvoldoende kennis over deze aandoening en voelen schroom om naar incontinentieklachten te vragen.[38,41] Het leveren van een goede incontinentiezorg vereist dan ook educatie en bewustmaking bij zowel artsen als patiënten. Het idee dat urinaire incontinentie een onvermijdelijk deel van het leven is, moet uitgeroeid worden.[37,42]

Naar urinaire incontinentie screenen en vrouwen die niet uit zichzelf hulp zoeken actief aanmoedigen om diagnostiek en behandeling te ondergaan, leidt tot een afname van de ernst van de klachten en van het aantal episodes met urineverlies.[5] Vrouwen ouder dan 55 jaar die actief aangemoedigd worden om zich te laten diagnosticeren en behandelen, hebben dubbel zoveel kans op een afname van de ernst van hun symptomen en half zoveel episodes van urineverlies als andere vrouwen.[37,39]
Aangezien urinaire incontinentie voldoet aan de meeste criteria van Wilson en Jungner, is een screening naar deze aandoening te rechtvaardigen. Het screenen van oudere patiënten op behandelbare ziekten is daarbij een belangrijk onderdeel van het gezondheidsbeleid van veel regeringen, waarin de focus op 'gezond ouder worden' ligt.[40]
De huisarts is de meest aangewezen persoon om deze screening uit te voeren: hij of zij is niet alleen de eerste contactpersoon van de patiënt, maar heeft ook toegang tot een vrij volledig patiëntendossier en is geschikt om incontinente patiënten te diagnosticeren en te behandelen.[12] Een screeningsinstrument voor urinaire incontinentie dient dan ook zodanig opgesteld te worden dat het in de huisartsenpraktijk gebruikt kan worden. Het mag niet te veel tijd in beslag nemen, het moet voor de patiënt aanvaardbaar zijn, het moet een onderscheid kunnen maken tussen de verschillende types urinaire incontinentie, het moet diegenen met een verhoogd risico op psychische en fysieke problemen identificeren en het moet betrouwbare informatie geven over hoe de patiënt de urinaire incontinentie ervaart.[13]

Het meest beroemde reeds bestaande screeningsinstrument voor urinaire incontinentie is waarschijnlijk de *international consultation on incontinence questionnaire* (ICIQ). Deze vragenlijst werd in 1998 door een wetenschappelijk comité opgesteld. Dit comité werd opgesteld met als enig doel het ontwikkelen van een universele vragenlijst die zowel in de dagelijkse praktijk als in studieverband gebruikt zou kunnen worden. Ze zou bijgevolg niet alleen als screeningsinstrument moeten kunnen fungeren, maar ook als referentiepunt om bijvoorbeeld de vergelijking tussen de verschillende behandelmethoden van urinaire incontinentie te vergemakkelijken. De meest gebruikte afleiding van deze vragenlijst is de *ICIQ short form questionnaire* (ICIQ-SF) (Figuur 2). De ICIQ-SF werd reeds uitgebreid gevalideerd en in meer dan dertig talen vertaald.[43] Deze vragenlijst is beter bekend bij urologen dan bij huisartsen en het gebruik ervan is dan ook nog niet echt tot in de dagelijkse praktijk doorgedrongen. Nochtans voldoet ze aan de meeste van bovenstaande voorwaarden: de vragenlijst kan snel doorlopen worden, ze stelt de arts in staat om het onderscheid te maken tussen onder andere stress- en aandrangincontinentie en ze geeft informatie over de ernst van de incontinentieklachten en de impact ervan op het dagelijkse leven van de patiënt.

Figuur 2: *ICIQ-SF*.[43]

Many people leak urine some of the time. We are trying to find out how many people leak urine, and how much this bothers them. We would be grateful if you could answer the following questions, thinking about how you have been, on average, over the PAST FOUR WEEKS.

1 Please write in your date of birth: ☐☐ DAY ☐☐ MONTH ☐☐ YEAR

2 Are you *(tick one)*: Female ☐ Male ☐

3 How often do you leak urine? *(Tick one box)*

never	☐	0
about once a week or less often	☐	1
two or three times a week	☐	2
about once a day	☐	3
several times a day	☐	4
all the time	☐	5

4 We would like to know how much urine you think leaks.
How much urine do you usually leak (whether you wear protection or not)? *(Tick one box)*

none	☐	0
a small amount	☐	2
a moderate amount	☐	4
a large amount	☐	6

5 Overall, how much does leaking urine interfere with your everyday life?
Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

not at all — a great deal

ICIQ score: sum scores 3+4+5 ☐☐

6 When does urine leak? *(Please tick all that apply to you)*

never – urine does not leak	☐
leaks before you can get to the toilet	☐
leaks when you cough or sneeze	☐
leaks when you are asleep	☐
leaks when you are physically active/exercising	☐
leaks when you have finished urinating and are dressed	☐
leaks for no obvious reason	☐
leaks all the time	☐

Een voorbeeld van een screeningsinstrument waarvan het gebruik in de huisartsenpraktijk onderzocht werd, is de *incontinence screening questionnaire* (Figuur 3). Deze vragenlijst zou in staat zijn om op basis van vijf vragen 70% van alle volwassen vrouwen die positief scoren op een 48 uur durende *incontinence weight pad test* te identificeren.[13] Ze bevat echter geen vragen die stress- en aandrangincontinentie van elkaar onderscheiden.

Figuur 3: *incontinence screening questionnaire*.[13]

Please circle the number which corresponds to your choice of answer.

IN THE PAST MONTH,	Never	Occasionally (Once or twice)	On about ½ the times	All or most of the times
have you leaked urine when you were on your way to the toilet?	1	2	3	4
have you leaked urine when you had to wait to use the toilet?	1	2	3	4
have you leaked urine if you did not go to the toilet immediately when you first felt the need to urinate?	1	2	3	4
In the past month, have you felt an urgent need to urinate which was accompanied by a fear of leakage?			YES 1	NO 2
Did you pass urine more than seven (7) times yesterday?			YES 1	NO 2

If you circled 2, 3 or 4, how concerned are **you about this?**

Not at all concerned	A little concerned	Moderately concerned	Very concerned
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

Interpretation:

An adult female patient is classified as having a clinically significant degree of urinary incontinence if she:

- circles 3 or 4 to any of the first three questions above, OR is **at all concerned** about leaking urine; OR
- answers "yes" to having felt an urgent need to urinate which was accompanied by a fear of leakage; OR
- urinated more than 7 times yesterday.

Tenslotte verdient ook de *incontinence severity index* (Figuur 4) een vermelding.[14] Deze vragenlijst polst naar de frequentie en naar de ernst van de incontinentieklachten, maar maakt net als de *incontinence screening questionnaire* geen onderscheid tussen de verschillende types van urinaire incontinentie. Verder geven ze geen informatie over hoe de patiënt de urinaire incontinentie ervaart, wat het moeilijk maakt om het risico op psychische en fysieke problemen in te schatten. Deze vragenlijst is dus, hoewel zeer waardevol, wellicht het minst geschikt om in de huisartsenpraktijk mee naar urinaire incontinentie te screenen.

Figuur 4: incontinence severity index.[14]

How often do you experience urinary leakage?

1. Less than once a month.
2. A few times a month.
3. A few times a week.
4. Every day and/or night.

How much urine do you lose each time?

1. Drops.
2. Small splashes.
3. More.

The severity index is created by multiplying the results of the two questions, and then categorizing it as follows: 1-2 = slight, 3-6 = modreate, 8-9 = severe, 12 = very severe.

Methode

Literatuurstudie

De EMBASE- en MEDLINE-databases werden met de volgende MeSH-zoektermen doorzocht: (urinary incontinence, stress) AND (postmenopause) AND (general practice OR family practice OR primary health care) AND (mass screening). De combinatie van al deze zoektermen leverde geen zoekresultaten op. Ook de combinatie van de MeSH-zoektermen (urinary incontinence, stress) AND (postmenopause) AND (mass screening) bleek geen succesvolle zoekopdracht te zijn. Daarom werd beslist om met relevante combinaties van twee van de vier oorspronkelijke zoektermen te werken.

Alle studies die voor 31 september 2016 gepubliceerd werden, werden geïdentificeerd. De combinatie van de MeSH-zoektermen (urinary incontinence, stress) AND (postmenopause) leverde 107 resultaten op. Zoeken naar artikels met als onderwerp (urinary incontinence, stress) AND (general practice OR family practice OR primary health care) leidde tot 44 zoekresultaten. De MeSH-zoektermen (urinary incontinence, stress) AND (mass screening) tenslotte, vormden de bron van 13 bijkomende artikels. De abstracts van de gevonden studies werden gelezen en er werd beslist welke artikels de meest relevante informatie te bieden hadden. De referenties van deze artikels werden doorzocht. De zoektocht werd niet tot één bepaalde taal beperkt, maar uiteindelijk werden toch enkel studies die in het Nederlands of in het Engels geschreven werden weerhouden.

Screening

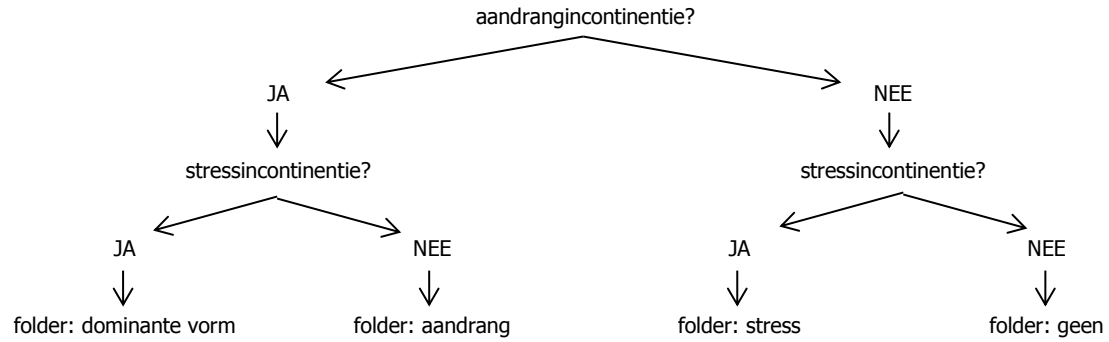
Hoewel urinaire incontinentie een zeer dankbare aandoening is om naar te screenen, werd dit onderwerp tot nu toe slechts zeer beperkt onderzocht. Studies omtrent urinaire incontinentie bij vrouwen vinden bovendien meestal in academische ziekenhuizen en op gespecialiseerde afdelingen plaats. Ze selecteren en onderzoeken één bepaald type patiënt. Ze zijn niet representatief voor een doorsnee patiëntenpopulatie en dus ook niet voor een doorsnee huisartsenpraktijk.[4] Er werd dan ook besloten om een geheel nieuw screeningsinstrument te ontwikkelen en dit op basis van de vragen uit de ICIQ-SF[43], de *incontinence screening questionnaire*[13] en de *incontinence severity index*[14].
De literatuurstudie hielp bij het bepalen aan welke voorwaarden een screeningsinstrument voor urinaire incontinentie moet voldoen opdat het geschikt zou zijn voor gebruik in de huisartsenpraktijk: het mag niet te veel tijd in beslag nemen, het moet voor de patiënt aanvaardbaar zijn, het moet een onderscheid kunnen maken tussen de verschillende types urinaire incontinentie, het moet diegenen met een verhoogd risico op psychische en fysieke problemen identificeren en het moet betrouwbare informatie geven over hoe de patiënt de urinaire incontinentie ervaart.[37,42] De ICIQ-SF voldoet bijna al deze voorwaarden en toont aan dat het onderscheid tussen stress- en aandrangincontinentie eigenlijk op basis van twee vragen gemaakt kan worden.
Er werd uiteindelijk besloten om een vragenlijst bestaande uit vijf vragen met telkens twee of drie vaste antwoordmogelijkheden als screeningsinstrument te gebruiken. De eerste twee vragen polsen naar de aanwezigheid van symptomen van stress- of aandrangincontinentie en onderscheiden deze beide vormen van urinaire incontinentie. Verder werden één vraag over de frequentie, en dus over de ernst van de incontinentieklachten, en één vraag over de impact ervan op het dagelijkse leven geïncludeerd. De laatste vraag bevraagt of de patiënten het al dan niet aanvaardbaar vinden dat hun huisarts zonder duidelijke aanleiding van hun kant naar incontinentieklachten informeert. Indien dit screeningsinstrument ooit de weg naar de dagelijkse huisartsenparktijk zou vinden, zou deze laatste vraag er uiteraard geen deel meer van uitmaken (Bijlage 1).

Het leveren van een goede incontinentiezorg vereist niet alleen een correcte diagnosestelling, maar ook een educatie en bewustmaking van de patiënten. Daarom werden folders opgesteld die de patiënten in staat moesten stellen om, indien zij hun urinaire incontinentie wensen te behandelen, een geïnformeerde keuze te maken. Deze folders moesten boven alles patiëntvriendelijk zijn. Daarom werden ze niet alleen op basis van bovenstaande literatuurstudie, maar ook op basis van de NHG-standaarden en de daarop gebaseerde site www.thuisarts.nl in patiëntentaal opgesteld. Er werden aparte folders over stress- en aandrangincontinentie gemaakt. Om ze voor de patiënt zo aantrekkelijk mogelijk te maken, werden ze in kleur afgedrukt.

Van maandag 7 november 2016 tot en met vrijdag 3 februari 2017 bevroegen zes artsen, onder wie vier huisartsen en twee HAIO's, ongeacht de aanmeldingsklacht alle vrouwen van 55 jaar en ouder die bij hen op consultatie kwamen. Er werd niet standaard op huisbezoek gescreend om te vermijden dat er elke dag een stapel vragenlijsten en folders van deur tot deur meegenomen zouden moeten worden. Er werd gekozen om enkel vrouwen van 55 jaar en ouder te bevragen omdat het positieve effect van een screening naar urinaire incontinentie en van het actief aanmoedigen om diagnostiek en behandeling te ondergaan in deze groep het best bestudeerd werd.[5,37,39] Daarnaast hielden we ook rekening met het feit dat de prevalentie van urinaire incontinentie met de leeftijd toeneemt: in een iets oudere populatie vormt urinaire incontinentie een groter probleem en lijkt het screenen ernaar nuttiger.[38,39] De volgende exclusiecriteria werden gehanteerd: overloopincontinentie, het hebben van een maligne aandoening,

het reeds voor een urogenitaal probleem in behandeling zijn, het hebben van een urinaire sonde en ernstige dementie. Alle geïncludeerde patiënten werden aan het einde van de consultatie, na een korte uitleg over deze thesis, mondeling bevraagd. Op deze manier interfereerde de screening naar urinaire incontinentie niet met de rest van de consultatie. De antwoorden van de bevraagde patiënten werden op papier bijgehouden.
Vrouwen zonder incontinentieklachten kregen de diagnose 'geen incontinentie' en ontvingen geen folder. Een positief antwoord op de eerste screeningsvraag leidde tot de diagnose 'aandrangincontinentie' en het meegeven van een folder hieromtrent. De aanwezigheid van de symptomen vermeld in de tweede screeningsvraag wees op stressincontinentie en vrouwen met deze diagnose kregen de desbetreffende folder mee. Wie zowel de eerste als de tweede screeningsvraag positief beantwoordde en dus gemengde incontinentie had, moest de meest hinderlijke klachten benoemen en kreeg op basis hiervan een folder over de bij haar dominante vorm van urinaire incontinentie mee (Bijlage 2 en 3, Figuur 5). Er werden geen duidelijke afspraken gemaakt omtrent het noteren van het voltooien van deze screening en een eventuele diagnose in het elektronisch medisch dossier.

Figuur 5: screening en folders.



Na afloop van de drie maanden waarin de screening plaatsvond, werden de betrokken huisartsen over hun ervaringen met dit screeningsinstrument voor urinaire incontinentie bevraagd. Ze beantwoordden vragen over de haalbaarheid om dit screeningsinstrument in de toekomst te blijven gebruiken alsook over eventuele feedback die ze van patiënten kregen. Tenslotte leek het ook interessant om te weten of er patiënten, na het stellen van de screeningsvragen en het lezen van de folder, teruggekomen waren om hun incontinentieklachten verder te bespreken (Bijlage 4).

Gegevensverwerking

De vijf screeningsvragen kregen een nummer van één tot vijf. De antwoordmogelijkheden kregen per vraag een nummer van één tot twee of drie. De antwoorden van alle bevraagde patiënten werden met behulp van deze code in een excelbestand met 117 rijen - één per bevraagde patiënt - en vijf kolommen - één per screeningsvraag - verwerkt. Het gebruik van filters maakte het daarna mogelijk om in absolute cijfers een antwoord te vinden op de volgende vragen: hoeveel patiënten hadden incontinentieklachten? Hoeveel van deze patiënten hadden dagelijks last en hoeveel van deze patiënten ondervinden een invloed op hun dagelijkse leven? Hoeveel patiënten hadden stressincontinentie, aandrangincontinentie of gemengde incontinentie? Hoeveel patiënten hadden, binnen deze afzonderlijke groepen, dagelijks last en hoeveel pasten op basis van hun incontinentieklachten hun activiteiten aan? Hoeveel patiënten vermeldden geen incontinentieklachten? Waren er patiënten die het niet aanvaardbaar vonden dat hun huisarts hen deze vragen stelde? Vinden patiënten met incontinentieklachten dit screeningsinstrument aanvaardbaarder dan patiënten zonder urinaire incontinentie of is dit net omgekeerd?

Tabel 5: resultaten vragenlijst patiënten: type, frequentie en impact van urinaire incontinentie.

	alle patiënten	stress- en/of aandrangincontinentie	stress- én aandrangincontinentie	stressincontinentie	aandrangincontinentie	continentie
totaal	117 (100%)	78 (66,7%)	34 (29,1%)	24 (20,5%)	20 (17,1%)	39 (33,3%)
frequentie						
dagelijks	34 (29,1%)	34 (43,6%)	18 (52,9%)	5 (20,8%)	11 (55%)	
> 3 keer per week	8 (6,8%)	8 (10,3%)	4 (11,8%)	2 (8,3%)	2 (10%)	
< 3 keer per week	32 (27,4%)	32 (41%)	11 (32,4%)	15 (62,5%)	6 (30%)	
impact						
aanwezig	15 (12,8%)	15 (19,2%)	9 (26,5%)	2 (8,3%)	4 (20%)	
afwezig	60 (51,3%)	60 (76,9%)	24 (70,6%)	20 (83,3%)	15 (75%)	
niet bevraagd	42 (35,9%)	4 (5,1%)	1 (2,9%)	2 (8,3%)	1 (5%)	

Tabel 6: resultaten vragenlijst patiënten: aanvaardbaarheid.

	alle patiënten	stress- en/of aandrangincontinentie	continentie
totaal	117 (100%)	78 (66,7%)	39 (33,3%)
aanvaardbaar	112 (95,7%)	73 (93,6%)	39 (100%)
onaanvaardbaar	1 (0,9%)	1 (1,3%)	0 (0%)
niet bevraagd	4 (3,4%)	4 (5,1%)	0 (0%)

Tabel 7: resultaten vragenlijst artsen.

	ja	nee
haalbaar?	6 (100%)	0 (0%)
aanvaardbaar?	6 (100%)	0 (0%)
effect?	2 (33,3%)	4 (66,7%)

In totaal werden gedurende deze drie maanden durende screeningsperiode 117 vrouwen van 55 jaar en ouder bevraagd. Elke leeftijdscategorie is vrijwel even goed vertegenwoordigd (Tabel 8). Er werden echter relatief weinig vrouwen van 75 jaar en ouder bevraagd en dit komt waarschijnlijk doordat de zes betrokken artsen veel vrouwen uit deze leeftijdscategorie vaker op huisbezoek dan op consultatie zien. Er werd geen screening uitgevoerd op huisbezoek om te vermijden dat er elke dag een stapel vragenlijsten en folders van deur tot deur meegenomen zou moeten worden. Omdat de afzonderlijke leeftijdsgroepen eerder klein zijn, werd de prevalentie van de verschillende types urinaire incontinentie enkel op het totale aantal bevraagde patiënten en niet per leeftijdsgroep bekeken.

Tabel 8: leeftijd.

55 à 60 jaar	29 (= 24,8%)
61 à 65 jaar	19 (= 16,2%)
66 à 70 jaar	21 (= 17,9%)
71 à 75 jaar	22 (= 18,8%)
76 à 80 jaar	13 (= 11,1%)
> 80 jaar	13 (= 11,1%)

De resultaten van de screening worden in tabel 5 weergegeven. Twee derde (66,7%) van de bevraagde vrouwen bleek een vorm van urinaire incontinentie te hebben. Iets minder dan de helft van deze vrouwen met incontinentieklachten zei dagelijks last te hebben en iets minder dan een vijfde van zei bepaalde activiteiten niet meer te durven of kunnen uitoefenen als gevolg van de angst voor het optreden van een urinelek.
De prevalentie van gemengde incontinentie bedraagt 29,1%. Voor stress- en aandrangincontinentie is dit respectievelijk 20,5% en 17,%. Van alle patiënten met gemengde incontinentie heeft iets meer dan de helft dagelijkse symptomen en iets meer dan een vierde ondervindt een impact op het dagelijkse leven. Bij één patiënt met gemengde incontinentie werden deze eigenschappen niet bevraagd. Er werd ook niet door iedereen bijgehouden welke folder de patiënten met gemengde incontinentie meekregen. Bijgevolg is slechts van 11 van de 34 patiënten met gemengde incontinentie gekend welk type urinaire incontinentie de dominante vorm is: van deze 11 patiënten benoemden er acht stressincontinentie en twee aandrangincontinentie als het meest belastend. Één patiënt kreeg beide folders mee. Vijf patiënten met gemengde incontinentie weigerden een folder mee te nemen.
Van de patiënten met enkel stressincontinentie zegt 20,8% dagelijks last te hebben en ondervindt amper 8,3% een impact op het dagelijkse leven. Vooral sportactiviteiten worden bemoeilijkt in patiënten met stressincontinentie: sommige patiënten vertellen spontaan dat ze, sinds ze incontinentieklachten hebben, niet meer durven lopen, springen, turnen of zwemmen. Aan twee patiënten met stressincontinentie werd de vraag naar de frequentie van de incontinentieklachten en de impact ervan op het dagelijkse leven niet gesteld.
De patiënten met aandrangincontinentie hebben in 55% van de gevallen dagelijkse symptomen. Precies één vijfde van hen durft of kan bepaalde activiteiten hierdoor niet meer uitoefenen. Spontaan vermelde voorbeelden zijn het dragen van een emmer, fietsen en skiën. Één patiënt zegt dat ze geen activiteiten laat, maar wel steeds eerst gaat plassen vooraleer ze een activiteit die met een verhoging van de intra-abdominale druk uitvoert. Een andere patiënt geeft toe minder te drinken in de hoop zo minder urine te verliezen. Aan één patiënt werd de vraag niet gesteld.

Het screeningsinstrument voor urinaire incontinentie werd goed aanvaard door de bevraagde patiënten. Slechts één patiënt vond het niet aanvaardbaar dat de huisarts zonder aanleiding van haar kant naar de aanwezigheid van incontinentieklachten vroeg (Tabel 6). De vraag naar aanvaardbaarheid werd aan vier patiënten niet gesteld. Het effectieve percentage patiënten dat zich er niet comfortabel voelde bij deze screeningsvragen, zou dus hoger kunnen liggen.

Ook de zes betrokken huisartsen, met een leeftijd variërend van 27 tot 67 jaar, kunnen goed met dit screeningsinstrument overweg (Tabel 7). Geen van hen vindt het niet haalbaar om het in de toekomst te blijven gebruiken. Het bleek echter moeilijk om er steeds wanneer nodig aan te denken. Het gebruik van dit screeningsinstrument voor urinaire incontinentie is nog geen gewoonte, te meer omdat het niet in het elektronisch medisch (EMD) dossier geïncorporeerd is. Bijna alle huisartsen vermelden spontaan dat een herinnering in het EMD, zoals reeds bestaand in de screening naar maligniteiten van borst, colon en cervix, een vereiste is om dit screeningsinstrument in de toekomst vlot te blijven gebruiken. Dit niet alleen om te vermijden dat de toepassing ervan vergeten wordt, maar ook om te voorkomen dat een zelfde vrouw meerdere keren kort na elkaar gescreend wordt. Één arts vermeldt dat het enthousiasme om te screenen gedurende de drie maanden durende screeningsperiode wat afnam. Gezien halverwege geen moment van evaluatie en motivatie voorzien werd, werden naargelang de tijd verstreek wellicht steeds meer patiënten vergeten.

Alle huisartsen beschrijven een vlotte medewerking van de patiënten. Ze kregen geen negatieve reacties. Twee van hen ontvingen zelfs expliciete positieve reacties: enkele patiënten zeiden spontaan dat ze de screening naar incontinentieklachten een goed idee vonden.
Het effect van het screeningsinstrument blijft daarentegen nog onduidelijk. Twee huisartsen zeggen dat er toch een aantal vrouwen, na het beantwoorden van de screeningsvragen en het lezen van de folder, terugkeerden om hun incontinentieklachten verder te bespreken. Het zou hier echter om een beperkt aandeel van de bevraagde patiënten gaan. Gezien de screening naar urinaire incontinentie niet volgens vooraf vastgelegde regels in het elektronisch medisch dossier geregistreerd werd, zijn hiervan geen exacte cijfers bekend.

Discussie

Screeningsresultaten

Zes huisartsen bevroegen gedurende drie maanden elke vrouw ouder dan 55 jaar die op consultatie kwam, ongeacht de aanmeldingsklacht. Er werden in deze periode 117 vrouwen gescreend en dit is minder dan verwacht. De belangrijkste oorzaak hiervan is wellicht het feit dat het screeningsinstrument voor urinaire incontinentie nog niet in het elektronisch medisch dossier geïncorporeerd werd en hierdoor regelmatig vergeten werd. Een andere belangrijke factor die hiertoe bijdroeg, is het feit dat de drie maanden durende screeningsperiode pal in een seizoen vol luchtwegeninfecties en griep viel: de drukte verdrong de gedachte aan de screening naar urinaire incontinentie regelmatig naar de achtergrond. Dit te meer omdat de betrokken huisartsen niet altijd op afspraak werken en dus ook niet alle consultaties kunnen voorbereiden. Daarnaast werd er, om te vermijden dat er elke dag een stapel vragenlijsten en folders van deur tot deur meegenomen zou moeten worden, niet steeds op huisbezoek gescreend. Dit heeft er ongetwijfeld toe geleid dat veel oudere vrouwen met urinaire incontinentie, die normaal vrijwel alleen op huisbezoek gezien worden, niet geïncludeerd werden.
Omdat slechts een klein aantal exclusiecriteria gehanteerd werden en omdat vrouwen van verschillende leeftijden en met verschillende sociale achtergronden geïncludeerd werden, is de groep van bevraagde vrouwen waarschijnlijk representatief voor een doorsnee patiëntenpopulatie. Dit wil uiteraard nog steeds niet zeggen dat de bekomen resultaten zomaar naar alle Vlaamse vrouwen geëxtrapoleerd mogen worden want daarvoor is en blijft de groep van gescreende vrouwen te klein.

Tabel 8: prevalentie van urinaire incontinentie**.**

bron	prevalentie	opmerkingen
McKertich K[2]	10 à 14%	in alle vrouwen
Gray M[3]	51 à 72%	in alle vrouwen
Seim A et al[4]	16 à 60%	in perimenopauzale vrouwen
Visser E[5]	33,3%	in "oudere" vrouwen
Buchsbaum G et al[6]	50%	in 149 postmenopauzale nonnen
Otunctemur A et al[7]	33,3%	in alle vrouwen enkel stressincontinentie
Jolleys J[12]	41%	in alle vrouwen
Hendrix S[15]	14 à 35%	in alle mannen én vrouwen
Aksac B et al [21]	34 à 50%	in "oudere" mannen én vrouwen
Capobianco G et al[36]	8 à 30%	in alle Westerse mannen én vrouwen
Kirby M[37]	42%	in alle vrouwen (UK) enkel stressincontinentie
Farage M et al [38]	50 à 78%	in alle mannen én vrouwen (US)
Visser E et al[40]	33 à 44%	in alle vrouwen ≥60 jaar
Hunter Koch L[41]	12 à 50%	in alle vrouwen van middelbare leeftijd

De prevalentie van urinaire incontinentie is moeilijk te bepalen en schattingen ervan variëren sterk van bron tot bron. Een aantal auteurs van artikels uit de literatuurstudie die zich aan een schatting waagden, worden opgelijst in tabel 8. Hieruit blijkt dat ook studies die schijnbaar gelijke leeftijdscategorieën en omstandigheden hanteren bij het bepalen van de prevalentie van urinaire incontinentie, toch vaak sterk verschillende cijfers bekomen.[14] De oorzaak hiervan is, zoals gezegd, dat slechts een minderdheid van de vrouwen met urinaire incontinentie hulp zoekt. Dit komt enerzijds doordat er nog steeds een taboe op dit onderwerp rust en anderzijds doordat veel vrouwen hun aandoening als een normaal gevolg van kinderen baren en verouderen zien en ermee leren leven.[5,37] Ze zien urinaire incontinentie niet als een ernstig probleem en weten niet dat er efficiënte behandelmethoden bestaan.[39,41]

Waar er meestal van een prevalentie variërend van 10 tot 40% gesproken wordt, kan op basis van de resultaten van dit onderzoek tot een prevalentie van 66,7% besloten worden. Omdat de meeste studies het over de prevalentie van urinaire incontinentie in alle vrouwen - en dus niet alleen in de risicogroep van postmenopauzale vrouwen - hebben, was een hoog cijfer in deze screeningsgroep enigszins te verwachten. Toch is een prevalentie van 66,7% een onverwacht en eerder spectaculair resultaat dat tot verdere vraagstelling motiveert. Gaat het hier om een overschatting? Is de gehanteerde drempel om tot de diagnose van urinaire incontinentie te komen te laag? Het gebruikte screeningsinstrument en dus ook de diagnose zijn op subjectieve vragen en niet op objectieve parameters gebaseerd, maar dit mag rekening houdend met de definitie van deze aandoening geen probleem zijn: urinaire incontinentie is het onvrijwillig verlies van een hoeveelheid urine die van voldoende grootte is om een probleem te creëren voor de patiënt, de verzorger of de familie.[3] Er is echter verder onderzoek nodig om te weten hoe de diagnose van urinaire incontinentie in de huisartsenpraktijk gesteld moet worden. Uit verdere screening, eventueel met aangepaste vragen, zal moeten blijken of het probleem echt zo groot is zoals hier gesteld wordt.

Gemengde incontinentie heeft een prevalentie van 29,1% en komt dus vaker voor dan zuivere stress- of aandrangincontinentie. Het prevalentieverschil tussen zuivere stress- en zuivere aandrangincontinentie is te verwaarlozen.
De prevalentie van zuivere stressincontinentie bedraagt 20,5%. Het is niet gekend hoeveel van de vrouwen met gemengde incontinentie stressincontinentie als het meest belastende type van urinaire incontinentie benoemen. Aangezien 65% van de vrouwen met stressincontinentie geassocieerde aandrangincontinentie hebben[1], hadden deze cijfers wellicht ook interessante informatie kunnen bieden.
Patiënten met stressincontinentie vermelden minder frequente incontinentieklachten en een minder grote impact op het dagelijkse leven dan patiënten met aandrangincontinentie of patiënten met gemengde incontinentie. Waar 20,8% van de vrouwen met stressincontinentie dagelijkse incontinentieklachten beschrijft, is dit bij vrouwen met een andere vorm van urinaire incontinentie meer dan dubbel zoveel en waar slechts 8% van de vrouwen met stressincontinentie bepaalde activiteiten niet meer durft of kan uitoefenen, is dit bij vrouwen met een andere vorm van urinaire incontinentie 20 à 26,5%. Dit verschil is opvallend, maar betekent niet dat een screening naar gemengde incontinentie of aandrangincontinentie nuttiger is dan een screening naar stressincontinentie. Stressincontinentie vertoeft namelijk evengoed als de andere vormen van urinaire incontinentie in een taboesfeer die door middel van het stellen van deze screeningsvragen doorbroken zou kunnen worden. Het bovenstaande screeningsinstrument maakt het onderwerp urinaire incontinentie op zijn geheel bespreekbaar. Het maakt aan vrouwen met urinaire incontinentie duidelijk dat hun huisarts openstaat voor hun verhaal en de nodige kennis heeft om hen met hun incontinentieklachten te helpen.

Screeningsinstrument

De literatuurstudie hielp bij het bepalen aan welke voorwaarden een screeningsinstrument voor urinaire incontinentie moet voldoen opdat het geschikt zou zijn voor gebruik in de huisartsenpraktijk: het mag niet te veel tijd in beslag nemen, het moet voor de patiënt aanvaardbaar zijn, het moet een onderscheid kunnen maken tussen de verschillende types urinaire incontinentie, het moet diegenen met een verhoogd risico op psychische en fysieke problemen identificeren en het moet betrouwbare informatie geven over hoe de patiënt de urinaire incontinentie ervaart.[37,42]
Het screeningsinstrument dat in het kader van deze thesis opgesteld werd, voldoet hieraan. Ten eerste neemt het stellen van de screeningsvragen zeer weinig tijd in beslag. Het definitieve screeningsinstrument,

waaruit de vraag naar de aanvaardbaarheid van de screeningsvragen weggelaten kan worden, omvat slechts vier vragen met telkens twee of drie vaste antwoordmogelijkheden. Er werd bewust voor deze vooraf vastgelegde antwoordmogelijkheden gekozen en wel om te vermijden dat patiënten breed over de screeningsvragen zouden uitweiden en zo hun huisarts zouden ontmoedigen om het screenen naar urinaire incontinentie ook in drukkere periodes vol te houden. Het screeningsinstrument blijkt daarnaast ook aanvaardbaar te zijn voor de patiënten: slechts één van de 117 bevraagde vrouwen vond het niet kunnen dat de huisarts zonder aanleiding van haar kant naar de aanwezigheid van incontinentieklachten vroeg. Dit zou als reden kunnen hebben dat er een partner, zoon of dochter op de consultatie aanwezig was. De 116 andere vrouwen hadden geen moeite met de screeningsvragen en sommigen onder hen spraken zelfs spontaan hun goedkeuring uit. Het screeningsinstrument maakt het onderscheid tussen stress- en aandrangincontinentie mogelijk. Zoals ook bleek uit de literatuurstudie kan men, met behulp van slechts twee vragen die naar de meest typische symptomen van deze beide vormen van urinaire incontinentie peilen, met redelijk grote zekerheid een correcte diagnose stellen. Tenslotte geven de antwoorden op de twee vragen naar de frequentie van de incontinentieklachten en hun impact op het dagelijkse leven een beeld van het risico van de patiënt op het ontwikkelen van fysieke en psychische problemen en van hoe de patiënt de urinaire incontinentie ervaart.

De zes betrokken huisartsen zien het dan ook haalbaar om dit screeningsinstrument in de toekomst te blijven gebruiken. Zij beschreven aan het einde van de drie maanden durende screeningsperiode geen enkele negatieve ervaring.

Uiteraard is er nog ruimte voor verbetering. Zo zou dit screeningsinstrument in het elektronisch medisch dossier geïncorporeerd moeten worden. Idealiter zou er voor de screening naar urinaire incontinentie een module, lijkend op de reeds bestaande modules voor de screening naar borstcarcinomen, colorectale carcinomen en cervixcarcinomen, ontwikkeld moeten worden. Een dergelijke module zou het enerzijds mogelijk moeten maken om een herinnering aan de screening naar urinaire incontinentie te tonen telkens wanneer de huisarts het dossier van een vrouw van 55 jaar of ouder opent en zou het anderzijds mogelijk moeten maken om de antwoorden op de screeningsvragen te registreren. Op deze manier wordt niet alleen vermeden dat de screening naar urinaire incontinentie vermeden wordt, maar ook dat eenzelfde patiënt op korte tijd meerdere keren bevraagd wordt. Een ander voordeel van het incorporeren van dit screeningsinstrument in het elektronisch medisch dossier, is dat screenen op huisbezoek vergemakkelijkt wordt voor de huisartsen die een mobiel toestel met toegang tot de patiëntendossiers meenemen. Huisartsen die dit niet doen, zouden bij wijze van alternatief de screening naar urinaire incontinentie aan een ander routineonderzoek, zoals een jaarlijkse bloedname, kunnen koppelen zodat ze slechts éénmalig alle nodige papieren dienen mee te nemen.
De folders met informatie omtrent stress- en aandrangincontinentie zouden eventueel door personen met meer ervaring in de preventieve geneeskunde geoptimaliseerd kunnen worden. Een website die naast deze informatie ook gegevens over incontinentieforfaits en hulpverleners - diëtisten, kinesisten, huisartsen en urologen gerangschikt per regio - verschaft, zou een nuttige aanvulling kunnen vormen. Het nadeel hiervan is uiteraard dat niet alle vrouwen ouder dan 55 jaar, dus niet alle vrouwen uit de doelgroep, even vertrouwd zijn met het internet en even vlot met een dergelijke website aan de slag kunnen.
Het leveren van een goede incontinentiezorg vereist educatie en bewustmaking van zowel artsen als patiënten.[37,42] De folders en een eventuele website zouden de hoeksteen van een bewustmakingscampagne omtrent urinaire incontinentie kunnen vormen. Indien het onderwerp urinaire incontinentie al dan niet deels uit de taboesfeer gehaald zou kunnen worden, zal de behoefte aan specifieke richtlijnen voor een incontinentiezorg per regio zich opdringen.

Het voltooien van dit ambitieuze plan zou ertoe kunnen leiden dat meer vrouwen, na het beantwoorden van de screeningsvragen en het lezen van de beschikbare informatie, naar hun huisarts terugkeren om hun aandoening te bespreken en eventueel verder te behandelen. Hoewel er geen preciezen aantallen gekend zijn, is het duidelijk dat slechts een zeer beperkt aandeel van de gescreende vrouwen dit deed. Men kan sowieso verwachten dat enkel de 15 vrouwen, die een belangrijke impact op hun dagelijkse leven vermeldden, zullen terugkeren en er verstreek daarnaast mogelijks nog niet voldoende tijd tussen het beëindigen van de screeningsperiode en het schrijven van dit stuk. Er werd ondanks deze nuances toch op iets meer respons gehoopt. De screening naar urinaire incontinentie is echter nog niet ingeburgerd en het idee dat urinaire incontinentie een onvermijdelijk deel van het leven is, is nog niet uitgeroeid. De bevraagde vrouwen koppelden de screeningsvragen te veel aan deze thesis en te weinig aan de

voordelen voor hun eigen gezondheid. Dit wordt geïllustreerd door het feit dat een aantal vrouwen geen folder wilde meenemen.
Een screeningsinstrument met weinig respons levert weinig op voor de patiënt, maar is niet noodzakelijk zinloos voor huisartsen: het geeft hen handvaten om patiënten, die het belang van de aanpak van een niet-levensbedreigende aandoening niet altijd inzien, te informeren en actief tot verdere diagnostiek te stimuleren. Het lijkt dan ook een goed idee om in de toekomst vrouwen, wiens incontinentieklachten een belangrijke impact op hun dagelijkse leven hebben, een vervolgconsult aan te bieden.

Het uiteindelijke succes van dit screeningsinstrument blijft echter zowel arts- als praktijkafhankelijk. De artsen wiens mening eerder beschreven werd, werken in een praktijk die sinds jaar en dag jonge artsen opleidt en staan als vanzelfsprekend altijd open voor dergelijke initiatieven. Hun mening is dan ook niet representatief voor die van alle Vlaamse huisartsen. Men kan ervan uitgaan dat niet alle huisartsen even veel interesse in preventie en screening tonen en dat niet iedereen bereid is om de screening naar urinaire incontinentie in een reeds drukke agenda in te plannen. Ook het werken met een module in het elektronisch medisch dossier is niet voor elke huisarts even evident. Bewustmakingscampagnes zijn daarom niet alleen voor de educatie van patiënten, maar ook voor de educatie van huisartsen uiterst belangrijk. Een bewustmakingscampagne voor huisartsen zou uit een rondzendbrief of uit een bezoek van een hiervoor opgeleide vertegenwoordiger kunnen bestaan. Een dergelijke campagne zou de huisartsen van het belang van het screenen naar urinaire incontinentie moeten overtuigen en zou hun kennis over deze aandoening moeten vergroten.

Conclusie

De screening naar urinaire incontinentie bij postmenopauzale vrouwen leverde een verrassend hoge prevalentie op. Er moet uiteraard rekening gehouden worden met de lage drempel die gehanteerd werd om de diagnose te stellen, maar met enige voorzichtigheid kan gesteld worden dat urinaire incontinentie misschien wel een groter probleem is dan men tot nu dacht. Uit verdere screening, en de registratie ervan in het elektronisch medisch dossier, zal moeten blijken of deze stelling klopt.

Een proactieve houding van de huisarts ten opzichte van deze aandoening is hoe dan ook heel belangrijk. Huisartsen en patiënten dienen, bijvoorbeeld door middel van bewustmakingscampagnes, over urinaire geïnformeerd te worden zodat dit onderwerp uit de taboesfeer gehaald kan worden en zodat vrouwen die daar baat bij zouden kunnen helpen vaker en sneller gediagnosticeerd en behandeld worden.

Dankwoord

Eerst en vooral wens ik mijn collega-HAIO dr. Corentin Ameel, wiens thesis bij de mijne aansluit, voor de fijne samenwerking te bedanken.
Ook de andere collega's uit de groepspraktijk waar wij werken, speelden een belangrijke rol. Dr. Hendrik Vandekerckhove en dr. Stijn Torbeyns, onze praktijkopleiders, stonden ons steeds bij met goede raad en toonden een eindeloos geduld bij het invullen van de vragenlijsten en het lezen en herlezen van onze thesissen. Ook dr. Bo Debaere - zonder wiens goede idee deze thesis nooit bestaan zou hebben - en dr. Jaak Torbeyns werkten met veel enthousiasme aan dit praktijkproject mee en zijn daarvoor onze dank verschuldigd. De administratieve medewerkers van de praktijk - Nadine, Stefanie en Renée - hielpen ons met hun blijvende interesse en luisterende oren om tot de laatste dag gemotiveerd te blijven.
Dr. Marc Lemiengre, onze stagecoördinator, voorzag ons reeds in het prille begin van tips omtrent het opstarten van de thesis en hielp ons bij de voorbereidingen van onze presentatie, waarvoor ook onze oprechte dank.
Dr. Peter Vossaert, uroloog in het AZ Groeninge te Kortrijk en bovenal de co-promotor van deze thesis, gaf ons een aantal belangrijke inzichten die van dit werk een samenhangend geheel maakten. Hij verdient een bijzonder dankwoord voor zijn enthousiasme en zijn geloof in ons.
Onze promotor prof. dr. Bert Aertgeerts toonde ons reeds in het begin de goede richting en leidde het vele schrijfwerk in goede banen. Ook hem zijn wij dankbaar voor zijn enthousiasme.
Tenslotte wens ik mijn ouders, mijn grootouders en mijn vriend Tijs te bedanken voor hun interesse in dit buiten hun vakgebied liggende onderwerp en voor het vele geduld dat ze gedurende de voorbije jaren met mij hadden. Zonder jullie had ik dit project niet tot een goed einde gebracht.

Literatuur

1. Deng D. Urinary incontinence in women. Med Clin N Am 2011;95:101-109.
2. McKertich K. Urinary incontinence. Assessment in women: stress, urge or both? Aust Fam Physician 2008;37(3):112-117.
3. Gray M. Stress urinary incontinence in women. J Am Acad Nurse Pract 2004;16(5):188-197.
4. Seim A, Eriksen B, Hunskaar S. A study of female urinary incontinence in general practice. Scand J Urol Nephrol 1995;30:465-471.
5. Visser E. Urine-incotinentie bij oudere vrouwen. Huisarts Wet 2015;58(11):578-581.
6. Buchsbaum G, Chin M, Glantz C, Guzick D. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. Obstet Gynecol 2002;100:226-229.
7. Otunctemur A, Dursun M, Ozbek E, Sahin S, Besiroglu H, Koklu I, Erkoc M, Eyyup D, Bozkurt M. Impact of metabolic syndrome on stress urinary incontinence in pre- and postmenopausal women. Int Urol Nephrol 2014;46:1501-1505.
8. Wilson J, Jungner Y. [Principles and practice of mass screening for disease.] Bol Oficina Sanit Panam 1968;65:281-393.
9. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in te genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bulletin of the World Health Organisation 2008;86(4):317-319.
10. Krhut J, Zachoval R, Smith P, Rosier P, Valansky L, Martan A, Zvara P. Pad weight testing in the evaluation of urinary incontinence. Neurourol Urodyn 2014;33(5):507-510.
11. Uebersax J, Wyman J, Shumaker S, McClish D, Fantl J. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. Neurourol Urodyn 1995;14:131-139.
12. Jolleys J. Diagnosis and management of female urinary incontinence in general practice. Br J Gen Pract 1989;39:277-279.
13. Gunthorpe W, Brown W, Redman S. The development and evaluation of an incontinence screening questionnaire for female primary care. Neurourol Urodyn 2000;19:595-607.
14. Sandvik H, Espuna M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. Int Urogynecol J 2006;17:520-524.
15. Hendrix S. Urinary incontinence and menopause: an evidence-based treatment approach. Dis Mon 2202;48:622-636.
16. Brown J, Seeley D, Fong J. Study of osteoporotic fractures research group. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Obstet Gynecol 1996;87:715-721.
17. Thom D, van den Eeden S, Brown J. Evaluation of parturition and other reproductive variables as risk factors of urinary incontinence in later life. Obstet Gynecol 1997;90:983-989.
18. Diokno A, Brock B, Herzog A. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. Urology 1990;36:129-138.
19. Grady D, Brown S, Vittinghoff E. HERS research group. Postmenopausal hormones and incontinence: the heart and estrogen/progestin replacement study. Obstet Gynecol 2201;97:160-120.
20. Gorton E, Stanton S, Monga A. Periurethral collagen injection: a long-term follow-up study. Br J Urol Int 1999;84:966-971.
21. Aksac B, Aki S, Karan A, Yalcin O, Isikoglu M, Eskiuyrt N. Biofeedback and pelvic floor exercises for the rehabilitation of urinary stress incontinence. Gynecol Obstet Invest 2003;56:23-27.
22. Glavind K, Laursen B, Jaquet A. Efficacy of biofeedback in the treatment of urinary stress incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floo Dysfunct 1998;9:151-153.
23. Chen H, Chang W, Lin W, Yeh L, Hsu T, Tsai H, Yang K. Efficacy of pelvic floor rehabilitation for treatment of genuine stress incontinence. J Formos Med Assoc 1999;98:271-276.
24. Berghmans L, Frederiks C, de Bie R, Weil E, Smeets L, van Waalwijk van Doom E, Janknegt R. Efficacy of biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. Neurourol Urodyn 1996;15:37-52.
25. Dessole S, Rubattu G, Ambrosini G, Gallo O, Capobianco G, Cherchi P, Marci R, Cosmi E. Efficacy of low-dose intravaginal estriol on urogenital aging in postmenopausal women. Menopause 2004;11(1):49-56.
26. Maito J, Quam Z, Craig E, Danner K, Rogers R. Predictors of successful pessary fitting and continued use in a nurse-midwifery pessary clinic. J Midwifery Womens Health 2006;51:78-84.
27. Jackson S, Fihn S. Exogenous estrogen and urinary incontinence. J Urology 2009;181:1989-1991.
28. Grady D, Brown J, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T. Postmenopauzal hormones and incontinence: the heart and estrogen/progestin replacement study. Obstet Gynecol 2001;97:116.
29. Hendrix S, Cochrane B, Nygaard I, Handa V, Barnabei V, Iglesia C. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. JAMA 2005;293:935.
30. Moehrer B, Hextall A, Jackson S. Oestrogens for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2003;2:CD001405.
31. Vural M, Capan N, Karan A, Eskiyurt N, Yalcin O. Vaginal cone therapy in patients with stress urinary incontinence. Arch Gynecol Obstet 2013;288:99-103.

32. Naumann G, Steetskamp J, Meyer M, Laterza R, Skala C, Albrich S, Koelbl H. Changes in sexual function and quality of life after single-incision mid-urethral sling for treatment of female stress urinary incontinence. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013;168:231-235.
33. Pickens R, Klein F, Ford J, Lim C, Madhuvrata P. Single-incision mini-slings versus standard midurethral slings in surgical management of female stress urinary incontinence. Urology 2011;77:321-324.
34. Kennelly M, Moore R, Nguyen J, Lukban J, Siegel S. MiniArc© single-incision sling for treatment of stress urinary incontinence: 2-year clinical outcomes. International Urogynecology Journal 2012;23:1285-1291.
35. Abdel-Fattah M, Agur W, Abdel-All M. Prospective multi-centre study of adjustable single-incision mini-sling (Ajust©) in the management of stress urinary incontinence in women: 1-year follow-up study. BJU International 2012;109:880-886.
36. Capobianco G, Wenger J, Meloni G, Dessole M, Cherchi P, Dessole S. Triple therapy with *Lactobacilli acidophili*, estriol plus pelvic floor rehabilitation for symptoms of urogenital aging in postmenopausal women. Arch Gynecol Obstet 2014;289:601-608.
37. Kirby M. Managing stress urinary incontinence: a primary care issue. Int J Clin Pract 2006;60(2):184-189.
38. Farage M, Miller K, Berardesca E, Maibach H. Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. Arch Gynecol Obstet 2008;277:285-290.
39. Visser E, de Bock G, Messelink E, Schram A, Kollen B, la Bastide-van Gemert S, van den Heuvel E, Berger M, Dekker J. Active encouragement of older women with urinary incontinence in primary care to undergo diagnosis and treatment: a matched-pair cluster randomized trial. Maturitas 2015;80:212-219.
40. Visser E, Dekker J, Vermeulen K, Messelink E, Schram A, Berger M, de Bock G. The effect of systematic screening of older women for urinary incontinence on treatment uptake: the URINO trial. Maturitas 2013;74:334-340.
41. Hunter Koch L. Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. J Midwifery Womens Health 2006;51:39-44.
42. Goepel M, Hoffman J, Piro M, Rübben H, Michel M. Prevalence and physician awareness of symptoms of urinary bladder dysfunction. European Urology 2002;41:234-239.
43. Abrams P, Andersson K, Brubaker L, Cardozo L, Cottenden A, Denis L, Donovan J, Fonda D, Fry C, Griffiths D, Hanno P, Herschorn S, Homma Y, Hu T, Hunskaar S, van Kerrebroeck P, Khoury S, Madoff R, Morrison J, Mostwin J, Newman D, Nijman R, Norton C, Payne C, Richard F, Smith A, Staskin D, Thuroff J, Tubaro A, Vodusek D, Wall L, Wein A, Wilson D, Wyndaele J. Recommendations of the international scientific committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. 3rd international consultation on incontinence 2005:1589-1630.

Bijlagen

Bijlage 1: vragenlijst patiënten.

Onze HAIO's, dr. Corentin Ameel en dr. Carmen Claus, schrijven momenteel een thesis met als onderwerp urine-incontinentie. In het kader hiervan stellen wij aan elke vrouw ouder dan 55 jaar die op consultatie komt enkele vragen.

patiëntenklever

VRAAG 1: aan iedereen stellen.
Plast u vaak kleine beetjes (plast u meer dan 6 à 8 keer per dag)? Moet u zich soms haasten om op tijd bij het toilet te komen? Moet u 's nachts meer dan 2 keer opstaan om te plassen?

O Ja.
O Nee.

VRAAG 2: aan iedereen stellen.
Verliest u urine bij het dansen, hoesten, niezen, springen, lachen,…?

O Ja.
O Nee.

VRAAG 3: enkel stellen aan diegenen die vraag 1 of 2 positief beantwoordden.
Heeft u hier vaak last van?

O Dagelijks.
O Meerdere keren per week.
O Minder dan 3 keer per week.

VRAAG 4: enkel stellen aan diegenen die vraag 1 of 2 positief beantwoordden.
Zijn er bepaalde activiteiten die u niet meer kunt of durft uitoefenen als gevolg van dit probleem?

O Ja.
O Nee.

VRAAG 5: aan iedereen stellen.
Wat vindt u ervan dat wij hier zonder aanleiding van uw kant naar vragen?

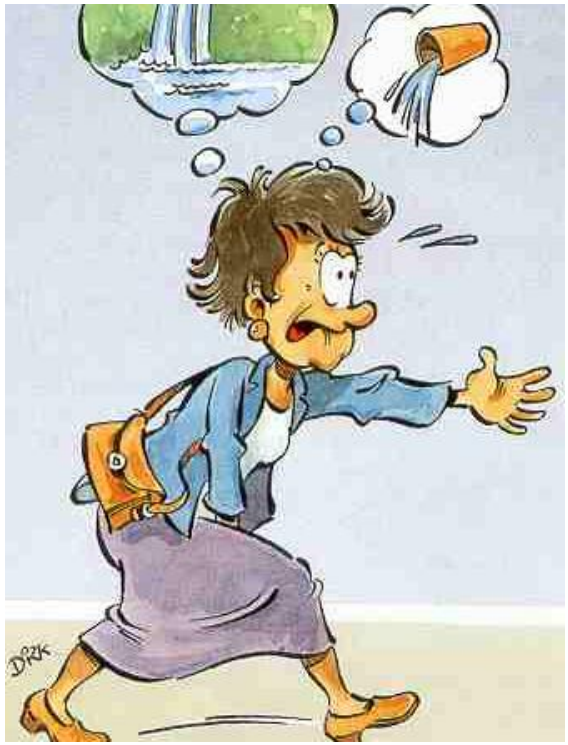
O Aanvaardbaar.
O Onaanvaardbaar.

"JA" op vraag 1: folder urgency-incontinentie meegeven.
"JA" op vraag 2: folder stressincontinentie meegeven.
"JA" op vraag 1 én 2: meest storende klachten identificeren en overeenstemmende folder meegeven.

Bijlage 2: folder stressincontinentie

Urinaire incontinentie

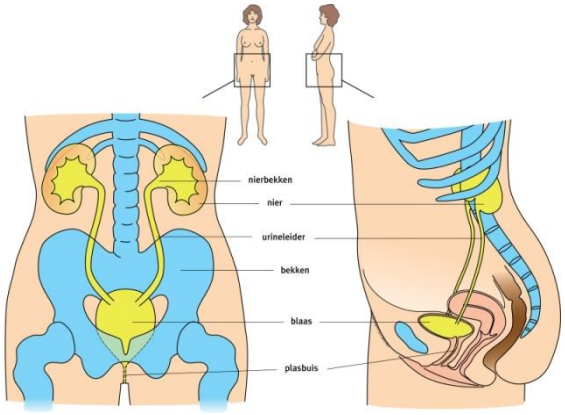
Stressincontinentie
(Inspanningsincontinentie)



Wat is het?

U heeft urinaire incontinentie. Dit betekent dat u uw urine niet goed kunt ophouden. Één van de vormen van urinaire incontinentie is stressincontinentie. Bij stressincontinentie verliest u, zonder eerst aandrang te voelen, een meestal kleine hoeveelheid urine bij lachen, niezen, hoesten, bukken, tillen, rennen,…

Hoe komt het?



De blaas is een bolvormig elastisch orgaan dat urine, die vanuit de nieren via de urineleiders aangevoerd wordt, verzamelt. De blaas kan gemiddeld 400 ml urine opslaan. Bij volledige vulling ontstaat door het uitrekken van de blaaswand een prikkel tot plassen. De sluitspier in en de bekkenbodemspieren rond de plasbuis houden de urine zo lang als het nodig is in de blaas. Van zodra deze zich ontspannen, wordt de urine via de plasbuis naar buiten geloosd.

Stressincontinentie is het gevolg van het verzwakken van de bekkenbodemspieren door zwangerschappen en bevallingen, door hormonale veranderingen na de menopauze of door langdurig hoesten. Wanneer de blaas volloopt en de druk in de buik en de blaas verhoogt door lachen, niezen, hoesten, bukken, tillen of rennen, is de sluitspier alleen niet sterk genoeg om de urine op te houden. In deze situaties treedt dan ook urineverlies op. Overgewicht en hard persen bij constipatie leiden ook tot een verhoogde druk in de buik en de blaas met urineverlies tot gevolg.

Wat kunt u doen?

Zorg dat u voldoende blijft drinken: anderhalve liter vocht per dag. Minder drinken leidt niet tot minder urineverlies.

Indien u te zwaar bent, kan afvallen helpen om de druk in de buik en de blaas te verlagen.

Als u alleen bij specifieke activiteiten (vb: sporten) urine verliest, kunt u tijdens het uitoefenen hiervan een grote tampon inbrengen. Deze tampon kan de blaas vanuit de vagina ondersteunen. Het is uiteraard niet de bedoeling dat u deze de hele dag draagt. Er bestaan speciale hulpmiddelen zoals incontinentie-verband en absorberend ondergoed voor langdurig gebruik. Deze nemen de geur van urine op en houden de huid droog. Een beschermende zalf met siliconen of zink kan de huid, die vaak met urine in aanraking komt, beschermen.

Wat kan uw arts doen?

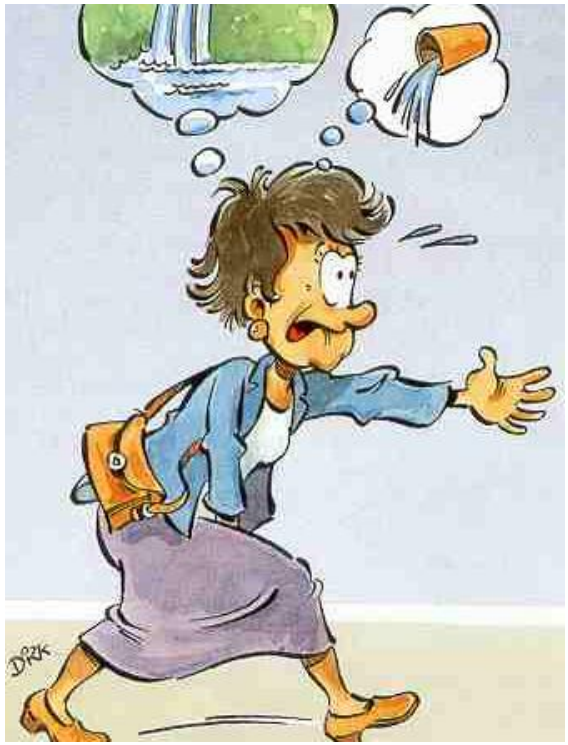
Uw arts kan u oefeningen om de sluitspier en de bekkenbodemspieren te versterken voorschrijven. U kunt deze oefeningen initieel onder begeleiding van een kinesist en vervolgens alleen doen. Indien u deze oefeningen gedurende een langere periode dagelijks doet, kunt u geleidelijk weer meer controle over uw blaas krijgen.

Ernstige klachten kunnen met een bandje rondom de plasbuis verholpen worden. Dit ondersteunt het afsluiten van de blaas en kan enkel via een operatie in het ziekenhuis geplaatst worden. Bij de meeste vrouwen helpt dit goed, maar de klachten kunnen na een paar jaar terugkomen. De voor- en nadelen van een dergelijke ingreep moeten steeds tegen elkaar afgewogen worden.

Bijlage 3: folder urge-incontinentie

Urinaire incontinentie

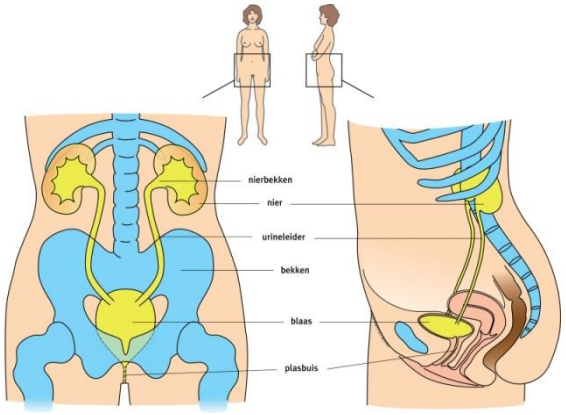
Urge-incontinentie
(Aandrangincontinentie)



Wat is het?

U heeft urinaire incontinentie. Dit betekent dat u uw urine niet goed kunt ophouden. Één van de vormen van urinaire incontinentie is urgency-incontinentie. Bij urgency-incontinentie voelt u plotseling een heel sterke aandrang om te plassen en u kunt uw urine niet ophouden tot u het toilet bereikt.

Hoe komt het?



De blaas is een bolvormig elastisch orgaan dat urine, die vanuit de nieren via de urineleiders aangevoerd wordt, verzamelt. De blaas kan gemiddeld 400 ml urine opslaan. Bij volledige vulling ontstaat door het uitrekken van de blaaswand een prikkel tot plassen. De sluitspier in en de bekkenbodemspieren rond de plasbuis houden de urine zo lang als het nodig is in de blaas. Van zodra deze zich ontspannen, wordt de urine via de plasbuis naar buiten geloosd.

Urgency-incontinentie ontstaat wanneer de blaas abnormaal prikkelbaar of 'overactief' is. De spieren in de blaaswand trekken dan onverwacht samen en persen urine uit de blaas. Dit kan zowel overdag als 's nachts gebeuren. De kans hierop neemt toe met ouder worden. Andere mogelijke oorzaken zijn te vaak naar het toilet gaan waardoor de blaas het niet meer gewoon is om urine op te houden, te lang de aandrang om te plassen negere en te veel koffie of andere cafeïnehoudende dranken zoals thee of cola drinken. Plaspillen alsook sommige antidepressiva en antipsychotica verhogen de kans op urineverlies. Irritatie van de blaas door een ontsteking, bestraling of een operatie in het kleine bekken is eveneens een mogelijke oorzaak van urgency-incontinentie.

Wat kunt u doen?

Zorg dat u voldoende blijft drinken: anderhalve liter vocht per dag. Minder drinken leidt niet tot minder urineverlies. U mijdt echter best cafeïnehoudende dranken zoals koffie, thee en cola.

Indien u fors overgewicht heeft, kan afvallen tot een afname van uw klachten leiden.

Wat kan uw arts doen?

Uw arts kan u oefeningen om uw blaas te trainen voorschrijven. Een kinesist leert u dan hoe u steeds langer uw urine kunt ophouden. Indien u gedurende een langere periode dagelijks traint, kunt u geleidelijk weer meer controle over uw blaas krijgen.

Als een dergelijke blaastraining na drie maanden geen effect heeft, kan uw arts u een geneesmiddel dat de blaaswand ontspant voorschrijven. Hierdoor moet u minder plassen en verliest u minder urine. Dergelijke geneesmiddelen leiden niet altijd tot een blijvende verbetering en kunnen bijwerkingen zoals hoofdpijn, een droge mond en constipatie geven. Niet iedereen mag ze gebruiken. De voor- en nadelen van het gebruik van deze medicatie moeten steeds tegen elkaar afgewogen worden.

Bijlage 4: vragenlijst artsen.

Graag hoorden wij wat meer over uw ervaringen met het screeningsinstrument voor urine-incontinentie. We stelden voor u drie vragen op.

stempel

VRAAG 1: haalbaarheid.
Hoe verliep de screening naar urine-incontinentie bij postmenopauzale vrouwen? Acht u het haalbaar om dit screeningsinstrument in de toekomst te blijven gebruiken?

.....

.....

.....

.....

VRAAG 2: aanvaardbaarheid.
Gaven de patiënten opmerkingen over de gestelde vragen?

.....

.....

.....

.....

VRAAG 3: effect.
Kwamen er patiënten, na het stellen van de screeningsvragen en het lezen van de folder, terug om over hun incontinentieklachten te praten?

.....

.....

.....

.....

Bijlage 5: aanvraag en goedkeuring ethische commissie.

Aanvraag

Opzet

Het onderzoek is monocentrisch. De opdrachtgever is academisch. Het onderzoek is een experiment op de menselijke persoon. Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Achtergrond

Één op drie vrouwen ouder dan 55 jaar heeft last van urine-incontinentie. Dit onderwerp is nog enigszins taboe: het aankaarten bij de huisarts is voor vele vrouwen dan ook niet vanzelfsprekend. Deze aandoening voldoet aan de criteria van Wilson en Jungner en er kan dus perfect naar gescreend worden. Toch bestaat hier nog geen screeningstool voor. Ons onderzoek moet ons een idee geven over de haalbaarheid en het nut van het screenen naar urine-incontinentie in deze bevolkingsgroep.

Vraagstelling

De onderzoeksvraag werd opgesteld op basis van een PICO.

Population (P): alle vrouwen ouder dan 55 jaar - ook diegenen die om een andere reden op consultatie komen.
Intervention (I): screening naar stressincontinentie en het overactieve blaassyndroom met behulp van een mondelinge vragenlijst en behandeladvies indien nodig.
Comparison (C): geen screening en behandeladvies ('huidige situatie').
Outcome (O): we stellen ons ten eerste vragen over de haalbaarheid. Hoe lang houdt een huisarts het systematisch screenen vol? Wat vinden de patiënten van deze aanpak? Ook het nut van de screening wordt onderzocht. Hoeveel vrouwen met klachten worden geïdentificeerd? Is er een verschil met de momenteel gekende prevalentie? Tenslotte vragen we ons ook af of het geven van behandeladvies nuttig is. Hoeveel vrouwen gaan op het behandeladvies in?

Methodologie

Deze studie is een praktijkverbeterend project.

De recrutering van de patiënten gebeurt monocentrisch. Het zorgcentrum in kwestie is de groepspraktijk in Harelbeke, waar vier huisartsen en twee HAIO's werken. Elk van deze zes artsen wordt bij de patiëntenrecrutering betrokken. Er wordt een vertrouwelijke setting voor de bevraging van de patiënten gegarandeerd. Deze vragen worden aan alle vrouwen boven de 55 jaar gesteld, ongeacht de reden waarom ze op consultatie komen. Er wordt aan de patiënten die hun medewerking verlenen gevraagd om een gestandaardiseerd '*informed consent*'-formulier te ondertekenen.

De gebruikte vragenlijst is gebaseerd op de questionnaires van de International Continence Society (ICS). Ze bestaat uit vijf mondelinge vragen. Er wordt gevraagd naar klachten passend bij stressincontinentie, klachten passend bij het overactieve blaassyndroom, de frequentie en hoeveelheid van heth urineverlies, de impact op het dagelijkse leven en de reactie van de patiënt op de vragenlijst. Het antwoord op deze vragen wordt door de bevragende huisarts op een standaard

antwoordformulier bijgehouden. De patiënten worden onmiddellijk ofwel in de groep 'stressincontinentie', ofwel in de groep 'overactieve blaassyndroom' onderverdeeld en krijgen een folder met informatie betreffende hun aandoening en behandeladvies mee. Er wordt hen gevraagd opnieuw op consultatie te komen indien ze een behandeling wensen te starten. De vrouwen die terugkeren worden verder opgevolgd zodat het effect van de ingestelde behandeling beoordeeld kan worden.

Een kwantitatieve én kwalitatieve analyse van de bekomen gegevens moet inzicht bieden in de haalbaarheid en het nut van de screening naar urinaire incontinentie bij vrouwen ouder dan 55 jaar in de huisartsenpraktijk.

Goedkeuring

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef ""Het overactieve blaassyndroom bij postmenopauzale vrouwen: screening in de huisartsenpraktijk."" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.