Urgency-incontinentie bij postmenopauzale vrouwen: screening in de huisartsenpraktijk.

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

Corentin Ameel

Promotor: prof. dr. Bert Aertgeerts

Co-promotor: dr. Peter Vossaert

Praktijkopleider: dr. Stijn Torbeyns

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Inhoudstafel

Abstract 3
Motivatie 4
Praktijkproject 6
- Literatuurstudie 6
  - *Inleiding* 6
  - *Definities* 6
  - *Fysiologie* 7
  - *Oorzaken en risicofactoren* 7
  - *Evaluatie* 10
  - *Behandeling* 13
  - *Screening door de huisarts* 18
- Methode 21
  - *Literatuurstudie* 21
  - *Screening* 21
  - *Gegevensverwerking* 23
- Resultaten 24
- Discussie 26
  - *Screeningsresultaten* 26
  - *Screeningsinstrument* 28
- Conclusie 30

Dankwoord 31
Literatuur 32
Bijlagen 35

Abstract

Urgency-incontinentie bij postmenopauzale vrouwen: screening in de huisartsenpraktijk

Huisarts in opleiding: Corentin Ameel (KUL)
Promotor: prof. dr. Bert Aertgeerts (KUL)
Co-promotor: dr. Peter Vossaert
Praktijkopleider: dr. Stijn Torbeyns

Context. Tot een derde van alle vrouwen heeft in haar leven ooit eens last van urine-incontinentie. Ongewild urineverlies wordt in de huisartsenpraktijk vaak niet herkend en blijft daardoor ook vaak onbehandeld. Opvallend is dat slechts een minderheid van deze vrouwen op eigen initiatief hulp zoekt voor haar klachten. Verschillende factoren zoals schaamte, onwetendheid over de behandelingsopties en angst voor een operatie kunnen ervoor zorgen dat patiënten terughoudend blijven om het onderwerp met hun huisarts te bespreken. Het actief aanmoedigen om diagnostiek en behandeling te ondergaan, leidt tot een afname van de ernst en het aantal episodes urineverlies. Alhoewel de aandoening niet levensbedreigend is, kan het een aanzienlijke impact hebben op verschillende andere aspecten van de gezondheid en de gezondheidszorg. De prevalentie stijgt met de leeftijd en dus zal een adequate aanpak van de incontinentiezorg door de toenemende vergrijzing in de toekomst nog belangrijker worden. Om al deze redenen is een onderzoek naar het screenen van urine-incontinentie in de huisartsenpraktijk bij een risicogroep zoals postmenopauzale vrouwen zeker gerechtvaardigd.

Onderzoeksvraag. Wat bedraagt de prevalentie van urine-incontinentie bij een risicogroep, zoals postmenopauzale vrouwen, die in de huisartsenpraktijk op consultatie komt? Is het bevragen van incontinentieklachten, vrij van de aanmeldingsklacht, aanvaardbaar voor de patiënten? Is het uitvoeren van een screeningsinstrument voor urine-incontinentie in de huisartsenpraktijk praktisch haalbaar voor de huisarts?

Methode. Als screeningsinstrument voor urine-incontinentie werd een vragenlijst opgesteld bestaande uit vijf vragen met telkens twee of drie vaste antwoordmogelijkheden. Zes huisartsen screenden systematisch gedurende een periode van drie maanden elke vrouw ouder dan 55 jaar, ongeacht haar aanmeldingsklacht. Bij een positief resultaat kreeg de patiënte een bijbehorende informatiefolder betreffende haar type urine-incontinentie mee. Ook de visie van de huisartsen over de haalbaarheid om in de toekomst het screeningsinstrument in de huisartsenpraktijk te blijven gebruiken, werd op het einde van de screeningsperiode bevraagd.

Resultaten. Gedurende een screeningsperiode van drie maand werden 117 vrouwen van 55 jaar of ouder op consultatie in de huisartsenpraktijk bevraagd over urine-incontinentie. Tot twee derde (66,7%) van de bevraagde vrouwen heeft een type van urine-incontinentie. Bijna de helft van de vrouwen met incontinentieklachten heeft dagelijks last en tot 20% durft als gevolg bepaalde activiteiten niet meer uit te oefenen. Slechts een persoon vond het niet aanvaardbaar dat de huisarts zonder aanleiding de aanwezigheid van incontinentieklachten bij haar bevroeg. De huisartsen vinden het haalbaar om dit screeningsinstrument in de toekomst te blijven gebruiken.

Conclusie. Het screenen naar urine-incontinentie in de huisartsenpraktijk bij een risicogroep zoals postmenauzale vrouwen onthult een opmerkelijke hoge prevalentie. Verdere screening, over een langere tijdsperiode en in combinatie met de ontwikkeling van een uniforme, systematische registratie in het elektronisch medisch dossier zullen in de toekomst noodzakelijk zijn om de bewijskracht van deze vaststelling af te toetsen. Een proactieve houding van de huisarts is een essentieel onderdeel van een adequate incontinentiezorg. Aangepaste sensibiliseringscampagnes bij zowel huisarts als patiënt zullen in de toekomst moeten zorgen voor de nodige inzichten omtrent urine- incontinentie. Deze aanpak moet het onderwerp meer bespreekbaar maken zodat meer vrouwen met urine- incontinentie een diagnose met de daar bijbehorende behandelingsmogelijkheden kunnen krijgen.

Trefwoorden. Urine-incontinentie, urgency - postmenopauzale periode - screening - huisartsgeneeskunde.

Motivatie

Zes avonden per jaar spreken mijn collega dr. Carmen Claus en ikzelf samen met de vier andere huisartsen uit onze groepspraktijk af om de meest recente inzichten in de medische literatuur te bespreken. Ieder van ons leest een bepaald tijdschrift en vat de meest interessantste bevindingen samen. Tijdens de eerste literatuuravond kwam het onderwerp urine-incontinentie aan bod. Een artikel in het Nederlandse tijdschrift *'Huisarts en Wetenschap'* meldt dat, ondanks het feit dat dit een vaak voorkomende aandoening is, er nog steeds geen praktisch screeningsinstrument voor in de huisartsenpraktijk bestaat.(1)

Tot een derde van alle vrouwen heeft in haar leven ooit eens klachten van urine-incontinentie. Ongewild urineverlies wordt in de huisartsenpraktijk vaak niet herkend en blijft daardoor ook vaak onbehandeld. Opvallend is dat slechts een minderheid van deze vrouwen op eigen initiatief hulp zoekt. Verschillende factoren zoals schaamte, onwetendheid over de behandelingsopties en angst voor een operatie kunnen ervoor zorgen dat de patiënt terughoudend blijft om het onderwerp met de huisarts te bespreken. Het actief aanmoedigen om diagnostiek en behandeling te ondergaan, leidt tot een afname van de ernst en het aantal episodes urineverlies.(1) Alhoewel de aandoening niet levensbedreigend is, kan het een aanzienlijke impact hebben op verschillende andere aspecten van de gezondheid en de gezondheidszorg.

In 1968 formuleerden Wilson en Jungner tien voorwaarden waaraan een aandoening moet voldoen om screening te rechtvaardigen. De aandoening urine-incontinentie voldoet aan een grotendeel van deze criteria (tabel 1).(1,2,3) Aan de hand van verder onderzoek kan een screeningsinstrument ook aan de aanvullende criteria van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voldoen (tabel 2).(4)

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 geborgd 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

De meeste studies omtrent urine-incontinentie bij vrouwen vinden meestal plaats in academische ziekenhuisen of op gespecialiseerde afdelingen. Aangezien in deze studies vaak slechts een bepaald type van patiënten geselecteerd is en onderzocht wordt, zijn ze weinig tot niet representatief voor de gemiddelde patiëntenpopulatie in de eerste lijn. Om deze reden manifesteerde zich de noodzaak om een volledig nieuw screeningsinstrument te ontwikkelen.

Deze thesis zal een poging ondernemen om de praktische toepassing van een screeningsinstrument in de dagelijkse huisartsenpraktijk te evalueren. Postmenopauzale vrouwen werden als onderzoekspopulatie gekozen, aangezien deze vrouwen een groot deel van de patiënten met urine-incontinentie uitmaken.[6] Urine-incontinentie bestaat uit voornamelijk twee types. Na onderling overleg werd afgesproken dat mijn collega dr. Carmen Claus extra aandacht voor het thema stressincontinentie zou hebben, terwijl ikzelf meer de foucus zou leggen op het onderwerp urgency-incontinentie en het overactieveblaassyndroom. Volledigheidshalve moet vermeld worden dat onze beide thesissen als een geheel moeten beschouwd worden.

Praktijkproject

Literatuurstudie

Inleiding

Ongewild urineverlies, in de literatuur beschreven als incontinentie voor urine, wordt in de huisartsenpraktijk vaak niet herkend en blijft daardoor ook vaak onbehandeld. Opvallend is dat slechts een minderheid van de vrouwen met een incontinentie voor urine hulp zoekt voor haar klachten. Verschillende factoren zoals schaamte, onwetendheid over de behandelingsopties en/of angst voor een eventuele operatie kunnen ervoor zorgen dat patiënten terughoudend blijven om een eventuele discussie over het onderwerp aan te gaan met hun huisarts. Alhoewel de aandoening niet levensbedreigend is en niet geassocieerd wordt met een grotere mortaliteit kan het een aanzienlijke impact hebben op verschillende andere aspecten van de gezondheid of de gezondheidszorg. Om te beginnen de levenskwaliteit. Ongewenste urineverlies kan zorgen voor schaamte, stress, verlies van eigenwaarde, angst, depressie, werkverlet en sociaal isolement. Ook is er sprake van een toegenomen morbiditeit. Langdurige irritatie van de huid en een vochtig milieu kunnen zorgen voor een verhoogde vatbaarheid voor cellulitis of huidinfecties met bijvoorbeeld candida. Mensen met incontinentie hebben tevens meer kans om te vallen en zo fracturen op te lopen. Het zorgt vaak voor seksuele problemen, zowel incontinentie tijdens de seksuele activiteit of de angst voor het optreden van incontinentie tijdens de seksuele daad kunnen bijdragen tot seksuele dysfunctie. Ten slotte verhoogt incontinentie de last voor de mensen die werken in de zorgsector.

Definities

De belangrijkste types van urine-incontinentie kunnen onderverdeeld worden in *stressincontinentie*, *urgency-incontinentie* (onderdeel van het *overactieve blaassyndroom*) en *gemengde incontinentie*. (bron: NHG-standaard incontinentie voor urine bij vrouwen). Deze thesis focust zich verder voornamelijk op *urgency-incontinentie*.

- *Incontinentie voor urine*: 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.

- *Stressincontinentie* (inspanningsincontinentie): urine-incontinentie zonder aandrang, die optreedt bij intra-abdominale drukverhoging, zoals bij sporten, niezen of hoesten.

- *Urgency-incontinentie* (aandrangincontinentie): urine-incontinentie die samengaat met of direct wordt voorafgegaan door een plotselinge onbedwingbare aandrang (*urgency*) om te plassen.

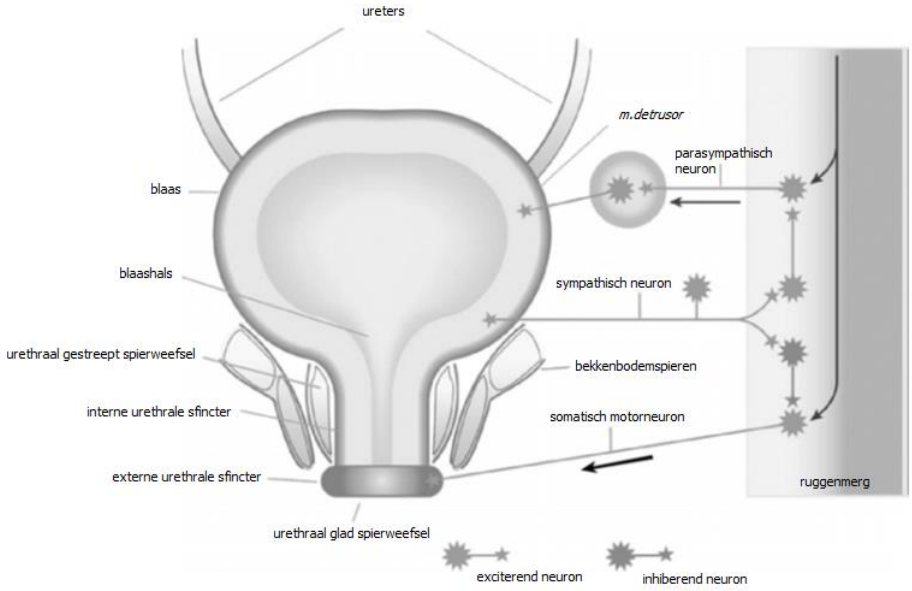
- *Gemengde incontinentie*: urine-incontinentie met kenmerken van zowel *stress*- als *urgency*-incontinentie.

- *Overactieveblaassyndroom:* syndroom van klachten van plotselinge onbedwingbare aandrang om te plassen, vaak in combinatie met een toegenomen mictiefrequentie en nycturie. Incontinentie is bij dit syndroom geen verplicht verschijnsel.

Fysiologie

Bij vrouwen wordt de blaas afgesloten door circulair dwarsgestreept spierweefsel in de urethrawand en de bekkenbodemspieren. De bekkenbodem spant bij intra-abdominale drukverhoging aan om urineverlies te voorkomen. Bij mictie, defecatie en coïtus ontspant de bekkenbodem. De eerste mictiedrang ontstaat wanneer de blaas gevuld is met 150 tot 200 ml urine. Ter beheersing van de aandrang activeert het sympathisch zenuwstelsel de sfincter van de urethra en de bekkenbodemspieren en ontspant de in de blaaswand gelegen spier (de *m. detrusor*). Tijdens de mictiefase ontstaat op basis van afferente signalen naar de hersenen een mictiecommando vanuit de motorische hersenschors (figuur 1). Dit commando verloopt vervolgens via het mictiecentrum in de pons naar kernen in het sacrale merg en de *nn. pudendi,* waar het leidt tot relaxatie van de sfincter van de urethra en bekkenbodemspieren. Hierop volgt reflectoir via de parasympathische kernen een contractie van de *m. detrusor*, die bij voldoende contractiliteit zorgt voor een residuloze mictie. Via het limbische systeem kunnen ook emotionele factoren en gedragsinvloeden de *m. detrusor* stimuleren en remmen.
(bron: NHG-standaard incontinentie voor urine bij vrouwen)

Figuur 1: bezenuwing van de lage urinewegen.



Oorzaken en risicofactoren

- Oorzaken:

  Bij *urgency-incontinentie* treden onwillekeurige contracties van de *m. detrusor* op, ten gevolge van overprikkeling vanuit het centrale zenuwstelsel of ten gevolge van verhoogde gevoeligheid voor prikkels. Vanwege die onwillekeurige contracties van de *m. detrusor* spreekt men ook wel van het overactieveblaassyndroom. Dit syndroom kan ook voorkomen zonder incontinentie. De oorzaak is vaak onbekend. Soms speelt een neurologische aandoening (CVA, multipele sclerose, de ziekte van Parkinson, ...) een rol, of de irritatie van de blaas na een cystitis, na radiotherapie of door caffeïne. *Urgency-incontinentie* kan ook veroorzaakt worden door eerdere operaties in het kleine bekken, zoals voor *stressincontinentie*.

Potentieel reversibele oorzaken of zaken die bijdragen tot urine-incontinentie zijn onder andere de inname van medicatie, alcohol en/of caffeïne; het bestaan van constipatie, stoelgangsimpactie, een urineweginfectie of een beperking in de functionele status. Een (doorgemaakte) urineweginfectie kan de oorzaak zijn van het ontstaan van urine-incontinentie of kan een reeds aanwezige urine- incontinentie verergeren.[37] Functionele incontinentie gebeurt wanneer een patiënt een intacte opslag- en ledigingsfunctie heeft, maar fysisch niet in staat is om tijdig naar het toilet te gaan. Zo'n functionele incontinentie kan dus als reversibel beschouwd worden indien er rekening gehouden wordt met wijzigbare factoren zoals een post-operatieve verminderde mobiliteit, verminderde manuele behendigheid en verandering in de cognitieve of mentale status na sedatie of door bepaalde medicatie. De associatie tussen cognitieve stoornissen en urine-incontinentie wordt dus ook deels gemedieerd door de daaruit volgende functionele beperkingen en invaliditeit.

❖ Risicofactoren:

Er zijn een groot aantal risicofactoren verbonden aan het ontstaan van urine-incontinentie in het algemeen en dus ook aan het ontstaan van urgency-incontinentie (tabel 3).[7,38,39]

Tabel 3: risicofactoren voor urine-incontinentie.

predisponerende factoren	Kaukasisch ras congenitale aandoeningen neurologische aandoeningen *CVA* *multiple sclerose* *ziekte van Parkinson*
precipiterende factoren	leeftijd comorbiditeit *arteriële hypertensie* *diabetes mellitus* *dyslipidemie* *obesitas* *vaataandoeningen* cognitive stoornis depressie verhoogde intra-abdominale druk menopauze (vaginale atrofie) recidiverende urineweginfecties medicatie
gynaecologische factoren	prolaps van pelvische organen pariteit heelkunde van klein bekken radiotherapie van klein bekken

- *Obesitas* is een van de grootste risicofactoren voor het ontstaan van urine-incontinentie. Obese vrouwen hebben tot bijna drie maal meer kans om urine-incontinentie te krijgen in vergelijking met niet obese vrouwen. Gewichtsreductie, al dan niet veroorzaakt door een bariatrische ingreep, leidt vaak tot verbetering van de klachten of zelfs verdwijning van de urine- incontinentie. Deze bevindingen zijn wel meer van toepassing indien er sprake is van stressincontinentie.[40]

- Een *verhoogde pariteit* zou een risicofactor zijn voor het ontstaan van prolaps van de pelvische organen en urine- incontinentie kunnen veroorzaken.[41] De rol van bekkenbodemtrauma's door vaginale bevallingen als risicofactor bij het ontstaan van urine- incontinentie moet tegenwoordig wat aan belang inboeten. Een studie bij 149 nonnen, en dus normaliter nullipara, toonde aan dat de helft van deze nonnen last had van urine- incontinentie.[9]

- De gekozen *bevallingsmethode* kan dus ook een risicofactor zijn. In de literatuur wordt beschreven dat vrouwen die vaginaal bevallen een grotere kans zouden hebben op urine- incontinentie in vergelijking met vrouwen die bevallen door middel van een keizersnede.[41,42] Dit risicofactor zou vooral van toepassing zijn bij het ontstaan van stressincontinentie. Het verband tussen het ontstaan van urgency-incontinentie en de gekozen bevallingsmethode zou nog minder sterk zijn. De invloed van de bevallingsmethode blijft onzeker aangezien een bevalling door middel van een keizersnede de vrouw niet meer beschermt tegen het ontstaan van urine- incontinentie.

- De *familiale voorgeschiedenis* zou een rol kunnen spelen bij het ontstaan van incontinentie, meer bepaald urgency-incontinentie. Bepaalde tweelingstudies tonen een genetische bijdrage aan van 35 tot 55 procent in het ontstaan van urgency-incontinentie en slechts 1,5 procent in het ontstaan van stressincontinentie.[43,44] Een andere studie toonde aan dat het risico verhoogd zou zijn voor dochters en zussen van vrouwen met urine- incontinentie.[45]

- De meeste studies tonen aan dat zowel de prevalentie als de ernst van de urine-incontinentie toeneemt bij het toenemen van de *leeftijd*.[46,47,48] Bij oudere (>50 jaar) vrouwen komt urgency-incontinentie opmerkelijk vaker voor. Al kan leeftijd op zich niet echt als een onafhankelijke risicofactor beschouwd worden, aangezien sommige studies suggereren dat vooral het meer voorkomen van bepaalde comorbiditeiten met de leeftijd een bepalende factor zou zijn in het ontstaan van urine- incontinentie.[49,50,51] Bij postmenopauzale vrouwen resulteren verminderde oestrogeenspiegels tot atrofie van de oppervlakkige en middelste lagen van het mucosaal epitheel ter hoogte van de urethra. Deze atrofie kan mogelijks leiden tot ontsteking, irritatie en een vermindering in de functionaliteit van het mucosaal afdichten van de urethra.[10]

- Volgens bepaalde studies zou de prevalentie groter zijn bij vrouwen van het *Kaukasisch ras*.[47,52] Aan de andere kant zijn er studies die geen verschil opmerken in de prevalentie van urine- incontinentie tussen de verschillende etniciteiten of rassen.[46,53]

- Situaties waarbij de *intra-abdominale druk verhoogd* wordt zoals gezien bij lachen, niezen, hoesten, persen, springen, tillen, lopen, ... kunnen als specifieke risicofactoren voor stressincontinentie beschouwd worden. Zo wordt langdurig roken geassocieerd met een verhoogd risico op urine- incontinentie aangezien het naast een nefaste invloed op de blaascontractiliteit ook kan leiden tot meer hoesten.[54]

Evaluatie

De initiële evaluatie van urine-incontinentie bevat onder andere de bevraging van de symptomen gevolgd door de classificatie in een van de types van urine-incontinentie, het herkennen van onderliggende aandoeningen die de urine-incontinentie kunnen verklaren, en het identificeren van mogelijks reversibele oorzaken van urine-incontinentie.[55]

Iedere evaluatie zou moeten starten met een grondige anamnese, klinisch onderzoek en een urineonderzoek. Verder onderzoek wordt aangeraden indien er sprake is van een complexe medische aandoening of indien er zorgwekkende elementen uit de anamnese of het klinische onderzoek kunnen gehaald worden.[56]

- Anamnese:

  Zoals eerder beschreven, staan nogal veel patiënten weigerachtig tegenover een gesprek over hun incontinentie. Toch moeten vrouwen met bepaalde comorbiditeiten (diabetes, obesitas, neurologische aandoeningen, prolaps, ...) die gekend zijn om een risicofactor te zijn voor het hebben van urine- incontinentie en postmenopauzale vrouwen specifiek bevraagd worden over klachten van urine- incontinentie. Aan de hand van de anamnese worden de symptomen en de ernst van de urine-incontinentie uitgeklaard en worden potentiële onderliggende oorzaken, die behandelbaar zijn of verder onderzoek vereisen, geïdentificeerd.

  - Classificatie van de urine-incontinentie:

    De classificatie van het type urine-incontinentie is een hulpzaam richtingwijzer om de adequate behandeling op te starten. Aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten kunnen bepaalde symptomen in kaart gebracht worden.[12,29,30]

    Relevante symptomen zijn onder andere frequentie van het urineren, volume van het urineverlies, ernst van de incontinentie, aarzeling (of moeilijkheid om het plassen te initiëren), de aanwezigheid van bepaalde precipiterende factoren, nycturie, intermittente of zwakke urinestraal, de onvolledige lediging van de blaas, voortdurend verlies van urine en meer inspanningen moeten doen om te kunnen plassen.[57]

    Bepaalde clusters van symptomen zijn geassocieerd met specifieke types van urine-incontinentie:

    - *Stressincontinentie* gaat gepaard met onvrijwillig urineverlies bij verhoging van de intra-abdominale druk zoals bij lachen, niezen, hoesten, persen, springen, tillen, sporten, ... Het volume van urineverlies kan klein of groot zijn. Er is geen aandrang die het urineverlies voorafgaat.(7,8)

    - *Urgency-incontinentie* en het overactieve blaassyndroom gaan gepaard met het frequent plassen van kleine hoeveelheden urine die de patiënten 's nachts kunnen wakker houden of kunnen verergeren na het nemen van bepaalde medicaties zoals een diureticum. De patiënten voelen plots een hele sterke aandrang om te plassen en zijn vaak niet in staat om tijdig het toilet te bereiken.[5,7,8,10]

- Het pijnloos verlies van urine zonder waarschuwing of zonder uitlokkende factor kan gezien worden bij een *overloopincontinentie* veroorzaakt door een verzwakking van de *m.detrusor*. Het verloren volume aan urine kan klein of groot zijn. Urineverlies gebeurt vaak bij het veranderen van positie. Er kan sprake zijn van aarzeling, zwakke urinestraal, verhoogde frequentie en nycturie.

- Bij een *overloopincontinentie* veroorzaakt door een obstakel of vernauwing ter hoogte van de urethra ziet men een intermittente of zwakke urinestraal, aarzeling tijdens de initiatie van het plassen, een verhoogde inspanning om te kunnen urineren en een gevoel van onvolledig lediging van de blaas na het plassen.

➢ *Systemische symptomen* zoals koorts, dysurie, pelvische pijn en hematurie kunnen voorkomen indien er sprake is van een urineweginfectie. Bepaalde symptomen wijzen in de richting van een onderliggende aandoening als oorzaak van de urine-incontinentie: het acuut karakter van een urine- incontinentie al dan niet gepaard met abdominale/pelvische pijn, macroscopische of microscopische hematurie zonder urineweginfectie, recidiverende urineweginfecties, onvolledige blaaslediging, cardiopulmonaire symptomen of neurologische klachten waaronder paresthesieën, spierzwakte, visusstoornissen, rugpijn en een veranderd stoelgangspatroon; vereisen altijd verdere investigatie.[8,10]

➢ Ook moet de aanwezigheid van eventuele *risicofactoren* bevraagd worden. Voorbeelden van risicofactoren die de incontinentieklachten kunnen verergeren zijn onder andere het gebruik van gekende blaasirritantia zoals caffeïne en alcohol of bepaalde medicaties zoals diuretica en alfablokkers.[58]

➢ Een *plasdagboek* is een handig en goedkoop instrument dat aangewend kan worden om bijkomende informatie uit de anamnese te halen. De patiënte houdt in dit dagboek bij hoeveel vocht zij inneemt, wanneer zij gaat gaan plassen en hoeveel keer zij gaat gaan plassen. Indien er bijvoorbeeld sprake is van een te grote inname kan de arts de patiënte daarvan op de hoogte brengen. Een normale plasfrequentie bedraagt minder dan 8 keer per dag , 1 keer 's nachts en met een totaal volume van 1800 ml of minder per 24 uur.[59] Een plasdagboek kan een hulpmiddel zijn op meerdere vlakken. Het kan gebruikt worden om de patiënte attent te maken op haar drinkgewoontes, om de ernst van de incontinentie op te volgen in de tijd, om een interval tussen twee plasbeurten aan te geven zoals gezien bij blaastraining, om de patiënte bij de behandeling te betrekken en om het effect van de behandeling te beoordelen.[8]

❖ Impact op levenskwaliteit:

Elke vorm van urine-incontinentie kan een invloed hebben op het psychisch en fysiek functioneren van de patiënte en een enorme impact hebben op de levenskwaliteit. Het kan interessant zijn om de grootte van de impact zowel op kwantitatieve als kwalitatieve wijze op te meten.

- *Kwantitatieve meting:*

  Aan de hand van de hoeveelheid inlegkruisjes of incontinentiemateriaal die gedurende een bepaalde periode gebruikt wordt, kan men een kwantitatief idee krijgen van de impact op de levenskwaliteit.[7] Aangezien niet elke vrouw haar inlegkruisje of incontinentiemateriaal even snel vervangt, kan er gebruik gemaakt worden van een

objectieve oplossing zoals de *incontinence weight pad test*. Een vooraf gewogen inlegkruisje wordt gedragen en na het drinken van een vooraf bepaalde hoeveelheid vloeistof wordt het gebruikte inlegkruisje na een afgesproken tijdstip opnieuw gewogen. Het in gram berekende urineverlies kan vervolgens een objectief onderscheid maken tussen mild, matige en ernstige urine-incontinentie.[6,12]

- *Kwalitatieve meting:*

  Het is belangrijk om te weten of de incontinentie dermate ernstig is dat ze de patiënte ertoe aanzet om haar dagelijkse activiteiten te beperken of haar levenstijl te veranderen. De *incontinence impact questionnaire* (IIQ-7) is een van de gevalideerde instrumenten om dit te bevragen.[13] Er wordt bevraagd naar de mate van comfort tijdens het uitvoeren van huishoudelijke taken of sporten, het beoefenen van hobby's, het onderhouden van sociale contacten buitenshuis en tijdens een lange autorit. Ook worden eventuele gevoelens van zenuwachtigheid, depressie en frustratie bevraagd.

❖ Klinisch onderzoek:

- Alle vrouwen die zich aanmelden met urine-incontinentie moeten een *gynaecologisch onderzoek* ondergaan. Hierbij moet speciaal aandacht gegeven worden aan de aanwezigheid van vaginale atrofie of een prolaps van een orgaan in het kleine bekken zoals de blaas of de uterus. De vagina moet geïnspecteerd worden op huidirritatie. Langdurig contact van urine met de huid rond de genitaliën kan ernstige gevolgen hebben indien dit onbehandeld blijft. In een gynaecologische houding kan trouwens door middel van de stresstest op een eenvoudige manier onderscheid gemaakt worden tussen stress- en urgency-incontinentie.[7,8] Men spreekt van een positieve stresstest indien urineverlies optreedt bij een verhoging van de intra-abdominale druk tijdens het uitvoeren van bijvoorbeeld een Valsalvamanoeuvre of tijdens het hoesten.

- De aanwezigheid van littekens ter hoogte van het abdomen en het kleine bekken kunnen wijzen op een heelkundige voorgeschiedenis. Ook moet er tijdens het *abdominaal onderzoek* gepoogd worden om de blaas te palperen. Een palpabele blaas na het plassen, kan wijzen op een vorm van overloopsincontinentie door chronische urineretentie.[7,8] Een *rectaal onderzoek* kan gebeuren om eventuele constipatie uit te sluiten.

- Een uitgebreid *neurologisch onderzoek* is in eerste instantie niet noodzakelijk bij alle vrouwen die klachten van incontinentie vertonen tenzij de klachten plots ontstaan zijn of er andere neurologische symptomen aanwezig zijn.[55] Unilaterale krachtsverlies of hyperreflexie van de onderste ledematen kan gezien worden bij een *"upper motor neuron"*-laesie. Een afwezige sensibiliteit van het perineum in combinatie met een verminderde rectale tonus moet de onderzoeker waarschuwen voor het mogelijks bestaan van een *cauda equina syndroom*.[7]

❖ Technische onderzoeken:

- Bij alle patiënten met klachten van urine-incontinentie moet een *urineonderzoek* gebeuren. De urine wordt getest op hematurie, pyurie, glucosurie en proteïnurie. Zo kan mogelijks een onderliggende urineweginfectie of andere (maligne) pathologie aangetoond worden.[7,8]

- Een *urodynamische analyse* kan aangewezen worden indien na een grondig anamnese en klinisch onderzoek geen onderscheid kan gemaakt worden tussen de verschillende types van urine- incontinentie.[60] Een urodynamische analyse kan bestaan uit een uroflowmetrie, een cystometrie, urethrale drukprofielen en een elektromyogram.[10] In België worden dergelijke onderzoeken eerder door een uroloog uitgevoerd dan door een huisarts. Huisartsen in het bezit van de geschikte sonde kunnen eventueel zelf een eenvoudige cystometrie uitvoeren.

    - De *uroflowmetrie* analyseert de kracht van de urinestraal terwijl de patiënte in een trechtervormig apparaat plast. Na het plassen kan de onderzoeker aan de hand van een sonde of een echografietoestel de hoeveelheid urine bepalen dat zich nog in de blaas bevindt.[7,8]

    - Bij een *cystometrie* wordt een sonde in de blaas gebracht en kan de onderzoeker door het langzaam vullen van de blaas via de sonde het tijdstip van het eerste gevoel van vulling bepalen, bij welk volume dit gevoel optreedt en bij welk volume een mictieaandrang ervaren wordt. Tijdens een cystometrie kan een urethraal drukprofiel opgesteld worden. Dit is een grafiek met de weergave van de sluitingsdruk van de urethrale sfincter en het respons van de sfincter tijdens een periode van verhoogde druk.[7,8]

    - Een *elektromyogram* kan handige inzichten verschaffen over de werking van de bekkenbodemspieren.[10]

Behandeling

Urine-incontinentie wordt vaak onvoldoende behandeld. Een onderzoek toonde aan dat slechts 60 procent van de patiënten die hulp zochten voor hun incontinentie een behandeling kregen.[61] Daarvan zou bijna de helft milde tot grote frustraties melden in het kader van blijvende incontinentieklachten.

In dit onderdeel wordt vooral gefocust op de initiële behandeling van urgency-incontinentie en het overactieve blaassyndroom. Dit syndroom wordt gekenmerkt door aandrang, toegenomen mictiefrequentie en nycturie, dit alles met of zonder klachten van incontinentie. De aanpak van een overactieveblaassyndroom is gelijkaardig aan die van urgency-incontinentie.

Het is belangrijk om eerst alle indicaties voor verder onderzoek te identificeren vooraleer enig vorm van behandeling opgestart wordt. Deze indicaties bestaan onder andere uit de aanwezigheid van abdominale/pelvische pijn, een hematurie zonder gekende urineweginfectie, nieuwe neurologische symptomen, een vermoeden van een vesicovaginale fistula of urethrale divertikel, gevorderde prolaps van een orgaan in het kleine bekken, onzekerheid over de diagnose, een voorgeschiedenis van pelvische heelkunde of bestraling.

Het bepalen van het type urine-incontinentie kan helpen in het toepassen van de adequate behandeling. Ondanks dat de meeste vrouwen met een behandeling een verbetering van hun klachten opmerken, kan een volledige continentie niet altijd bereikt worden. Het is daarom aangewezen om de behandeling stapsgewijs aan te brengen en dit in combinatie met het benadrukken op de verbetering van de levenskwaliteit. De risico's en bijwerkingen van een behandeling moeten zorgvuldig afgewogen worden tegenover de voordelen ervan en moeten altijd op dezelfde lijn staan als de doelen en verwachtingen van de patiënte.

❖ Initiële conservatieve behandeling:

De initiële behandeling voor alle patiënten met een vorm van urine-incontinentie bestaat uit aanpassingen aan de *levensstijl* en *bekkenbodemspieroefeningen*. Specifiek bij patiënten met urgency-incontinentie kan *blaastraining* toegevoegd worden.[57] Bijdragende factoren aan de urine-incontinentie, zoals onderliggende aandoeningen en het gebruik van bepaalde medicaties, moeten altijd eerst aangepakt worden alvorens een behandeling opgestart wordt. Zeker bij de oudere populatie moet daar bijzonder aandacht voor bestaan.[50]

- *Aanpassingen in de levensstijl:*

  - *Gewichtsverlies* aan de hand van gezonde voeding en fysieke activiteit zijn aangeraden bij patiënten met een BMI hoger dan 25 kg/m^2 aangezien obesitas beschreven is als een risicofactor voor het hebben van urine-incontinentie.[7,62]

  - Alcohol, caffëine en koolzuurhoudende dranken kunnen de symptomen verergeren en het *aanpassen* van deze *drinkgewoontes* kan een positieve invloed hebben op de klachten.[54,63] Ook de hoeveelheid vocht kan een invloed hebben. Vrouwen die meer dan 1,5 liter drinken, moeten hun vochtinname normaliseren. Dit staat niet gelijk aan een vochtrestrictie, want ondanks de angst voor urineverlies is een voldoende inname van vocht aan te raden. Een vochtrestrictie leidt namelijk niet tot een afname van de incontinentieklachten, maar leidt vaak tot een verhoogd risico op dehydratatie. Bij vrouwen met nycturie wordt het advies gegeven om de innname van vocht voor het slapengaan te beperken.[7]

  - *Constipatie* kan de klachten van urine-incontinentie verergeren en verhoogt de kans op urineretentie. Patiënten met klachten van constipatie moeten behandeld worden en indien nodig preventief behandeld worden om een recidief te voorkomen.[56]

  - *Roken* heeft een nefaste invloed op de blaascontractiliteit en rookstop moet bijgevolg altijd aangeraden worden.[7,63]

- *Bekkenbodemspieroefeningen:*

  Bekkenbodemspieroegeningen of Kegeloefeningen (genaamd naar de duitse gynaecoloog Arnold Kegel) verstevigen de tonus en de kracht van de bekkenbodemspieren. Dit zorgt bij de urethra voor een bijkomende steun tijdens het samendrukken en inhibeert zo reflexmatig contracties van de m.detrusor.[7,14] De belangrijkste voorwaarden waaraan moet worden voldaan opdat deze oefeningen efficiënt zouden zijn, bestaan uit een regelmatige, voldoende lange en correcte uitvoering en dat dit in de tijd lang genoeg volgehouden wordt.[10] Het wordt aangeraden om een individueel aangepast en haalbaar trainingsschema op te stellen.

Bijvoorbeeld door opbouwend 3 maal per dag 3 sets van 10 contracties van minstens 8 seconden te laten uitvoeren en daarna even lang terug te ontspannen. Zo'n schema moet minstens gedurende 8 weken volgehouden worden om degelijk op zijn efficiëntie geëvalueerd te kunnen worden.[64]

Een beter resultaat wordt gezien bij een regelmatige en correcte techniek. Bij vrouwen die in staat zijn om de bekkenbodemspieren te isoleren zijn bijkomende modaliteiten vaak niet noodzakelijk. Toch ervaren sommige patiënten moeilijkheden om adequaat de bekkenbodemspieren afzonderlijk samen te trekken of hebben ze een gebrek aan voldoende motivatie.[14,15]

Bij deze patiënten kunnen bijkomende modaliteiten aangewend worden:

- De oefeningen kunnen onder begeleiding of supervisie van een hierin *gespecialiseerde huisarts of kinesist* uitgevoerd worden.[7,65]

- Bij het aanleren van de correcte techniek van bekkenbodemspieroefeningen kan *biofeedback* gebruikt worden. Deze biofeedback omvat elke visuele, auditieve of tactiele waarneming die de patiënt kan helpen om de bekkenbodemspieren specifiek te identificeren tijdens het samentrekken en het ontspannen. Via een vaginale sonde of elektromyogram kan een visueel of auditief signaal gegeven worden indien de correcte spieren gebruikt worden. Biofeedback kan ook gebeuren onder begeleiding van een vaginaal of anaal ingebracht toestel dat elektrische impulsen geeft ter hoogte van de bekkenbodemspieren.[66] In de huisartsenpraktijk zijn bepaalde vormen van tactiele biofeedback praktischer. Reeds tijdens het klinisch onderzoek kan de huisarts de patiënte aanleren om de bekkenbodemspieren tegen een vaginaal ingebrachte vinger samen te laten trekken.[67]

- Een dankbaar alternatief voor patiënten die onvoldoende tijd of financiële middelen hebben voor een gesuperviseerde therapie is het principe van de *vaginale kegeltherapie*. Tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten worden 2 keer per dag gedurende ten minste 15 minuten gradueel zwaarder wordende, kegelvormige gewichten in de vagina gebracht.[10,68]

- *Blaastraining:*

  Blaastraining is het meest effectief bij vrouwen met klachten van urgency-incontinentie.[57] Deze training wordt vaak in combinatie met bekkenbodemspieroefeningen gegeven. Blaastraining begint eerst met het plassen op vaste tijdstippen. Aan de hand van een plasdagboek wordt het kortste interval tussen 2 plasbeurten opgemeten. Dit interval wordt als standaard gebruikt om de vaste tijdstippen van plassen tijdens de dag te definiëren. Een gevoel van aandrang tussen 2 plasbeurten wordt gecontroleerd aan de hand van afleidings- of relaxatietechnieken. Slechts wanneer de patiënte 2 dagen zonder urineverlies kan doorstaan, wordt het interval tussen 2 plasbeurten vergroot. Op deze wijze wordt het interval gradueel vergroot tot de patiënte om de 3 uur kan plassen zonder urine-incontinentie of frequent aandrangsgevoel. Een succesvolle blaastraining kan tot 6 weken duren. Daardoor hebben patiënten bij gebrek aan resultaat in het begin vaak nood aan aanmoedigingen

om toch door te zetten met de training. Ook buitenshuis moet de patiënte trachten op de geplande tijdstippen te plassen.

❖ Medicamenteuze behandeling:

Indien initiële therapie met een conservatieve behandeling niet effectief blijkt te zijn, kan een farmacologische behandeling geprobeerd worden. Vrouwen die na initiële behandeling en farmacologische behandeling nog steeds geen verbetering van hun klachten hebben, moeten naar de tweede lijn doorverwezen worden voor eventueel andere behandelingsopties.[69]

- *Topisch oestrogenen* in de vorm van crème, vaginale tablet of ring kunnen aangewend worden indien er sprake is van vaginale atrofie. Het topisch gebruik van een zwak oestrogeen (bijvoorbeeld estriol of Aacefemine®) krijgt de voorkeur op orale oestrogenen.[10,16,17] Systemische absorptie blijft laag bij de aanbevolen topische dosissen en gaat niet gepaard met endometriumproliferatie. Het systemische gebruik van orale oestrogenen wordt niet aanbevolen aangezien sommige studies aantonen dat deze de urine-incontinentie zouden kunnen verergeren.[18,19,20,21] Het kan tot 3 maand duren voordat patiënten resultaat zien van de behandeling. Het effect blijft echter tot op heden nog altijd onduidelijk. Twee gerandomiseerde gecontroleerde trials stellen vast dat patiënten toegenomen incontinentieklachten rapporteren bij het gebruik van lokale oestrogeensupplementen.[22,23] Andere studies beweren het tegendeel.[24] Een definitieve conclusie trekken blijft onmogelijk aangezien de uitgevoerde studies verschillende vormen of dosissen van oestrogenen gebruikten, de oestrogenen op verschillende tijdstippen in de menopauze toegediend werden of het gebruik gecombineerd werd met verschillende producten.

- *Anticholinergica* zijn geschikt voor patiënten met klachten van urgency-incontinentie waarbij conservatieve maatregelen niet voldoende blijken te zijn.[56] Bij vrouwen die teveel bijwerkingen ervaren bij het gebruik van anticholinergica kan het gebruik van een β3-adrenoceptoragonist zoals mirabegron een waardig alternatief zijn. De combinatie van medicatie met een conservatieve behandeling is effectiever, maar moet afgewogen worden tegenover de bijwerkingen en financiële kosten.[70] Indien een medicamenteuze behandeling opgestart wordt, blijft het aangeraden om de bekkenbodemspieroefeningen of andere conservatieve maatregelen aan te houden.
  Het werkingsmechanisme berust op het vergroten van de blaascapaciteit en het verminderen van de aandrang door het blokkeren van acetylcholine tijdens het vullen van de blaas.[71] Er zijn verschillende soorten anticholinergica beschikbaar: darifenacine, fesoterodine, oxybutynine, solifenacine, tolterodine en propiverine. De effectiviteit van alle anticholinergica is gelijkwaardig en de keuze van een soort is vooral afhankelijk van het profiel van zijn bijwerkingen, de verdraagzaamheid door de patiënt en de aanwezigheid van medische comorbiditeiten.[72] Om het risico op bijwerkingen tot een minimum te behouden, is het wenselijk om met de laagste dosis te beginnen en langzaam op te titreren. De arts mag niet te snel besluiten dat een gekozen therapie gefaald heeft aangezien het tot 4 weken kan duren alvorens verbetering gezien wordt en het tot 3 maand kan duren voor een geneesmiddel op volle kracht kan werken. Indien onvoldoende verbetering gezien wordt, moet de compliantie van de patiënte bevraagd worden. Vrouwen met een adequate compliantie, maar met onvoldoende verbetering van de klachten of een te grote last van de bijwerkingen kunnen baat hebben bij het veranderen naar een ander

anticholinergica of een β3-adrenoceptoragonist. Patiënten kunnen een betere respons hebben op een ander anticholinergica of minder nevenwerkingen hebben door een ander bijwerkingsprofiel.[69]
Alle anticholinergica hebben zowel centrale als perifere anticholinergische effecten. Medicatie met een vertraagde vrijstelling zouden minder bijwerkingen hebben dan medicatie met een onmiddelijke vrijstelling.[73] Centrale anticholinerge ongewenste effecten zijn vooral duizeligheid, cognitieve achteruitgang en delirium, met of zonder agitatie. Perifere anticholinerge ongewenste effecten zijn vooral monddroogte (met verhoogd risico van tandcariës) en droge ogen, verminderde zweetsecretie, nausea en constipatie, mydriase en accomodatiestoornissen en urineretentie. De voornaamste contra-indicaties zijn: gesloten-hoekglaucoom, refluxoesofagitis, pylorusstenose, intestinale atonie, paralytische ileus, ernstige colitis ulcerosa of myasthenia gravis. De meest voorkomende reden bij de patiënt om te stoppen met de medicamenteuze behandeling is het krijgen van een droge mond.[74] Verhoogde inname van vocht ter compensatie van een droge mond en het ontstaan van constipatie kunnen de urine-incontinentie daarbij nog eens verergeren. Een oxybutynine transdermale pleister zou minder bijwerkingen van droge mond en constipatie geven.

- Een *β3-adrenoceptoragonist* zoals mirabegron is een alternatief indien een patiënt het gebruik van anticholinergica niet verdraagt of een contra-indicatie heeft om anticholinergica te gebruiken zoals bij gesloten-hoekglaucoom of wanneer de patiënte cholinesterase inhibitoren inneemt. De effectiviteit van mirabegron is vergelijkbaar met de anticholinergica, maar heeft een ander bijwerkingsprofiel. Vooral een vermindering van bijwerkingen op vlak van droge mond en constipatie wordt gezien.[75] Het wordt afgeraden om mirabegron op te starten bij patiënten met ongecontroleerde hypertensie. Hoewel er geen significante stijging in bloeddruk aangetoond kon worden, hebben sommige patiënten hypertensie ontwikkeld tijdens de inname van mirabegron.[76]

Patiënten met aanhoudende klachten van urgency-incontinentie, ondanks correcte proeftherapie met conservatieve behandelingen en medicamenteuze behandelingen, moeten doorverwezen worden naar een specialist om verdere behandelingsopties te bespreken. Deze bestaan onder andere uit acupunctuur, injecties met het botulinetoxine, percutane nervus tibialis stimulatie (PNTS) en sacrale neuromodulatie (SNM).

❖ Heelkundige behandeling:

Indien alle andere behandelingsmogelijkheden gefaald hebben, moeten eventuele heelkundige behandelingen met een urologische specialist besproken worden. Deze bevatten onder andere: augmentatie cystoplastiek, het plaatsen van een urinestoma of een suprapubische katheter.

Screening door de huisarts

Het belang om urine-incontinentie te ontdekken valt niet te onderschatten aangezien tot een derde van alle vrouwen ooit last krijgt van urinaire klachten in haar leven.[1] Rekening houdend met de vergrijzing zal de prevalentie van urine-incontinentie de volgende jaren naar alle waarschijnlijk nog toenemen. De precieze prevalentie blijft moeilijk te bepalen en de gevonden resultaten variëren sterk van bron tot bron. Vermoedelijk komt dit door het feit dat slechts een minderheid van de vrouwen met klachten actief hulp zal gaan opzoeken. Langs de ene kant rust nog steeds een taboe over het onderwerp zelf en langs de andere kant lijkt het vanzelfsprekend dat bevallen en ouder worden samen gaat met het krijgen van urine-incontinentie.[1] Ongeveer twee derde van alle vrouwen met urine- incontinentie zou nooit een arts raadplegen voor haar klachten. Van degene die wel hulp opzoeken, zou drie vierde dat pas na een jaar doen.[25,26] Vooral de leeftijd, het type urine-incontinentie, de ernst van de klachten, de impact op de dagelijkse activiteiten en de graad van schaamte zijn factoren die meespelen in de beslissing van een vrouw met incontinentieklachten om zelf hulp op te zoeken. Volgens een Noors onderzoek zijn vrouwen met urine-incontinentie als aanmeldingsklacht gemiddeld 57 jaar oud en hebben de klachten al een groot impact op hun dagelijkse activiteiten.[5]

Urine-incontinentie beïnvloedt het welzijn van de patiënte zowel op psychisch als lichamelijk vlak. Op die manier kan dit een groot impact hebben op de levenskwaliteit en kan dit in de oudere populatie zelfs een kritische factor zijn die leidt naar het verlies van zelfstandigheid.[50]

Ook op economisch vlak valt de impact van urine-incontinentie voor de maatschappij niet te onderschatten.[10,11] Naast de tijd en lonen aan personeel in rust- en verzorgingstehuizen is er ook de betaling van medische prestaties en incontinentieforfaits door de ziekenfondsen. Er bestaan drie soorten incontinentieforfaits in België. Het incontinentieforfait voor zwaar zorgbehoevende patiënten bedraagt actueel 493,15 euro. Dit forfait wordt toegekend aan patiënten die in de loop van een jaar gedurende vier maanden aanspraak maakten op een tegemoetkoming voor forfait B of C en op de laatste dag van deze periode niet in een rust- of verzorgingstehuis, psychiatrisch tehuis of een beschutte woning verbleven. Dit zijn patiënten die naast afhankelijk te zijn van derden om zich te wassen, kleden en verplaatsen ook afhankelijk zijn voor incontentie of voor eten. De incontinentiescore moet een score hebben van drie of vier op het criterium van incontinentie en betekent dus dat de patiënt volledig incontinent is voor urine of faeces. Het incontinentieforfait voor patiënten die niet afhankelijk zijn, bedraagt 160,96 euro. Dit zijn personen die incontinent zijn, maar niet zwaar zorgbehoevend zijn, niet reeds een tegemoetkoming voor sondagemateriaal krijgen en die niet in een ziekenhuis, rust- of verzorgingstehuis, psychiatrisch tehuis of een beschutte woning verblijven. Als laatste bestaat er ook een forfait voor personen met een beperking of specifieke vormen van incontinentie.

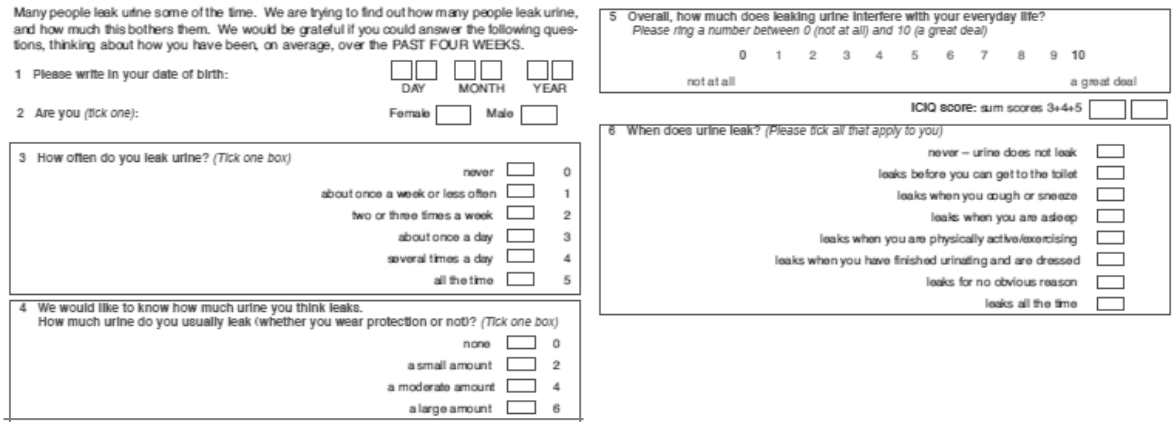
Ondanks de enorme impact van urine-incontinentie op de levenskwaliteit en de maatschappij blijft deze aandoening onderschat en ondergediagnosticeerd. En hoewel er voldoende efficiënte behandelingsmethodes voorhanden zijn, blijven veel patiënten onbehandeld. Naast het feit dat het onderwerp nog steeds in een taboesfeer hangt, is er ook het probleem dat artsen de impact van urine-incontinentie miskennen. Vaak hebben ze onvoldoende kennis over de aandoening of ervaren ze een soort timiditeit om de patiënte over incontinentieklachten te bevragen.[11,26] Voldoende educatie en sensibilisatie bij zowel hulpverleners als patiënten zijn essentiële vereisten voor een adequate incontinentiezorg. Het blijft een belangrijke opdracht om het algemeen gedachtegoed, dat urine-incontinentie nu eenmaal onvermijdelijk verbonden is aan het ouder worden, te laten verdwijnen.[27]

Het screenen van vrouwen die niet uit zichzelf hulp zoeken en ze daarna actief aanmoedigen om verder diagnostiek en behandeling te ondergaan, leidt tot een afname van de ernst van de klachten en van het aantal episodes urineverlies.[1] Vrouwen ouder dan 55 jaar, die actief aangemoedigd worden voor verder

diagnostiek en behandeling, hebben dubbel zoveel kans op een afname van de ernst van hun klachten en kunnen de episodes van urineverlies gehalveerd zien worden in vergelijking met vrouwen waar deze aanpak niet toegepast wordt.[25] Een screening naar urine-incontinentie is te rechtvaardigen aangezien deze aandoening voldoet aan de meeste criteria van Wilson en Jungner. Het screenen naar behandelbare aandoeningen bij oudere patiënten blijft een belangrijke strategie in het beleid van de gezondheidszorg.[3] De huisarts is de aangewezen persoon om deze screening uit te voeren. De huisarts blijkt vaak de eerste contactpersoon, heeft toegang tot het patiëntendossier en is opgeleid om incontinentie bij patiënten te diagnosticeren en te behandelen.[28] Een screeningsinstrument voor urine-incontinentie moet dan ook zodanig opgesteld worden dat het praktisch tijdens een consultatie toegepast kan worden. Tevens mag het niet tijdrovend zijn, het moet een onderscheid tussen de verschillende types van urine-incontinentie kunnen maken, het moet patiënten met een verhoogd risico kunnen identificeren, de impact op de levenskwaliteit moet zowel op lichamelijk als psychisch vlak bevraagd worden en de bevraging moet voor de patiënt aanvaardbaar aanvoelen.[29]

Het best gekende, bestaande screeningsinstrument voor urine-incontinentie is vermoedelijk het *international consultation on incontinence questionnaire* (ICIQ) uit 1998. Deze universele vragenlijst werd ontwikkeld met als doel om zowel in de dagelijkse praktijk als in klinische studies gebruikt te kunnen worden. Daardoor kan ze naast screeningsinstrument ook als referentiepunt in de vergelijking tussen verschillende behandelingsmethodes dienst doen. De *ICIQ short form questionnaire* (ICIQ-SF) (figuur 2) is de meest gebruikte afleiding van deze vragenlijst.[30] Deze vragenlijst voldoet aan de meeste voorwaarden: het neemt niet veel tijd in beslag, helpt het onderscheid maken tussen stress- en urgency-incontinentie, de ernst van de incontinentie en de invloed op de dagelijkse activiteiten wordt bevraagd. Toch is deze vragenlijst meer gekend bij de specialisten in de urologie dan bij de huisartsen en is het gebruik ervan nog te weinig doorgedrongen in de huisartsenpraktijk.

Figuur 2: *ICIQ-SF*.[30]



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	☐

Het *incontinence screening questionnaire* (figuur 3) is een voorbeeld van een screeningsinstrument dat onderzocht werd in zijn gebruik bij huisartsen. Aan de hand van vijf vragen zou deze vragenlijst in staat zijn om tot 70 procent van alle vrouwen te identificeren die positief scoren op een 48 uur durende *incontinence weight pad test*.[29] Opmerkelijk is wel dat deze lijst geen vragen bevat die stress- en urgency-incontinentie van elkaar zou kunnen onderscheiden.

Figuur 3: *incontinence screening questionnaire*.[29]

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.

Als laatste kan de *incontinence severity index* (figuur 4) nog vermeld worden.[12] Deze vragenlijst bevraagt de frequentie en de hoeveelheid van het urineverlies. Net zoals bij het *incontinence screening questionnaire* maakt deze vragenlijst geen onderscheid tussen de verschillende types van urine-incontinentie. Ook wordt de ervaring van de klachten niet bevraagd en kan de impact op de levenskwaliteit op lichamelijk en psychisch vlak moeilijk ingeschat worden. Daardoor is deze vragenlijst weinig geschikt om als screeningsinstrument in de huisartsenpraktijk gebruikt te worden.

Figuur 4: incontinence severity index.[12]

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, urge) AND (urinary bladder, overactive) AND (postmenopause) AND (general practice OR family practice OR primary health care) AND (mass screening). De combinatie van alle zoektermen leverde geen zoekresultaten op. De combinatie van de MeSH-zoektermen (urinary incontinence, urge) AND (urinary bladder, overactive) AND (postmenopause) AND (mass screening) leverde ook geen zoekresultaten op. Er werd verder gezocht door relevante zoektermen afzonderlijk te combineren. De combinatie van de MeSH-zoektermen (urinary bladder, overactive) AND (postmenopause) leverde 16 resultaten op. De combinatie van (urinary incontinence, urge) AND (postmenopause) leverde 2 resultaten op. De combinatie van (urinary bladder, overactive) AND (general practice OR family practice OR primary health care) leidde tot 25 zoekresultaten. De MeSH-zoektermen (urinary bladder, overactive) AND (mass screening) toonde 13 zoekresultaten. Alle studies gepubliceerd voor 31 september 2016 werden weerhouden. De abstracts van de gevonden studies werden gelezen en artikels met de meest relevante informatie voor deze thesis werden geselecteerd. De referenties van de gekozen artikels werden doorzocht. De zoektocht werd initieel niet beperkt tot het Nederlands of het Engels, maar uiteindelijk werden enkel studies in deze twee talen gelezen.

Screening

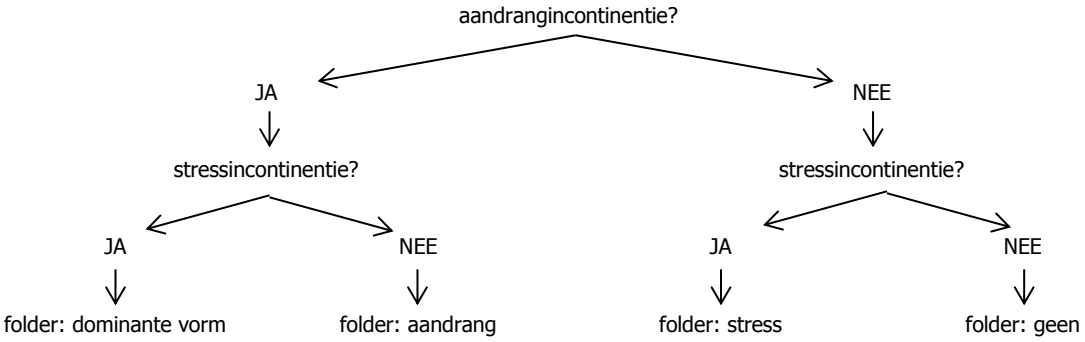
Ondanks de bevindingen dat het screenen naar urine-incontinentie een dankbaar initiatief zou zijn voor zowel de patiënt als de gezondheidszorg , werd het onderwerp volgens de literatuur nog maar zelden verder onderzocht. De meeste studies omtrent urine-incontinentie bij vrouwen vinden meestal plaats in academische ziekenhuisen of gespecialiseerde afdelingen. Ze zijn weinig tot niet representatief voor de gemiddelde patiëntenpopulatie in de eerste lijn aangezien vaak slechts één bepaald type van patiënten in deze studies geselecteerd en onderzocht wordt.[5] Om deze reden manifesteerde zich de noodzaak om een volledig nieuw screeningsinstrument te ontwikkelen. De creatie ervan werd gebaseerd op een combinatie van vragen uit de ICIQ-SF[30], de *incontinence screening questionnaire*[29] en de *incontinence severity index*[12]*.* Ook moest rekening gehouden worden met de voorwaarden waaraan een screeningsinstrument moet voldoen om geschikt te zijn voor het toepassen in de huisartsenpraktijk. Deze mag niet tijdrovend zijn, het moet een onderscheid tussen de verschillende types van urine-incontinentie kunnen maken, het moet patiënten met een verhoogd risico kunnen identificeren, de impact op de levenskwaliteit moet zowel op lichamelijk als psychisch vlak bevraagd worden en de bevraging moet voor de patiënt aanvaardbaar aanvoelen. De ICIQ-SF voldoet bijna aan al deze voorwaarden en bewijst dat het onderscheid tussen stress- en urgency-incontinentie praktisch op basis van twee vragen gemaakt kan worden. Een vragenlijst bestaande uit vijf vragen met telkens twee of drie vaste antwoordmogelijkheden werd opgesteld (bijlage 1). De twee eerste vragen concentreren zich op de aanwezigheid van symptomen van stress- of urgency-incontinentie en trachten zo beide vormen te onderscheiden van elkaar. Vervolgens werd één vraag over de frequentie van de incontinentieklachten opgesteld als poging om de ernst van de klachten in kaart te brengen. De volgende vraag informeerde naar de impact op het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Ten slotte wordt de patiënte bevraagd of ze het al dan niet aanvaardbaar vindt dat haar huisarts zonder aanleiding of relevantie met haar aanmeldingsklacht informeert naar haar incontinentieklachten. Deze laatste vraag is louter informatief in het kader van deze thesis en het is vanzelfsprekend dat deze vraag zou wegvallen indien dit screeningsinstrument ooit in de huisartsenpraktijk toegepast zou worden.

Een goede incontinentiezorg vereist naast een correcte diagnosestelling, ook een duidelijke educatie en sensibilisatie van de patiënten. Daarvoor werden informatiefolders opgesteld om de patiënten bewust te maken over de aandoening en hen voldoende te informeren over de bestaande behandelingsmodaliteiten. Afzonderlijke informatiefolders over stress- en urgency-incontinentie werden opgesteld. Een informatiefolder moet vooral patiëntvriendelijk zijn om gelezen te worden. Daarom werd de tekst ervan niet alleen gebaseerd op bovenstaande literatuurstudie, maar ook gebaseerd op teksten van de NHG-standaarden en de site www.thuisarts.nl. Een evenwichtige combinatie van deze teksten werd herschreven met eenvoudige, toegankelijke woorden en het gebruik van medisch jargon werd vermeden. Om de aantrekkelijkheid nog te vergroten werden er figuren toegevoegd en werd het geheel in kleur afgedrukt.

De periode van screening begon op maandag 7 november 2016 en eindigde op vrijdag 3 februari 2017. Zes artsen, bestaande uit vier huisartsen en twee huisartsen in opleiding (HAIO), hebben gedurende deze periode systematisch alle vrouwen, ouder dan 55 jaar en ongeacht hun aanmeldingsklacht, bevraagd met het opgestelde screeningsinstrument. Dit gebeurde voornamelijk op consultatie aangezien het niet praktisch was om bij elk huisbezoek stapels vragenlijsten en folders met zich mee te nemen. De grensleeftijd van 55 jaar en ouder werd gekozen op basis van de bevinding dat het positief effect van een screening naar urine-incontinentie in combinatie met het actief aanmoedigen van diagnostiek en behandeling het meest beschreven is geweest in deze leeftijdscategorie.[1,25] Ook werd acht genomen van het feit dat de prevalentie van urine-incontinentie stijgt met de leeftijd en dat in een oudere populatie de gevolgen van deze aandoening ernstiger zijn.[11,25] De volgende exclusiecriteria werden toegepast: overloopsincontinentie, aanwezigheid van onderliggende maligne aandoeningen, reeds in behandeling zijn voor urogenitale aandoeningen, aanwezigheid van een sonde en de aanwezigheid van aandoeningen die de cognitieve functies beperken zoals bijvoorbeeld dementie. Alle patiënten werden, na een korte inleiding over de intenties van deze thesis, op het einde van de consultatie op mondelinge wijze bevraagd. Door de vragen op het einde van de consultatie te stellen, werd interferentie met de initiële consultatie tot een minimum herleid. De antwoorden van de bevraagde patiënten werden op een papieren vragenlijst genoteerd en bijgehouden.

Vrouwen zonder klachten van incontinentie kregen de diagnose 'geen incontinentie' en kregen geen folder mee. (figuur 5) Een positief antwoord op de eerste screeningsvraag gaf het vermoeden van de aanwezigheid van 'urgency-incontinentie' en de respectievelijke informatiefolder werd met de patiënte meegegeven. (bijlage 3) Een positief antwoord op de tweede screeningsvraag gaf het vermoeden van de aanwezigheid van 'stressincontinentie' en de respectievelijke informatiefolder werd met de patiënte meegegeven. (bijlage 2) Indien zowel op de eerste als op de tweede screeningsvraag een positief antwoord viel te noteren dan was er een vermoeden van 'gemengde urine-incontinentie' en moesten de meest hinderlijke klachten benoemd worden. Op basis van dit antwoord werd het dominante type bepaald en werd de respectievelijke informatiefolder met de patiënte meegegeven. Bij gebrek aan duidelijke afspraken werd de bekomen diagnose niet altijd in het elektronisch medisch dossier (EMD) genoteerd.

Figuur 5: screening en folders.



Na afloop van de afgesproken screeningsperiode werden alle betrokken huisartsen bevraagd over hun ervaringen en bedenkingen bij het gebruik van dit screeningsinstrument voor urine-incontinentie. (bijlage 4) Ze moesten schriftelijk vragen beantwoorden betreffende de haalbaarheid bij de arts, de aanvaardbaarheid bij de patiënt en het bekomen effect indien dit screeningsinstrument in de toekomst verder zou blijven gebruikt worden.

Gegevensverwerking

De vijf screeningsvragen kregen een nummer van een tot vijf. De mogelijke antwoorden kregen per vraag een nummer van een tot drie. De antwoorden van alle bevraagde patiënten werden met behulp van deze code in een excelbestand met 117 rijen (gelijk aan het totaal aantal bevraagde patiënten) en vijf kolommen (gelijk aan het aantal mogelijke screeningsvragen) verwerkt. Selectieve filters maakten 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? Hoeveel van deze patiënten ondervinden een invloed op hun dagelijkse leven? Hoeveel patiënten hadden klachten van stressincontinentie, urgency-incontinentie of gemengde incontinentie? Hoeveel patiënten hadden in deze afzonderlijke groepen dagelijks last? Hoeveel patiënten pasten op basis van hun incontinentieklachten hun activiteiten aan? Hoeveel patiënten vermelden geen incontinentieklachten? Hoeveel patiënten vonden het niet aanvaardbaar dat hun huisarts hen deze vragen stelde? Vinden patiënten met incontinentieklachten de bevraging aanvaardbaarder dan patiënten zonder urine-incontinentie of is het net andersom?

Resultaten

Tabel 5: resultaten vragenlijst patiënten: type, frequentie en impact van urine- 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%)

Tabel 8: leeftijd bevraagde patiënten.

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%)

Gedurende deze drie maanden werd er een totaal van 117 vrouwen van 55 jaar en ouder bevraagd. Iedere leeftijdscategorie wordt ongeveer evenveel vertegenwoordigd (tabel 8). Wel werd er relatief gezien minder vrouwen van 75 jaar en ouder bevraagd. Dit kan verklaard worden door het feit dat het contact met deze leeftijdscategorie veel vaker op huisbezoek gebeurt dan in een consultatieruimte. De meeste artsen hebben geen screening op huisbezoek gedaan uit praktische overweging. Aangezien het aantal patiënten per leeftijdscategorie nogal klein is, werd de prevalentie van de verschillende types van urine-incontinentie alleen maar op het totaal aantal patiënten in deze studie bekeken.

De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat twee derde (66,7%) van de bevraagde vrouwen klachten van urine-incontinentie had (tabel 5). Bijna de helft van degene met klachten melde dat ze daarvan dagelijks last had. Iets minder dan een vijfde zei dat ze niet meer durfde bepaalde activiteiten te doen als gevolg van de angst op het optreden van urineverlies.

De prevalentie van gemengde incontinentie bedraagt 29,1%. Voor stress- en urgency-incontinentie is de prevalentie respectievelijk 20,5% en 17%. Van alle patiënten met gemengde incontinentie heeft iets meer dan de helft dagelijkse klachten en ongeveer een vierde ondervindt een impact op het dagelijkse leven. Er werd niet door alle artsen bijgehouden welke folder de patiënte uiteindelijk meekreeg. Daardoor is slechts bij 11 van de 34 patiënten met gemengde incontinentie gekend welk type dominant is. Van deze 11 patiënten waren er 8 die stressincontinentie en 2 die urgency-incontinentie als meest belastend ervaarden. Een patiënt kreeg beide folders mee. Vijf patiënten weigerden een folder mee te nemen.

Van de patiënten met enkel klachten van stressincontinentie zegt 20,8% dagelijks last te hebben, maar ondervindt slechts 8,3% een impact op het dagelijks leven. Vooral bij sportactiviteiten ondervinden ze hinder. Sommige patiënten vertellen spontaan dat sinds ze last hebben van incontinentieklachten ze niet meer durven lopen, springen, turnen of zwemmen.

De patiënten met urgency-incontinentie hebben in 55% van de gevallen dagelijks last van hun klachten. Een vijfde durft daardoor bepaalde activiteiten niet meer uitoefenen. De aangehaalde voorbeelden waren onder andere het dragen van een emmer, fietsen en skiën. Een patiënt zegt dat ze geen activiteiten laat, maar dat ze wel eerst gaat plassen voor ze een activiteit aangaat. Een patiënte gaf toe dat ze minder vocht innam in de hoop minder urineverlies te hebben.

Algemeen werd het screeningsinstrument voor urine-incontinentie goed aanvaard door de patiënten. Slechts een persoon vond het niet aanvaardbaar dat de huisarts zonder aanleiding de aanwezigheid van urine-incontinentie bij haar bevroeg (tabel 6). De vraag naar aanvaardbaarheid werd aan vier patiënten niet gesteld en het zou dus theoretisch kunnen dat het effectieve percentage van aanvaardbaarheid lager ligt.

De zes betrokken huisartsen, met een leeftijd gaande van 27 tot 67 jaar, konden goed overweg met dit screeningsinstrument (tabel 7). Alle 6 vinden het haalbaar om het instrument in de toekomst te blijven gebruiken. Het bleek echter moeilijk om er steeds aan te denken wanneer de indicaties er waren om te

bevragen. Het gebruik van een screeningsinstrument voor urine-incontinentie maakt dus duidelijk nog geen deel uit van de dagelijkse routine van de huisarts. Praktisch alle huisartsen vermelden dat een herinnering in het EMD, zoals gezien bij de screening naar maligniteiten van borst, colon en cervix, een essentiële vereiste zal zijn om dit instrument verder in de toekomst op een vlotte manier te blijven gebruiken. Deze herinnering zou, naast de functie om niet te vergeten de screeningsvragen te stellen, ook voorkomen dat eenzelfde vrouw meerdere keren op korte tijd gescreend wordt. Een arts vermelde dat het enthousiasme om te screenen na verloop van tijd wat afnam. Een tussentijdse evaluatie zou de motivatie misschien terug aangewakkerd hebben en zou de vergeetachtigheid om patiënten te bevragen op het einde wellicht minder geweest zijn. Bij iedereen wordt een vlotte medewerking van de patiënten beschreven en geen negatieve reacties werden weerhouden. Twee huisartsen kregen zelf expliciet een positieve reactie op het screenen naar incontinentieklachten. Het beoordelen van het effect van deze screening blijft na deze korte periode nog onduidelijk. Twee huisartsen hebben toch een aantal patiënten teruggezien om hun incontinentieklachten verder te bespreken. Toch zou dit aantal slechts een klein deel van de gescreende patiënten vertegenwoordigen. De exacte cijfers ontbreken en zijn moeilijk te achterhalen, aangezien de registratie van de sreening in het EMD niet uniform verlopen is.

Discussie

Screeningsresultaten

Zes huisartsen screenden gedurende een periode van drie maand elke vrouw ouder dan 55 jaar en ongeacht de aanmeldingsklacht. Een totaal van 117 vrouwen werden bevraagd en dit aantal is minder dan verwacht. De voornaamste verklaring voor deze bevinding is vermoedelijk dat het screeningsinstrument voor urine-incontinentie nog niet in het EMD is geïntegreerd en dus de bevraging door de huisarts regelmatig vergeten werd. Een andere belangrijke factor is het feit dat de screeningsperiode gebeurde in de wintermaanden. Volle wachtzalen met patiënten met een luchtweginfectie of de griep kunnen de toepassing van het screeningsinstrument beperken. Ook werken nog niet alle huisartsen op afspraak en kan de consultatie niet altijd optimaal voorbereid worden. Ook werd er uit praktische overweging besloten om niet te screenen op huisbezoek, aangezien het voor de huisarts omslachtig was om met stapels folders en vragenlijsten zich van huis tot huis te verplaatsen. Deze aanpak heeft er waarschijnlijk voor gezorgd dat veel oudere vrouwen met urine-incontinentie, die enkel op huisbezoek gezien worden, niet in dit onderzoek opgenomen zijn geweest. De beperking van het aantal gebruikte exclusiecriteria, de evenredige prevalentie van de leeftijdscategorieën en het bestaan van verschillende sociale achtergronden laat stellen dat de bevraagde vrouwen waarschijnlijk representatief zijn voor een gemiddelde patiëntenpopulatie in een huisartsenpraktijk. Dit wil natuurlijk niet zeggen dat de bekomen resultaten naar alle Belgische vrouwen ouder dan 55 jaar kan geëxtrapoleeerd worden, want daarvoor blijft het aantal gescreende vrouwen tijdens dit onderzoek te klein.

De prevalentie van urine-incontinentie blijkt uit cijfers van de literatuurstudie een moeilijk te bepalen gegeven en schattingen lopen uiteen naargelang de aangewende bron (tabel 8). Ondanks dat studies gelijkaardige leeftijdscategorieën en studieopstellingen trachten te hanteren bij het bepalen van de prevalentie van urine-incontinentie worden toch verschillende resultaten bekomen.[12] Vermoedelijk komt dit door het feit dat nog steeds een minderheid van de vrouwen met klachten van urine-incontinentie effectief hulp zoekt. Langs de ene kant rust nog steeds een taboe over het onderwerp zelf en langs de andere kant lijkt het vanzelfsprekend dat bevallen en ouder worden samen gaat met het krijgen van urine-incontinentie.[1] Anderzijds wordt urine-incontinentie nog altijd niet als een ernstig probleem beschouwd en bestaat er nog veel onwetendheid over de bestaande behandelingsmethoden.[25,26]

Tabel 8: prevalentie van urine-incontinentie**.**

bron	prevalentie	opmerkingen
McKertich K[8]	10 à 14%	in alle vrouwen
Seim A et al[5]	16 à 60%	in perimenopauzale vrouwen
Visser E[1]	33,3%	in oudere vrouwen
Buchsbaum G et al[9]	50%	in 149 postmenopauzale nonnen
Jolleys J[28]	41%	in alle vrouwen
Hendrix S[10]	14 à 35%	in alle mannen en vrouwen
Aksac B et al[14]	34 à 50%	in oudere mannen en vrouwen
Farage M et al[11]	50 à 78%	in alle mannen en vrouwen (US)
Visser E et al[3]	33 à 44%	in alle vrouwen ≥60 jaar
Hunter Koch L[26]	12 à 50%	in alle vrouwen van middelbare leeftijd

In deze studies valt een grote variatie in de prevalentie te noteren. Volgens de resultaten van dit onderzoek werd een prevalentie van 66,7% vastgesteld. Aangezien de meeste studies spreken over een prevalentie van urine-incontinentie bij alle vrouwen, en niet enkel bij een selecte risicogroep zoals postmenopauzale vrouwen, kan het vaststellen van een hoger prevalentiepercentage daardoor verklaard worden. Toch blijft een prevalentie van 66,7% een opmerkelijke bevinding die verder onderzoek in de toekomst alvast motiveert. Misschien is hier sprake van een overschatting en was de drempel van het screeningsinstrument voor de diagnose van urine-incontinentie te laag. De basis van het aangewende screeningsinstrument berust inderdaad op het stellen van subjectieve vragen zonder het opmeten van objectieve parameters. Toch zou deze manier van aanpak geen hindernis mogen vormen aangezien urine-incontinentie gedefinieerd wordt als het onvrijwillig verliezen van urine van voldoende grootte om een probleem te vormen voor de patiënt, de verzorger of de familie. Verder onderzoek is alvast nodig om te weten op welke wijze de diagnose van urine-incontinentie in de huisartsenpraktijk gemaakt moet worden. Bijkomende screening, al dan niet met aangepast vragen, zal de hier vastgestelde omvang van deze problematiek moeten verder aftoetsen.

Gemengde incontinentie komt met een prevalentie van 29,1% vaker voor dan de afzonderlijke types van stress- en urgency-incontinentie. De prevalentie van de afzonderlijke types is ongeveer vergelijkbaar. De prevalentie van stressincontinentie bedraagt 20,5% en de prevalentie van urgency-incontinentie bedraagt 17,1%. Het meest belastende type urine-incontinentie is bij vrouwen met gemengd incontinentie niet weerhouden. Deze resultaten konden interessante informatie geleverd hebben aangezien beschreven wordt dat tot 65% van de vrouwen met stressincontinentie ook klachten van urgency-incontinentie ervaart.[7] Patiënten met urgency-frequentie of gemengde incontinentie vermelden meer frequente incontinentieklachten en een groter impact op de dagelijkse activiteiten dan patiënten die klachten hebben van stressincontinentie. Het percentage vrouwen met urgency-incontinentie en dagelijkse incontinentieklachten bedraagt 55% en dit is meer dan het dubbele in vergelijk met het percentage van 20,8% bij vrouwen met enkel stressincontinentie. 20% van de vrouwen met urgency-incontinentie en 26,5% van de vrouwen met gemengde incontinentie durven door hun incontinentie bepaalde activiteiten niet meer te doen en dit is opvallend meer dan de 8% bij vrouwen met stressincontinentie. Ondanks deze vaststelling kan een selectief screenen naar urgency-incontinentie niet gerechtvaardigd worden. Alle vormen van incontinentie blijven nog steeds te vaak in een taboesfeer hangen en deze screeningsvragen kunnen aangewend worden om dit te doorbreken. Het screeningsinstrument maakt het onderwerp urine-incontinentie op zijn geheel bespreekbaar. Het geeft aan vrouwen met urine-incontinentie een duidelijk signaal dat hun huisarts zich ontvankelijk opstelt voor hun problematiek en voldoende kennis heeft om hen daarin verder te begeleiden.

Screeningsinstrument

De literatuurstudie verhelderde aan welke voorwaarden een screeningsinstrument moet voldoen. Een screeningsinstrument voor urine-incontinentie moet zodanig opgesteld worden dat het praktisch tijdens een consultatie toegepast kan worden. Tevens mag het niet tijdrovend zijn, het moet een onderscheid tussen de verschillende types van urine-incontinentie kunnen maken, het moet patiënten met een verhoogd risico kunnen identificeren, de impact op de levenskwaliteit moet zowel op lichamelijk als psychisch vlak bevraagd worden en de bevraging moet voor de patiënt aanvaardbaar aanvoelen.[27] Het voor deze thesis opgestelde screeningsinstrument voldoet aan al deze voorwaarden. Het toepassen van deze vragenlijst neemt weinig tijd in beslag. In het definitieve screeningsinstrument zou de laatste vraag over aanvaardbaarheid bij de patiënte daarbij nog eens wegvallen waardoor de vragenlijst uiteindelijk slechts uit vier vragen met telkens twee of drie vaste antwoordmogelijkheden zou bestaan. Het opzet van vaste antwoordmogelijkheden was een bewuste keuze om op deze manier het uitweiden over de screeningsvragen door de patiënte tot een minimum te beperken en daardoor de motivatie bij de huisarts om te blijven screenen hoog te houden. Volgens de resultaten blijkt het screeningsinstrument bij de overgrote meerderheid van de patiënten aanvaardbaar te zijn. Slechts een iemand vond het niet kunnen dat de huisarts haar zonder aanleiding de aanwezigheid van haar incontinentieklachten bevroeg. De reden waarom werd niet weerhouden. Bij de 116 andere vrouwen waren er geen moeilijkheden om de screeningsvragen te stellen en bij sommige onder hen waren er bijkomende positieve uitlatingen dat dit bevraagd werd. Het screeningsinstrument geeft de mogelijkheid om een onderscheid te maken tussen de verschillende types van urine-incontinentie. Uit de literatuurstudie bleek dat aan de hand van twee vragen, die peilen naar de meest typische symptomen van stress- en urgency-incontinentie, een correcte diagnose kan gesteld worden. Daarna geven de vragen over frequentie van de incontinentieklachten en hun impact op de dagelijkse activiteiten een idee over het potentiële risico bij de patiënte om lichamelijke of psychische problemen te ontwikkelen en hoe de patiënte de urine-incontinentie ervaart. Ook alle betrokken huisartsen zien het haalbaar om dit screeningsinstrument in de toekomst te blijven gebruiken. Geen enkele huisarts noteerde een negatieve ervaring gedurende de screeningsperiode.

Er is natuurlijk nog een grote marge voor verdere aanpassingen en verbeteringen. Het screeningsinstrument zou op een of andere manier moeten kunnen geïntegreerd worden in het EMD. De ideale oplossing zou zijn om een module voor urine-incontinentie te integreren met een functie analoog aan de reeds bestaande modules voor het screenen naar borst-, cervix- of colorectale carcinomen. Zo'n module zou de huisarts een herinnering kunnen geven om mogelijks het bestaan van urine-incontinentie bij een 55 jarige vrouw of ouder te bevragen. Ook zou het een handig instrument zijn om de antwoorden op de screeningsvragen te registreren en herhaaldelijk screenen van dezelfde patiënte tegen te gaan door bij te houden welke vrouwen al reeds zo'n screenig hebben ondergaan. Een ander voordeel zou zijn dat het huisartsen, die gebruik maken van een mobiel apparaat met toegang tot het patiëntendossier, de mogelijkheid zou bieden eventueel de screening op huisbezoek te laten doorgaan. Een alternatief voor huisartsen, die nog niet over zo'n mobiel apparaat beschikken, zou zijn om op huisbezoek het screeningsmoment naar urine-incontinentie te combineren met een ander routineonderzoek, zoals bijvoorbeeld een jaarlijkse bloedafname. Aangezien dit normaal gezien tijdig gepland wordt, moet slechts eenmalig per patiënte de nodige documenten meegenomen worden. De informatiefolders over stress- en urgency-incontinentie zouden verder geperfectioneerd kunnen worden door bepaalde mensen in de preventieve geneeskunde met meer ervaring op het gebied van het opstellen van patiëntvriendelijke folders. Ook het opmaken van een specifieke website zou een mogelijkheid kunnen zijn. Daar zou naast de informatie van de folders, ook informatie over de incontinentieforfaits en de per regio gesorteerde contactgegevens van relevante hulpverleners (diëtisten, gespecialiseerde kinesisten, huisartsen, urologen, ...) eenvoudig op gevonden moeten kunnen worden. Een kleine kanttekening is wel dat niet alle vrouwen boven de 55 jarig even vertrouwd kunnen omgaan met het surfen op het internet. Voldoende educatie en sensibilisatie zijn essentieel voor

een adequate incontinentiezorg.[27] De informatiefolders, al dan niet in combinatie met een website, zouden de hoeksteen kunnen vormen van een eventuele sensibiliseringscampagne over urine-incontinentie. Als deze campagne in zijn opzet lukt om het taboe rond dit onderwerp te doorbreken, zal een behoefte aan concrete richtlijnen voor incontinentiezorg per regio zich manifesteren.

Indien dit (nogal ambitieus) plan zich zou voltooien, zou het ervoor kunnen zorgen dat vrouwen meer gescreend zullen worden op urine-incontinentie en dat ze na het lezen van toereikbare informatie, beslissen om naar hun huisarts op consultatie terug te komen om de aandoening en de eventuele behandelingsmogelijkheden te bespreken. Hoewel in ons onderzoek geen exacte cijfers gekend zijn, blijft het opvallend hoe weinig van de gescreende vrouwen effectief daarvoor terugkwamen. Vooral de vrouwen, die een belangrijk impact op hun dagelijkse activiteiten vermelden, worden verwacht om in de toekomst terug naar hun huisarts te komen. Het zou interessant zijn om zeker aan deze vrouwen een vervolgconsult aan te bieden. Vermoedelijk is het tijdsinterval tussen het einde van de screeningsperiode en het maken van deze thesis te kort om definitieve conclusies te trekken. Ondanks deze nuancering blijft de graad van respons teleurstellend laag. Het bespreken van urine- incontinentie is duidelijk nog niet algemeen aanvaard en het blijft een pertinent aanwezig gedachtegoed dat incontinentieklachten nu eenmaal deel uitmaken van het leven en het ouder worden. Sommige gescreende vrouwen zagen het beantwoorden van de screeningsvragen meer als een onderdeel van de thesis dan als een hulpmiddel om persoonlijke gezondheidswinst te verkrijgen. Dit kan verklaren waarom bepaalde vrouwen, ondanks de aanwezigheid van klachten, een folder weigerden mee te nemen. Het toepassen van een screeningsinstrument zonder veel reactie van de patiënt lijkt op het eerste zicht weinig zinvol, maar is daarvoor niet per se nutteloos te beschouwen. Het levert de huisarts een aanknopingspunt om het onderwerp van urine-incontinentie aan te brengen bij de patiënten, hen actief aan te moedigen tot verdere diagnostiek en hen op de hoogte te brengen van de bestaande behandelingsmogelijkheden.

Het al dan niet succesvol zijn van een screeningsinstrument is onvermijdelijk verbonden met de graad van motivatie bij de uitvoerders. De groepspraktijk heeft een jarenlange traditie in het opleiden van HAIO's en enthousiasme om mee te helpen aan een thesis is bij alle collega's altijd aanwezig. Om deze reden mag hun visie op het gebruik van dit screeningsinstrument niet veralgemeend worden voor alle huisartsen. Er moet rekening gehouden worden met het feit dat niet alle huisartsen evenveel enthousiasme vertonen voor het toepassen van preventie en screening tijdens hun druk werkschema. Ook de vaardigheid om vlot alles uniform en overzichtelijk in het EMD te noteren, is tegenwoordig bij vele huisartsen nog niet altijd vanzelfsprekend. Het is daarom van essentieel belang dat toekomstige sensibiliseringscampagnes zich zowel op de educatie van patiënt als van huisarts toespitsen. De educatie van huisartsen zou aan de hand van een specifieke folder kunnen gebeuren of door middel van een speciaal daarvoor geschoolde vertegenwoordiger begeleid kunnen worden. Deze campagne zou als doel moeten hebben om de huisartsen meer inzicht te geven over het belang om naar urine- incontinentie te screenen en tevens de medische deskundigheid van de huisarts over het onderwerp te verdiepen.

Conclusie

Het toepassen van een screeningsinstrument voor urine-incontinentie in de huisartsenpraktijk bij een risicogroep zoals postmenauzale vrouwen onthult een hogere prevalentie van urine-incontinentie in vergelijking met wat tot op heden in de medische literatuur beschreven is geweest. Met enige vorm van reserve kan gesteld worden dat het aantal vrouwen dat klachten heeft van urine-incontinentie vermoedelijk groter is dan tot nu toe gedacht werd. De in deze thesis toegepaste laagdrempeligheid om de diagnose van urine-incontinentie te stellen, moet deze vaststelling wat nuanceren. Verdere screening, over een langere tijdsperiode en in combinatie met de ontwikkeling van een uniforme, systematische registratie in het elektronisch medisch dossier zullen in de toekomst noodzakelijk zijn om de bewijskracht van deze vaststelling af te toetsen.

Een proactieve houding van de huisarts in het bevragen van klachten van urine-incontinentie is een essentieel onderdeel van een adequate incontinentiezorg. Aangepaste sensibiliseringscampagnes bij zowel huisarts als patiënt zullen in de toekomst moeten zorgen voor de nodige inzichten omtrent urine-incontinentie. Deze aanpak moet het onderwerp van urine-incontinentie meer bespreekbaar maken zodat meer vrouwen met urine-incontinentie een diagnose met de daar bijbehorende behandelingsmogelijkheden kunnen krijgen.

Dankwoord

Ten eerste wil ik mijn collega HAIO dr. Carmen Claus uitvoering bedanken voor de samenwerking tijdens het opmaken van deze thesis. Beide thesissen zijn eigenlijk een onderdeel van hetzelfde onderwerp en zonder haar werk erbij zou het niet volledig zijn. Ik bedank onze praktijkopleiders dr. Stijn Torbeyns en dr. Hendrik Vandekerckhove voor hun bijdrage aan deze thesis ondanks de drukke wintermaanden. Ik wens collega dr. Bo Debaere het allerbeste en wil haar bedanken voor het aanbrengen van het onderwerp van de thesis. Ik bewonder en bedank dr. Jaak Torbeyns, de nestor in de groepspraktijk, voor zijn jeugdig enthousiasme. Ik bedank onze promotor prof. dr. Bert Aertgeerts voor de vele tips tijdens het het opstellen en het schrjiven van deze thesis. Ik bedank onze co-promotor dr. Peter Vossaert, uroloog in het AZ Groeninge te Kortrijk, de urologische visie op de bekomen resultaten was van onschatbare waarde voor de bespreking en de conclusie van deze thesis.

Literatuur

1. Visser E. Urine-incotinentie bij oudere vrouwen. Huisarts Wet 2015;58(11):578-581.
2. Wilson J, Jungner Y. [Principles and practice of mass screening for disease.] Bol Oficina Sanit Panam 1968;65:281-393.
3. 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.
4. 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.
5. Seim A, Eriksen B, Hunskaar S. A study of female urinary incontinence in general practice. Scand J Urol Nephrol 1995;30:465-471.
6. 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.
7. Deng D. Urinary incontinence in women. Med Clin N Am 2011;95:101-109.
8. McKertich K. Urinary incontinence. Assessment in women: stress, urge or both? Aust Fam Physician 2008;37(3):112-117.
9. 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.
10. Hendrix S. Urinary incontinence and menopause: an evidence-based treatment approach. Dis Mon 2202;48:622-636.
11. 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
12. Sandvik H, Espuna M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. Int Urogynecol J 2006;17:520-524.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Jackson S, Fihn S. Exogenous estrogen and urinary incontinence. J Urology 2009;181:1989-1991.
18. 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.
19. 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.
20. Diokno A, Brock B, Herzog A. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. Urology 1990;36:129-138.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. Moehrer B, Hextall A, Jackson S. Oestrogens for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2003;2:CD001405.
25. 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.
26. Hunter Koch L. Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. J Midwifery Womens Health 2006;51:39-44.
27. 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.
28. Jolleys J. Diagnosis and management of female urinary incontinence in general practice. Br J Gen Pract 1989;39:277-279.
29. 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.
30. Abrams P, Andersson K, Brubaker L, Cardozo L, Cottenden A, Denis L, et al. 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.
31. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn 2002; 21:167.

32. Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, et al. Urinary incontinence as a risk factor for mortality. J Am Geriatr Soc 1994; 42:264.
33. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, et al. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. BJU Int 2008; 101:1388.
34. Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, et al. Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. J Am Geriatr Soc 2000; 48:721.
35. Serati M, Salvatore S, Uccella S, et al. Female urinary incontinence during intercourse: a review on an understudied problem for women's sexuality. J Sex Med 2009; 6:40.
36. Gotoh M, Matsukawa Y, Yoshikawa Y, et al. Impact of urinary incontinence on the psychological burden of family caregivers. Neurourol Urodyn 2009; 28:492.
37. Moore EE, Jackson SL, Boyko EJ, et al. Urinary incontinence and urinary tract infection: temporal relationships in postmenopausal women. Obstet Gynecol 2008; 111:317.
38. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Obstet Gynecol 2001; 98:1004.
39. Subak LL, Richter HE, Hunskaar S. Obesity and urinary incontinence: epidemiology and clinical research update. J Urol 2009; 182:S2.
40. Romero-Talamás H, Unger CA, Aminian A, et al. Comprehensive evaluation of the effect of bariatric surgery on pelvic floor disorders. Surg Obes Relat Dis 2016; 12:138.
41. Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, et al. Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. Obstet Gynecol 2006; 107:1253.
42. Rogers RG. Clinical practice. Urinary stress incontinence in women. N Engl J Med 2008; 358:1029.
43. Wennberg AL, Altman D, Lundholm C, et al. Genetic influences are important for most but not all lower urinary tract symptoms: a population-based survey in a cohort of adult Swedish twins. Eur Urol 2011; 59:1032.
44. Nguyen A, Aschkenazi SO, Sand PK, et al. Nongenetic factors associated with stress urinary incontinence. Obstet Gynecol 2011; 117:251.
45. Hannestad YS, Lie RT, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. BMJ 2004; 329:889.
46. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA 2008; 300:1311.
47. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. Obstet Gynecol 2014; 123:141.
48. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol 2000; 53:1150.
49. Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, et al. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. Obstet Gynecol 2008; 111:678.
50. DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T, et al.. Incontinence in the frail elderly. In: Incontinence, 4th ed., Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. (Eds), Health Publications Ltd, Paris 2009. p.961.
51. Smith PP. Aging and the underactive detrusor: a failure of activity or activation? Neurourol Urodyn 2010; 29:408.
52. Tennstedt SL, Link CL, Steers WD, McKinlay JB. Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. Am J Epidemiol 2008; 167:390.
53. Goode PS, Burgio KL, Redden DT, et al. Population based study of incidence and predictors of urinary incontinence in black and white older adults. J Urol 2008; 179:1449.
54. Dallosso HM, McGrother CW, Matthews RJ, et al. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. BJU Int 2003; 92:69.
55. Staskin D, Hilton P, Emmanuel A, et al. Initial assessment of incontinence. In: Incontinence: 3rd International Consultation on Incontinence, Health Publications Ltd, 2005. p.485.
56. Wood LN, Anger JT. Urinary incontinence in women. BMJ 2014; 349:g4531.
57. Nygaard I. Clinical practice. Idiopathic urgency urinary incontinence. N Engl J Med 2010; 363:1156.
58. Ruby CM, Hanlon JT, Boudreau RM, et al. The effect of medication use on urinary incontinence in community-dwelling elderly women. J Am Geriatr Soc 2010; 58:1715.
59. Lukacz ES, Whitcomb EL, Lawrence JM, et al. Urinary frequency in community-dwelling women: what is normal? Am J Obstet Gynecol 2009; 200:552.e1.
60. Rosier PF, Gajewski JB, Sand PK, et al. Executive summary: The International Consultation on Incontinence 2008--Committee on: "Dynamic Testing"; for urinary incontinence and for fecal incontinence. Part 1: Innovations in urodynamic techniques and urodynamic testing for signs and symptoms of urinary incontinence in female patients. Neurourol Urodyn 2010; 29:140.
61. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. J Urol 2007; 177:680.
62. Subak LL, Wing R, West DS, et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. N Engl J Med 2009; 360:481.

63. Gleason JL, Richter HE, Redden DT, et al. Caffeine and urinary incontinence in US women. Int Urogynecol J 2013; 24:295.
64. Hay-Smith J, Berghmans BK, et al.. Adult conservative management. In: Incontinence, 4th Ed., Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds), Health Publications Ltd, Paris 2009. p.1025.
65. Hay-Smith EJ, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2011; :CD009508.
66. Herderschee R, Hay-Smith EJ, Herbison GP, et al. Feedback or biofeedback to augment pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2011; :CD009252.
67. Brink CA, Wells TJ, Sampselle CM, et al. A digital test for pelvic muscle strength in women with urinary incontinence. Nurs Res 1994; 43:352.
68. Herbison GP, Dean N. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. Cochrane Database Syst Rev 2013; :CD002114.
69. Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. J Urol 2015; 193:1572.
70. Burgio KL, Locher JL, Goode PS. Combined behavioral and drug therapy for urge incontinence in older women. J Am Geriatr Soc 2000; 48:370.
71. Finney SM, Andersson KE, Gillespie JI, Stewart LH. Antimuscarinic drugs in detrusor overactivity and the overactive bladder syndrome: motor or sensory actions? BJU Int 2006; 98:503.
72. Qaseem A, Dallas P, Forciea MA, et al. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2014; 161:429.
73. Shamliyan T, Wyman JF, Ramakrishnan R, et al. Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: a systematic review. Ann Intern Med 2012; 156:861.
74. Gopal M, Haynes K, Bellamy SL, Arya LA. Discontinuation rates of anticholinergic medications used for the treatment of lower urinary tract symptoms. Obstet Gynecol 2008; 112:1311.
75. Duckett J, Balachandran A. Tolerability and persistence in a large, prospective case series of women prescribed mirabegron. Int Urogynecol J 2016; 27:1163.
76. Wagg A, Cardozo L, Nitti VW, et al. The efficacy and tolerability of the β3-adrenoceptor agonist mirabegron for the treatment of symptoms of overactive bladder in older patients. Age Ageing 2014; 43:666.

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?

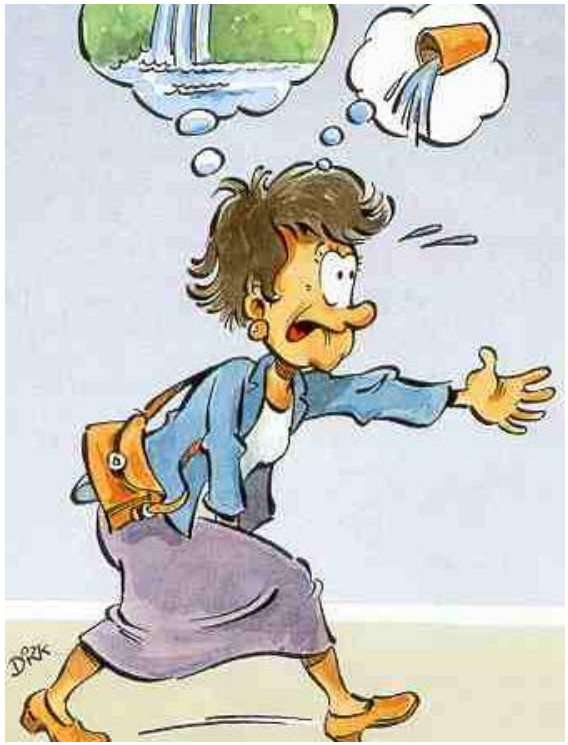
O Aanvaardbaar.
O Onaanvaardbaar.

"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

Urine-incontinentie

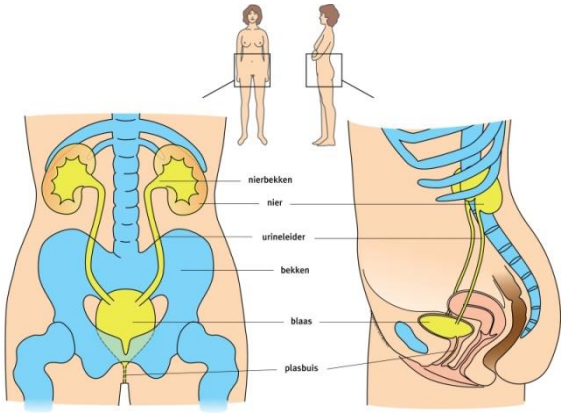
Stressincontinentie
(Inspanningsincontinentie)



Wat is het?

U heeft urine- incontinentie. Dit betekent dat u uw urine niet goed kunt ophouden. Één van de vormen van urine- 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?

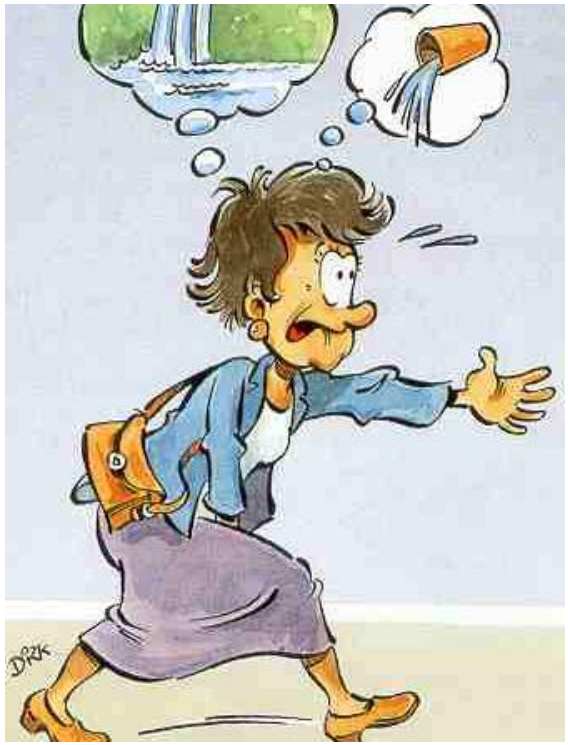
Uw arts kan u oefeningen om de sluitspier en de bekkenbodemspieren te versterken voorschrijven. U kunt deze oefeningen initieel onder begeleiding van een kinesist en vervolgens alleen doen. Indien u deze oefeningen gedurende een langere periode dagelijks doet, kunt u geleidelijk weer meer controle over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

Urine- incontinentie

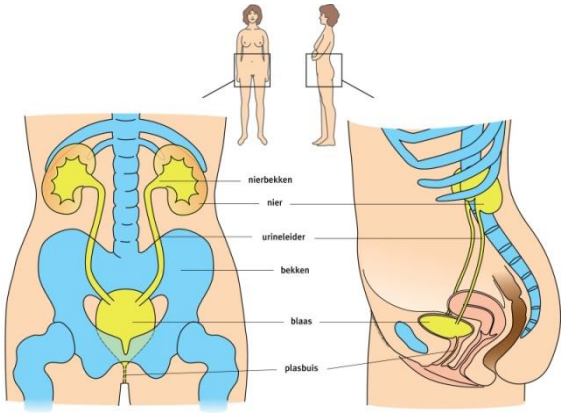
Urgency-incontinentie
(Aandrangincontinentie)



Wat is het?

U heeft urine- incontinentie. Dit betekent dat u uw urine niet goed kunt ophouden. Één van de vormen van urine- 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: PROTOCOL + 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.

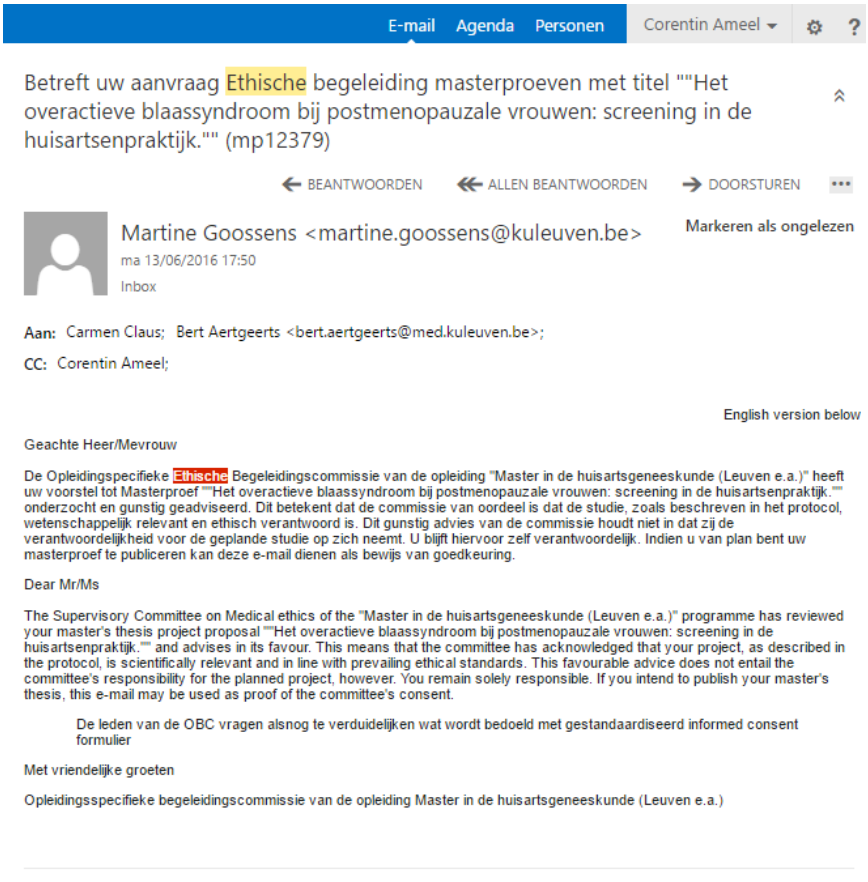
De gebruikte vragenlijst is gebaseerd op de questionnaires van de International Continence Society (ICS). Ze bestaat uit vijf mondelinge vragen. Er wordt gevraagd naar klachten passend bij stressincontinentie, klachten passend bij het overactieve blaassyndroom, de frequentie en hoeveelheid van heth urineverlies, 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.



E-mail Agenda Personen Corentin Ameel

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel ""Het overactieve blaassyndroom bij postmenopauzale vrouwen: screening in de huisartsenpraktijk."" (mp12379)

BEANTWOORDEN ALLEN BEANTWOORDEN DOORSTUREN

Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>

Markeren als ongelezen

ma 13/06/2016 17:50

Inbox

Aan: Carmen Claus; Bert Aertgeerts <bert.aertgeerts@med.kuleuven.be>;

CC: Corentin Ameel;

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

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.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal ""Het overactieve blaassyndroom bij postmenopauzale vrouwen: screening in de huisartsenpraktijk."" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

De leden van de OBC vragen alsnog te verduidelijken wat wordt bedoeld met gestandaardiseerd informed consent formulier

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)