Zin en onzin van de behandeling en profylactische maatregelen bij recidiverende urineweginfecties

Dr. Vera van Dortmont (HAIO), Universiteit Antwerpen

Promotor: Professor Dr. Samuel Coenen, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. Niels Adriaenssens, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr. Marc Govaerts

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2017 – 2019]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord.

Graag zou ik iedereen willen bedanken die mij heeft geholpen bij totstandkoming van deze thesis.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor professor. dr. Samuel Coenen en co-promotor dr. Niels Adriaenssens bedanken voor goede raad en begeleiding van mijn masterproef.

Ik wil graag mijn praktijkopleider dr. Marc Govaerts, mijn collega dr. Kris Hendrickx bedanken voor goede samenwerking, steun en aangename werksfeer.

In het bijzonder wil ik praktijkmedewerkster Kristine Segers bedanken voor de goede samenwerking en hulp bij communicatie met de patiënten.

Graag wil ik ook alle deelnemers van dit onderzoek bedanken voor hun inzet en enthousiasme. Zonder hun zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest.

Ten slot wil ik graag mijn familie bedanken voor hun begrip en hun eindeloze geduld bij het afmaken van mijn studie en bij de afwerking van deze thesis.

Bij het werken aan deze thesis heb ik een andere soort van wetenschappelijk werk leren kennen. Kwalitatief onderzoek en in het bijzonder interviewen geeft een kans om een andere soort relatie met de patiënten te ontwikkelen.

Abstract

Context: In mijn opleidingspraktijk heb ik veel vrouwelijke patiënten gezien met recidiverende urineweginfecties (UWI) met de vraag naar behandeling, maar vooral ook naar preventieve maatregelen. Er is een groot aanbod aan niet-medicamenteuze preventieve middelen en Domus Medica heeft nieuwe aanbevelingen die ik wil toepassen in de praktijk. Daarover wil ik eerst de opvattingen van onze patiënten met recidiverende UWI kennen.

Onderzoeksvragen: Hoe kunnen huisartsen patiënten met recidiverende urineweginfecties beter helpen op het vlak van preventie en behandeling? Durven onze patiënten zichzelf te behandelen?
Methode: Vrouwen met recidiverende UWI uit de opleidingspraktijk die varieerden wat betreft leeftijd (al dan niet ouder dan 50 jaar), levensstijl (al dan niet werkend) en opleidingsniveau werden uitgenodigd voor een semi -gestructureerd interview van ongeveer 15-20 minuten in één van de consultatieruimten.

Resultaten: We namen in totaal 12 interviews af, leeftijd <50 jaar 6 patiënten, >50 jaar 6 patiënten. Bijna de helft van de respondenten zijn actieve werkende vrouwen. Recidiverende lage UWI worden goed herkend. Patiënten die pyelonefritis mee hebben gemaakt kunnen dit goed onderscheiden van lage UWI. Een opstoot van UWI kan heel ingrijpend zijn voor sommige vrouwen. Ze vermijden dan bijvoorbeeld bezoek naar de kapper of de supermarket. De meeste jonge werkende vrouwen kunnen beter omgaan met de ziekte. Ze proberen het werk als afleiding te gebruiken en ze zijn meer bereid om alternatieve behandelingen uit te proberen en af te wachten met de pijnstillers. Daarentegen zijn oudere patiënten of huisvrouwen meer geneigd om zo snel mogelijk naar de dokter te komen. Vrouwen hebben geen vertrouwen in preventieve behandelingen of behandelingen van acute UWI met veenbessen en het wordt ook niet aanbevolen volgens de richtlijnen. Onze jonge patiënten vinden het niet altijd noodzakelijk om een urineonderzoek te laten uitvoeren bij typisch symptomen van UWI. Om onze patiënten beter te kunnen helpen met zelfbehandeling stel ik een stappenplan voor.

Conclusie: Recidiverende UWI worden goed herkend door de patiënten van de praktijk. Vrouwen hebben geen vertrouwen in preventieve behandelingen zoals veenbessen. Om onze patiënten beter te kunnen helpen met zelfbehandeling heb ik een stappenplan voorgesteld dat verder onderzoek vraagt.

Trefwoorden: *Urineweginfecties, recidiverende urineweginfecties, veenbessen*

Inhoud

Dankwoord 3
Abstract 4
Begrippen 6
Inleiding 7
Pathogenese 9
Onderzoeksvraag 10
Oriënterend literatuuronderzoek 11
Conclusie literatuuronderzoek 12
Methode kwalitatief onderzoek 13
Resultaten 15
Bespreking 19
Conclusie 21
Referenties 23
Bijlage 1. Wettenschappelijke bewijskracht. (GRADE-methode) pallialine.be 24
Bijlage 2. Topiclijst 25
Bijlage 3. Onderzoeksprotocol 27

Begrippen

Bacteriurie: het voorkomen van bacteriën in de urine. (Zakwoordenboek der Geneeskunde, Coëlho)

Urineweginfectie: Een urineweginfectie (UWI) is een bacteriurie die gepaard gaat met klachten. (4) Een infectie is bewezen indien in de urinekweek ≥ 10^5 (>10^3 bij recidiverende UWI) kolonievormende eenheden (kve) per ml worden aangetroffen. (5)

Recidiverende urineweginfecties: Drie of meer episoden van symptomatische urineweginfecties gedurende de laatste 12 maanden of 2 episoden in de laatste 6 maanden. (3)

Dysurie: Pijnlijke en moeilijke urinelozing. (Zakwoordenboek der Geneeskunde, Coëlho)

Pollakisurie: Vermeerdering van het aantal urinelozingen, echter zonder dat de hoeveelheid urine per etmaal vermeerderd is. (Zakwoordenboek der Geneeskunde, Coëlho)

Nycturie: Verhoogde urinelozing ’s nachts. (Zakwoordenboek der Geneeskunde, Coëlho)

Inleiding

Wat is een urineweginfectie?

Urineweginfecties (UWI) behoren tot de meest frequente infecties bij een mens na bovenste luchtwegeninfecties en gastro-intestinale infecties. (1)

Men maakt een onderscheid tussen infecties van de hoge urinaire tractus (pyelonefritis) en lage UWI (bv. cystitis). (1)

Cystitis is een ontsteking van de blaas. Cystitis is de meest voorkomende oorzaak van een pijnlijke mictie. Een cystitis wordt meestal veroorzaakt door bacteriën die al aanwezig zijn in de buurt van de urethra, zoals in het perineale gebied en de vagina. De meest voorkomende verwekker is dan ook de *Escherichia coli (E.coli)*. Andere verwekkers zijn onder andere de enterokok, *Proteus mirabilis en Klebsiella-soorten*. (2)

Pijn bij het plassen (dysurie), toegenomen frequentie (pollakisurie) met uitgesproken dringendheid vormen typische klachten bij lage UWI. Prevalentiecijfers van acute ongecompliceerde urineweginfectie zijn rond de 30 tot 50 per 1 000 volwassen vrouwen volgens de gegevens van Domus medica. De incidentie ligt, afhankelijk van de leeftijdsgroep, tussen de 36 en 60 per 1000 vrouwelijke patiënten in de Vlaamse huisartspraktijk in de jaren 2013-2015 volgens de gegevens van intego (www.intego.be). De kans op een urineweginfectie stijgt met de leeftijd. Uit Nederlandse cijfers blijkt dat de incidentie van urineweginfecties vanaf 60 jaar stijgt tot bijna 200 per 1 000 patiënten per jaar op 75 jaar. Voor mannen liggen de cijfers lager. De helft van alle vrouwen maakt minstens eenmaal een symptomatische urineweginfectie door. (3)

Dysurie en pollakisurie vormen bij vrouwen 2-5% van de redenen om de huisarts te contacteren. (3). De combinatie van de volgende symptomen geven een *sterk* vermoeden van een urineweginfectie bij gezonde niet-zwangere vrouwen. Op de voorgrond staat: pijn bij het plassen, klachten duren korter dan 1 week. Er is *geen* verhoogd risico op een seksueel overdraagbare aandoening (soa), én *geen* vaginale irritatie of fluorklachten. (4)

Wat zijn recidiverende UWI?

Men spreekt van recidiverende UWI in geval van drie of meer periodes van UWI per jaar bij de gezonde vrouw. Zelden gaat het om een primo infectie die persisteert. In de meeste gevallen gaat het telkens om een nieuwe infectie. Men schat dat 3% van de volwassen vrouwelijke populatie drie of meer ongecompliceerde urineweginfecties per jaar doormaakt. (3)

Bij een groot aantal vrouwen treedt kort na een eerste infectie een recidief op, zonder dat hierbij sprake is van anatomische of functionele afwijkingen aan de urinewegen. Het grootste deel van deze recidiverende UWI wordt veroorzaakt door re-infectie van in de fecale flora persisterende bacteriën. (5)

Risicofactoren voor een UWI staat in de tabel 1 vermeld.

Tabel 1. Risicofactoren voor UWI volgens Robert W Schrier (1)

Niet beïnvloedbare factoren	**Beïnvloedbare factoren**
Vrouwelijke geslacht	Zwangerschap
Leeftijd	Geslachtsgemeenschap
Menopauze	Gebruik van diafragma (pessarium)
Recent doorgemaakte UWI	Gebruik van condooms en spermicide
	Uitstellen van mictie na de coitus

De Nederlandse Vereniging voor Urologie vindt dat de belangrijkste risicofactoren voor recidiverende UWI liggen op seksueel gebied. Coïtus en coïtusfrequentie komen in een groot aantal patiënt-controle studies als onafhankelijke risicofactoren naar voren. Het gebruik van met spermicide gecoate condooms is een significante en onafhankelijke risicofactor voor UWI. Ook het gebruik van een pessarium verhoogt de kans op het oplopen van een UWI. Daarentegen lijkt het gebruik van ongecoate condooms het risico op een UWI minder te beïnvloeden. Het hebben van een nieuwe partner verhoogt het risico op UWI in lichte mate. Post coïtale mictie draagt niet duidelijk bij aan het voorkómen van UWI.(5)

Volgens “Domus medica” vormen diabetes mellitus en urine-incontinentie ook verhoogde risico’s op het ontwikkelen van UWI.

De Nederlandse Vereniging voor Urologie besteedt ook aandacht aan mogelijke genetische en biologische factoren die het risico op het krijgen van een UWI verhogen. Wanneer er sprake is van recidiverende UWI bij de moeder kan een biologische predispositie bestaan door de aanwezigheid van bepaalde bloedgroepantigenen op het urotheel.(5)

Voor postmenopauzale vrouwen geldt dat de afname van het oestrogeenniveau, met als gevolg vaginale atrofie en veranderingen in de vaginale flora, leidt tot een verhoogde kans op UWI. Verder zijn er aanwijzingen dat incontinentie en residu na mictie bijdragen aan een vergrote kans op recidiverende UWI onder postmenopauzale vrouwen. (5)

Pathogenese

Om een adequate behandeling en preventie te kunnen bieden aan de patiënten moeten wij even de pathogenese van een UWI bekijken. Bacteriën van de gastro-intestinale tractus zijn vaak verantwoordelijk voor een UWI. Het migratieproces van deze bacterie naar de periurethra is niet helemaal duidelijk, maar de nabijheid van de anus bij vrouwen speelt zeker een rol. Nadien volgt de kolonisatie van de bacterie in de uroepitheliale cellen. (1) Er zijn bepaalde serotypen van *E.coli* die zijn uitgerust met een aantal specifieke virulentiefactoren, die vaker gezien worden bij UWI. Er zijn verschillende soorten virulentiefactoren: type 1 fimbriae spelen voornamelijk een rol in de pathogenese van cystitis en P fimbriae bij pyelonefritis. (5)

Factoren die de kolonisatie van *E.coli* tegen kunnen houden zijn een zure pH, normale vaginale flora en type specifieke cervicovaginale antilichamen. Ook de blaas zelf heeft enkele mechanismen om bacteriurie te voorkomen: 1)een laag van mucopolysachariden die het epithelium van de blaas bedekt en een bacteriële kolonisatie voorkomt; 2)Tamm-Horsfall proteïnen, een component van uromucoid die zich hecht aan P fimbriae en de kolonisatie voorkomt; 3)de urinestroom en contractie van de blaas dienen om stase en kolonisatie te vermijden. (1)

In onze praktijk heb ik veel vrouwelijke patiënten gezien met een UWI. Deze patiënten kwamen regelmatig terug. Sommige waren hopeloos en de vraag was dikwijls of wij iets aan preventie kunnen doen om de frequentie van infecties te verminderen. Aan de andere kant heb ik een groot aantal vertegenwoordigers van verschillende farmaceutische firma's over de vloer gehad die allemaal verschillende producten aanbieden als preventie voor de behandeling van een UWI. Ik had op dat moment nog niet veel ervaring met al die producten en vond het moeilijk om iets aan mijn patiënten voor te stellen zonder duidelijke evidentie. Ik was op zoek naar de juiste informatie en heb onder andere relatief nieuwe richtlijnen van Domus Medica gelezen.(5) Ik vond de aanbevelingen tegenstrijdig naar al die alternatieve behandelingen toe. Maar het concept "goede afspraken met de patiënten" vind ik heel interessant. Ik wou in eerste instantie de mening van onze patiëntenpopulatie bestuderen en het concept van de richtlijnen in de praktijk invoeren om de zorg voor de patiënten met UWI te verbeteren. Met akkoord van mijn praktijkopleider (PO) heb ik dit thema voor mijn Masterproef Huisartsgeneeskunde gekozen.

Onderzoeksvraag

Om na te gaan hoe huisartsen patiënten met recidiverende UWI beter kunnen helpen, zal ik deze patiënten interviewen.

Om deze vraag te beantwoorden zullen dan volgende thema's aan bod komen.

- Zelfdiagnose of herkenning van het probleem. Hoe goed kunnen onze patiënten een UWI herkennen? Zijn ze bekend met de symptomen van een pyelonefritis?
- Ernst van het probleem van recidiverende UWI. Hoe ingrijpend zijn de UWI op het leven van onze patiënten?
- Technische onderzoeken. Wat vinden ze van het urineonderzoek bij typische symptomen van cystitis? Heeft het altijd nut?
- Behandelingsmogelijkheden en eventuele preventie. Durven ze zichzelf te behandelen?
  Hebben onze patiënten trucjes, middelen om UWI te voorkomen of te behandelen?

Op deze manier willen wij de kennis, beleving en behoeften van onze patiënten met recidiverende UWI beter begrijpen om onze aanpak te verbeteren.

In dit verband ga ik eerst via een oriënterend literatuuronderzoek na wat het effect is op genezing van verschillende behandelingen in vergelijking met antibioticatherapie bij patiënten met recidiverende UWI (zie onderstaande PICO). Om andere vragen te beantwoorden ga ik interviews afnemen met de patiënten met recidiverende UWI uit onze praktijk.

PICO

Population: patiënt of probleem	Recidiverende UWI
Intervention: behandeling	Kruiden of NSAID*
Comparison/control: alternatief	Antibioticotherapie
Outcome: resultaat	Genezing

*niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen

De bedoeling is om op basis van de beschikbare literatuurgegevens en de antwoorden van onze patiënten op hogervermelde vragen, een praktijkrichtlijn op te stellen voor de behandeling van recidiverende ongecompliceerde UWI.

Met "praktijkrichtlijn" bedoel ik dat de bestaande richtlijnen voor (recidiverende) UWI aangepast zullen worden op basis van de informatie uit de interviews en na overleg met de huisartsen van de praktijk. Zo kunnen we deze richtlijnen beter doen aansluiten bij onze praktijk met als doel de richtlijnen meer "eigendom" te maken van de praktijk zodat ze dan ook beter nageleefd kunnen worden en zodat de patiënten beter verzorgd worden.

.

Oriënterend literatuuronderzoek.

Door middel van literatuurstudie is onderzocht wat er al bekend is over de recidiverende UWI, vooral preventiemethodes en behandeling.

Als quaternaire bron heb ik de richtlijn van Domus Medica “Cystitis bij de vrouw” gebruikt. (3) Andere betrokken richtlijnen: NHG Standaard Urineweginfecties 2013 en richtlijn Bacteriële urineweginfecties bij adolescenten en volwassenen van de Nederlandse Vereniging voor Urologie 2009.(4,5)

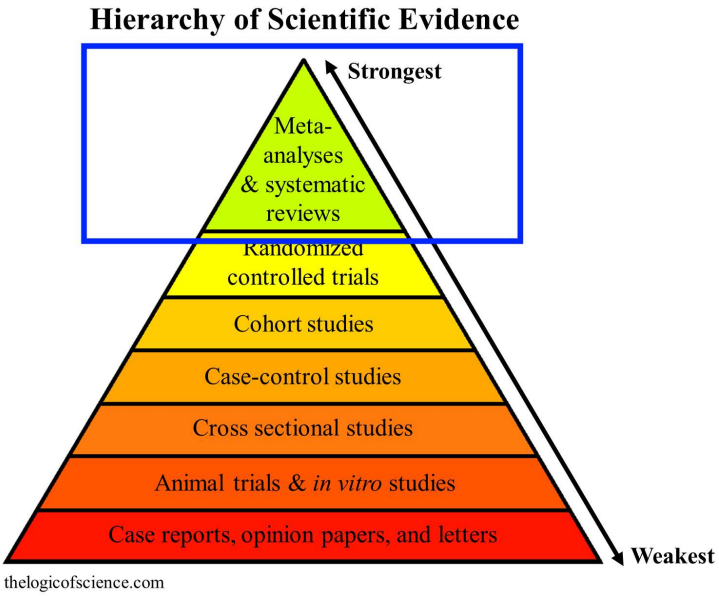
Naar primaire bronnen zocht ik in het medische databasesysteem Pubmed. Mijn eerste zoektocht naar gepubliceerde artikels over de behandelingsmogelijkheden bij recidiverende UWI was in januari 2018. Met een trefwoord “urinary tract infections”. De zoektocht werd verfijnd door middel van volgende aanpassingen: artikels van de afgelopen 5 jaar, over mensen, volledige artikels. Op die manier heb ik als eindresultaat 12 artikels geselecteerd.

In de recente literatuur zijn er veel onderzoeken die antibacteriële therapie bij de patiënten met lage ongecompliceerde UWI vergelijken met behandeling met niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID; zoals ibuprofen). De resultaten van deze onderzoeken zijn tegenstrijdig. Volgens bepaalde studies zou het gebruik van NSAID het voorkomen van pyelonefritis bevorderen, volgens andere studies is er geen verschil.(6,7,8)

Een voorbeeld daarvan is een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) uit Zwitserland. In het onderzoek hebben 253 vrouwen met ongecompliceerde cystitis deelgenomen. Een groep kreeg antibiotica en de andere groep het NSAID diclofenac. Uit het onderzoek is gebleken dat in de groep vrouwen die NSAID kregen het risico op complicaties (pyelonefritis) hoger was.(6) Een andere groep onderzoekers heeft een retrospectief onderzoek uitgevoerd met 80 patiënten met recidiverende UWI. De patiënten waren verdeeld in 2 groepen. Vrouwen van de eerste groep hadden ibuprofen gekregen als behandeling terwijl vrouwen van de tweede groep waren behandeld met antibiotica. Onderzoekers hebben geen verschil kunnen aantonen op de eindpunten zoals pyelonefritis en genezing.(8)

Wij hebben hier te maken met 2 verschillende onderzoeksmethodes. In een RCT-onderzoek wordt een groep patiënten willekeurig over de onderzoeksgroepen verdeeld. Willekeurig wil zeggen dat iedere patiënt uit de oorspronkelijke steekproef evenveel kans heeft om in iedere onderzoeksgroep te worden opgenomen. Van groepen die door middel van willekeurige toewijzingen tot stand zijn gekomen kan worden verondersteld dat ze vergelijkbaar zijn. (12) In het andere artikel wordt er een retrospectief cohortonderzoek gebruikt. In een cohortonderzoek worden groepen gevormd op basis van de aanwezigheid van een blootstelling. In tegenstelling tot de studiegroepen in een RCT zijn de cohorten voor andere kenmerken dan de blootstelling niet vergelijkbaar. Om causaliteit aan te tonen het effect van een behandeling op een bepaalde uitkomst is de bewijskracht van een RCT groter dan die van een cohortstudie. (12) Om verschillende onderzoeksmethoden met elkaar te vergelijken heb ik de Hiërarchie van evidence (“Hierarchy of Scientific Evidence”) gebruikt. De onderzoeksontwerpen zijn in de piramide geplaatst naar de mate van interne validiteit. (12) (Figuur1)

Figuur 1. de Hiërarchie van evidence



Een Nederlandse groep van wetenschappers heeft een kosten-baten analyse gemaakt en twee preventiemethodes vergeleken bij recidiverende UWI. Één groep patiënten kreeg preventieve veenbestherapie en een andere groep patiënten werd preventief met trimethoprim behandeld. Na 12 maanden behandeling heeft het onderzoek volgende resultaten geleverd: profylactische behandeling met veenbessen is veel duurder en minder effectief gebleken dan antibioticaprofylactie bij vrouwen met recidiverende UWI.(9) . De directe- en indirecte kosten voor de patiënten waren bij veenbestherapie veel hoger dan bij de trimethoprim behandeling. De kosten voor antibioticatherapie worden in Nederland volledig door de patiënt zelf gedekt. Bovendien was de gemiddelde incidentie van UWI per jaar bij veenbestherapie 1,6 keer hoger. In dit onderzoek is geen rekening gehouden met een mogelijke stijging van kiemresistentie.(9)

In de huidige recente richtlijnen van 2017 van Domus Medica wordt nadruk gelegd op “shared decision making” met een goed geïnformeerde patiënt. De therapie wordt bepaald door een stappenplan met verschillende opties afhankelijk van de behoeftes van de patiënt. (1)

In deze nieuwe richtlijnen is de niet-medicamenteuze strategie aangepast. Het verband tussen vochtinname, frequent plassen of plassen onmiddellijk na de coïtus en het aantal recidieven wordt nu in twijfel genomen omwille van onvoldoende bewijs en wordt niet langer aanbevolen als niet-medicamenteuze behandeling.(1)

Conclusie literatuuronderzoek

Gezien onduidelijkheid van het veiligheidsprofiel bij gebruik van enkel NSAID tijdens UWI en onvoldoende bewijs van de werking van alternatieve middelen (zoals medicatie op basis van veenbessen) worden deze behandelingen niet aanbevolen voor onze patiënten.

Methode kwalitatief onderzoek.

Vrouwen met recidiverende UWI uit de opleidingspraktijk werden uitgenodigd voor een semigestructureerd interview (kwalitatief onderzoek; zie bijlage 2 voor vragen) van ongeveer 15-20 minuten in een van de consultatieruimten. De uitnodiging gebeurde via e-mail of bij consultatie naar aanleiding van UWI. De e-mail werd gestuurd door een huisarts die een “therapeutische relatie” met de patiënt had. Het gesprek werd opgenomen met een smartphone voor verdere verwerking en analyse van de antwoorden. Alle opnames werden gecodeerd en werden verwijderd na de analyse.

Respondenten voor het interview werden geselecteerd volgens een doelgerichte steekproef (purposive sampling) die gebaseerd is op selectie van de patiënten die volgens ons de meest interessante informatie kunnen opleveren. De bedoeling is om ervaring, beleving en het gedragspatroon van vrouwen van verschillende leeftijden (jong en oud), levensstijlen (werkende vrouwen en huisvrouwen/gepensioneerden) en opleidingsniveaus te vergelijken. Ik heb de patiënten gedeeld volgens het opleidingsniveau in hoog- en laagopgeleide. Onder hoogopgeleide vrouwen versta ik vrouwen met een diploma van hoger beroepsonderwijs of universitaire onderwijs. Laagopgeleide vrouwen zijn de patiënten die het basisonderwijs hebben of basisberoepsonderwijs. De analyse van deze gegevens kan interessant zijn naar de behandeling toe.

Selectiecriteria:

Patiënten met recidiverende UWI werden geselecteerd op de volgende voorwaarden: leeftijd tussen 15 en 70 jaar, vrouwelijke geslacht, minimale risico op soa en zonder co-morbiditeit (diabetes mellitus, zwangerschap) die een UWI kan uitlokken of beïnvloeden.

Respondenten voor het interview worden geselecteerd volgens een doelgerichte steekproef (purposive sampling) die bedoeld is om patiënten te selecteren die volgens ons de meest interessante informatie kunnen opleveren. De bedoeling is om gegevens te verzamelen over de ervaringen, beleving en het gedragspatroon van vrouwen van verschillende leeftijden (jong en oud), levensstijlen (werkende vrouwen en huisvrouwen/gepensioneerde) en opleidingsniveaus. Deze gegevens hebben we geanalyseerd voor het opstellen en implementeren van een praktijkrichtlijn.

Oorspronkelijk waren er 10 interviews gepland, omdat we hebben verwacht dat wij bij dit aantal interviews alle relevante en gevarieerde informatie konden verkrijgen. Uiteindelijk zijn er in totaal 12 interviews opgenomen om de data saturatie te bereiken, met andere woorden tot het moment waarop we geen nieuwe informatie meer verkregen.

Wij werken in de praktijk met het medisch programma “Health one”. Het programma geeft de mogelijkheid om een selectie te maken van de patiënten met een bepaalde pathologie. De diagnose cystitis en vooral recidiverende cystitis was niet altijd aangegeven of gecodeerd bij consultaties. Wat de selectie van de patiënten via deze weg moeilijk maakte.

In overleg met mijn PO en de andere collega hebben wij een selectie gemaakt van de patiënten die in het laatste jaar meer dan drie UWI’s hebben doorgemaakt of bekend waren bij de collega’s met frequente recidieven.

Ik heb de bovengrens van de leeftijd van mijn doelgroep verhoogd van oorspronkelijk 45 naar uiteindelijk 70 jaar omdat er veel vrouwen zijn van hogere leeftijd die nog heel zelfstandig wonen, geen of weinig belangrijke co-morbiditeiten hebben en regelmatig terugkomen in het kader van een UWI. Alle vrouwen met recidiverende UWI boven 60 jaar zijn al eens onderzocht geweest door een uroloog/gynaecoloog om problemen zoals cystocele (prolaps van de blaas) op te sporen.

Alle respondenten werden vooraf ingelicht over het doel van het onderzoek. Alle vrouwen hebben schriftelijke toestemming gegeven voor de audio opname en voor de verwerking van de gegevens.

De respondenten kregen opdracht om te vertellen over hun ervaring en beleving van UWI. Patiënten hebben eerst voldoende tijd en ruimte gekregen om alles te kunnen vertellen over hun UWI-ervaringen. Bij onvoldoende informatie of moeilijkheden heb ik bijkomende vragen gesteld. De vragen waren bedoeld om zeker 4 belangrijke thema's aan bod te laten komen: aanleiding, klachten, preventie en behandeling. De topiclijst is in bijlage 2.

Het interview werd opgenomen op een dictafoon. De opnames zijn overgeschreven voor de analyse en daarna verwijderd. Bij de analyse werd een deductieve methode gebruikt, empirische cyclus en werd gewerkt met categorieën die voor de dataverzameling al werden vastgesteld.

Bij de analyse van de aanbevelingen van Domus Medica heb ik een schema opgesteld voor de zelfbehandeling van UWI. Met behulp van deze schema wil ik het zelfbehandeling strategie vergemakkelijken en ondersteunen met een papier versie.

De analyse van de gegevens heb ik zelfstandig uitgevoerd. De resultaten werden beoordeeld door mijn promotor professor dr. Samuel Coenen, co-promotor dr. Niels Adriaenssens en mijn PO dr. Marc Govaerts.

Resultaten

Er zijn in totaal 12 interviews afgenomen van diverse vrouwen (zie tabel 2).

De interviews duurden gemiddeld 18 minuten. Tijdens de interviews heb ik een aantal thema's besproken: eigen kennis, herkenning van symptomen of eigen diagnose, behandeling/zelfbehandeling en preventie, wensen en belangen van de patiënten.

Tabel 2. Kenmerken van de geïnterviewde patiënten met recidiverende urineweginfecties.

Kenmerken		Aantal (n=12)
Leeftijd	>50	6
	<50	6
Levensstijl	Werkende vrouw	5
	Huisvrouw/gepensioneerde	7
Opleidingsniveau	Hoogopgeleid*	5
	Laagopgeleid**	7

*Hoogopgeleid: diploma van hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs.

**Laagopgeleid: diploma van beroepsonderwijs, basis onderwijs.

Vrouwen met een hoger opleidingsniveau konden veel meer spontaan vertellen dan laagopgeleide vrouwen die meer begeleiding in het gesprek nodig hadden.

De meeste vrouwen vertelden spontaan over hun belevingen, klachten en eerste stappen naar de behandeling toe. De discussie over de preventie en mogelijke aanleidingen werd meestal opgewekt.

Na de analyse van de eerste twee interviews heb ik ook de invloed op het dagelijks leven en het belang volgens de patiënten van het urineonderzoek bij typische klachten toegevoegd aan mijn topiclijst.

Eigen kennis.

Dit thema werd bij meerdere interviews niet spontaan besproken.
De belangrijkste factor in de ontwikkeling van UWI was volgens de meeste respondenten een beperkte vochtinname. Enkele vrouwen melden een duidelijke relatie tussen UWI en seksuele contacten.

Sommige patiënten waren overtuigd dat de eigen hygiëne of de manier van zich afvegen/wassen ook een belangrijke rol kan spelen, maar dat ze, ondanks een opvolging van alle maatregelen, toch terug UWI kregen. Eén vrouw heeft hormonale veranderingen genoemd als mogelijke oorzaak. Andere genoemde oorzaken: badschuim, inlegkruisjes, stress en spanning. Eén patiënte heeft geen reden aangehaald als mogelijke oorzaak van haar UWI.

"Waar het eigenlijk van komt. Blijkbaar van te weinig drinken en ook kan het van het badschuim komen en zo. Ik weet nu niet zeker of het waar is of niet, ze zeggen van inlegkruisjes. En ook als je betrekkingen hebt gehad dat je direct naar het toilet moet gaan." (66 jaar)

“Vroeger heeft mijn mama altijd gezegd dat het komt door slechte hygiëne maar ik heb zelf verzorging gestudeerd en weet ondertussen dat het niet altijd komt door slechte hygiëne.” (29 jaar)

“Ik denk dat dat komt als ik heel lang mijn plas ophoud. Dan heb ik dat heel vaak. Vroeger was dat ook toen ik een vriendje had, nadat ik seksueel contact had gehad.” (studente 19)

De mening van onze patiënten over mogelijke oorzaken is relevant in verband met het aanbevelen van maatregelen die vrouwen kunnen nemen naar preventie toe.

Klachten of herkenning van symptomen.

Dit thema kwam meestal spontaan aan bod. UWI worden geassocieerd met slechte dagen, pijn en hinder in het dagelijkse leven. Veel vrouwen herhalen hun symptomen een paar keer tijdens het interview.

Aanwezigheid van een typische klacht zoals dysurie is een belangrijk criterium voor de diagnose (Graad 1B, zie bijlage 1). Deze klacht komt bij bijna alle respondenten voor. Patiënten beschrijven het meestal als een “branderig” of “prikkelend” gevoel bij plassen.

“Ik kon ondervinden dat ik last krijg, een prikkelend gevoel krijg en dat ik regelmatig naar het toilet wil gaan ook al is dat maar voor een paar druppels. Soms irriteert dat en soms niet. Dan weet ik wat er aan de hand is en vang ik urine op en ga ik naar de dokter.” (gepensioneerde verpleegster)

“Als ik ’s morgens opsta en ik heb ’s nachts al veel moeten gaan plassen dan weet ik ’s morgens: er is iets op komst. Meestal heb ik veel pijn in mijn buik, echt steken erin. Dat kan ook naar mijn nieren trekken, daar ben ik wel bang voor.”(24 jaar)

“Dat begint altijd als het vanbinnen prikkelt en echt pijn doet en ik vaak moet plassen. De pijn is vooral bij het plassen. Maar als het echt hevig is heb ik echt een prikkelend gevoel en pijn.”(19 jaar)

“Er begint bloed uit te komen en dan begint dat te branden en pijn en zo.”(28 jaar)

De hevigheid of snelheid van ontstaan van de klachten (Graad 1B, zie bijlage 1) speelt ook een rol bij het stellen van de diagnose. Alle respondenten benadrukken dat de klachten heel snel opkomen en heel hevig kunnen zijn. Een aantal vrouwen stellen geplande activiteiten uit zoals bezoek aan de supermarkt of andere activiteiten buitenshuis. Patiënten zijn ongerust en denken dat ze niet snel een toilet kunnen vinden.

“Het is heel vervelend. Je bent constant bezig tussen de living of de keuken en het toilet. Je kunt niet met iets bezig blijven. Je bent bang om naar de winkel te gaan want als het ineens opkomt dan sta je daar.”(huisvrouw, 42 jaar)

“Het kan binnen een paar uur zo heftig zijn dat ik in een bolletje kruip en niet meer kan rechtstaan.”(huisvrouw)

Onverwachte en snel progressieve klachten kunnen invloed hebben op het sociale leven van een vrouw.

Herkenning van klachten van een vorige episode van cystitis (Graad 2C, zie bijlage 1). De meeste vrouwen herkennen hun klachten heel goed van de voorbije episodes.

Klachten om vaker te moeten gaan plassen of pollakisurie (Graad 2C, zie bijlage 1) herkent een meerderheid van de vrouwen.
Werkende vrouwen proberen vaker bezig te blijven in tegenstelling tot huisvrouwen of gepensioneerden.

“Beter bezig blijven, anders moet ik constant naar de WC.”(51 jaar)

“Ik heb het minder in rust, dan blijf ik stil zitten en staak al het werk in huis.”(gepensioneerd)

Loze aandrang of ‘urgency‘(Graad 2C, zie bijlage 1). Een aantal geïnterviewde vrouwen herkennen deze klacht en stellen dit in verband met UWI.

“Ik moet dringend naar het toilet en er komen maar een paar druppeltjes uit. Ik voel dat ik niet uitgeplast geraak. En als er niks meer uitkomt sta ik recht, maar voor dat ik bij de keuken ben voel ik dat ik terug moet lopen.”(middelbare leeftijd)

Herkenning van de klachten speelt een belangrijke rol in de zelfdiagnose en is belangrijk in het concept van stapsgewijze behandeling.
Andere symptomen: hematurie, nycturie, incontinentie en moeilijkheden met blaaslediging.

Er zijn respondenten die een pyelonefritis hebben doorgemaakt. Al deze respondenten vertellen dat het heel anders verliep, maar de meeste hadden vooral last van rugpijn en pas later koorts.

“Ik had pijn in de rug maar moest niet vaker gaan plassen, ik wist direct dat het iets anders was.”(34 jaar)

Zelfbehandeling en preventieve maatregelen.

Patiënten vertellen spontaan over hun actieplan, behandeling en zelfbehandeling. Jongere en werkende vrouwen proberen vaker symptomen te verzachten en gebruiken veenbessen of andere kruiden van de apotheek. Oudere vrouwen geloven niet veel in de alternatieve behandelingen en proberen zo snel mogelijk naar de huisarts te komen. Of het door slechte ervaringen komt of conservatisme is onduidelijk.

De meeste vrouwen beginnen zo veel mogelijk te drinken van zodra ze zich bewust zijn van het hebben van een UWI. Enkel jonge vrouwen proberen enkele dagen af te wachten en gebruiken medicatie gebaseerd op kruiden.

“Ik start met veel te drinken, ik koop ook cranberry sap in flessen, het topje van de pijn gaat er dan wel af, maar gaat nooit volledig over.”(werkend)

Duur van de klachten is eigenlijk moeilijk te beoordelen. De meeste patiënten zijn gewoon om snel naar de dokter te komen voor een urineonderzoek en medicatie.

“Ik kom zo snel mogelijk naar de dokter want het gaat niet zomaar weg.”(gepensioneerd)

Paracetamol of andere pijnstillende medicatie worden door onze patiënten niet gebruikt omwille onvoldoende effect op de symptomen. Net zoals medicatie op basis van kruiden niet wordt gebruikt voor preventie. Vrouwen uit onze praktijk hebben er in het algemeen geen positieve ervaring mee. Sommige patiënten vermelden dat ze het nooit als mogelijke behandeling hebben gezien en nog nooit hebben geprobeerd.

“Als ik een keer naar het toilet ben geweest, begin ik veel te drinken, dat duurt dan een hele tijd voordat dat weer in de blaas is, dan moet ik om de paar minuten naar het toilet voor 1 of 2 druppeltjes en dat doet echt pijn. Als dat overdag is, kan ik een pijnstiller pakken. Ook als ik geen antibiotica heb, doet dat veel minder pijn.” (34 jaar).

Overgebleven antibiotica zelf starten was een vraag die patiënten niet zo graag wilde beantwoorden, het was ook nooit expliciet vermeld.
Een aantal vrouwen starten soms overgebleven antibiotica zelfstandig zonder toestemming van een dokter bij typische symptomen. Een paar patiënten hebben nog nooit een antibioticabehandeling gestart zonder bezoek aan de praktijk, maar zouden het willen doen.

Urineonderzoek

Dit thema is nooit spontaan aan bod gekomen. Ik heb gemerkt dat sommige vrouwen het moeilijk vonden om te zeggen dat ze het onderzoek niet altijd belangrijk vonden. Vooral oudere respondenten vermelden dat ze het als een belangrijk onderdeel van de diagnose zien.

De helft van de respondenten vinden een urineonderzoek wel belangrijk voor het starten met antibiotische therapie.

“Ik vind het wel belangrijk dat de urine naar het labo gestuurd wordt, het kan altijd iets anders zijn.”(70 jaar)

“Dan ga ik naar de dokter en krijg ik Monuril en dan is mijn water dikwijls onderzocht.”(gepensioneerd)

“Ik vind het belangrijk om wateronderzoek te doen.”(69 jaar).

Risico op soa was niet expliciet nagevraagd en werd niet spontaan verteld.

Bespreking

Meerdere vrouwen noemen een beperkte vochtinname als de belangrijkste oorzaak van hun UWI. Bij de Nederlandse Vereniging voor Urologie, de NHG-standaarden en de richtlijnen van Domus Medica wordt vochtinname niet beschouwd als predisponerende factor voor een UWI.

Er is geen bewijs voor een preventief of juist risico vergrotend effect van een verhoogde vochtinname en de deels daarmee samenhangende toegenomen mictiefrequentie. (5)

Maar om recidief te voorkomen wordt in de laatste richtlijnen aanbevolen om (Graad 1C, zie bijlage 1): veel te drinken, de blaas helemaal leeg te plassen, bij aandrang de mictie niet uit te stellen, het gebruik van condooms of pessaria met sperma dodende glijmiddelen te vermijden en de blaas te ledigen na coïtus.

Ik denk dat het advies om meer te drinken een aanleiding geweest is voor onze patiënten om verminderde vochtinname als risicofactor te beschouwen.

De invloed van de andere factoren die door de vrouwen genoemd zijn zoals lokale hygiëne of omgevingsfactoren zijn niet bewezen.

Lokale hygiëne speelt geen grote rol bij het oplopen van UWI's. Hoewel het logisch lijkt, is in 235 epidemiologische studies niet aangetoond dat de richting van afvegen na defaecatie bij volwassen vrouwen een rol speelt.(5) Ook bad- en douchegewoonten, bubbelbaden en tampongebruik zijn niet significant gerelateerd aan het optreden van UWI's.
Omgevingsfactoren, namelijk, de relatie tussen koude, met name aan de extremiteiten, en het optreden van UWI's is onvoldoende onderzocht om hieruit conclusies te kunnen trekken. (5)

De rol van hormonale veranderingen werd ook vermeld door enkele vrouwen. Het komt overeen met de huidige aanbevelingen om bij postmenopauzale vrouwen met recidiverende UWI's profylactisch een vaginale toediening van oestrogenen te overwegen.(Graad 2A, zie bijlage 1)
Ik vermoed dat het om de combinatie van verschillende factoren kan gaan. Er is nog onvoldoende bewijs voor en dit sluit verschillende factoren niet uit.
Het kwalitatief onderzoek heeft aangetoond dat patiënten van onze praktijk hun cystitis goed kunnen herkennen. Er is een aantal vrouwen die ook al een pyelonefritis hebben doorgemaakt. Deze twee pathologieën worden anders beleefd en beschreven door de patiënten. Dit gegeven geeft vertrouwen naar een stapsgewijze therapie.
Gekende profylactische behandelingen met onder andere veenbessen zijn afgekeurd door de ondervindingen van onze patiënten en laatste aanbevelingen van Domus Medica.

Volgende profylactische maatregelen worden niet aanbevolen door Domus Medica:
- Veenbessen , onder gelijk welke vorm (Graad 1A, zie bijlage 1)
- Methenamine (Graad 1B, zie bijlage 1)
- Oraal toegediende oestrogenen (Graad 1C, zie bijlage 1)
- Fenazopyridine (Graad 1C, zie bijlage 1)

Na de analyse van de eerste twee interviews heb ik ook de invloed op het dagelijks leven en het belang volgens de patiënten van het urineonderzoek bij typische klachten toegevoegd aan mijn topiclijst. Een aantal vrouwen stellen geplande activiteiten uit zoals bezoek aan de supermarkt of andere activiteiten buitenshuis. Patiënten zijn ongerust en denken dat ze niet snel een toilet kunnen vinden.

De meerderheid van de patiënten zijn bereid om zelfbehandeling te starten met overgebleven antibiotica bij typische klachten van UWI. De meeste van deze patiënten hebben er al ervaring mee. De meeste respondenten vinden het ook niet altijd belangrijk om een uitgebreid urineonderzoek te verrichten bij het typische verloop van de ziekte.

Adequate diagnostiek van UWI is noodzakelijk om resistentie tegen antibiotica te voorkomen. Om een UWI vast te stellen, kunnen verschillende diagnostische tests in uiteenlopende combinaties worden gebruikt. De meest kosteneffectieve diagnostische strategie om een urineweginfectie te diagnosticeren, is het doen van een sediment wanneer de anamnese en vervolgens een urinestick negatief waren. (11)

Oude patiënten hebben meer schrik om een diagnose te missen en vinden een urineonderzoek belangrijk en ze komen liever toch op consultatie. In tegendeel hebben jonge werkende patiënten weinig tijd om op consulatie te komen en willen vooral snel geholpen worden.

Om onze patiënten beter te kunnen helpen heb ik het volgende stappenplan opgesteld: als een vrouw typische klachten van cystitis heeft, vooral dysurie en pollakisurie, en ze herkent deze klachten van vorige episodes dan mag ze zelf antibacteriële behandeling starten van overgebleven of voorgeschreven medicatie volgens schema. Bijvoorbeeld: Furadantine (nitrofurantoïne) 100mg 3 keer per dag gedurende 5 dagen, of Monuril (fosfomycine) 3g eenmalig. De patiënte zal een voorschrift voor de voorgestelde medicatie en een stappenplan meekrijgen na grondig uitleg op consultatie. Een vrouw moet dan de afgesproken dosis en duur van de behandeling respecteren. Als een opgestarte behandeling niet voldoende verbetering brengt of de vrouw twijfels heeft over de diagnose en/of koorts en een algemeen ziekte gevoel krijgt dan moet ze contact opnemen met een arts. Patiënten zullen enkele voorschriften van Monuril en /of Furadantine krijgen wat voldoende moet zijn voor 3 episodes van UWI. De keuze van antibioticatherapie is bepaald door aanbevelingen van Domus Medica. Voor de andere voorschriften moet een vrouw terug op consultatie komen om het verloop van de ziekte kunnen bespreken.

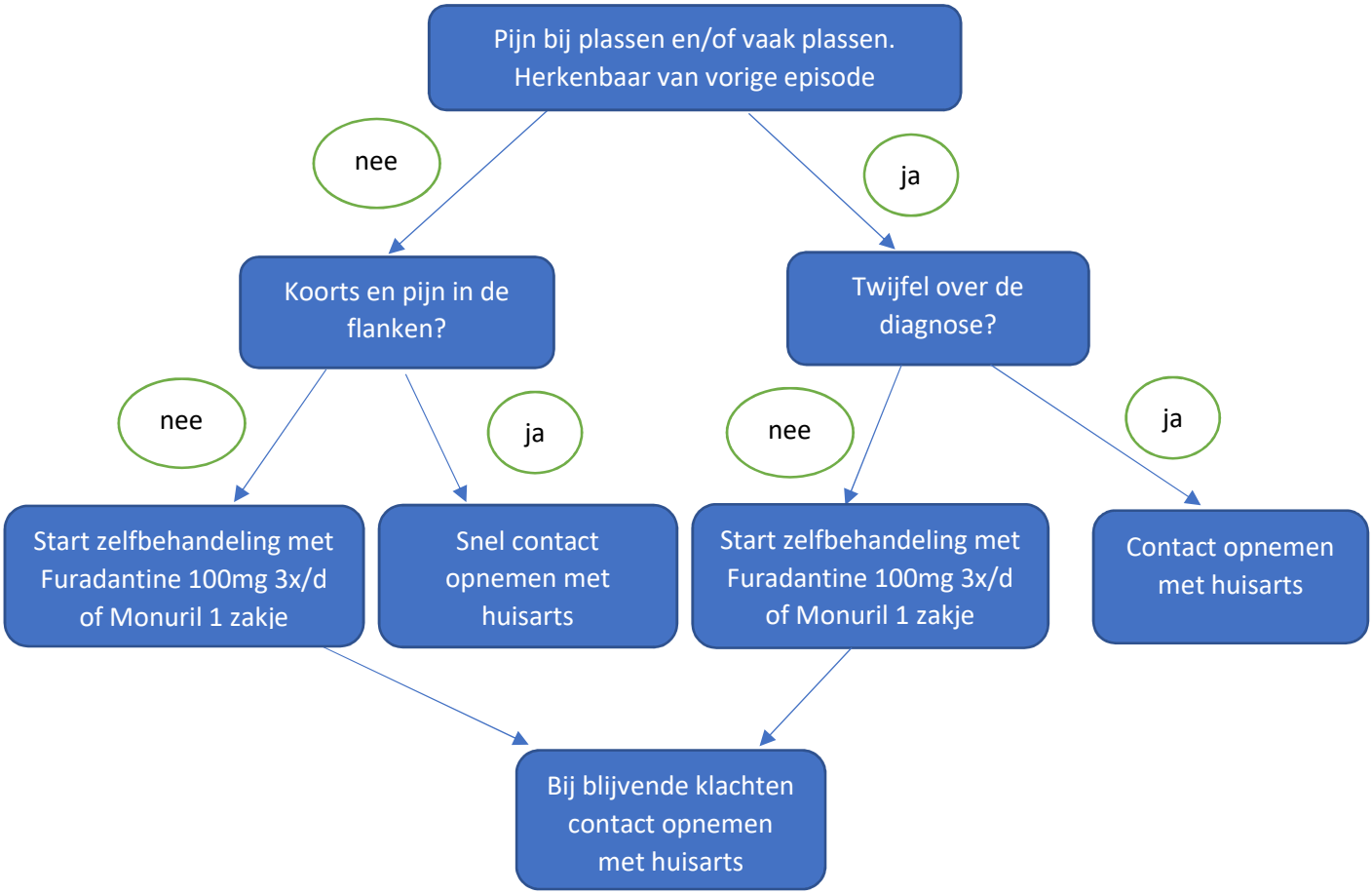
Om dit plan duidelijk te maken voor de patiënten en bruikbaar te maken in de praktijk, heb ik dit stappenplan schematisch weergegeven. (Figuur 2). Dit schema wil ik bij de consultaties aan de patiënten met recidiverende UWI-voorstellen en meegeven.

Ik heb dit schema al voorgesteld aan mijn collega's, maar het was formeel nog niet goedgekeurd. Mijn collega's willen het concept zeker proberen. Om mijn plan te implementeren moet ik een goedkeuring van de collega's en patiënten krijgen, het moet uitgelegd worden aan de patiënten, nadien moet het uitprobeert en eventueel aangepast

worden, en pas dan kan het routinematig gebruikt worden. De ervaring zal ons leren of er aanpassingen van het schema nodig zijn.

De mogelijkheid om zelfstandig antibiotica therapie te kunnen starten bij typische symptomen van UWI was ook met de patiënten besproken tijdens het interview en de meeste vrouwen kunnen zich daar goed in vinden.

Figuur 2. Plan voor onze patiënten.



Vrouwen die last hebben van postcoïtale UWI kunnen aangeraden worden preventief nitrofurantoïne 50 mg binnen de 2 uur na iedere coïtus in te nemen. Medicatie wordt voorgeschreven en meegegeven met vermelding hoe de patiënt het moet gebruiken. Deze behandeling wordt al gebruikt door 2 van onze patiënten en zij zijn er zeker tevreden mee.

Conclusie

Op basis van dit kwalitatief onderzoek worden recidiverende lage urineweginfectie goed herkend door patiënten van de praktijk. Patiënten die pyelonefritis mee hebben gemaakt kunnen het goed onderscheiden van lage UWI. En opstoot van UWI kan heel ingrijpend zijn voor sommige vrouwen. Ze vermijden dan bijvoorbeeld bezoek naar de kapper of de supermarket. De meeste jonge werkende vrouwen kunnen beter omgaan met de ziekte. Ze proberen het werk als afleiding te gebruiken en ze zijn meer bereid om alternatieve behandelingen uit te proberen en af te wachten met de pijnstillers. Daarentegen zijn oudere patiënten of huisvrouwen meer geneigd om zo snel mogelijk naar de dokter te komen.

Vrouwen hebben geen vertrouwen in preventieve behandelingen of behandelingen van acute UWI met veenbessen en het wordt ook niet aanbevolen volgens de richtlijnen. Onze jonge patiënten vinden het niet altijd noodzakelijk om urine onderzoek uit te voeren bij typisch symptomen van UWI. Om onze patiënten beter te kunnen helpen met zelfbehandeling heb ik een stappenplan voorgesteld dat verder onderzoek vraagt.

Referenties

1. Robert W Schrier. Manual of nephrology. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. p. 326.
2. T.O.H. de Jongh, H. de Vries, H.G.L.M Grundmeijer. Diagnostiek van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum: 2011. p.889 .
3. Heytens S, Delvaux N, Christiaens T. Richtlijn Cystitis bij de vrouw. Domus Medica. 2016
4. Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS NHG-Standaard. Urineweginfecties. Huisarts Wet 2013;56(6):270-80.
5. Nederlandse Vereniging voor Urologie. Bacteriële urineweginfecties bij adolescenten en volwassenen. Etiologie, diagnostiek, behandeling en profylaxe. 2009.
6. Kronenberg A, Bütikofer L, Odutayo A. Symptomatic treatment of uncomplicated lower urinary tract infections in the ambulatory setting: randomised, double blind trial. BMJ 2017; 7:359
7. Jamil MN, Farooq U, Sultan B, Khan RM. Role Of Symptomatic Treatment In Comparison To Antibiotics In Uncomplicated Urinary Tract Infections. J Ayub Med Coll Abbottabad 2016;28:734-737.
8. Bleidorn J, Hummers-Pradier E, Schmiemann G, Wiese B, Gágyor I. Recurrent urinary tract infections and complications after symptomatic versus antibiotic treatment: follow-up of a randomised controlled trial. Ger Med Sci. 2016;10:14
9. Bosmans JE, Beerepoot MA, Prins JM, ter Riet G, Geerlings SE. Cost-effectiveness of cranberries vs antibiotics to prevent urinary tract infections in premenopausal women a randomized clinical trial. PLoS One 2014; 4.
10. Duodecim. Urineonderzoek en bacteriecultuur, buitenlandse richtlijnen 1/07/2017
11. J.Bosmans, V. Coupe, B. Knottnerus, S. Geerlings, E. Moll van Charante. Kosteneffectiviteit van diagnose van urineweginfectie bij vrouwen. Huisarts en Wetenschap 2019;24-27
12. I.H.A.Aartman, C.van Loveren Onderzoeksontwerpen en de ladder van evidence. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007;161-165
13. F.G.Schellevis, H.van der Horst. Hoe zoekt en beoordeelt u medische literatuur? Huisarts en Wetenschap 2006;1
14. A. Moser, I. Korstjens. Series: Practical guidance to qualitive research. Part 1: Introduction. European Journal of General Prac. 2017;271-273Z
15. I. Korstjens, A. Moser. Series: Practical guidance to qualitive research. Part 2: Context, research questions and designs. European Journal of General Prac. 2017;274-279
16. A. Moser, I. Korstjens. Series: Practical guidance to qualitive research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. European Journal of General Prac. 2017;1-10
17. I. Korstjens, A. Moser. Series: Practical guidance to qualitive research. Part 4: trustworthiness and publishing. European Journal of General Prac. 2017;1-5

Bijlage 1. Wettenschappelijke bewijskracht. (GRADE-methode) pallialine.be

Graden van aanbeveling	Voordelen versus nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1A = sterke aanbeveling,hoge graad van evidentie	voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1B = sterke aanbeveling,matige graad van evidentie	voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of de risico's	RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies	sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden
1C = sterke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie	voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of de risico's	observationele studies of cases	sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere evidentie beschikbaar komt
2A = zwakke aanbeveling,hoge graad van evidentie	evenwicht tussen voor- en nadelen of rsico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden
2B = zwakke aanbeveling, matige graad van evidentie	evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies	zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden
2C = zwakke aanbeveling,lage of zeer lage graad van evidentie	onzekerheid over voor- of nadelen - evenwicht tussen beide is mogelijk	observationele studies of casestudies of RCT's met majeure beperkingen	erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn

Bijlage 2. Topiclijst

Vragenlijst

Zin en onzin in de behandeling en profylactische maatregelen bij frequente urineweginfecties.

Manama

Vera van Dortmont

Inleiding

Lage urineweginfectie (cystitis, UWI) is een vaak voorkomend probleem bij vrouwen in vruchtbare periode. Meestal is de ziekte onschuldig en zelflimiterend, maar het kan veel hinder met zich mee brengen. Typische symptomen van urineweginfectie zijn; pijn bij plassen, frequent urineren en dringend moeten gaan plassen. Terugkerende UWI komen bij 3% van de vrouwen voor. Tot frequente UWI behoren UWI die meer dan drie keer per jaar voorkomen. Frequente UWI zijn belastend en ingrijpend in het dagelijks leven.

Het traditioneel behandeling van UWI omvat antibacteriële medicatie met bijkomende adviezen van voldoende en regelmatig drinken, vaak plassen en volledig de blaas leeg maken. Profylactische behandeling bestaat uit voldoende vocht inname en het opstarten van veenbestabletten.

Dit onderzoek heeft als doel om even stil gaan staan bij de ervaringen en behoeftes van onze patiënten.

Ik wil het probleem van recidiverende urineweginfecties bij vrouwen in de leeftijdscategorie van 20-45 onderzoeken. Recidiverende urineweginfecties worden in de huisartspraktijk in de regel behandeld met antibiotica.

Is antibiotica behandeling echt zo cruciaal bij frequente UWI? Wat denken patiënten daar over?

Wat weten ze over preventieve maatregelen? Gebruiken ze die maatregelen bij remissie/opstoten?

Wat vinden ze van UWI zelf. Wat is hinderlijk daar aan?

4 thema's

1/ Eigen kennis over frequente Cystitis (UWI)

Wat is dat? Hoe komt dat? Aanleiding?

2/ Klachten

Dysurie (pijnlijke plasdrang, bemoeilijkte mictie)

Frequentie (vaak moeten plassen) en urgentie (dringend moeten gaan plassen); Nycturie; Troebele urine

Vaginale klachten (jeuk en afscheiding)

Koorts

Duur van de klachten zonder behandeling

Lage rugpijn, Flankpijn (buikpijn), braken?

Versie 1. 1.03.2018 Vera van Dortmont

3/ Preventieve maatregelen

Wat hebt u al geprobeerd? Hoe lang houdt u zich aan de regels? Hoe snel komen de klachten terug?

4/ Behandeling

Welke behandeling(en) krijgt u meestal? Gebruikt u AB uit eigen initiatief (als het doosje nog in de kast staat)? Of vindt u onderzoek van uw urine belangrijk voor de start van de behandeling?

Versie 1. 1.03.2018 Vera van Dortmont

Bijlage 3. Onderzoeksprotocol

Onderzoeksprotocol
Zin en onzin in de behandeling en profylactische maatregelen bij recidiverende urineweginfecties.

Vera van Dortmont

Promotor: Samuel Coenen
Co- promotor: Niels Adriaenssens

Inleiding

Lage urineweginfecties (UWI) vormen een veelvoorkomend probleem bij vrouwen van vruchtbare leeftijd. Recidiverende UWI bij vrouwen komen voor in 3% van de gevallen. Tot recidiverende UWI behoren UWI die meer dan drie keer per jaar voorkomen. Recidiverende UWI zijn belastend en ingrijpend in het dagelijks leven.(1) Het traditioneel beleid van ongecompliceerde UWI betreft antibacteriële therapie met bijkomende adviezen van goede vochtinname, frequent en volledig urineren en als profylactische behandeling het opstarten van veenbestabletten.(2)

In de huidige, recente richtlijnen van Domus Medica wordt nadruk gelegd op 'shared decision making" met een goed geïnformeerde patiënt. De therapie wordt bepaald door een stappenplan met verschillende opties afhankelijk van de behoeftes van de patiënt. (1)

In deze nieuwe richtlijnen is de niet-medicamenteuze strategie aangepast. Het verband tussen vochtinname, frequent plassen of plassen onmiddellijk na de coïtus en het aantal recidieven wordt nu in twijfel genomen omwille van onvoldoende bewijs en wordt niet aanbevolen als niet-medicamenteuze behandeling.

In de recente literatuur zijn er veel onderzoeken die antibacteriële therapie bij de patiënten met lage ongecompliceerde UWI vergelijken met behandeling met niet-steroïdale anti-inflammatore geneesmiddelen (NSAID; zoals ibuprofen, nurofen). Resultaten van deze onderzoeken zijn tegenstrijdig; volgens bepaalde studies zou het gebruik van NSAID het voorkomen van pyelonefritis bevorderen, volgens andere studies is er geen verschil. (3,4,5)

In deze context wil van onze patiënten antwoorden op volgende vragen. Wat weten onze patiënten over UWI? Wat weten ze over de maatregelen om infecties te voorkomen? Welke effecten ondervinden onze patiënten ervan? Wat weten ze over de behandelingsmogelijkheden? Wat is belangrijk voor onze patiënten? Kunnen wij antibioticatherapie proberen te vermijden?

De bedoeling is op basis van de beschikbare literatuurgegevens en de antwoorden van onze patiënten op hoger vermelde vragen een praktijkrichtlijn op te stellen voor de behandeling van lage ongecompliceerde UWI.

Methode

Vrouwen van vruchtbare leeftijd met recidiverende urineweginfecties uit de opleidingspraktijk zullen uitgenodigd worden voor een semi-gestructureerd interview (kwalitatief onderzoek; zie bijlage voor vragen) van ongeveer 20 minuten in een van de consultatieruimten. De uitnodiging gebeurt via e-mail of bij consultatie naar aanleiding van UWI. E-mail wordt gestuurd door een huisarts die de "therapeutische relatie" met de patiënt heeft.

Versie 1. 1.03.2018 Vera van Dortmont

Respondenten voor het interview worden geselecteerd volgens een doelgerichte steekproef (purposive sampling).
Selectie criteria: Vrouwen van vruchtbare leeftijd (15 -45j), zonder co-morbiditeit (zoals diabetes mellitus), relatiestatus (met of zonder vaste partner) en pariteit (0,1,>1 kinderen) , met drie of meer UWI per jaar.

Er wordt 10 interviews gepland maar wordt gewerkt volgens verzadiging principe met andere worden totdat er geen nieuwe informatie meer bijkomt in een nieuwe interview.

Elke patiënt krijgt eerst uitgebreide informatie over het onderzoek. Bij mondelinge toestemming voor deelname krijgt de patiënt een schriftelijk toestemmingformulier ter ondertekening.

In het semi-gestructureerde interview wordt gevraagd om met in gedachten hun laatste UWI te vertellen over 4 verschillende thema's, namelijk 1. algemeen over de UWI, 2. de klachten, 3. de behandeling en 4. de preventie.
Het interview zal opgenomen worden op een dictafoon. De opnames worden overgeschreven voor de analyse. Bij de analyse wordt een deductief methode gebruikt en wordt gewerkt met categorieën die voor de dataverzameling al worden vastgesteld.

Op basis van de resultaten van mijn onderzoek worden behandelingsrichtlijnen voorgesteld voor de praktijk.
Referentie:

1/Richtlijnen Cystitis bij vrouwen. Domus medica

2/Richtlijnen Urineweginfecties. NHG standaarden

3/ Kronenberg A, Bütikofer L, Odutayo A. Symptomatic treatment of uncomplicated lower urinary tract infections in the ambulatory setting: randomised, double blind trial. BMJ. 2017 Nov 7;359

4/ Jamil MN, Farooq U, Sultan B, Khan RM. Role Of Symptomatic Treatment In Comparison To Antibiotics In Uncomplicated Urinary Tract Infections. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2016 Oct-Dec;28(4):734-737.

5/ Bleidorn J, Hummers-Pradier E, Schmiemann G, Wiese B, Gágyor I. Recurrent urinary tract infections and complications after symptomatic versus antibiotic treatment: follow-up of a randomised controlled trial.Ger Med Sci. 2016 Feb 10;14

.

Versie 1. 1.03.2018 Vera van Dortmont

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Dr. S. Coenen
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Zin en onzin in de behandeling en profylactische maatregelen bij frequente urineweginfecties. (manama huisartsgeneeskunde Vera van Dortmont)

Belgisch Registratienummer: B300201836394

datum	ons kenmerk	contactpersoon
7/05/2018	18/10/117	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Peggy Jacobs ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 7/05/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. Van Dortmont (Selina)
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 1/04/2018
  versie 2
- Protocol dd. 1/03/2018
  versie 1
- Uitnodigingsbrief voor deelnemers aangepaste versie dd. 1/04/2018
  versie 2
- Vragenlijst(en) dd. 1/03/2018
  versie 1

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
7/05/2018

ons kenmerk
18/10/117

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. V. van Dortmont (Selina), NVT, van de Reytdlaan 4 - 2960 Brecht

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
7/05/2018

ons kenmerk
18/10/117

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 24/10/2017.
Deze studie werd besproken op vergadering van 7/05/2018.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	+
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	+
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	-
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	-
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
Uitgenodigde Experten			
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
GOETHALS Sofie	Biobank manager	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	-
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.