Aanbevelingen rond de behandeling van urine incontinentie bij vrouwen

Dr. Mathias Michiels, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans , Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

1. Abstract **3**

2. Inleiding **5**

3. Methodologie **6**

3.1. Screeningsfase **6**

3.1.1. Definiëren van de klinische vragen 6

3.1.2. Systematische zoektocht naar relevante internationale richtlijnen en Belgische EBM-informatie 7

3.1.3. Screenen en waardering van de gevonden richtlijnen 7

3.2. Adaptatiefase **10**

3.3. Toetsingsfase **12**

4. Resultaten **13**

4.1. Screeningsfase **13**

4.1.1. Klinische vraag: gedragstherapie 13

4.1.2. Klinische vraag: medicamenteuze behandeling 14

4.2. Toetsingsfase **19**

4.2.1. Klinische vraag: gedragstherapie 19

4.2.2. Klinische vraag medicamenteuze behandeling 20

4.3. Vergelijkende tabel oorspronkelijke/resulterende aanbeveling **25**

4.4. Excellencis **27**

4.5. Analyse urinaire incontinentie De Koraalberg **28**

4.5.1. Inleiding 28

4.5.2. Resultaten 29

4.5.3. Discussie 31

4.5.4. Praktische Gevolgen 33

5. Epiloog **34**

6. Dankwoord **34**

7. Referenties **35**

8. Bijlagen **38**

Bijlage 1: Presentatie Nicolas Delvaux

Bijlage 2: Implementatie LOK-groepen

Bijlage 3: Implementatie Excellencis

Bijlage 4: Praktijkverbetering Koraalberg

Bijlage: Matrix (CD-ROM)

1.Abstract

Inleiding:
Urine incontinentie bij vrouwen is een vaak voorkomende probleem maar wordt echter maar weinig als aanmeldingsklacht bij de huisarts naar voren gebracht. Door het meewerken aan een EBM - richtlijn willen we de kennis rond urinaire incontinentie vergroten omdat we geloven dat een betere kennis zal leiden tot een betere aanpak ervan. Samen met mijn collega Melanie Cook stapte ik in het Duodecim project en bogen we ons over de (niet-) medicamenteuze aanpak van urine incontinentie.

Onderzoeksvragen:
Is gedragstherapie een onderdeel in het kader van behandeling van urinaire incontinentie bij vrouwen?
Wat is de medicamenteuze behandeling van een urinaire incontinentie bij vrouwen?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Aanpassing van een bestaande Duodecim richtlijn aan de Belgische zorgcontext volgens een procedure, opgesteld door de redactie van EBMPracticeNet. Dit proces bestond uit drie fasen: een screeningsfase, adaptatiefase en een toetsingsfase.
De oorspronkelijke aanbevelingen werden op een gestructureerde manier herzien en geadapteerd, om ze vervolgens via peer-review en een panel van experts te laten beoordelen op hun toepasbaarheid. Verder stelden we een module op voor Excellencis, welke ons inzicht gaf in de huidige kennis van de Belgische artsen omtrent urine incontinentie. Ten slotte werden de aanbevelingen getoetst in de eigen praktijk en werd er een verbeteringsproject opgestart.

Resultaten:
Wij bevelen aan om blaastraining als eerstelijnsbehandeling te geven aan vrouwen met urge- en gemengde incontinentie gedurende een periode van minimaal 6 weken. (Graad 1C)
Indien blaastraining onvoldoende was, bied vrouwen met overactieve blaas of met gemengde incontinentie dan oxybutinine (immediate release) aan. Anticholinergica worden vaak gebruikt als eerstelijnstherapie bij de behandeling van urge-incontinentie. Farmaca in deze klasse zijn oxybutinine, tolterodine, solifenacine, darifenacine, propiverine en fesoterodine. (Graad 1A)
Wij bevelen aan om een alternatief anticholinergicum te overwegen indien (immediate release) oxybutinine niet goed verdragen werd. Tussen de verschillende moleculen is er geen klinisch verschil in effectiviteit. Gezien de bijwerkingen per individu wel kunnen verschillen, raden we aan om verschillende preparaten uit te proberen. (Graad 1B)
We stellen voor om de effectiviteit van de medicatie op te volgen (na ongeveer een 2tal maanden). Na het aanpassen van de anti-muscarinerge therapie stellen we voor om de behandeling vroegtijdig te herbekijken.
We bevelen lokale oestrogeentherapie aan voor postmenopauzale vrouwen met tekenen van vaginale atrofie, die lijden aan urge, stress of gemengde incontinentie omdat dit de klachten geneest of verhelpt. (Graad 1A)

Duloxetine is geen eerstelijnstherapie bij vrouwen met stress incontinentie. Medicatie speelt hier immers een minieme rol. Routinematig gebruik van duloxetine als tweedelijnsbehandeling raden we eveneens af.
Duloxetine mag wel aangeboden worden als tweedelijns therapie indien een farmacologische behandeling boven een chirurgische behandeling wordt verkozen of indien de patiënte niet in aanmerking komt voor chirurgie. Opstarten van duloxetine impliceert dus een specialistisch advies. (Graad 1A)

Conclusie:
De geadapteerde aanbevelingen rond urinaire incontinentie bij vrouwen en de bijhorende implementatie ervan zou artsen meer notie van deze klacht moeten geven en een houvast voor de behandeling. We hopen dat urine-incontinentie hierdoor meer bespreekbaar zal worden en dat vrouwen een correcte behandeling zullen krijgen.

2.Inleiding

Voor het schrijven van de masterproef huisartsgeneeskunde had ik mezelf twee voorwaarden vooropgesteld. Het moest een praktijk overstijgend project worden en een combinatie tussen huisartsgeneeskunde en urologie mogelijk maken.
Instappen in het Duodecim project liet me perfect toe om beide voorwaarden te vervullen. Het feit dat ik een bijdrage aan de huisartsgeneeskunde op een nationaal niveau mocht leveren door het schrijven van een richtlijn vond ik een hele eer. De wetenschap dat onze richtlijn door elke huisarts in België geraadpleegd zal kunnen worden als betrouwbare leidraad, motiveerde me om deze masterproef tot een goed einde te brengen.

"Duodecim" is de naam van een Finse artsenvereniging die internationale Evidence Based Medicine (EBM) richtlijnen uitschrijft. Het RIZIV kocht in 2010 de toegang tot deze databank aan om ze beschikbaar te stellen voor zorgverleners in België ((huis)arts, verpleegkundige of kinesitherapeut).
Dit gebeurt via het elektronisch platform van EBMPracticeNet. De coördinatie van EBMPracticeNet wordt toevertrouwd aan CEBAM om, samen met de Belgische producenten van evidence-based informatie en de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP), een uitgebreide en op de Belgische zorgorganisatie afgestemde databank van praktijkrichtlijnen ter beschikking te stellen.
Om de Duodecim richtlijnen bruikbaar te maken, dienden ze aangepast te worden aan de Belgische zorgcontext. De redactie van EBMPracticeNet maakte daarom een selectie van richtlijnen die in aanmerking kwamen voor een herziening en bood gemotiveerde HAIO's de kans om deze richtlijnen aan te passen.

De keuze voor het onderwerp van urinaire incontinentie bij vrouwen maakten mijn collega Melanie Cook en ikzelf in onderling overleg. We kozen voor dit onderwerp omdat het een frequent voorkomende klacht is. Ondanks de hoge prevalentie wordt het echter het maar weinig als aanmeldingsklacht bij de huisarts naar voren gebracht. Beschikbare gegevens voor onze regio tonen grote verschillen:

- NICE[1]: prevalentie tussen 5% en 69%.
- NHG[2]: prevalentie varieert van 25 tot 50%.
- Intego[3]: incidentie van 3,30/1000 patiënten.

Door het schrijven van deze richtlijn willen we de kennis rond urinaire incontinentie vergroten omdat we geloven dat een betere kennis zal leiden tot een betere aanpak ervan. We hopen dat door deze richtlijn (en de bijhorende Excellencis module) er meer aandacht zal gaan naar het probleem van urinaire incontinentie, samen met een up to date behandeling.

3.Methodologie

Voor het opstellen van onze richtlijn maakten we gebruik van de procedure op voorhand vastgelegd door EBMPracticeNet. Het project bestaat uit 3 fasen: een screeningsfase, adaptatiefase en een toetsingsfase.

3.1. Screeningsfase

In een eerste zogenaamde screeningsfase worden praktische en wetenschappelijk correcte aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering opgesteld toepasbaar in de Belgische context. Deze fase bestaat uit de volgende stappen:

- definiëren van klinische vragen
- ondernemen van een systematische zoektocht naar relevante internationale richtlijnen en Belgische EBM-informatie
- screenen van de gevonden informatie
- waardering van de gevonden richtlijnen
- beslissen of de aanbeveling dient te worden geadapteerd.

3.1.1. **Definiëren van de klinische vragen**

Voor de eerste stap stelden we binnen het onderwerp van de richtlijn elk een aantal klinische vragen op en formuleerden we deze als een PICO (zie bijlage 'matrix – stap 1'). Op deze manier konden we dan gericht een systematische zoektocht uit te voeren naar bestaande internationale en Belgische richtlijnen voor deze klinische vragen. Initieel wilden we de hele richtlijn omvatten en stelden we de klinische vragen breed op.
Mijn vragen waren:

- 'Welke onderzoeken zijn nodig voor de diagnostiek van urinaire incontinentie'
  - P: volwassen vrouwen met vermoeden van incontinentie
  - I: klinisch onderzoek
  - C: technische onderzoeken
  - O: diagnose urinaire incontinentie
  - MESH termen: urinary incontinence, diagnostic test, diagnoses, examinations, laboratory examinations
- 'Wanneer moet er doorverwezen worden naar een specialist'
  - P: volwassen vrouwen met incontinentie
  - I: verwijzing
  - C: conservatieve behandeling
  - O: tijdig opsporen van rode vlaggen
  - MESH: urinary incontinence, referral, hospital, specialist, clinical alarm(s)

- 'Welke patiënten verwijst de arts door voor chirurgie'
    - P: volwassen vrouwen met incontinentie klachten
    - I: conservatieve behandeling
    - C: chirurgische behandeling
    - O: lange termijn effectiviteit
    - MESH: urinary incontinence, operation, referral

3.1.2. **Systematische zoektocht naar relevante internationale richtlijnen en Belgische EBM-informatie**

We zochten vervolgens eerst op basis van MESH-termen op verschillende databanken (Guidelines International Network (GIN), National Guidelines Clearinghouse (NGC), evidence.nhs.uk, …). Al snel breidden we onze zoektocht uit naar bredere termen omdat het zoeken op de MESH termen niet steeds de gewenste resultaten gaf (te nauwe search). In overleg met onze promotor gebruikten we dan termen die ons logisch leken, rekening houdend met de bepaalde klinische vraag. Zo zochten we bijvoorbeeld voor het doorverwijzen naar een specialist onder de term 'urinary incontinence AND management'. Voor een gedetailleerd overzicht van de zoektermen en bijbehorend resultaat verwijs ik naar onze matrix in de bijlage ('matrix - stap 2').

3.1.3. **Screenen en waardering van de gevonden richtlijnen**

We selecteerden eerst op ruime criteria: bv. exclusie van richtlijnen over zeer specialistische behandelingen, artikels die geen richtlijnen waren, ... De richtlijn moest ook een antwoord geven op de klinische vragen. Op basis hiervan weerhielden we dan respectievelijk 5 en 7 richtlijnen per klinische vraag. Deze evalueerden we dan iets meer in detail (publicatiedatum, uitgebreidheid, referenties,…). In onderling overleg weerhielden we dan 4 richtlijnen waarmee we aan de slag konden om ze te waarderen aan de hand van AGREE.
Het AGREE II ('Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation') Instrument is een hulpmiddel om de methodologie en transparantie van de richtlijnontwikkeling te beoordelen. Het doel van AGREE II is om een kader te bieden voor:

- het beoordelen van de kwaliteit van richtlijnen
- het ontwikkelen van richtlijnen
- het opnemen van noodzakelijke informatie in richtlijnen

Details van deze selectie bevinden zich in de matrix in de bijlage ('matrix -stap 3').

Weerhouden richtlijnen voor waardering aan de hand van AGREE:

- Guidelines on urinary incontinence - EAU 2013
- 2012 Update: Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian Urological Association
- ACOG Practice Bulletin: Urinary Incontinence in Women
- Urinary incontinence the management of urinary incontinence in women National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, October 2006

Uiteindelijk leidde de beoordeling aan de hand van AGREE tot het weerhouden van 2 richtlijnen ('matrix – stap 4.1'):

- Urinary incontinence the management of urinary incontinence in women National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence, October 2006
- Guidelines on urinary incontinence - EAU 2013

Tijdens een tussentijdse vergadering waar we deze initiële stap in het AGREE proces bespraken met de supervisoren, kwamen onze klinische vragen ter discussie (23/04/2013). Naar aanleiding hiervan beslisten we onze klinische vragen te herschrijven omdat ze enerzijds erg ruim waren en omdat er anderzijds niet steeds voldoende evidentie van goede kwaliteit voor handen was om ze te beantwoorden.
De initiële klinische vragen lieten ons wel toe om uitgebreid in de literatuur te kunnen grasduinen, maar dit gaf echter het praktische probleem dat er per vraag een te groot aantal aanbevelingen was.
Het probleem van de evidentie toonde Nicolas Delvaux (één van de supervisoren) toen hij een klinische vraag van mijn collega Melanie Cook uitwerkte als voorbeeld "Welke anamnestische criteria te gebruiken bij de diagnostiek van urine incontinentie?" (tussentijdse vergadering van 23/4/2013 - zie 'bijlage 1 - presentatie Nicolas Delvaux'). De geformuleerde aanbevelingen rond deze vraag waren gestoeld op bewijs van lage kwaliteit en vielen onder de 'goede praktijkvoering'. Voor ons project was dit daarom niet werkbaar.

We beslisten dat de meest relevante vraag voor ons de (niet-)medicamenteuze behandeling van urinaire incontinentie bij de vrouw is. Dit omdat er hierover de meeste evidentie bestaat en ook omdat het, naar onze mening, het meest relevante voor de huisartsenpraktijk is.
Mijn klinische vragen waren vanaf dan de volgende:

- Is gedragstherapie een onderdeel in het kader van behandeling van urinaire incontinentie bij vrouwen?
- Wat is de medicamenteuze behandeling van een urinaire incontinentie bij vrouwen?

Naar het antwoord op deze vragen gingen we dan op zoek in onze twee weerhouden richtlijnen, waarbij we ons eerst focusten op de NICE. Indien we dan hier het antwoord niet terugvonden, beslisten we dan te gaan zoeken in de EAU richtlijn. Dit omdat de aanbeveling van de EAU voor een publiek van specialisten is geschreven en daarom tweede keuze is voor de huisartsenpraktijk.
We beslisten om geen nieuwe zoektocht naar literatuur te ondernemen, daar we onze zoektermen breed genoeg hadden gekozen om ook deze vragen te omvatten (bv: 'urinary incontinence and management'; 'urinary incontinence and treatment',…).

Op relevante Belgische sites werd tevens naar EBM publicaties betreffende het onderwerp en de klinische vragen gezocht, met name binnen KCE, Minerva, Farmaka en het repertorium van BCFI. Dit leverde ons volgende artikel op voor toetsing aan de Belgische zorgsituatie:

- Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (B.C.F.I. VZW). BCFI/Transparantiefiche. Aanpak van urine-incontinentie. 2011.

Voor de verdere uitwerking van AGREE verwijs ik naar de bijlage ('matrix - stap 4.2 – 5'). We beoordeelden hier telkens elke aanbeveling op inhoud, courantheid, samenhang en toepasbaarheid. Na deze stap selecteerden we dan welke aanbevelingen we dienden aan te passen (zie bijlage 'stap 5').
Vervolgens legden we onze matrix voor aan het leescomité van EMBPracticeNet, De verwerkte feedback leidde dan om tot de uiteindelijke aanpassing van de aanbeveling te komen ('adaptatiefase').

3.2. Adaptatiefase

Deze nieuwe geformuleerde aanbevelingen kregen in de adaptatiefase een niveau van bewijskracht ('grade of recommendation') volgens het GRADE principe (zie 'matrix - stap 7').

Kort samengevat omvat GRADE twee onderdelen: enerzijds een beoordeling van de bewijskracht en anderzijds een beoordeling van de graad van aanbeveling. De bewijskracht wordt vertaald naar een lettercode, de graad van aanbeveling in een cijfer. [4]

Kwaliteit van het bewijs (≈ niveaus van bewijskracht, evidentie niveau)

- Hoog: verder onderzoek zal ons vertrouwen in de schatting van het effect zeer waarschijnlijk niet veranderen (letter A)
- Matig: verder onderzoek zal waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zou deze schatting kunnen veranderen (letter B)
- Laag: verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zal waarschijnlijk deze schatting veranderen of eender welke schatting van het effect is zeer onzeker (letter C)

Graad van aanbeveling ("strength of recommendation")

- Sterke aanbeveling ("1")
  Gebaseerd op het beschikbare bewijs
  Als artsen erg zeker zijn dat de voordelen de nadelen niet / wel waard zijn ⇒Formulering : " we bevelen aan of we raden af"
- Zwakke aanbeveling ("2")
  Gebaseerd op het beschikbare bewijs
  Als artsen geloven dat voordelen en nadelen (ongeveer) in balans zijn met elkaar
  Een redelijke onzekerheid bestaat over de grootte van de voor- en nadelen
  ⇒ Formulering : " we suggereren iets te doen of wij suggereren iets niet te doen"

Graden van aanbeveling:

Graden van aanbeveling		Voordelen vs nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1 A	Sterke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
1 B	Sterke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies	
1 C	Sterke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht		Observationele studies of case studies	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar komt *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
2 A	Zwakke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*
2 B	Zwakke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie van observationele studies	
2 C	Zwakke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk	Observationele studies of case studies	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*

3.3. Toetsingsfase

In de toetsingsfase gingen we na hoe we de aanbevelingen het beste konden implementeren in de praktijk. Hiervoor maakten we gebruik van peer review in twee LOK-groepen ('lokale kwaliteitsgroep') met een verschillende artsenpopulatie (stedelijk en landelijk). We stelden onze aanbevelingen voor aan een LOK-groep uit het centrum van Antwerpen, (14 artsen, gemengde populatie qua leeftijd en geslacht) en aan een LOK-groep uit Stabroek (8 artsen, uitsluitend mannelijk en 50^{+}).
De toetsing gebeurde aan de hand van een quiz waarbij er telkens een casus werd voorgelegd en er vervolgens keuze was uit meerkeuze-antwoorden (zie bijlage 2 'implementatie LOK – groepen'). De juiste antwoorden uit de richtlijn werden eerst meegedeeld en vervolgens besproken en becommentarieerd. Na de quiz vroegen we dan om een feedbackformulier in te vullen met toetsing van praktische toepasbaarheid en mogelijkheid tot commentaar (zie bijlage 2 'implementatie LOK – groepen').
Deze eerste implementatie leverde informatie op over onder andere haalbaarheid, barrières en eventuele tools die de implementatie konden faciliteren. Op basis hiervan pasten we een aantal aanbevelingen aan (zie verder).

Een tweede implementatie deden we onder de vorm van een elektronische module voor 'Excellencis', een online programma voor auto-training en auto-evaluatie voor huisartsen in heel België. We kozen voor Excellencis omdat het ons de kans gaf om een breed publiek te bereiken (Excellencis heeft +/- 4200 Nederlandstalige en 3800 Franstalige ingeschreven huisartsen). Onze module bestond uit 10 meerkeuze vragen waarvan de antwoorden werden gestaafd door onze nieuwe richtlijn (zie bijlage 3 'implementatie Excellencis').

Vervolgens legden we de aangepaste richtlijn voor aan een panel van experts waarvan we de commentaar verwerkten in de uiteindelijke aanbevelingen. Hiervoor contacteerden we prof. Dr. Stefaan De Wachter (senior staflid urologie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA)) en prof. Dr. Alexandra Vermandel (diensthoofd klein bekken kliniek, UZA).

De link met de eigen opleidingspraktijk werd ten slotte gemaakt door na te gaan hoe urinaire incontinentie werd ingegeven in het elektronisch medisch dossier en welke behandeling er dan werd gegeven. De resultaten hiervan werden dan gepresenteerd op het wekelijks overleg en afspraken, gestoeld op de nieuwe richtlijn, werden gemaakt (zie bijlage 4 'praktijkverbetering Koraalberg').

4. Resultaten

4.1. Screeningsfase

4.1.1. Klinische vraag: gedragstherapie

"Is gedragstherapie een onderdeel in het kader van behandeling van urinaire incontinentie bij vrouwen?"

Wij bevelen aan om blaastraining als eerstelijnsbehandeling te geven aan vrouwen met urge en gemengde incontinentie gedurende een periode van minimaal 6 weken. (Graad 1C)

I. Toelichting tot de aanbeveling

Praktisch impliceert blaastraining volgende adviezen:

- De tijd tussen 2 mictie-episoden verlengen om zo continentie te herwinnen.
- Interval in de studies mikt op 2,5-4uur. [5,6, 7]
- Voorbeeld: bij urinaire aandrang op WC gaan zitten en nog trachten op te houden, zo telkens het uitstellen langer en langer volhouden.

De voordelen van blaastraining (minder klachten) overtreffen duidelijk de nadelen (geen duidelijke nadelen).
Mogelijks probleem van blaastraining is dat de vaak oudere populatie zelftraining moeilijk kan vinden.

II. Basis voor de aanbeveling

Verschillende RCT's welke blaastraining vergelijken met controle, blaastraining met medicatie, blaastraining versus blaastraining met medicatie en blaastraining versus biofeedback werden bekeken om tot deze aanbeveling te komen[5]. Al deze studies beschikken slechts over een geringe aantal patiënten (N = 33-501), verschillende eindpunten (frequentie, aandrang, verlies, …) en verschillen qua methodologische kwaliteit.

De aanbeveling is vooral gebaseerd op de RCT van Jarvis[6] (N= 123) waar urineverlies, lek-episodes en Quality of Life (QOL) verbeterd waren na blaastraining van 6 weken.
Het studiedesign was zwak daar patiënten tijdens de studie van de controle groep konden overstappen naar de interventiegroep.

Hoewel de evidentie voor de meerwaarde van blaastraining klein is, bevelen we het toch aan. Dit voornamelijk omdat het veilig en financieel voordelig is.
De aanbeveling is bovendien vlot toepasbaar in de Belgische zorgcontext.

4.1.2. Klinische vraag: medicamenteuze behandeling

"Wat is de medicamenteuze behandeling van een urinaire incontinentie bij vrouwen?"

4.1.2.1. Urge- incontinentie

Anticholinergica

Wij bevelen aan om (immediate release) oxybutinine aan te bieden aan vrouwen met overactieve blaas of met gemengde incontinentie indien blaastraining onvoldoende was.
Anticholinergica worden vaak gebruikt als eerstelijnstherapie bij de behandeling van urge incontinentie. Farmaca in deze klasse zijn oxybutinine, tolterodine, solifenacine, darifenacine, propiverine en fesoterodine.
(Graad 1A)

Wij bevelen aan om een alternatief anticholinergicum te overwegen indien (immediate release) oxybutinine niet goed verdragen werd. Tussen de verschillende molecules is er geen klinisch verschil in effectiviteit. Gezien de bijwerkingen per individu wel kunnen verschillen, raden we aan om verschillende preparaten uit te proberen.
(Graad 1B)

We stellen voor om de effectiviteit van de medicatie op te volgen (na ongeveer een 2-tal maanden). Na het aanpassen van de anti-muscarinerge therapie stellen we voor om de behandeling vroegtijdig te herbekijken.

I. Toelichting tot de aanbeveling

Doel is te streven naar de laagst mogelijke effectieve dosis[8].

- Startdosis: 3 maal daags 2,5 mg oxybutynine
- Maximaal aanbevolen dagelijkse dosis: 4 tabletten (20 mg oxybutinine)

Een vermindering van de dosis kan de incidentie van de bijwerkingen verminderen (zoals bijvoorbeeld monddroogte)[9].

Voor oxybutinine gelden verschillende terugbetalingscriteria[10]:

- De specialiteit wordt vergoed in categorie B na gunstig advies van de geneesheer-adviseur als ze wordt toegediend voor:
    - neurogene blaas met hyperactiviteit van de blaas, te wijten aan een cerebrale laesie of een letsel aan het hoge ruggenmerg;
    - onvolledig ontwikkelde blaas, gedocumenteerd door meer bepaald een debietmeting en medische beeldvorming;
    - chronische onstabiele blaas bij een volwassene, van het functionele type, zonder onderliggende organische letsels

gedocumenteerd door meer bepaald een endoscopie en een urodynamisch onderzoek

- De eerste aanvraag tot vergoeding moet, voor volwassen, gebeuren door een geneesheer specialist in de gynaecologie of in de urologie.
- De specialiteit wordt vergoed in categorie Cx zonder voorafgaande goedkeuring van de geneesheer-adviseur en zonder beperking tot bepaalde categorieën voorschrijvers.
- Deze machtiging tot vergoeding mag worden verlengd voor een periode van maximum 60 maanden door de behandelende arts.

Belangrijkste contra-indicaties anticholinergica: gesloten-hoekglaucoom, reflux-oesofagitis, pylorusstenose, intestinale atonie, paralytische ileus, ernstige colitis ulcerosa, myasthenia gravis (tenzij om cholinerge effecten van cholinesterase-inhibitoren tegen te gaan)[11].

Gezien we voornamelijk met een oudere populatie werken bestaat de mogelijkheid op polyfarmacie (en geneesmiddelen interacties). Goede opvolging van medicatie en medicatie aanpassing is hier zeker belangrijk.

II. Basis voor de aanbeveling

De aanbevelingen zijn gebaseerd op een groot aantal verschillende RCTs (87) welke anticholinergica vergelijken met placebo en/of met een ander anticholinergicum.[12] Alle studies includeerden vrouwen met symptomen van overactieve blaas met episodes van incontinentie of episodes van aandrang (urgency) of beide. Deze studies waren heterogeen in opbouw maar tonen in het algemeen een statistisch significante verbetering op vlak van lekepisodes, mictiefrequentie en quality of life in vergelijking met placebo.
Wat betreft oxybutinine tonen de studies een voordeel in vergelijking met placebo op vlak van incontinentie episoden, mictiefrequentie, gemiddeld geloosd volume urine per mictie, quality of life en subjectieve perceptie van verbetering.[13,14,15,16,17]

Wat betreft klinische effectiviteit tussen de verschillende moleculen weerhouden we geen verschil.[12]

De aanbeveling van tijdige opvolging van de medicatie is gebaseerd op de frequente rapportage van bijwerkingen in bovenstaande studies. Er zijn dus geen expliciete observationele studies of case studies rond deze aanbeveling. Deze aanbeveling valt daarom onder 'goede praktijkvoering', daar er slechts bewijs van slechte kwaliteit voorhanden is. We kozen daarom in overleg met onze promotor om geen graad van aanbeveling toe te kennen.

Anticholinergica blokkeren muscarine receptoren in de blaas. Hierdoor beïnvloeden ze de contractiliteit van de detrusorspier en de gevoeligheid van de blaas. Dit resulteert in een reductie van het 'urgentiegevoel' en daaraan gerelateerde symptomen (urge incontinentie, frequency en nycturie).

De verschillende beschikbare molecules verschillen in hun selectiviteit voor de muscarinerge receptoren en sommige farmaca hebben een toegevoegd werkingsmechanisme, zoals een direct effect op de gladde spier.[8]
De keuze voor peroraal oxybutinine als eerstelijnsmiddel stellen we op basis van de terugbetalingscriteria van het RIZIV. Ook zien we dat er enkel van oxybutinine generische varianten op de markt zijn.
Recentere anticholinergica hebben de indicatie 'instabiele blaas' in hun bijsluiter maar worden niet terugbetaald voor incontinentie buiten het kader van neurologisch lijden (situatie februari 2013 cfr BCFI[10]).

4.1.2.2. Oestrogenen

We bevelen lokale oestrogeentherapie aan voor postmenopauzale vrouwen met tekenen van vaginale atrofie, die lijden aan urge, stress of gemengde incontinentie omdat dit de klachten lijkt te genezen of te verhelpen.
(Graad 1A)

I. Toelichting tot de aanbeveling

Neveneffecten: zelden, mogelijks lokaal (vaginale irritatie, branden, jeuk).

Belangrijkste contra-indicaties van oestrogenen in de menopauze[18]:

- Zwangerschap.
- Uterien bloedverlies van onbekende oorsprong.
- Oestrogeendependente tumoren (endometriumcarcinoom, borstcarcinoom).
- Porfyrie, ernstige leverinsufficiëntie.
- Trombo-embolische antecedenten.
- Relatieve contra-indicaties: atypische epitheliale mammahyperplasie, fibrocystische mastopathieën, familiaal voorkomen van borstkanker, endometriose, fibromyomen, cardiovasculaire aandoeningen, hypertensie, familiale trombo-embolische antecedenten, diabetes en hypertriglyceridemie.

Als kritische opmerking m.b.t. implementatie weerhielden we mogelijke weerstand van bepaalde artsen/patiënten tegen lokale hormonale behandeling.

II. Basis voor de aanbeveling

De aanbeveling is gebaseerd op 5 RCTs (n=2127) [19] met heterogeen opzet (vier placebo gecontroleerde en één indirecte studie). In deze studies werden intravaginale oestrogenen voor urinaire incontinentie en/of andere urologische/vaginale symptomen gegeven bij vrouwen met overactieve blaas of stress incontinentie. De studies tonen een vermindering van de klachten na 6 maanden behandeling bij post-menopausale vrouwen met vaginale atrofie. Er is echter geen vermelding van een lange-termijn effect en het effect na stoppen van de behandeling.

Systemische hormonale therapie voor urinaire incontinentie wordt afgeraden[19]. Op korte termijn wordt in de meest studies geen effect gezien. Op lange termijn is het risico op het de novo ontstaan van incontinentie[20,21,22,23] of het verergeren ervan toegenomen, naast belangrijke systemische neveneffecten (zoals verhoogd risico op bijvoorbeeld diep veneuze trombose, beroerte en mammacarcinoom).[24,25,26,]

De werkzaamheid van lokale oestrogenen bestaat erin om de sfincterspieren, het urotheel en de vasculaire weefsels gezond te houden. Ook zorgt het mee voor een urethraal secreet dat als een soort van zegel kan fungeren op de urethra. Het mechanisme is echter niet volledig duidelijk.[18]

4.1.2.3. Stress incontinentie

We bevelen aan om duloxetine niet te gebruiken als eerstelijnstherapie bij vrouwen met stress incontinentie. Medicatie speelt hier immers een minieme rol. Routinematig gebruik van duloxetine als tweedelijnsbehandeling raden we af.
Duloxetine mag wel aangeboden worden als tweedelijns therapie indien een farmacologische behandeling boven een chirurgische behandeling wordt verkozen of indien patiënten niet in aanmerking komen voor chirurgie.
(Graad 1A)

I. Toelichting tot de aanbeveling

Voorzichtigheid is geboden bij opstarten van duloxetine. Er bestaat een risico op het uitlokken van een serotoninesyndroom bij associatie van duloxetine met andere stoffen met serotoninerge werking.[27]

Meest frequente neveneffecten: nausea, droge mond, constipatie, vermoeidheid, slapeloosheid, duizeligheid, zweten, braken en slaperigheid. [28]

Gezien we voornamelijk met een oudere populatie werken bestaat de mogelijkheid op polyfarmacie (en geneesmiddelen interacties). Goede opvolging van medicatie en medicatie aanpassing is hier zeker belangrijk.

II. Basis voor de aanbeveling

Korte termijn studies (tot 12 weken) tonen aan dat duloxetine werkzaam is in vergelijking met placebo en een vermindering van aantal incontinentie-episodes, verbetering van levenskwaliteit en toegenomen mictie-interval geeft bij patiënten met stress of gemende incontinentie.[29,30,31,32] Deze verbeteringen zijn vanuit klinisch standpunt beperkt.[33] Neveneffecten zijn frequent, voornamelijk nausea en leiden vaak tot stoppen van de behandeling.

Op langere termijn (9 maanden) laten de studies weinig verschil wat betreft levenskwaliteit en subjectieve verbetering zien versus placebo.[28]

Duloxetine is een noradrenaline- en serotonine- heropnameremmer die voornamelijk op het sacrale ruggenmerg werkt. Het gebruik ervan bij stressincontinentie ligt in de observatie dat hogere concentraties serotonine en noradrenaline leiden tot een verhoogde urethrale tonus via stimulatie van de n. pudendus.[28]

4.2. Toetsingsfase

Hieronder volgt eerst een beschrijving van de aanpassingen van de aanbevelingen naar aanleiding van de voorstelling in de LOKs, de feedback van excellencis en de feedback van de expert reviewers. Voor de resultaten van de voorstelling van de LOKs verwijs ik naar de bijlage (bijlage 3 'implementatie – LOK groepen').
De expert reviewers hadden voornamelijk feedback naar mijn collega Melanie Cook toe in verband met kinesitherapie bij urinaire incontinentie en niet-medicamenteuze interventies.

Verder volgt een overzicht van de huidige kennis omtrent urinaire incontinentie in een ruime artsenpopulatie over heel België verkregen door Excellencis (gebundelde en dus geanonimiseerde scores).

Ten slotte volgt een analyse in eigen praktijk met vervolgens een plan ter verbetering.

4.2.1. Klinische vraag: gedragstherapie

"Is gedragstherapie een onderdeel in het kader van behandeling van urinaire incontinentie bij vrouwen?"

> Wij bevelen aan om blaastraining als eerstelijnsbehandeling te geven aan vrouwen met urge en gemengde incontinentie gedurende een periode van minimaal 6 weken. (Graad 1C)

I. Peer review proces

Bij toetsing in de LOKs valt op dat de meeste artsen kiezen om onmiddellijk blaastraining te associëren met anticholinergica. Toch vinden de meeste artsen de aanbeveling om eerst met blaastraining allen te starten, toepasbaar in de praktijk.

De reden om onmiddellijk anticholinergica te associëren aan medicatie is om sneller gunstig resultaat te boeken.
Conclusie: geen aanpassing aanbeveling: kosten/baten balans weegt door in het voordeel van eerst blaastraining op zich.

II. Expert review: geen opmerkingen

4.2.2. Klinische vraag medicamenteuze behandeling

"Wat is de medicamenteuze behandeling van een urinaire incontinentie bij vrouwen?"

4.2.2.1. Urge incontinentie

Anticholinergica

Wij bevelen aan om (immediate release) oxybutinine aan te bieden aan vrouwen met overactieve blaas of met gemengde incontinentie indien blaastraining onvoldoende was.
Anticholinergica worden vaak gebruikt als eerstelijn therapie bij de behandeling van urge incontinentie. Farmaca in deze klasse zijn oxybutinine, tolterodine, solifenacine, darifenacine, propiverine en fesoterodine.
(Graad 1A)

Wij bevelen aan om een alternatief anticholinergicum te overwegen indien (immediate release) oxybutinine niet goed verdragen werd. Tussen de verschillende molecules is er geen klinisch verschil in effectiviteit. Gezien de bijwerkingen per individu wel kunnen verschillen, raden we aan om verschillende preparaten uit te proberen.
(Graad 1B)

We stellen voor om de effectiviteit van de medicatie op te volgen (na ongeveer een 2-tal maanden). Na het aanpassen van de antimuscarinerge therapie stellen we voor om de behandeling vroegtijdig te herbekijken.

I. Peer review proces

Het merendeel van de artsen in de LOKs gaf aan als eerste keuze oxybutinine te geven voor de behandeling van urge incontinentie. Ook vonden de artsen dit vlot toepasbaar in de praktijk.
Omtrent de aanbeveling over "uitproberen van verschillende preparaten" werden er vragen gesteld over het financiële aspect van deze aanbeveling. Inderdaad zijn de kosten hiervan te dragen door de patiënt en zal er telkens een afweging gemaakt dienen te worden op maat van het individu. Aspecten mee te nemen in deze afweging lijken ons huidige kosten/baten balans van oxybutinine, financiële mogelijkheden van de patiënt en keuze van de arts voor een gunstig kosten/baten alternatief.
Wat betreft de opvolging van opgestarte medicatie en medicatieveranderingen waren het merendeel van de artsen het erover eens dat dit in de praktijk toepasbaar was (met al dan niet aanpassing van de aanbeveling). Na discussie bleek er geen eensgezindheid te zijn wat de aanpassing dan wel diende te zijn en kwamen persoonsgebonden voorkeuren aan bod.
Conclusie: geen aanpassing van de aanbevelingen.

II. Expert review:

Prof. Dr. Stefan De Wachter maakte ons attent op een netwerk meta-analyse die eind 2012 verscheen over effectiviteit en nevenwerkingen van anticholinergica gebruikt voor overactieve blaas.34
Deze meta-analyse is inderdaad niet opgenomen in de NICE van 2013 en onze zoektocht doorheen de data-bases tijdens de screeningsfase leverde dit artikel niet op. Dankzij de expert review konden we dit belangrijke artikel toch nog meenemen ter bespreking.

Verschillende RCTs werden in deze meta-analyse bekeken en geanalyseerd (effectiviteit: 76 trials n = 38662; neveneffecten: 90 trials n = 39 919).

Top 3 voor het "beste profiel van effectiviteit/neveneffecten" was:

- 40 mg/d trospium chloride
- 100 mg/g per dag oxybutynine topische gel
- 4 mg/d fesoterodine

Resultaten voor het "minste aantal neveneffecten" resulteerde in volgende top 5:

- 100 mg/g per day oxybutynin topische gel
- 5 mg/d solifenacin
- 4 mg/d tolterodine ER (extended release)
- 15 mg/d oxybutynin ER
- 0.2 mg/d imidafenacin

Voor wat betreft de effectiviteit van de anticholinergica an sich schuift het artikel geen bepaalde molecule expliciet vooruit. Wel zijn er figuren waarin de effectiviteit met elkaar wordt vergeleken voor de verschillende uitkomsten.

In de discussie van het artikel wordt vervolgens aangehaald dat het gaat om een voorstelling van een "gemiddeld neveneffecten profiel" en dat het onduidelijk is hoe voorspelbaar deze waarden dan zijn voor de individuele patiënt. Ook hebben bijna alles studies een vaste dosis medicatie, hoewel dit in de praktijk zou kunnen worden getitreerd. Er wordt dan inderdaad aangehaald dat studies met flexibele dosis minder neveneffecten hebben.
Wat betreft trospium chloride 40mg wordt er ook gemeld dat er in deze studies (in tegenstelling tot de andere) een groot aantal patiënten met neurogene blaas werden meegenomen en dat er bij een hogere dosis (60mg) een minder groot effect en minder neveneffecten waren (wat onlogisch lijkt).
Er werd gewaarschuwd dat het profiel "neveneffecten/effectiviteit" is opgesteld op basis van de frequentie waarmee het neveneffect is onderzocht. Daar bepaalde medicatie nog niet vaak is onderzocht, zou dit in de toekomst tot een ander resultaat kunnen leiden.
De auteurs stelden dat het gebruik van de verschillende anti-muscarinergica een voorzichtige, op maat van de patiënt gesneden aanpak vergt, waarbij aanpassing van de therapie telkens overwogen zouden moeten worden.

Conclusie:

Wat betreft de aanbeveling van oxybutinine als eerste keuzemiddel, beslisten we om deze niet aan te passen.

Hoe dan ook is peroraal oxybutinine (IR) effectief in de behandeling van urinaire incontinentie. Tevens maakten we de keuze voor deze molecule op basis van de terugbetalingscriteria van het RIZIV (er bestaan ook enkel generische varianten van oxybutinine).
Vervolgens zijn de twee eerste keuze preparaten uit deze studie niet beschikbaar in België (oxybutinine topische gel en trospium chloride).
Verder is er het feit dat in de praktijk de dosis kan worden aangepast en dat we in de toelichting pleiten voor een zo laag mogelijk effectieve dosis, dit om neveneffecten te ondervangen en adherentie te promoten.
Het lijkt ons ten slotte ook logisch om eerst met het goedkoopste product te werken, omdat de neveneffecten individueel kunnen verschillen. Indien dit niet verdragen werd kan nog steeds veranderd worden naar een andere molecule met een eventueel gunstiger profiel.

Wat betreft de aanbeveling van het ontbreken van verschil in effectiviteit en aanpassen van de medicatie op basis van individuele voorkeuren, beslisten we ook om deze niet aan te passen.
In bovenstaande meta-analyse wordt inderdaad geen molecule als meest effectieve naar voren geschoven omdat dit afhankelijk blijkt te zijn van het beoogde resultaat (hoewel er frequent toch een overlap is van de 95% betrouwbaarheidsintervallen).
Dit maakt het onmogelijk om één bepaalde molecule als hét tweede keuzemiddel voor urge incontinentie naar voren te schuiven. Tevens ontbreekt er een kosten-baten analyse en zijn de kosten van de alternatieve moleculen steeds te dragen door de patiënt. Ons lijkt hier dus een individuele afweging zeker belangrijk.

Wat betreft de aanbeveling om de effectiviteit van de medicatie op te volgen en na aanpassingen de behandeling te evalueren, zijn we er nu nog sterker van overtuigd dat dit zeker dient te gebeuren gezien uit bovenstaande blijkt hoe belangrijk de individuele aanpak is.

4.2.2.2. Oestrogenen

We bevelen lokale oestrogeentherapie aan voor postmenopauzale vrouwen met tekenen van vaginale atrofie, die lijden aan urge, stress of gemengde incontinentie omdat dit de klachten lijkt te genezen of te verhelpen.
(Graad 1A)

I. Peer review proces

De meerderheid van de artsen in LOKs gaven aan dat ze het voorschrijven van lokale oestrogenen toepasbaar vonden in de praktijk voor post-menopausale vrouwen met vaginale atrofie en klachten van urinaire incontinentie.

Een opmerking hierbij was 'indien er geen contra-indicaties zijn'. Dit wordt inderdaad niet vermeld in onze aanbeveling omdat we het vanzelfsprekend vinden dat hier rekening mee wordt gehouden voor élk geneesmiddel (dit geldt bijvoorbeeld ook voor de anticholinergica en duloxetine). Mogelijks werd deze vraag gesteld omdat 'hormoontherapie' gevoeliger ligt voor arts en patiënt. Voor de goede orde hebben we de belangrijkste contra-indicaties van de verschillende geneesmiddelen vermeld onder de paragraaf 'toelichting tot de aanbeveling'.
Conclusie: geen aanpassing van de aanbeveling.

II. Expert review: geen opmerkingen

III. Excellencis

Van de vertaler die de module omzette naar het Frans voor de Waalse artsen kregen we de opmerking dat de aanbeveling te zwak geformuleerd is voor een Grade 1A aanbeveling te zijn. Hij doelt hiermee op 'lijkt te genezen of te verhelpen'.
We kozen deze initiële voorzichtige formulering omwille van het ontbreken van een vermelding van een lange-termijn effect en het effect na stoppen van de behandeling. In onderling overleg beslisten we uiteindelijk om de aanbeveling aan te passen en sterker te formuleren.

We bevelen lokale oestrogeentherapie aan voor postmenopauzale vrouwen met tekenen van vaginale atrofie, die lijden aan urge, stress of gemengde incontinentie omdat dit de klachten geneest of verhelpt.
(Graad 1A)

4.2.2.3. Stress incontinentie

We bevelen aan om duloxetine niet te gebruiken als eerstelijnstherapie bij vrouwen met stress incontinentie. Medicatie speelt hier immers een minieme rol. Routinematig gebruik van duloxetine als tweedelijnsbehandeling raden we af.
Duloxetine mag wel aangeboden worden als tweedelijns therapie indien een farmacologische behandeling boven een chirurgische behandeling wordt verkozen of indien patiënten niet in aanmerking komen voor chirurgie.
(Graad 1A)

I. Peer review proces

Bij toetsing in de LOK's kwam naar voren dat de grote meerderheid van de artsen niet op de hoogte was van het gebruik van duloxetine voor stressincontinentie. Velen suggereerden (terecht) heelkunde als de beste therapie bij falen van fysiotherapie.

Gebrek aan ervaring met duloxetine voor deze indicatie en het risico van neveneffecten doet artsen weigerachtig staan in het voorschrijven ervan. Ook kwam het aspect van mogelijke persoons/situatiegebonden factoren naar voren.

Toch vond de meerderheid van de artsen dat de aanbeveling toepasbaar in de praktijk.

Conclusie: uitbreiden van de richtlijn 'opstarten van duloxetine impliceert een specialistisch advies'. Op deze manier worden eerst heelkundige mogelijkheden ten volle geëxploreerd en blijft duloxetine behouden voor de uitzonderlijke gevallen.

We bevelen aan om duloxetine niet te gebruiken als eerstelijnstherapie bij vrouwen met stress incontinentie. Medicatie speelt hier immers een minieme rol. Routinematig gebruik van duloxetine als tweedelijnsbehandeling raden we af.
Duloxetine mag wel aangeboden worden als tweedelijns therapie indien een farmacologische behandeling boven een chirurgische behandeling wordt verkozen of indien ze niet in aanmerking komen voor chirurgie. Opstarten van duloxetine impliceert dus een specialistisch advies.
(Graad 1A)

II. Expert review: geen opmerkingen

4.3. Vergelijkende tabel oorspronkelijke/resulterende aanbeveling

Klinische vraag: Is gedragstherapie een onderdeel in het kader van behandeling van urinaire incontinentie bij vrouwen?	
Oorspronkelijk	Aangepast
(Electrical stimulation in order to reduce the overactivity of the bladder muscle) as well as bladder training may also be employed in urge incontinence.	Wij bevelen aan om blaastraining als eerstelijnsbehandeling te geven aan vrouwen met urge en gemengde incontinentie gedurende een periode van minimaal 6 weken. (Graad 1C)

Klinische vraag: wat is de medicamenteuze behandeling van een urinaire incontinentie bij vrouwen?	
Oorspronkelijk	Aangepast
Stress incontinence: Drug therapy only plays a minor role	We bevelen aan om duloxetine niet te gebruiken als eerstelijnstherapie bij vrouwen met stress incontinentie. Medicatie speelt hier immers een minieme rol. Routinematig gebruik van duloxetine als tweedelijnsbehandeling raden we af. Duloxetine mag wel aangeboden worden als tweedelijns therapie indien een farmacologische behandeling boven een chirurgische behandeling wordt verkozen of indien patiënten niet in aanmerking komen voor chirurgie. Opstarten van duloxetine impliceert dus een specialistisch advies. (Graad 1A)
Urge incontinence: Local oestrogen therapy appears to cure or alleviate symptoms in postmenopausal women	We bevelen lokale oestrogeentherapie aan voor postmenopauzale vrouwen met tekenen van vaginale atrofie, die lijden aan urge, stress of gemengde incontinentie omdat dit de klachten geneest of verhelpt. (Graad 1A)

Urge incontinence: • Anticholinergic drugs are used widely in the treatment of urge incontinence. Drugs in this group include oxybutynin, tolterodine, trospium chloride, solifenacin, darifenacin and fesoterodine. There is no difference in efficacy between the different agents. • Adverse effect profiles are individual: try different preparations. • The efficacy of the medication should be assessed at regular intervals (after about 2 months)	• Wij bevelen aan om (immediate release) oxybutinine aan te bieden aan vrouwen met overactieve blaas of met gemengde incontinentie indien blaastraining onvoldoende was. Anticholinergica worden vaak gebruikt als eerstelijn therapie bij de behandeling van urge incontinentie. Farmaca in deze klasse zijn oxybutinine, tolterodine, solifenacine, darifenacine, propiverine en fesoterodine. (Graad 1A) • Wij bevelen aan om een alternatief anticholinergicum te overwegen indien (immediate release) oxybutinine niet goed verdragen werd. Tussen de verschillende molecules is er geen klinisch verschil in effectiviteit. Gezien de bijwerkingen per individu wel kunnen verschillen, raden we aan om verschillende preparaten uit te proberen. (Graad 1B) • We stellen voor om de effectiviteit van de medicatie op te volgen (na ongeveer een 2tal maanden). Na het aanpassen van de antimuscarinerge therapie stellen we voor om de behandeling vroegtijdig te herbekijken.

4.4. Excellencis

Voor Excellencis stelden we een module op over urine incontinentie bij vrouwen die artsen online kunnen invullen (zie bijlage 3 'implementatie Excellencis'). Deze module bestaat uit casuïstiek met meerkeuze-antwoorden en wordt geaccrediteerd voor artsen die een half uur met de module bezig zijn (1,5 cp). Na het invullen krijgen artsen dan telkens de mogelijkheid om per vraag de onderbouwde antwoorden in te bekijken. Een ideale en leuke aangelegenheid om onze aanbeveling eenvoudig te verspreiden onder vele (huis)artsen in België.

Onze module ging online op 8 april 2014 en vervolgens kregen we toegang tot de gebundelde en dus geanonimiseerde statistische gegevens van de deelnemende artsen. Raadpleging van deze cijfers op 14 april 2014 leerde ons dat na 6 dagen reeds 134 artsen de module hadden ingevuld. Een snelle rekensom leert dat een 1000tal collega's deze module binnen de maand zullen gezien en afgelegd hebben.
Na een eerste poging behalen deze 134 artsen een cumulatief gemiddelde score van 19,1/40. Na alle pogingen samen halen ze dan een cumulatief gemiddelde score van 26,7/40. (zie bijlage)
Een overzicht van de statistische verdeling van de antwoorden per vraag bevindt zich in de bijlage (zie bijlage 3 'implementatie Excellencis').

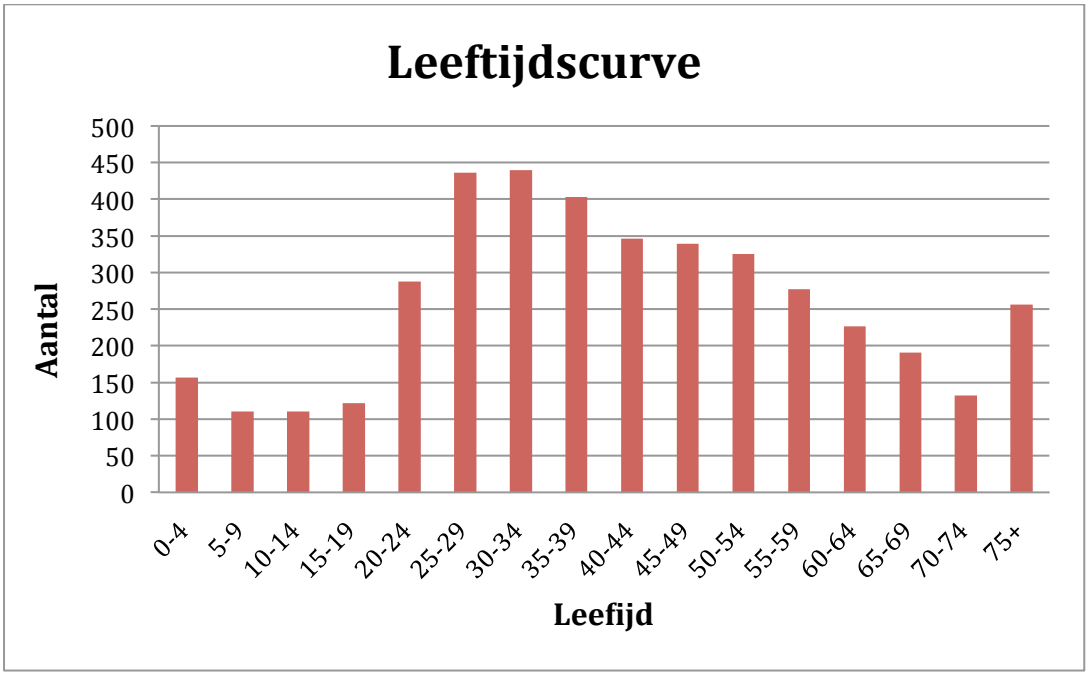
Interessant is dat 71% van deze artsen weet dat de prevalentie van urine-incontinentie rond de 45% ligt en geeft aan dit ook met vrij grote zekerheid te weten. Toch onderschat 19% van de artsen de prevalentie, hoewel ze daar toch niet helemaal zeker van is. Mogelijk draagt dit bij tot het onderdiagnosticeren van urinaire incontinentie.
Wat betreft de behandeling van urge incontinentie weet 66% dat ze eerst moeten starten met lifestyle aanpassingen en blaastraining, 30% kiest echter te snel voor een medicatie of verwijzing.
Indien er gestart wordt met medicatie kiest 60% van de artsen correct voor oxybutinine als eerste keuze; 33% was niet op de hoogte van een eerste keuzemiddel en duidde aan dat eender welk anticholinergicum gestart mocht worden.
Wat betreft de dosering van oxybutinine en het ondervangen van de bijwerkingen weten de meeste artsen goed wat ze moeten doen (globaal genomen meer dan 80% van de artsen).
73% van de artsen weet tevens ook met grote zekerheid dat indien er gewisseld mag worden van anticholinergicum dit mag gebeuren op geleide van individuele (arts/patiënten) voorkeuren.
90% van de artsen weet verder met grote zekerheid dat vaginale oestrogenen in de post-menopause de klachten van urinaire incontinentie kunnen genezen of verhelpen.
Duloxetine is daarentegen niet goed gekend als mogelijke optie voor stress-incontinentie (41% van de artsen). Nu is dit normaal aangezien het niet aanbevolen wordt voor gebruik in de eerste lijn en ook niet routinematig gebruikt zou mogen worden voor stress-incontinentie in de tweede lijn.

4.5. Analyse urinaire incontinentie De Koraalberg

4.5.1. Inleiding

De praktijk waar ik mijn laatste jaar van de huisartsenopleiding rondmaak is 'de Koraalberg' in het centrum van Antwerpen. De patiëntenpopulatie van deze praktijk is een zeer gemengde groep en is een echte stadspopulatie.
Sinds 2010 wordt er in deze praktijk met HealthOne gewerkt en aan de hand van dit elektronisch medisch dossier (EMD) is het mogelijk om gerichte zoekopdrachten uit te voeren op de patiëntenpopulatie. Zo analyseerden we dat de praktijk in 2013, 4159 individuele patiënten zag, goed voor een totaal van 13635 consultaties.

Analyse van de leeftijdsgroepen geeft volgende tabel voor 2013 :



Van deze populatie is 46% mannelijk, vrouwen zijn oververtegenwoordigd in alle leeftijdsgroepen maar vooral in de groep 65+ (55%) en 21-30 jaar (60%).

Indien we onze zoektocht dan toespitsen op urinaire incontinentie en zoeken naar alle vrouwen, ouder dan 18, waarvan de hoofddiagnose het woord 'incontinentie' bevat, dan levert ons dit 39 individuele patiënten op. Van deze 39 patiënten vallen er dan nog 3 patiënten uit (omwille van incontinentie door infectieuze oorzaak en incontinentie door urostoma).

Bij de weerhouden 36 patiënten vinden we volgende termen terug in de diagnose:

- Post menopausale chirurgische incontinentie
- Stress incontinentie
- Postpartumincontinentie
- Urine-incontinentie

- Incontinentie
- Stress – soms urge incontinentie
- Urge-en stress incontinentie
- Urge incontinentie in het kader van een verkoudheid (hoest)
- Urge incontinentie intermittent
- Incontinentie urine gemengde type
- Overige gespecifieerde urine incontinentie

Een analyse van deze resultaten leert ons dat de oudste vermelding van urine-incontinentie in het dossier dateert van 1995, de meest recente van 2014. Verdiepen we ons verder in het dossier, dan bekomen we volgende onderverdeling:

- Stress-incontinentie: 19 patiënten
- Urge-incontinentie: 8 patiënten
- Gemende incontinentie: 3 patiënten
- Niet-gespecifieerde incontinentie: 6 patiënten

4.5.2. Resultaten

Stress-incontinentie

Opvallend is dat er voor stress-incontinentie bij 12 van de 19 patiënten onmiddellijk werd verwezen naar een kinesist voor bekkenbodem-reëducatie. Het aantal sessies dat werd voorgeschreven varieerde tussen de verschillende artsen: gaande van 9, over 10, over 15, naar 18 sessies. Het is niet duidelijk of er verwezen werd naar een gespecialiseerde bekkenbodemspecialiste of niet.
Bij 50% van deze patiënten werd er na deze sessie verder geen melding meer gemaakt van urinaire incontinentie in het dossier. De overige 50% maakte in de loop van de jaren dan nog 1 of 2 maal melding van urinaire incontinentie (stress of gemengde). Afhankelijk van het type werd dan terug doorverwezen naar de kinesist (4 patiënten), werd gestart met oxybutinine (1 patiënte), of werd verwezen naar een specialist (1 patiënte). Uit het dossier is het dan verder telkens niet duidelijk of er nu succes geboekt werd of niet (geen verdere vermelding).
In 2 gevallen werd er geen behandeling gegeven bij de diagnose van stress-incontinentie, ook werd deze klacht dan verder nooit meer aangeraakt.
Bij de resterende 5 patiënten werd er onmiddellijk verwezen naar een specialist (uroloog/gynaecoloog). Hierbij is het in 2 gevallen de reden duidelijk uit het dossier (prolaps waarvoor cystopexie of urethropexie), de overige 3 hebben geen specialistisch verslag in het dossier. Ofwel werd dit verslag nooit opgestuurd, ofwel is de patiënte nooit naar de specialist gegaan.

Urge-incontinentie

Bij 3 van de 8 patiënten werd er onmiddellijk doorverwezen naar een specialist zonder duidelijke reden (mogelijks alarmsymptomen?). Hier werd er bij 2 patiënten uiteindelijk geen behandeling opgestart of is er geen verslag terug te vinden in het dossier (1 patiënte).

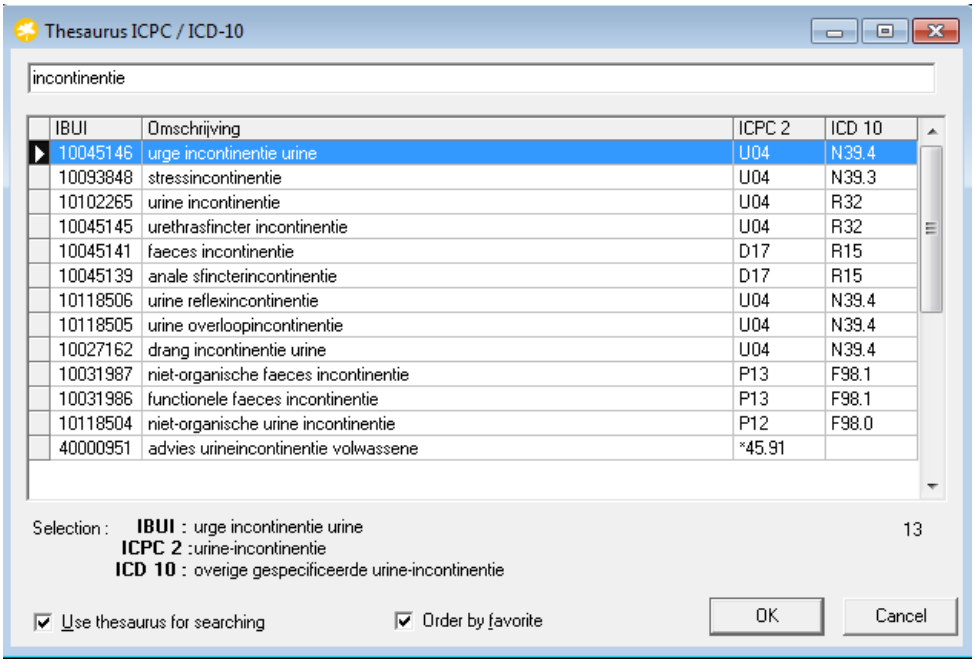
Bij de resterende 5 patiënten werd er in 2 gevallen werd als initiële therapie gestart met Ditropan®, bij 1 patiënte werd er gestart met Urgenin® en 2 maal werd er gestart met kinesitherapie.
De patiënten die verwezen werden naar de kinesist maakten verder in hun dossier geen melding meer van incontinentie. In één geval dat er ditropan werd gestart, werd de patiënte uiteindelijk doorverwezen naar een specialist die de medicatie dan veranderde naar Vesicare® (zonder duidelijk reden uit het dossier: mogelijks neveneffecten?). In het andere geval werd Ditropan® verdragen en werd de dosis opgehoogd van 2.5 mg/dag naar 3x5mg/dag. In beide gevallen werd de medicatie niet volgehouden en werd er ongeveer na een jaar gestaakt (geen voorschriften meer in het dossier terug te vinden). De patiënte die gestart werd op Urgenin® staakte de behandeling wegens het optreden van bloedneuzen, deze werd dan gewisseld naar kinesitherapie, zonder follow up in het dossier.

Gemengde incontinentie
Initieel werd er bij 2 patiënten geen behandeling gegeven, nadien werd er hier gestart met bekkenbodem-reëducatie via een kinesist. Bij 1 patiënte werd onmiddellijk gestart met kinesitherapie.
In de 2 gevallen waar er later gestart werd met kinesitherapie, werd het voorschrift respectievelijk 1 en 3 keer verlengd over de jaren heen. Bij de patiënte die onmiddellijk werd doorverwezen, is er verder nooit meer melding van urine incontinentie in het dossier.

Niet gespecifieerde incontinentie
Bij 3 patiënten werd er voor 'incontinentie' onmiddellijk gestart met oxybutinine. Hier is het slechts in 1 geval duidelijk in welke startdosis dit gegeven werd (2x5mg/dag). Uit het dossier is het verder niet helemaal duidelijk of deze medicatie dan na verloop van tijd werd gestaakt of niet.
Verder werd er bij 1 patiënte gestart met kinesitherapie (geen follow-up in het dossier). Bij een andere patiënte is er dan melding van urine-incontinentie zonder dat er therapie werd gegeven. Ten slotte werd er bij 1 patiënte gestart met Urgenin® met wisselend succes.

4.5.3. Discussie

De eerste bemerkingen over deze analyse richten zich tot het EMD. Om te beginnen wordt er niet steeds gecodeerd volgens internationale codering systemen (ICD 10/ICPC 2). Nochtans laat Health One dit wel toe. Dit zou een eerste stap kunnen zijn naar een beter beeld te scheppen van de problematiek in de praktijk.



Vervolgens zijn er maar 36 patiënten in de hele praktijk gediagnosticeerd met urinaire incontinentie. Hiervan werden er 2 in 2013 gediagnosticeerd (met stressincontinentie). Deze 36 patiënten vertegenwoordigen 0.86% van de patiëntenpopulatie van de praktijk. Volgens de prevalentie en incidentiegegevens (zie inleiding) is dit een duidelijke onderschatting.
Een mogelijke verklaring voor deze onderrapportering is dat veel patiënten, maar ook artsen kampen met een schaamtegevoel rond de incontinentie. Verder kan het idee leven dat urinaire incontinentie een normale evolutie is en dat er niets aan gedaan kan worden. Een andere reden voor deze lage cijfers is dat we in onze zoektocht enkel hebben gezocht op hoofddiagnose, mogelijks missen we hierdoor een aantal patiënten met melding van incontinentie elders in het dossier. We kozen verder voor zoeken op het woord 'incontinentie' en niet 'urine-incontinentie' omdat dit laatste onze zoektocht beperkte. Bij specifiek zoeken (bv: urge/stress/gemengde incontinentie) kregen we veel minder resultaten. Ten slotte meldden de artsen in de praktijk dat ze urine-incontinentie eerder als randdiagnostiek zien; 'het zit niet in de binnencirkel en daarom gaat er weinig aandacht naar toe'.

Indien we de ingestelde behandelingen naast onze nieuwe aanbevelingen houden dan zien we dat de therapie vaak niet overeenkomt met de nieuwe richtlijn.

Stress-incontinentie
Hier valt op dat er (té) snel wordt doorverwezen naar ofwel de kinesist, ofwel de specialist.
Het is correct dat er eerst bekkenbodemspieroefeningen worden aangeboden ("Bij mixed- en stressincontinentie wordt gesuperviseerde regelmatige bekkenbodemspieroefeningen gedurende 2-6 maanden aangeraden als effectieve behandeling (Graad 1A)"). De huisarts zou dit echter makkelijk in eerste instantie zelf kunnen opstarten. Indien er dan toch vraag is vanuit de patiënt of arts om een kinesist te betrekken kan dit uiteraard via doorverwijzing.
In verband met de duur van de bekkenbodemtherapie is er volgens de literatuur onduidelijkheid, maar raden we toch aan om de oefentherapie minimaal 3 maanden te doen alvorens andere opties te overwegen (zoals doorverwijzing naar een specialist).
Voor bio-feedback bij een gespecialiseerde kinesist geldt het volgende "bij onvoldoende resultaat na 3 maanden oefeningen zou er overwogen kunnen worden om biofeedback training te starten bij een gespecialiseerde kinesist(e). (in combinatie met bekkenbodemspieroefeningen) (Graad 2C)".

Urge-incontinentie
Bij de behandeling van urge-incontinentie in de praktijk wordt steeds voorbijgegaan aan blaastraining als initiële therapie. "Wij bevelen aan om blaastraining als eerstelijnsbehandeling te geven aan vrouwen met urge en gemengde incontinentie gedurende een periode van minimaal 6 weken. (Graad 1C)"
Ook wordt er te snel gestart met medicatie omdat blaastraining geen kans kreeg. "Wij bevelen aan om (immediate release) oxybutinine aan te bieden aan vrouwen met overactieve blaas of met gemengde incontinentie indien blaastraining onvoldoende was (Graad 1A)". De initiële keuze voor oxybutinine was correct (hoewel de dosering niet helemaal klopte en er niet altijd generisch werd voorgeschreven), anderzijds was de keuze voor Urgenin® niet evidence-based. Opvallend is wel dat er verder dat er geen follow-up werd voorzien om de medicatie te evalueren "We stellen voor om de effectiviteit van de medicatie op te volgen (na ongeveer een 2-tal maanden)".
Het opstarten van kinesitherapie is niet onderbouwd door de literatuur wat betreft urge-incontinentie.

Gemengde incontinentie
Hier wordt aangeraden om de meest dominante component van de incontinentie eerst aan te pakken. Aangezien er werd doorverwezen naar de kinesist, veronderstellen we dat dit stress-incontinentie was. Ook hier is er dan de gemiste kans om zelf met oefentherapie te starten (zie boven).

Niet gespecifieerde incontinentie
Het is moeilijk om hier uitspraak te doen over de correctheid van de behandeling omdat het type incontinentie niet bepaald werd. Wel staat vast dat er ook (té) snel wordt gestart met medicatie (met medicatiekeuze al dan niet evidence based) of wordt doorverwezen naar de kinesist.

Kijken we ten slotte dan in het algemeen naar de opvolging van de patiënten, dan is het uit het dossier vaak niet duidelijk hoe de klacht evolueerde en of de patiënten nu genezen waren of niet.
Enerzijds kan dit te wijten zijn aan de switch van EMD in 2010 waarbij er gegevens verloren zijn gegaan, anderzijds kan dit een teken zijn dat er betere opvolging moet gebeuren voor deze klacht. Met het vorige medische dossier was er naar verluid betere opvolging omdat de diagnosen steeds zichtbaar bleven in de 'diagnoselijst'.

4.5.4. Praktische Gevolgen

Na de voorstelling van bovenstaande analyse beslisten om we om het probleem van urine incontinentie beter aan te pakken in de praktijk.
Eerst en vooral diende de notie dat urinaire incontinentie iets is dat je met je arts kan bespreken, verspreid te worden. Hiertoe werden 2 expliciete acties ondernomen (een impliciete actie was de artsen in de praktijk bewust maken van de onderbelichting van het probleem). Ik stelde een tekst op voor op de website van de praktijk met uitleg over mijn masterproef en uitleg over urine incontinentie, samen met de uitnodiging om met je arts te praten over deze problematiek (zie bijlage 4 'praktijkverbetering Koraalberg'). Tevens hingen we een poster in de wachtzaal.
Om de follow up van urine-incontinentie (en ook andere problemen) te verbeteren, werd beslist om deze diagnose in de 'probleemlijst' te noteren. Zo zou deze klacht zichtbaar blijven in het dossier en is het mogelijk om er beter terug op in te spelen.
Vervolgens werd om de artsen te faciliteren de aanbevelingen in een bundeltje ter beschikking gesteld, een verwijslijst van bekkenbodemkinesisten uit de buurt opgesteld en een patiëntenbrief opgesteld om de oefeningen zelf op te starten en mee te geven met de patiënten (zie bijlage 4 'praktijkverbetering koraalberg').
Ten slotte werd beslist om nogmaals een analyse te doen op het einde van mijn HAIO-periode (eind augustus) om een evaluatie te doen van de interventie.

5. Epiloog

Urinaire incontinentie is een onderschat probleem in de huisartsgeneeskunde en het schrijven van deze masterproef is een poging om de kennis errond te verbeteren. De oorspronkelijke Duodecim aanbevelingen bleken grotendeels wetenschappelijk correct en toepasbaar te zijn in de praktijk. Evenwel konden we deze uitbreiden en verduidelijken.

Voor mij voelde het beëindigen van deze masterproef aan als afsluiten van een totaalproject.
Enerzijds kon ik een bijdrage leveren aan een nationale richtlijn, anderzijds maakte het uitvoeren van de implementatiefase het mogelijk om de aanbevelingen te verspreiden over een grote populatie, terwijl ook de eigen praktijk een plek kreeg.
Omdat er met mijn thesis nu echt iets gedaan kan worden op grotere schaal, vind ik dat ik een nuttige bijdrage heb kunnen leveren aan de Belgische huisartsgeneeskunde.
Ik ben daarom blij dat ik niet louter een 'praktijkverbeterend project' heb gekozen, maar voor een extra luik ben gegaan.
Ik vond dit het een leerrijk proces en ben blij te hebben ervaren hoe richtlijnen en aanbevelingen worden opgesteld. Ook ben ik nu meer bedreven in het grasduinen in de medische literatuur en de verschillende soorten bronnen. Ten slotte voel ik me ook zekerder wat betreft de topic van urinaire incontinentie en heb ik het gevoel dat ik dit goed kan aanpakken.

6. Dankwoord

In de eerste plaats wil ik mijn collega Melanie Cook en promotor Prof. Dr. Lieve Peremans bedanken voor de aangename samenwerking en het samen tot een goed einde brengen van dit project.
Ook dank ik mijn familie (mama, papa, Thomas, Frederik), mijn beide praktijkopleiders (Riet en Jozefien), de andere collega's uit de praktijk (Philippe, Ann, Ann, Eric, Jos en Hilde), mensen van Excellencis (Georges Ziant), supervisoren van EBMPracticeNet (Martin Goossens, Nicolas Delvaux, Paul Van Royen,…): merci voor de feedback, steun en het advies.

7.Referenties

[1] Urinaire incontinence in woman; The managment of urinary incontinence in women. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Sept 2013-p32

2Lagro-Janssen ALM, Breedveldt Boer HP, Dongen JJAM van, et al. NHG-Standaard Incontinentie voor urine. Huisarts Wet 2006;49(10):501-10.

3 http://www.intego.be/Results/DiagnosesTot.aspx

[4] Van Royen P. Grade. Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. Huisarts Nu 2008;38:505-9.

[5] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary incontinence in woman: the management of urinary incontinence in women. 2013; 87.

[6] Jarvis GJ and Millar DR. Controlled trial of bladder drill for detrusor instability. British Medical Journal 1980; 281(6251): 1322–3.

[7] Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. JAMA: the journal of the American Medical Association 1991;265(5):609–13.

[8] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary incontinence in woman: the management of urinary incontinence in women. 2013; 112-159.

[9] Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG). Samenvatting van de kenmerken van het product (SKP). Beschikbaar via: URL: http://bijsluiters.fagg-afmps.be/?localeValue=nl. Geraadpleegd 7 februari 2013.

[10] Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (B.C.F.I. VZW). Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium. Bijkomende informatie op onze website in verband met de terugbetaling van geneesmiddelen (bijgewerkt op 21/05/12) Beschikbaar via: URL: http://www.bcfi.be/nieuws/artikel.cfm?welk=150 Geraadpleegd op 12 februari 2014.

[11] Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (B.C.F.I. VZW). Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium. Inl. 6.2.3 'anticholinerge ongewenste effecten'. Beschikbaar via: URL: http://www.bcfi.be/GGR/Index.cfm?ggrWelk=/nIndex/GGR/Stof/IN_O.cfm. Geraadpleegd op 12 februari 2014.

[12] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary incontinence in woman: the management of urinary incontinence in women. 2006; 64-72.

[13] Homma Y, Paick JS, Lee JG, et al. Clinical efficacy and tolerability of extended-release tolterodine and immediate-release oxybutynin in Japanese and Korean patients with an overactive bladder: a randomized, placebo-controlled trial. BJU International 2003;92(7):741–7.

[14]Dmochowski RR, Sand PK, Zinner NR, et al. Comparative efficacy and safety of transdermal oxybutynin and oral tolterodine versus placebo in previously treated patients with urge and mixed urinary incontinence. Urology 2003;62(2):237–42.

[15] Drutz HP, Appell RA, Gleason D, et al. Clinical efficacy and safety of tolterodine compared to oxybutynin and placebo in patients with overactive bladder. International Urogynecology Journal 1999;10(5):283–9.

[16] Abrams P, Freeman R, Anderstrom C, et al. Tolterodine, a new antimuscarinic agent: as effective but better tolerated than oxybutynin in patients with an overactive bladder. British Journal of Urology 1998;81(6):801–10.

[17] Ouslander JG, Schnelle JF, Uman G, et al. Does oxybutynin add to the effectiveness of prompted voiding for urinary incontinence among nursing home residents? A placebo-controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society 1995;43(6):610–17.

[18] Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium. Hoofdstuk 6.3.1. Oestrogenen in de menopause. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (B.C.F.I. VZW) c/o Campus Heymans Blok B 1e verdieping, De Pintelaan 185, 9000 Gent

[19] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary incontinence in woman: the management of urinary incontinence in women. 2013;162-164.

[20] Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, et al. Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. Obstetrics and Gynecology 2001;97(1):116–20.

[21] Steinauer JE, Waetjen LE, Vittinghoff E, et al. Postmenopausal hormone therapy: does it cause incontinence? Obstetrics and Gynecology 2005;106(5 Part 1):940–5

[22] Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, et al. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. JAMA: the journal of the American Medical Association 2005;293(8):935–48.

[23] Goldstein SR, Johnson S, Watts NB, et al. Incidence of urinary incontinence in postmenopausal women treated with raloxifene or estrogen. Menopause 2005;12(2):160–4

[24] Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA: the journal of the American Medical Association 1998;280(7):605–13.

[25] Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA: the journal of the American Medical Association 2002;288(3):321–33.

[26] Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA: the journal of the American Medical Association 2004;291(14):1701–12

[27] Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium. Inleiding. Hoofdstuk 6.2.4. Serotoninesyndroom. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (B.C.F.I. VZW) c/o Campus Heymans Blok B 1e verdieping, De Pintelaan 185, 9000 Gent

[28] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Urinary incontinence in woman: the management of urinary incontinence in women. 2013; 160-162.

[29] Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002;187(1):40–8.

[30] Millard RJ, Moore K, Rencken R, et al. Duloxetine vs placebo in the treatment of stress urinary incontinence: a four-continent randomized clinical trial. BJU International 2004;93(3):311–18.

[31] Dmochowski RR, Miklos JR, Norton PA, et al. Duloxetine versus placebo for the treatment of North American women with stress urinary incontinence. Journal of Urology 2003;170(4 Part 1):1259– 63.

[32] Van Kerrebroeck P, Abrams P, Lange R, et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of European and Canadian women with stress urinary incontinence. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2004;111(3):249–57.

[33] Kinchen KS, Obenchain R, Swindle R. Impact of duloxetine on quality of life for women with symptoms of urinary incontinence. International Urogynecology Journal 2005;16(5):337–44.

[34] Nora Buser, Sandra Ivic, Thomas M. Kessler et al. Efficacy and Adverse Events of Antimuscarinics for Treating Overactive Bladder: Network Meta-analyses. EUROPEAN UROLOGY 62 (2012) 1040–1060

BIJLAGEN

Bijlage 1: Presentatie Nicolas Delvaux

Trainingsessie

Gent, 23/04/2013

UI bij vrouwen

- Opbouw richtlijn duodecim:
  - Achtergrondinfo
    - Soorten incontinentie
    - epidemiologie
    - Etiologie
  - Diagnostiek
    - Anamnese
    - KO
    - Labo en beeldvorming
  - Indicaties voor verwijzing
  - Behandeling
    - Conservatieve behandeling
    - Medicamenteuze behandeling
    - Chirurgische behandeling
  - Incontinentiebescherming

UI bij vrouwen

- Klinische vragen
  - Welke anamnestische criteria te gebruiken bij de diagnostiek van urine incontinentie?
  - Welke onderzoeken zijn er nodig voor de diagnostiek van urine incontinentie?
  - Wanneer moet er doorverwezen worden naar een specialist?
  - Welke behandeling bij urine incontinentie?
  - Welke patiënten verwijst de arts door voor chirurgie?

UI bij vrouwen

- BCFI: aanpak UI in eerste lijn 2008 – zeer goed voor overzicht en alle achtergrond info! Op de site van BCFI is er ook een versie van 2011!
- NICE richtlijn 2013
- Opbouw richtlijn
  - Inschatting en onderzoek UI
    - Anamnese (stress-, urge-, gemengde UI)
    - KO, Dipstick
    - Beeldvorming (residu)
  - Verwijzing
  - Conservatief beleid
    - Kine
    - Gedragstherapie
    - Medicamenteus beleid
  - Heelkundig beleid
    - Onderverdeling overactieve blaas, stress UI

UI bij vrouwen

Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline
Klinische vraag 1: welke anamnestische criteria bij diagnostiek urinaire incontinentie	At the initial clinical assessment, the woman's UI should be categorised as stress UI, mixed UI, or urge UI/OAB. Initial treatment should be started on this basis. In mixed UI, treatment should be directed towards the predominant symptom.		

UI bij vrouwen

Chapter 3 Assessment and investigation

3.2 History taking and physical examination

At the initial clinical assessment, the woman's UI should be categorised as stress UI, mixed UI, or urge UI/OAB. Initial treatment should be started on this basis. In mixed UI, treatment should be directed towards the predominant symptom. D (GPP)

The clinical assessment should seek to identify relevant predisposing and precipitating factors and other diagnoses that may require referral for additional investigation and treatment. D (GPP)

UI bij vrouwen

Evidence statements for history taking and physical examination

The reporting of stress, urge or mixed UI is commonly used to direct treatment decisions. [EL = 4]

The diagnostic value of history taking has been compared with urodynamic testing in women with UI or OAB. In general, there is a low level of agreement between a history of urinary symptoms and urodynamic findings. [EL = DS III]

However, women who do not report mixed or urge UI are unlikely to have findings of mixed UI or DO on urodynamics. [EL = DS III]

UI bij vrouwen

Stap 4.2 inhoud van elke aanbeveling			
	Aanbevelingen uit de bronguideline (noteer hier enkel de kernboodschappen/praktijkadviezen; geen randinformatie - deze kan in het apart tabblad worden genoteerd)	Grade of recommendation vermeld in de bronguideline	Niveau van evidentie vermeld in de bronguideline
Klinische vraag 1: welke anamnestische criteria bij diagnostiek urinaire incontinentie	At the initial clinical assessment, the woman's UI should be categorised as stress UI, mixed UI, or urge UI/OAB. Initial treatment should be started on this basis. In mixed UI, treatment should be directed towards the predominant symptom.	D	EL = DS III en EL = 4

UI bij vrouwen

Stap 4.3. waardeer aanbevelingen op courantheid		
Is alle belangrijke evidence geciteerd in de richtlijn? (Vermeld kort dewelke)	Zo niet, welke recente referenties (systematische reviews, RCT,...) zouden bij eventuele adaptatie in aanmerking moeten genomen worden?	Bijkomende opmerkingen?
The diagnostic value of history taking has been compared … : omvat 25 verschillende RCT waarvan laatste dateert van 2006, veel geïncludeerde studies zijn van jaren '80 en '90.	In recentie BCI transparantiefiche worden geen recentere bronnen aangehaald	neen

UI bij vrouwen

- Beoordeling samenhang aanbevelingen:
  - Richtlijn beschrijft "guideline questions" = opbouw van PICO per aanbeveling
  - Voor samenhang is het van belang naar referenties te kijken
  - Titels van referenties hebben allemaal te maken met klinische vraag

46. Jensen JK, Nielsen FR, Ostergard DR. The role of patient history in the diagnosis of urinary incontinence. *Obstetrics and Gynecology* 1994;83(5 Part 2):904–10.
47. Harvey MA and Versi E. Predictive value of clinical evaluation of stress urinary incontinence: a summary of the published literature. *International Urogynecology Journal* 2001;12(1):31–7.
48. Martin JL, Williams KS, Abrahams KR, *et al*. Systematic review and evaluation of methods of assessing urinary incontinence. *Health Technology Assessment* 2006;10:(6).
49. Lagro-Janssen AL, Debruyne FM, and van Weel C. Value of the patient's case history in diagnosing urinary incontinence in general practice. *British Journal of Urology* 1991;67(6):569–72.

UI bij vrouwen

Stap 4.4. waardeer aanbevelingen op samenhang			
Is de zoekstrategie consistent met de klinische vraag?	Is er consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten?	Is er consistentie tussen de samenvatting van de evidence en de formulering van de aanbeveling?	Opmerkingen?
"guideline question" is consistent met klinische vraag. Referenties hebben allen betrekking tot het onderwerp van de klinische vraag.	Auteurs beschrijven zwakke correlatie tussen anamnese en resultaten diagnostisch onderzoek. Dit is in overeenstemming met geciteerde studies.	Ondanks gebrekkige evidentie wordt aanbevolen om anamnese toch te doen. Pragmatische overwegingen spelen hier rol.	weinig relatie tussen anamnese en resultaten bij meer doorgedreven diagnostisch onderzoek – anamnese helpt wel in onderverdeling van soort UI welke een leidraad vormt verdere behandeling

UI bij vrouwen

Stap 4.5. waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid	
Is de aanbeveling toepasbaar in de Belgische zorgcontext ?	Zo niet, waarom?
ja	

Vraag 5

Katrien, 40jaar, komt op raadpleging. Ze heeft voornamelijk klachten van een sterke, oncontroleerbare mictiedrang. Ze moet dan dringend lopen naar het WC, anders is het te laat. G1P0A1. Klinisch onderzoek is volledig normaal.

Je besluit tot urge incontinentie en stelt een behandeling in.

Vraag 5

Je kiest voor:

1. Lifestyle advies:
2. Lifestyle advies + gedragstherapie
3. Lifestyle advies + gedragstherapie + anticholinergicum
4. Verwijzing urologie

Opm: lifestyle advies: vermageren bij BMI > 30kg/m², vloeistof beperking (wanneer >3l/d), cafeïne beperking, constipatie preventie.

Vraag 5

Je kiest voor:

1. Lifestyle advies:
2. Lifestyle advies + gedragstherapie
3. Lifestyle advies + gedragstherapie + anticholinergicum
4. Verwijzing urologie

Opm: lifestyle advies: vermageren bij BMI > 30kg/m², vloeistof beperking (wanneer >3l/d), cafeïne beperking, constipatie preventie.

Aanbeveling

Bladder training lasting for a minimum of 6 weeks should be offered as first-line treatment to women with urge or mixed UI. (grade 1C)

Wat betekent dit?

- De tijd tussen 2 mictie-episoden verlengen om zo continentie te herwinnen.
- Interval in de studies mikt op 3-4uur.
- Praktisch: bijvoorbeeld bij aandrang op de WC te gaan zitten en nog trachten op te houden, zo telkens langer en langer

Vraag 6

Zelfde patiënte komt terug na 6 weken: 'Dokter, ik heb de blaastraining geprobeerd, maar dit heeft toch nog niet het gewenste effect. Kan je mij niet wat beter helpen?'

Je herevalueert de patiënte en schrijft een anticholinergicum voor. Je klapt het BCFI open en wordt geconfronteerd met een verschillende molecules.

Vraag 6

Welke anticholinergicum schrijf je voor?

1. Propiverine
2. Flavoxaat
3. Fesoterodine
4. Oxybutinine oraal
5. Darifenacine
6. Solifenacine
7. Oxybutinine transdermaal
8. Tolterodine
9. Alle van bovenstaande zijn juist

Vraag 6

Welke anticholinergicum schrijf je voor?

1. Propiverine
2. Flavoxaat
3. Fesoterodine
4. Oxybutinine oraal
5. Darifenacine
6. Solifenacine
7. Oxybutinine transdermaal
8. Tolterodine
9. Alle van bovenstaande zijn juist

Aanbeveling

Anticholinergic drugs are used widely in the treatment of urge incontinence. Drugs in this group include oxybutynin, tolterodine, trospium chloride, solifenacin, darifenacin, propiverine and fesoterodine. Immediate release non-proprietary oxybutynin should be offered to women with OAB or mixed UI as first-line antimuscarinic drug treatment, if bladder training has been ineffective. (grade 1A)

Terugbetaling

Categorie B (door gynaecoloog/uroloog)

- neurogene blaas met hyperactiviteit van de blaas, te wijten aan een cerebrale lesie of een letsel aan het hoge ruggemerg;
- onvolledig ontwikkelde blaas, gedocumenteerd door meer bepaald een debietmeting en medische beeldvorming;
- chronische onstabiele blaas bij een volwassene, van het functionele type, zonder onderliggende organische letsels gedocumenteerd door meer bepaald een endoscopie en een urodynamisch onderzoek

Kostprijs

Goedkoopste:

Oxybutinine EG:

100 x 5 mg: €9 (remgeld gewoon: €5,12)

Vraag 7

Je schrijft de patiënte oxybutinine per os voor (3 x 5mg/dag), en bestelt haar terug op consultatie na een 8tal weken ter evaluatie.

De patiënte zegt tijdens deze consultatie erg veel last te hebben van droge mond, nausea en constipatie. Je herkent deze klachten als zijnde bijwerkingen van oxybutinine.

Vraag 7

Welke actie is juist (meer dan 1)?

1. Je drijft de dosis oxybutinine op
2. Je verlaagt de dosis oxybutinine
3. Je doet niets: 'elk medicament heeft nu eenmaal bijwerkingen'
4. Je schaft oxybutinine af en schrijft een ander anticholinergicum voor
5. Je verwijst naar 2de lijn

Vraag 7

Welke actie is juist (meer dan 1)?

1. Je drijft de dosis oxybutinine op
2. Je verlaagt de dosis oxybutinine
3. Je doet niets: 'elk medicament heeft nu eenmaal bijwerkingen'
4. Je schaft oxybutinine af en schrijft een ander anticholinergicum voor
5. Je verwijst naar 2de lijn

Antwoord: FAGG

Doel is te streven naar de laagst mogelijke effectieve dosis.

- Startdosis: 3 maal daags 2,5 mg oxybutynine
- Maximaal aanbevolen dagelijkse dosis: 4 tabletten (20 mg oxybutynine)

Een vermindering van de dosis kan de incidentie van de bijwerkingen verminderen.

Vraag 8

Wisselen van anticholinergicum: welk schrijf je voor?

1. Propiverine
2. Flavoxaat
3. Fesoterodine
4. Darifenacine
5. Solifenacine
6. Oxybutinine transdermaal
7. Tolterodine
8. Alle van bovenstaande zijn juist

Vraag 8

Welk anticholinergicum schrijf je voor?

1. Propiverine
2. Flavoxaat
3. Fesoterodine
4. Darifenacine
5. Solifenacine
6. Oxybutinine transdermaal
7. Tolterodine
8. Alle van bovenstaande zijn juist

Aanbeveling

Urge incontinence: There is no clinical difference in efficacy between the different agents. If immediate release oxybutynin is not well tolerated, consider an alternative anticholinergic agent. Adverse effect profiles are individual: try different preparations. (grade 1B)

Best op basis van kostprijs en individuele tolerantie

Vraag 9

Indien de vrouw nu 58 jaar, post-menopausaal en klachten van vaginale atrofie vertoonde op KO. Zou dit ons beleid kunnen veranderen?

1. Ja
2. Nee
3. Ik weet het niet

Vraag 9

Indien de vrouw nu 58 jaar, post-menopausaal en klachten van vaginale atrofie vertoonde op KO. Zou dit ons beleid kunnen veranderen?

1. Ja
2. Nee
3. Ik weet het niet

Vraag 10

Welke van onderstaande therapieën zou U instellen?

1. Vaginaal oestrogeen (bv aacifemine ovulen/crème)
2. Systemische oestrogeentherapie (+/- progestagenen) (bv progynova)
3. Combinatie van beide

Vraag 10

Welke van onderstaande therapieën zou U instellen?

1. Vaginaal oestrogeen (bv aacifemine ovulen/crème)
2. Systemische oestrogeentherapie (+/- progestagenen) (bv progynova)
3. Combinatie van beide

Aanbeveling

Local oestrogen therapy appears to cure or alleviate symptoms in postmenopausal women with urge, stress or mixed incontinence. (grade 1A)

Vraag 11

Charlotte, 36 en mama van 2 kinderen, komt op het spreekuur.

Je hebt haar een 3tal maanden geleden verwezen naar een gespecialiseerde bekkenbodemkinesiste wegens duidelijke stressincontinentie.

Ze vertelt nu dat de klachten niet voldoende verbeteren met de oefentherapie. Ze is absoluut tegen chirurgie, maar wil wel graag geholpen worden.

Vraag 11

Wat doe je?

1. Een anticholinergicum voorschrijven.
2. Een lokaal oestrogeen voorschrijven.
3. Toch verwijzen naar gynaecoloog/uroloog.
4. Duloxetine voorschrijven.
5. Desmopressine voorschrijven.
6. Pseudo-efedrine voorschrijven.

Vraag 11

Wat doe je?

1. Een anticholinergicum voorschrijven.
2. Een lokaal oestrogeen voorschrijven.
3. Toch verwijzen naar gynaecoloog/uroloog.
4. Duloxetine voorschrijven.
5. Desmopressine voorschrijven.
6. Pseudo-efedrine voorschrijven.

Aanbeveling

Stress incontinence: drug therapy only plays a minor role. Duloxetine should not routinely be used as a second-line treatment for women with stress UI (although it may be offered as second-line therapy if women prefer pharmacological to surgical treatment or are not suitable for surgical treatment). (grade1A)

Feedbackformulier:
Aanpak van urine incontinentie bij vrouwen in de huisartsenpraktijk

Aanbeveling		***Ik vind deze aanbeveling haalbaar/toepasbaar in de praktijk (zo nee, graag uw opmerkingen)***			***Suggesties voor adaptatie of opmerkingen***
		Helemaal ontoepasbaar (suggestiekader)	Toepasbaar mits aanpassing (suggestiekader)	Helemaal toepasbaar	
Kinesitherapie					
1.	Gesuperviseerde regelmatige bekkenbodemspieroefeningen gedurende 2-6 maanden is een effectieve behandeling voor mixed en stressincontinentie				
2.	Bekkenbodemspieroefeningen is waardevol bij postpartum incontinentie				
3.	Bij onvoldoende resultaat na 3 maanden oefeningen zou er overwogen kunnen worden om biofeedback training te starten bij gespecialiseerde kinesist. (in combinatie met bekkenbodemspieroefeningen)				
4.	Elektrische stimulatie om overactiviteit van de blaasspier tegen te gaan wordt niet routinematig aangeraden.				
Hulpmiddelen					
5.	Inlegkruisjes, pampers en andere absorberende toebehoren bieden protectie bij urineverlies. Tampons en Vaginale kegeltjes of tampons helpen tijdens kortdurende fysieke activiteit. Een gespecialiseerde verpleegster kan de juiste uitleg geven en materialen voorzien.				
Blaastraining					
6.	Blaastraining gedurende een periode van minimaal 6 weken zou als eerstelijnsbehandeling gegeven moeten worden aan vrouwen met urge en gemengde incontinentie				
Medicatie					
7.	Urge incontinentie: Anticholingerica worden vaak gebruikt bij de behandeling van urge incontinentie. Farmaca in deze klasse zijn oxybutinine, tolterodine, trospium chloride, solifenacin, darifenacine, propiverine en fesoterodine. Immediate release oxybutinine (generisch) zou aangeboden moeten worden als eerstelijn-antimuscarinerge therapie aan vrouwen met overactieve blaas of gemengde incontinentie, indien de blaastraining onvoldoende was.				
8.	Urge-incontinentie: er is geen klinisch verschil in effectiviteit tussen de verschillende molecules (anticholinergica). Indien immediate release oxybutinine niet goed verdragen werd, overweeg dan een alternatief anticholinergicum. Neveneffecten verschillen per individu: probeer verschillende preparaten uit.				
9.	Stress incontinentie: medicatie speelt slechts een minimale rol. Duloxetine zou niet routinematig gebruikt mogen worden als tweedelijnsbehandeling voor vrouwen met stress incontinentie (hoewel het wel aangeboden mag worden aan vrouwen als tweedelijnstherapie indien ze farmacologische behandeling boven chirurgische behandeling verkiezen of indien ze niet in aanmerking komen voor chirurgie)				
10.	Lokale oestrogeen therapie lijkt de klachten te genezen of verhelpen bij postmenopausale vrouwen met urge, stress of gemengde incontinentie				
11.	We stellen voor dat de effectiviteit van de medicatie op regelmatige tijdstippen wordt opgevolgd (na ongeveer een 2tal maanden) en dat na het veranderen van antimuscarinerge medicatie de behandeling vroegtijdig wordt herbekeken.				

Gelieve eveneens volgende stellingen te quoteren:

		Helemaal oneens	Oneens	Eens noch oneens	Eens	Helemaal eens
1.	Ik vind het bespreekbaar maken van urine incontinentie en mogelijke behandelingen een taak van de huisarts					
2.	Ik vind de aanpak van urine incontinentie een taak van de huisarts					
3.	Ik vind het opstarten van een oefenschema voor bekkenbodemspieroefeningen een taak van de huisarts					
4.	Ik vind het opstarten van medicatie voor urine incontinentie een taak van de huisarts					
5.	Ik vind de follow-up/monitoring van urine incontinentie een taak van de huisarts					

Antwoorden LOK

Quiz

Antwerpen

Vragen	Antwoordopties							
1	a	b	c	d				
			14					
2	a	b	c	d				
	6	7	2					
3	a	b	c	d	e			
	1	7	1	1	4			
4	a	b	c	d				
	7		7					
5	a	b	c	d				
	1	4	8	1				
6	a	b	c	d				
				14				
7	a	b	c	d	e			
		11	1	5	2			
8	a	b	c	d	e	f	g	h
		2						4
9	a	b	c	d				
	14							
10	a	b	c	d				
	14							
11	a	b	c	d				
	5		2	1				

NB: sommige artsen kruisten soms meer dan 1 optie aan, soms lieten ze een vraag open.

Stabroek

Vragen	Antwoordopties							
1	a	b	c	d				
	0	1	7	0				
2	a	b	c	d				
	2	6	0	0				
3	a	b	c	d	e			
	0	2	0	0	6			
4	a	b	c	d	ZBH			
	2	0	0	0	6			
5	a	b	c	d				
	0	0	8	0				
6	a	b	c	d	ZBW			
	5	0	0	3	1			
7	a	b	c	d	e			
	0	5	0	3	0			
8	a	b	c	d	e	f	g	h
	1	0	2	0	4	0	0	1
9	a	b	c	d				
	8	0	0	0				
10	a	b	c	d				
	7	1	0	0				
11	a	b	c	d	ZBW		ZBH	
	0	0	1	1	5		5	

NB:
ZBH: zelf bijgeschreven 'heelkunde'
ZBW: zelf bijgeschreven 'weet niet'

Feedback formulier

Antwerpen
Aanbevelingen

	Helemaal ontoepasbaar	Toepasbaar mits aanpassing	Helemaal toepasbaar
1		3	14
2			17
3		5	12
4	5	8	4
5	1	11	5
6		2	15
7		1	16
8	3	1	13
9	1	6	10
10		1	15
11	1	7	9

Stellingen

	Helemaal oneens	Oneens	Eens noch oneens	Eens	Helemaal eens
1				12	4
2			1	11	4
3		1	8	7	
4			1	12	3
5			2	12	2

Nota bene: sommige artsen kruisten soms meer dan 1 optie aan.

Stabroek
Aanbevelingen

	Helemaal ontoepasbaar	Toepasbaar mits aanpassing	Helemaal toepasbaar
1	1	1	6
2			8
3		6	2
4	4		3
5	1	5	2
6		3	5
7		2	6
8			8
9	5		3
10		2	6
11		2	6

Stellingen

	Helemaal oneens	Oneens	Eens noch oneens	Eens	Helemaal eens
1				4	4
2				3	5
3			4	3	1
4				2	6
5			2	3	3

Bijlage 3: Implementatie Excellencis

I. Module Excellencis (gehele module)

Urine-incontinentie bij vrouwen: enkele concrete klinische gevallen

Deze bijscholingsmodule werd opgesteld door Dr. Melanie Cook en Dr. Mathias Michiels en gevalideerd door Prof. Dr. Lieve Peremans, Centrum Voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen.

Inleiding:
Er blijft heel wat onduidelijkheid bestaan omtrent goede behandeling van urinaire incontinentie van de vrouw. Uit cijfers blijkt dat het te weinig wordt besproken bij de huisarts, mede door onduidelijke behandelmethodes.
Met deze module willen we de nieuwste richtlijnen omtrent de behandeling van urine incontinentie aan het licht brengen op grond van concrete klinische gevallen.

Onderbouwing voor onderstaande vragen komt uit volgende bronnen
NICE guideline 2013: Urinary incontinence in women
BCFI 2011 transparantiefiche: aanpak van urine-incontinentie

Vraag 1.
Vraag: OPEN VRAAG

Wat is de prevalentie van urinaire incontinentie bij vrouwen van 15 jaar en ouder?

a. 10-25%
b. 25-45%
c. 45-65%
d. 65-80%

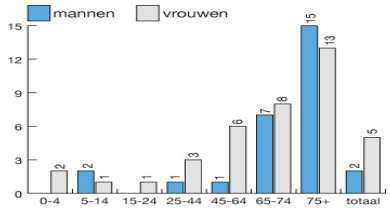
Antwoord: B

Extra informatie:

* NICE[1]: Houdt het heel breed en spreekt van een prevalentie tussen de 5% en 69%. Dit is heel breed door groot verschil in studie-onderzoeken.
"Differences in study populations, the definition and measurement of UI, and the survey method used result in a wide range of prevalence estimates. Where the most inclusive definitions have been used ('ever', 'any', 'at least once in the last 12 months'), prevalence estimates in the general population range from 5% to 69% in women 15 years and older, with most studies in the range ***25–45%."***[2]

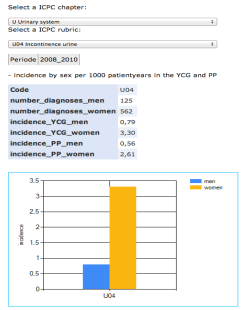
"Door verschillen in studiepopulaties, gehanteerde definities en berekeningen van urine incontinentie, en verschillende onderzoeksmethodes, vindt men een breed scala van vermoede prevalenties terug. Waar de meeste inclusie definities gebruikt zijn ('altijd', 'elke', 'minimaal één maal in de laatste 12 maanden'), komt de berekende prevalentie in de algemene populatie neer op een scala van 5% tot 69% bij vrouwen van 15 jaar en ouder, in de meeste studies ligt het scala tussen de 25-45%."[2]

* Nederland: Nederland (diagnostiek van alledaagse klachten):
- **kwart tot ruim de helft** van alle volwassen vrouwen.[3]



- ***Figuur 1*** Incidentie van de klacht urine-incontinentie (contactreden U04) in de huisartspraktijk in Nederland, per 1.000 patiënten per jaar.[4]

*Belgische Intego[5]:
Incidentie vrouwen: 3,30/1000 patiënten.



Aangezien bij veel patiënten schaamtegevoel optreedt over de incontinentie, het door de patiënt als onbelangrijk wordt beschouwd, of het een klacht is losstaande van de aanmeldingsklacht, wordt het probleem waarschijnlijk onder gerapporteerd en niet altijd correct geregistreerd.

[1] Urinaire incontinence in woman; The managment of urinary incontinence in women. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Sept 2013-p32

[2] Hunskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan M, Nelson R, Sillen U. Epidemiology of urinary (UI) and feacal (FI) incontinence and pelvic organprolapse (POP). In: Abrams P, Khoury S, Cardozo L, Wein A, eds. *WHO-ICS International Consultation on Incontinence*. 3rd ed. Paris: Health Publications Ltd; 2005. p. 255–312.

[3] Lagro-Janssen ALM, Breedveldt Boer HP, Dongen JJAM van, et al. NHG-Standaard Incontinentie voor urine. Huisarts Wet 2006;49(10):501-10.

[4] Gezondheidsraad. Urine-incontinentie. Den Haag, 2001 (Gezondheidsraad publicatie nr. 2001/12).

[5] http://www.intego.be/Results/DiagnosesTot.aspx

Vraag 4

Vraag: MEERKEUZE

Katrien, 43jaar, komt op raadpleging. Ze heeft voornamelijk klachten van een sterke, oncontroleerbare mictiedrang. Ze moet dan dringend lopen naar het WC, anders is het te laat. Klinisch onderzoek, inclusief vaginaal toucher met bekkenbodembeoordeling is volledig normaal.
Je besluit tot urge incontinentie en stelt een behandeling in.

Je kiest voor:

A. Lifestyle advies
B. Lifestyle advies + gedragstherapie (blaastraining)
C. Lifestyle advies + anticholinergicum
D. Lifestyle advies + gedragstherapie (blaastraining) + anticholinergicum
E. Verwijzing urologie

Opm: lifestyle advies: vermageren bij BMI > 30kg/m^2, vloeistof beperking (wanneer >3l/d), cafeïne beperking, constipatie preventie.

Antwoord B

Extra info

"Blaastraining gedurende een periode van minimaal 6 weken zou als eerstelijnsbehandeling gegeven moeten worden aan vrouwen met urge en gemengde incontinentie."
Graad 1C

Wat betekent dit?

- De tijd tussen 2 mictie-episoden verlengen om zo continentie te herwinnen.
- Interval in de studies mikt op 2,5-4uur. [6,7,8]
- Praktisch: bijvoorbeeld bij aandrang op de WC te gaan zitten en nog trachten op te houden, zo telkens langer en langer

[6] Urinaire incontinence in woman; The managment of urinary incintinence in women. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Sept 2013. p87
[7] Jarvis GJ and Millar DR. Controlled trial of bladder drill for detrusor instability. British Medical Journal 1980;281(6251):1322–3.
[8] Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. JAMA: the journal of the American Medical Association 1991;265(5):609–13.

Vraag 5

Vraag: MEERKEUZE

Zelfde patiënte komt terug na 6 weken en heeft de blaastraining gevolgd. Dit heeft echter toch nog niet het gewenste effect. 'Kan je mij niet wat beter helpen?' Je herevalueert de patiënte en schrijft een anticholinergicum voor. Je kijkt in het compendium en wordt geconfronteerd met een verschillende molecules.

Welke anticholinergicum schrijf je voor?

A. Propiverine (Mictonorm)
B. Flavoxaat (Urispas)
C. Fesoterodine (Toviaz)
D. Oxybutinine oraal (Ditropan)
E. Darifenacine (Emselex)
F. Solifenacine (Vesicare)
G. Oxybutinine transdermaal (Kentera)
H. Tolterodine (Detrusitol)
I. Alle van bovenstaande zijn juist

NB: Merknamen zijn ter illustratie!

Antwoord D

Extra info

"Urge incontinentie: anticholinergica worden vaak gebruikt bij de behandeling van urge incontinentie. Farmaca in deze klasse zijn oxybutynine, tolterodine, trospium chloride, solifenacin, darifenacine, propiverine en fesoterodine. Immediate release oxybutinine (generisch) zou aangeboden moeten worden als eerstelijns antimuscarinerge therapie aan vrouwen met overactieve blaas of gemengde urinaire incontinentie, indien blaastraining onvoldoende was."
Graad 1A

Uiteraard hebben we de voorkeur voor generisch oxybutinine aangezien dit het goedkoopste is.

Voor oxybutinine gelden verschillende terugbetalingscriteria[9]:

I. De specialiteit wordt vergoed in categorie B na gunstig advies van de geneesheer-adviseur als ze wordt toegediend voor:
   - neurogene blaas met hyperactiviteit van de blaas, te wijten aan een cerebrale laesie of een letsel aan het hoge ruggenmerg;
   - onvolledig ontwikkelde blaas, gedocumenteerd door meer bepaald een debietmeting en medische beeldvorming;
   - chronische onstabiele blaas bij een volwassene, van het functionele type, zonder onderliggende organische letsels gedocumenteerd door meer bepaald een endoscopie en een urodynamisch onderzoek

   De eerste aanvraag tot vergoeding moet gebeuren door een geneesheer specialist in de gynaecologie of in de urologie.
II. De specialiteit wordt vergoed in categorie Cx zonder voorafgaande goedkeuring van de geneesheer-adviseur en zonder beperking tot bepaalde categorieën voorschrijvers.

[9] Aanpak van urine-incontinentie. BCFI/Transparantiefiche. Aug 2011. P28

Vraag 6

Vraag: JUIST/FOUT

Je schrijft de patiënte oxybutinine per os voor, 3 x 5mg/dag, en bestelt haar terug op consultatie na een 8tal weken ter evaluatie.
De patiënte zegt tijdens deze consultatie erg veel last te hebben van droge mond, nausea en constipatie. Je herkent deze klachten als zijnde bijwerkingen van oxybutinine.

Welke handelingen zijn correct?

1. Je drijft de dosis oxybutinine op
   FOUT
2. Je verlaagt de dosis oxybutinine
   JUIST
3. Je doet niets: 'elk medicament heeft nu eenmaal bijwerkingen'
   FOUT
4. Je schaft oxybutinine af en schrijft een ander anticholinergicum voor
   JUIST
5. Je verwijst naar 2de lijn
6. FOUT

Extra info

Doel is te streven naar de laagst mogelijke effectieve dosis.[10]

- Startdosis: 3 maal daags 2,5 mg oxybutynine
- Maximaal aanbevolen dagelijkse dosis: 4 tabletten (20 mg oxybutynine)

Een vermindering van de dosis kan de incidentie van de bijwerkingen verminderen.

[10] Urinaire incontinence in woman; The managment of urinary incintinence in women. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Sept 2013. P159

Vraag 7

Vraag: MEERKEUZE

Wisselen van anticholinergicum: welk schrijf je voor?

A. Propiverine (Mictonorm)
B. Flavoxaat (Urispas)
C. Fesoterodine (Toviaz)
D. Darifenacine (Emselex)
E. Solifenacine (Vesicare)
F. Oxybutinine transdermaal (Kentera)
G. Tolterodine (Detrusitol)
H. Alle van bovenstaande zijn juist

NB: Merknamen zijn ter illustratie!

Antwoord H

Extra info

"Er is geen klinisch verschil in effectiviteit tussen de verschillende molecules (anticholinergica). Indien immediate release oxybutinine niet goed verdragen werd, overweeg dan een alternatief anticholinergicum. Neveneffecten verschillen per individu: probeer verschillende preparaten uit."
Graad 1B

Best op basis van kostprijs en individuele tolerantie.

Vraag 8
Vraag: MEERKEUZE

Indien de vorige patiënte nu 58 jaar zou zijn, post-menopausaal en tekenen van vaginale atrofie vertoonde op KO. Op welke manier zou dit jouw beleid kunnen veranderen?

A. Vaginaal oestrogeen (bv aacifemine ovulen/crème)
B. Systemische oestrogeentherapie (+/- progestagenen) (bv progynova)
C. Combinatie van beide hormonale therapieën instellen
D. Geen verandering van beleid

Antwoord A.

Extra info

"Lokale oestrogeentherapie geneest of verhelpt de klachten bij postmenopauzale vrouwen met urge, stress of gemengde incontinentie."
Graad 1 A

Systemische hormonale therapie voor urinaire incontinentie wordt afgeraden[11]. Op korte termijn wordt in de meest studies geen effect gezien. Op lange termijn is het risico op het de novo ontstaan van incontinentie of het verergeren ervan toegenomen, naast belangrijke systemische neveneffecten (zoals verhoogd risico op bijvoorbeeld diep veneuze trombose en beroerte).[12,13,14]

[11] Urinaire incontinence in woman; The managment of urinary incintinence in women. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Sept 2013. P163-164
[12] Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA: the journal of the American Medical Association 1998;280(7):605–13.
13 Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA: the journal of the American Medical Association 2002;288(3):321–33.
14 Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA: the journal of the American Medical Association 2004;291(14):1701–12

Vraag 9
Vraag: OPEN VRAAG

Charlotte, 36 en mama van 2 kinderen, komt op het spreekuur.
Je hebt haar een 3tal maanden geleden verwezen naar een gespecialiseerde bekkenbodemkinesiste wegens duidelijke stressincontinentie.
Ze vertelt nu dat de klachten niet voldoende verbeteren met de oefentherapie. Ze is absoluut tegen chirurgie, maar wil wel graag medicamenteus geholpen worden.

Welke molecule komt bij deze patiënte mogelijks in aanmerking als medicamenteuze therapie bij stressincontinentie?

Antwoord: Duloxetine

Extra info
"Medicatie speelt slechts een minimale rol bij stressincontinentie. Duloxetine zou niet routinematig gebruikt mogen worden als tweedelijnsbehandeling voor vrouwen met stress incontinentie (hoewel het wel aangeboden mag worden aan vrouwen als tweedelijnstherapie indien ze een farmacologische behandeling boven een chirurgische behandeling verkiezen of indien ze niet in aanmerking komen voor chirurgie)."
Graad 1A

Duloxetine is een noradrenaline- en serotonine- heropnameremmer die voornamelijk op het sacrale ruggenmerg werkt. Het gebruik ervan bij stressincontinentie ligt in de observatie dat hogere concentraties serotonine en noradrenaline leiden tot een verhoogde urethrale tonus via stimulatie van de n. pudendus.[15]

Korte termijn studies (tot 12 weken) tonen aan dat duloxetine werkzaam is in vergelijking met placebo en een vermindering van aantal incontinentie-episodes, verbetering van levenskwaliteit en toegenomen mictie-interval geeft bij patiënten met stress of gemende incontinentie.[16,17,18,19] Deze verbeteringen zijn vanuit klinisch standpunt beperkt.[20] Neveneffecten zijn frequent, voornamelijk

[15] Urinaire incontinence in woman; The managment of urinary incintinence in women. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Sept 2013. P160-162
[16] Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002;187(1):40–8.
17 Millard RJ, Moore K, Rencken R, et al. Duloxetine vs placebo in the treatment of stress urinary incontinence: a four-continent randomized clinical trial. BJU International 2004;93(3):311–18.
18 Dmochowski RR, Miklos JR, Norton PA, et al. Duloxetine versus placebo for the treatment of North American women with stress urinary incontinence. Journal of Urology 2003;170(4 Part 1):1259–63.
19 Van Kerrebroeck P, Abrams P, Lange R, et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of European and Canadian women with stress urinary incontinence. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2004;111(3):249–57.
20 Kinchen KS, Obenchain R, Swindle R. Impact of duloxetine on quality of life for women with symptoms of urinary incontinence. International Urogynecology Journal 2005;16(5):337–44.

nausea en vaak is dit de reden dan patiënten stoppen met de behandeling. Er zijn ook geen veiligheidsdata op lange termijn.

Vraag 10
Vraag: TABEL

Samenvattend
Wat is de meest aangewezen volgende stap bij onderstaande patiënten?

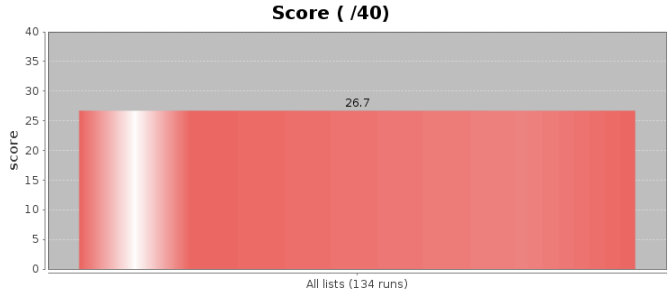
	doorverwijzing	oefentherapie	medicatie
a. Patiënte, 70 jaar, met gemengde incontinentie (stress=urge) waarbij na een maand niet voldoende effect is opgetreden met oefentherapie			x
b. Patiënte, 43 jaar, met gemengde incontinentie (stress>urge) waarbij na een maand niet voldoende effect is opgetreden met oefentherapie		x	
c. Patiënte, 38 jaar, met duidelijke stress-incontinentie (stress>urge) waarbij na 3 maanden niet voldoende effect is opgetreden met oefentherapie.	x		
d. Patiënte, 43 jaar, met gemengde incontinentie (urge>stress) waarbij na een maand niet voldoende effect is opgetreden met oefentherapie.			

Antwoord:

a. Lokale oestrogeentherapie geneest of verhelpt de klachten bij postmenopauzale vrouwen met urge, stress of gemengde incontinentie.
b. Gesuperviseerde regelmatige bekkenbodemspieroefeningen gedurende 2-6 maanden is een effectieve behandeling voor mixed en stressincontinentie.
- Probeer 2 maanden vol te houden.
c. Als er na 3 maanden oefentherapie nog geen verbetering is opgetreden, kan doorverwijzing aangeraden worden om andere opties te bespreken.
De duur van de oefentherapie is individueel te bekijken.
De studies gaan zeer breed, algemeen zal tussen 2 maanden en 6 maanden therapie goede resultaten geven.
Praktisch ziet men vaak na 2 maanden resultaten. Er wordt wel aangeraden om bij stress incontinentie te starten met minimaal 3 maanden oefentherapie.
d. "Bonusvraag": geen antwoord. Eerst blaastraining.
- Urge incontinentie: anticholinergica worden vaak gebruikt bij de behandeling van urge incontinentie. Farmaca in deze klasse zijn oxybutynine, tolterodine, trospium chloride, solifenacin, darifenacine, propiverine en fesoterodine. Immediate release oxybutynine (generisch) zou aangeboden moeten worden als eerstelijns antimuscarinerge therapie aan vrouwen met overactieve blaas of gemengde incontinentie, indien de blaastraining onvoldoende was.

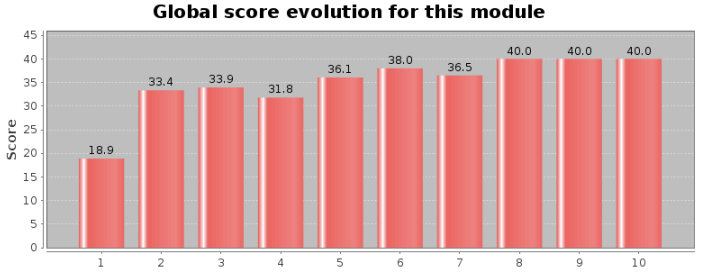
II. Antwoorden Excellencis module urine-incontinentie situatie (16/04/2014)

I. Cumulatief gemiddelde score (alle pogingen)



II. Cumulatief gemiddelde score (per poging)

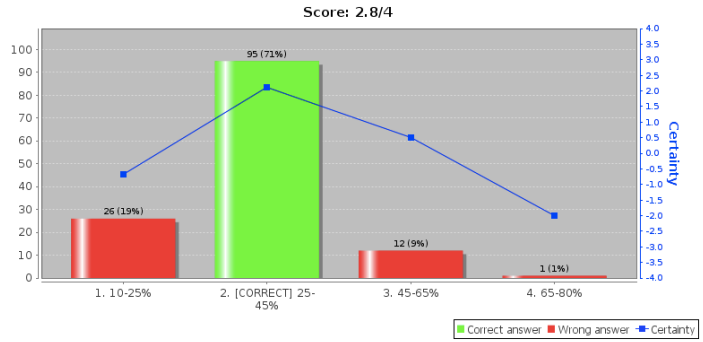
Iteration	Number of users
1	66
2	30
3	16
4	7
5	6
6	2
7	2
8	2
9	2
10	1
Total	134



III. Overzicht scores per vraag (gedeelte Mathias)

1. Prevalentie urinaire incontinentie bij vrouwen

1 Wat is de prevalentie van urinaire incontinentie bij vrouwen van 15 jaar en ouder?



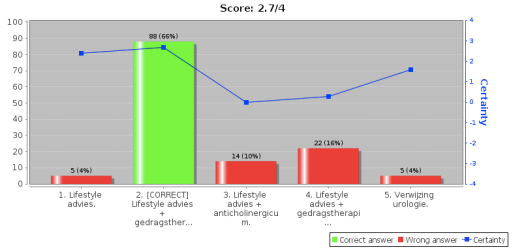
2. Eerste keuze behandeling bij urge incontinentie

4 Katrien, 43 jaar, komt op raadpleging. Ze heeft voornamelijk klachten van een sterke, oncontroleerbare mictiedrang. Ze moet dan dringend lopen naar het WC, anders is het te l
Klinisch onderzoek, inclusief vaginaal toucher met bekkenbodembeoordeling is volledig normaal.

Je besluit tot urge incontinentie en stelt een behandeling in.

Je kiest voor:

Opm: lifestyle advies: vermageren bij BMI > 30kg/m², vloeistof beperking (wanneer >3l/d), cafeïne beperking, constipatie preventie.

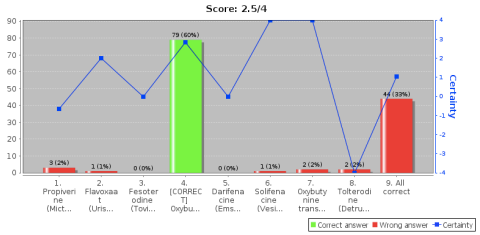


3. Medicamenteuze behandeling urge incontinentie

5 Zelfde patiënte komt terug na 6 weken en heeft de blaastraining gevolgd. Dit heeft echter toch nog niet het gewenste effect. 'Kan je mij niet wat beter helpen?'
Je hervalueert de patiënte en schrijft een anticholinergicum voor. Je kijkt in het compendium en wordt geconfronteerd met een verschillende molecules.

Welke anticholinergicum schrijf je voor?

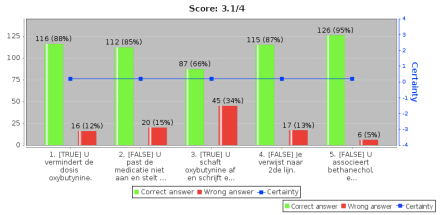
NB: Merknamen zijn ter illustratie!



4. Ondervangen neveneffecten urge incontinentie

6 Een patiënte wordt behandeld met oxybutynine voor storende urinaire incontinentie. Ze komt nu op de raadpleging en vertelt dat enerzijds de incontinentie verbeterd is, maar dat ze anderzijds last heeft van droge mond, nausea en constipatie. U herkent deze klachten als zijnde bijwerkingen van oxybutynine. Ze neemt momenteel 3x5mg/dag.

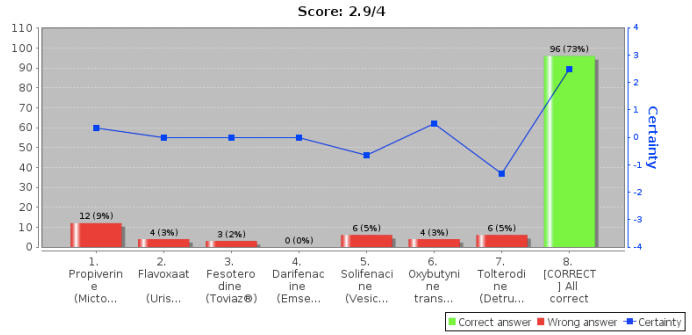
Welke van de onderstaande opties is (zijn) mogelijk?



5. Medicamenteuze behandeling urge incontinentie (bis)

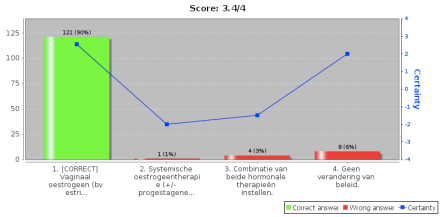
7 Wisselen van anticholinergicum: welk schrijf je voor?

NB: Merknamen zijn ter illustratie!



6. Oestrogeentherapie post-menopausale vrouwen

8 Indien de vorige patiënte nu 58 jaar zou zijn, post-menopausaal en tekenen van vaginale atrofie vertoonde op KO. Op welke manier zou dit jouw beleid kunnen veranderen?



7. Medicamenteuze behandeling stress-incontinentie (+ resultaat gemengde vraag 10)

N.B: Het antwoord op deze vragen werd niet statistisch weergegeven, een voorbeeld van de uitdraai van de antwoorden wordt wel weergegeven)

9 Charlotte, 36 jaar en mama van 2 kinderen, komt op het spreekuur.
Je hebt haar een 3tal maanden geleden verwezen naar een gespecialiseerde bekkenbodemkinesiste wegens duidelijke stressincontinentie.
Ze vertelt nu dat de klachten niet voldoende verbeteren met de oefentherapie. Ze is absoluut tegen chirurgie, maar wil wel graag medicamenteus geholpen worden.
Welke molecule komt bij deze patiënte mogelijks in aanmerking als medicamenteuze therapie bij stressincontinentie?

Please click on the tab "By runs" to see the results for this question.

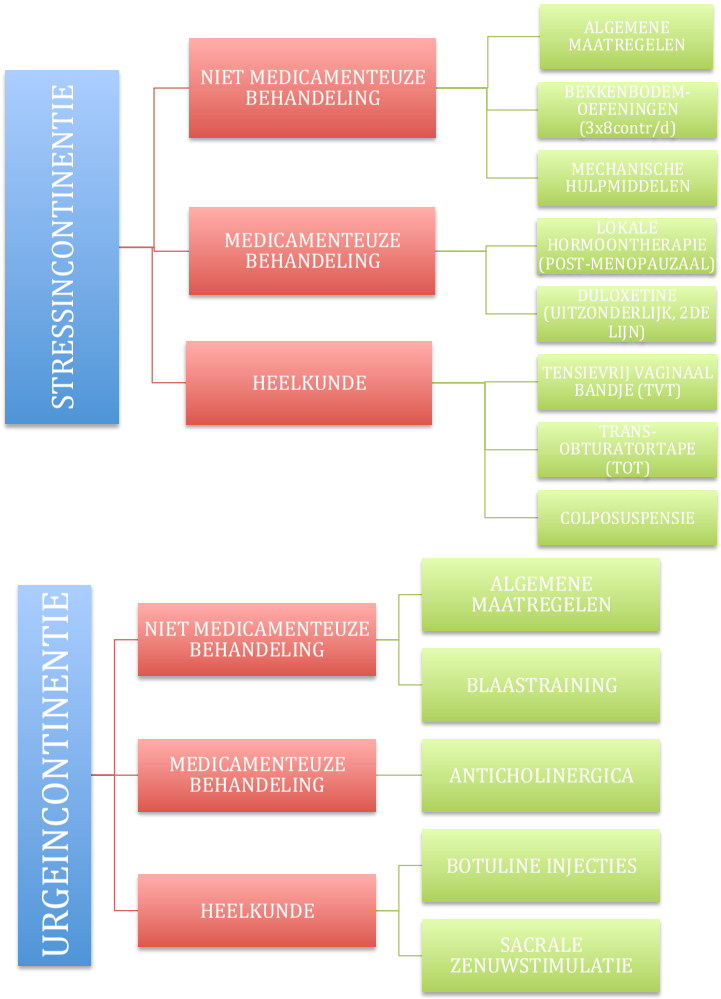
10 Samenvattend
Wat is de meest aangewezen volgende stap bij onderstaande patiënten?

Please click on the tab "By runs" to see the results for this question.

Question 9			Question 10		
correct	score	FreeText	correct	score	a. Patiënte, 70 jaar, met gemengde incontinentie (stress+urge) waarbij na een maand niet voldoende effect is opgetreden met oefentherapie. doorverwijzing
YES	4.0	duloxetine	NO	0.5	
YES	3.0	duloxetine	NO	1.5	X
NO	1.0	nidonorm	NO	1.5	
YES	4.0	duloxetine	YES	4.0	
YES	4.0	duloxetine	YES	4.0	
YES	4.0	duloxetine	YES	4.0	
YES	4.0	Duloxetine	NO	1.0	
YES	3.5	duloxetine	NO	1.3	
NO	0.5	ditropan	NO	1.3	
YES	4.0	Duloxetine	NO	0.5	
NO	SKIPPED		NO	1.8	
NO	0.5	ditropan	NO	1.5	
YES	3.0	duloxetine	NO	1.0	
YES	4.0	duloxetine	NO	0.5	
NO	SKIPPED		NO	1.3	
NO	1.0	ditropan	NO	1.5	
NO	1.0	Imipramine	NO	1.5	

Bijlage 4: Praktijkverbetering Koraalberg

I. Flowchart behandeling (gebaseerd op BCFI transparantiefiche 2011)



II. Tekst voor website 'Koraalberg'

Tekstje voor de website

Dr. Mathias Michiels werkte voor zijn masterproef huisartsgeneeskunde mee aan een Belgische richtlijn over urine-incontinentie bij vrouwen. Incontinentie voor urine betekent dat men de plas niet goed kan ophouden.
Urine incontinentie bij vrouwen is een veel voorkomende klacht. Deze klacht komt echter weinig als aanmeldingsklacht bij de huisarts naar voren. Dit kan te maken hebben met schaamtegevoel of omdat de incontinentie wordt beschouwd als een normale evolutie.
Grofweg zijn er 2 verschillende vormen van urine incontinentie, naast een mengvorm.

- Het kan zijn dat u de urine niet goed kunt ophouden bij inspanning, zoals hoesten, niezen, lachen, tillen, traplopen, rennen of springen (stressincontinentie of inspanningsincontinentie).
- Het kan ook zijn dat u plotseling aandrang voelt om te plassen en het niet kunt tegenhouden tot u bij het toilet bent (aandrangincontinentie of urge-incontinentie).

Het doel van dit project is om deze klacht beter bespreekbaar te maken in de huisartsenpraktijk. Daarom: aarzel niet om uw arts te raadplegen, hij of zij kan u hierbij helpen. Best is om hier een specifieke afspraak voor te maken zodat we voldoende tijd hebben om u gericht te begeleiden.

III. Lijst Kinesisten Pelvische Reëducatie

Kristien BRUYNSEELS
Ballaarstraat 72
2018 Antwerpen
T: 03 298 93 16
G: 0497 542 289
kristien@kinebalance.be

Daphne MESTDACH
Lange Beeldekensstraat 267
2060 Antwerpen
03/217.71.36 of 03/217.71.42
0479/46.60.01

Vanessa VLEUGELS
Lange Beeldekensstraat 267
2060 Antwerpen
03/217.71.36. - 03/217.71.42
0477/400.228

Marjan CLAES
Van Maerlantstraat 55
2060 Antwerpen
G: 0485711718
claes.marjan1@gmail.com

Carol GOLDBERG
Vlaamse Kunstlaan 20
2020 Antwerpen
03/2384086
0477503037

Helga RONDOU
Halewijnlaan 43
2050 Antwerpen
03/219 2691

Joëlle ROENEN
Wilrijkstraat 10
2650 Edegem
T: 03/821.46.99
joelle.roenen@uza.be
Antoon Van Brabantstraat 4
2630 Aartselaar
T: 03 887 23 73
joelle.roenen@skynet.be

Dani FORCEVILLE
Ten Eekhovelei 21
2100 Deurne
03/3258465

Annick GABRI
Koningsarendlaan 5
2100 Deurne
03/326.96.86
0476/22.55.91

Nadine DEWACHTER
Singel 47
2640 Mortsel
T: 03 440 48 78
d.vdeynden@pandora.be

IV. Patiëntenbrief urinaire incontinentie 'Koraalberg'

Urine incontinentie

Wat is incontinentie voor urine?
Incontinentie voor urine wil zeggen dat u uw plas niet goed kunt ophouden. Grofweg zijn er 2 verschillende vormen van urine incontinentie, naast een mengvorm.

- Het kan zijn dat u de urine niet goed kunt ophouden bij inspanning, zoals hoesten, niezen, lachen, tillen, traplopen, rennen of springen (stressincontinentie of inspanningsincontinentie).
- Het kan ook zijn dat u plotseling aandrang voelt om te plassen en het niet kunt tegenhouden tot u bij het toilet bent (aandrangincontinentie of urge-incontinentie).

Urge-incontinentie?
Urge-incontinentie ontstaat als de blaas extra prikkelbaar is ('overactieve' blaas). Hierbij trekken de spieren in de blaaswand onverwacht samen, waardoor de urine uit de blaas wordt geperst. De kans hierop neemt toe:

- als u ouder wordt;
- wanneer u, uit voorzorg, extra vaak naar de wc gaat. Uw blaas is dan niet meer gewend om de plas op te houden;
- bij angst om ongewild urine te verliezen;
- als u onbewust voortdurend de bekkenbodemspieren aangespannen houdt;
- als u cafeïnehoudende dranken of alcohol drinkt. (snellere blaasvulling met toegenomen aandrang om te plassen).
- Urge-incontinentie kan ook komen door:
    - een aandoening van de blaas;
    - beschadiging van het zenuwstelsel;
    - bepaalde medicijnen (bijvoorbeeld medicijnen tegen depressie en plaspillen).

Stress-incontinentie?
Stress-incontinentie ontstaat als de afsluiting van de blaas niet goed werkt. Als de bekkenbodemspieren verslapt zijn en de blaas volloopt, is de sluitspier soms niet sterk genoeg om de urine tegen te houden. Het kan ontstaan als de bekkenbodemspieren opgerekt en verzwakt zijn (bv na de bevalling). U kunt er ook aanleg voor hebben.

- Door hoesten, niezen, lachen, tillen, traplopen of springen, neemt de druk in de buik toe. Dat geeft druk op de blaas, waardoor u ongewild urine kunt verliezen. Meestal gaat het om druppels of een scheutje urine.
- Ook bij overgewicht neemt de druk op de blaas toe.
- Als u alcohol drinkt, vult de blaas zich sneller en kunnen de druk in de blaas en de aandrang om te plassen toenemen.

Algemene maatregelen bij incontinentie?

- Als u te zwaar bent, kan afvallen helpen om de klachten te verminderen.
- Er zijn ook speciale hulpmiddelen (bv incontinentieluiers). Deze nemen de geur van urine op en houden de huid redelijk droog. Gebruik eventueel een beschermende zalf (zinkzalf) op plekken waar urine met de huid in aanraking kan komen.
- Als u alleen bij bepaalde bezigheden uw plas niet kunt ophouden, bijvoorbeeld tijdens dansen of sporten, dan kunt u van tevoren een grote tampon inbrengen. Draag de tampon alléén op die momenten dat de kans op urineverlies groot is. Het is beslist niet de bedoeling dat u voortdurend een tampon draagt.
- Drink zo min mogelijk alcohol en dranken met cafeïne. Als u regelmatig koffie drinkt, probeer dan twee weken helemaal geen koffie te drinken.
- Zorg dat u genoeg blijft drinken (anderhalve liter vocht per dag). 'Gewoon' drinken (water, melk, vruchtensap, fris) heeft weinig invloed op ongewild urineverlies.

Specifiek bij urge: "blaastraining"
Als u vaak naar het toilet gaat, wordt het voor uw blaas steeds moeilijker om urine een tijdje vast te houden. Dan krijgt u al aandrang om te plassen als de blaas nog niet goed gevuld is.

U kunt de blaas trainen om meer urine op te slaan door het plassen uit te stellen. Gebruik daarvoor volgende maatregelen:

- Zet een stoel of krukje dicht bij het toilet.
- Ga bij aandrang eerst op het stoeltje zitten en probeer u te ontspannen. Uitstellen gaat gemakkelijker als u zit en niet bang hoeft te zijn dat u het toilet niet haalt.
- Zodra de aandrang te groot wordt, gaat u op het toilet zitten. Probeer eerst weer het plassen uit te stellen en u te ontspannen. Tel rustig tot tien. Blijf rustig ademhalen.
- Plas vervolgens rustig de hele blaas leeg, zonder dat u perst.

Lukt dit? Probeer dan het plassen iedere dag 5 tot 15 minuten langer uit te stellen. Het doel is dat u uiteindelijk slechts één keer in de drie à vier uur naar het toilet hoeft te gaan.

Specifiek bij stress: "bekkenbodemspier-oefeningen"
Door te oefenen kunt u de bekkenbodemspieren en de sluitspier van de blaas versterken. Het gaat om de spieren die u gebruikt als u het plassen even onderbreekt (afknijpt). Wanneer u zich in gedachten voorstelt dat u uw plas wilt ophouden ("af te knijpen"), dan spant u die spieren aan: de bekkenbodemspieren. U kunt op elk moment van de dag oefenen, ook tijdens uw dagelijkse bezigheden.

De oefening van de bekkenbodemspieren gaat als volgt:

- De bekkenbodemspieren moeten gedurende 6 tellen opgespannen worden,
- Na deze 6 tellen ontspant u 6 tellen,
- Probeer om tijdens het knijpen nog een paar keer extra hard aan te knijpen.

Doe deze oefening 10 keer achter elkaar (6 tellen knijpen, 6 tellen ontspannen). Gaat het goed, herhaal de oefening dan wat vaker. Oefen elke dag 's ochtends, 's middags en 's avonds (doel is 5 tot 10 keer per dag). Na 6 tot 8 weken mag resultaat verwacht worden.

Bij twijfel of vragen kan u ons vanzelfsprekend steeds contacteren.
Huisartsenpraktijk Koraalberg