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

Inhoud

I Motivatie 2

II Literatuuronderzoek 3

1) Inleiding 3

2) Methode 4

a) Zoekvragen en zoekmethode 4

b) Zoekopdracht en Extractie 4

3) Resultaten 5

a. Epidemiologische vraagstelling 5

b. Therapeutische vraagstelling 6

4) Discussie 8

5) Besluit 8

6) Literatuur 9

III Praktijkproject 10

1) Inleiding 10

2) Methode 10

a) Patientenpopulate 10

b) Exclusie-inclusie 11

c) Vragenlijst 12

d) Statistische bewerking 12

3) Resultaten 12

4) Discussie 14

5) Besluit 14

6) Referenties 15

IV Bijlagen 16

Met dank aan Drs. Ludo De Roo, Ruth De Roo, Toon De Roo en Dr. Tessy Vannerem voor de fijne samenwerking en begeleiding in zoveel meer dan het verzorgen van mensen in Kortenaken. Ook onze verpleegkundigen Mevr. Ann Reygaerts en Mevr. Lucia Swinnen voor hun inzet en hulp tijdens dit praktijkproject en in de dagelijkse praktijk. Prof. Dr. Bert Aertgeerts voor de begeleiding en constructieve gesprekken over dit project.

I Motivatie

Van oudsher gaat men van de veronderstelling uit dat urine-incontinentie (UI) behoort tot de normale ouderdomskwaaltjes van de vrouw, misschien zelfs het bewijs van een vruchtbaar leven. De oplossing bestond meestal enkel uit incontinentiemateriaal. Waar het probleem vroeger bij de huisvrouw misschien weinig psychosociale implicaties had, ligt dit tegenwoordig waarschijnlijk anders. De impact van UI op het dagelijks leven van de vrouw is een te weinig besproken thema. Er bestaat een algemene gêne, waardoor weinig vrouwen hulp zoeken voor dit probleem. De problematiek ontloopt dan ook de maatschappelijke aandacht, waarschijnlijk mede dankzij het "banale", niet levensbedreigende karakter.

Een huisartsconsult aangevraagd door een vrouw naar aanleiding van urine-incontinentie is een zeldzaamheid. Meestal is dit een probleem dat terloops vermeld wordt. Vooraleer er een hulpvraag is, is het probleem meestal lang bestaande en de symptomatologie al vergevorderd. Het terloopse karakter van de aanmelding en de bijhorende schaamte, hypothekeren een uitgebreide en gestructureerde anamnese. De impact op het dagelijks leven is meestal ook niet gekend of bevraagd door de huisarts. Er wordt snel een overzicht gegeven van mogelijke behandelingen. De huisarts neemt vaak het gevoel van onbehagen van de vrouw over als het probleem ter sprake komt. Enerzijds is er misschien een gebrek aan kennis en interesse aangaande de diagnostische en therapeutische aanpak van het probleem. Anderzijds is bij de huisarts de kennis en algemene therapeutische ervaring met urine-incontinentie meestal ook niet erg goed. Vaak verdwijnt het probleem dan ook ergens in het medisch dossier en blijft dode letter.

De attitude van zowel patiënt als arts staat in sterk contrast met bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek. Uit epidemiologische studies blijkt immers dat het gaat om een relatief frequent probleem. Bovendien werd duidelijk aangetoond dat er een grote impact is op de Quality of Life (QOL). Ook de kost van incontinentiemateriaal valt niet te onderschatten, ondanks een jaarlijkse forfaitaire tussenkomst van het ziekenfonds .
Daarnaast werd er reeds veel onderzoek gedaan naar mogelijke behandelmethoden. Momenteel wordt bekkenbodemkiné in enkele richtlijnen naar voor geschoven als de eerstelijnsbehandeling.

De discrepantie tussen richtlijn en praktijk toont dat de aandoening nog altijd in een taboe-sfeer vertoeft. Is het zinvol dat de huisarts actief vraagt naar klachten van urine-incontinentie? Kan de huisarts een patiëntenpopulatie identificeren met een subjectief en/of objectief ernstig probleem die gemotiveerd is voor een langdurige behandeling? Is deze behandeling op zijn beurt voldoende effectief, praktisch haalbaar en op maat van de eerstelijn te coördineren?

Met deze masterproef probeer ik een antwoord te zoeken op volgende onderzoeksvraag:
Kan de huisarts de kwaliteit van leven verbeteren van actieve vrouwen met urine-incontinentie?

II Literatuuronderzoek

1) Inleiding

Urine incontinentie wordt volgens de International Continence Society (ICS) gedefinieerd als "Elk lek of onvrijwillig verlies van urine" [1]. De drie grootste Europese epidemiologische studies die tot nu toe werden gepubliceerd rapporteren prevalenties van 13, 25 en 35 procent urine-incontinentie bij gezonde volwassen vrouwen in de maatschappij [2-4]. De relatief grote verschillen in percentages zijn te wijten aan de formulering van de screeningsvraag, de methode van ondervraging en verschillen in de onderzoekspopulatie. De populatie vrouwen in de wachtkamer van de huisarts verschilt echter wezenlijk van deze in de maatschappij. Een hogere comorbiditeit en gemiddelde leeftijd veronderstelt een hoger aantal vrouwen met UI.

Klassiek bestaat de anamnese bij incontinentie onder andere uit het bepalen van het type urinaire incontinentie. We trachten een onderscheid te maken tussen twee hoofdtypes namelijk: stress-incontinentie (SUI) en urge-incontinentie (UUI). Indien er elementen van beide vormen aanwezig zijn spreekt men van gemengde-incontinentie (MUI). De twee hoofdtypes hebben ieder een specifiek fysiologisch substraat.
Stress-incontinentie ontstaat wanneer de druk in de blaas (of intra-abdominaal) groter wordt dan de afsluitingsdruk van de urethra. Dit ontstaat deels door onvoldoende externe druk door omliggend bind en spierweefsel (vooral m. levator ani) en deels door een probleem van de neuromusculaire werking van de sfincter zelf. De grootste oorzaak voor schade aan deze structuren zijn bevallingen. Naarmate de leeftijd vordert, zorgt verder verlies aan spiertonus voor het ontstaan van incontinentie. Urineverlies ontstaat bij hoesten, niezen of persen.
Urge-incontinentie ontstaat tengevolge van een overactieve blaas. Bij afwezigheid van systemische neurologische aandoeningen wordt urge-incontinentie beschouwd als ideopatisch. Het fysiologisch substraat is niet geheel duidelijk. Ook bij urge-incontinentie zijn bevallingen en leeftijd risicofactoren maar de relatie is minder duidelijk dan bij stress-incontinentie [5]. Urineverlies wordt voorafgegaan door een plotse aandrang.

Naast het type dient men ook de ernst en de impact op de QOL te objectiveren op een tactvolle manier. Epidemiologische studies gebruiken hiervoor geanonimiseerde gestandaardiseerde vragenlijsten. Er werden reeds veel verschillende vragenlijsten gebruikt. Het merendeel is erg uitgebreid en moeilijk te gebruiken in de dagelijkse praktijk. Als huisarts moet je op korte tijd een duidelijk en objectief beeld krijgen van het probleem.
Met behulp van de epidemiologische literatuurgegevens willen we de beste diagnostische benadering formuleren voor UI binnen de eerstelijn.

De stap van diagnose naar therapie lijkt erg groot te zijn voor urine-incontinentie. Naast het objectiveren van de hulpvraag speelt de motivatie een grote rol in het succes van behandeling. De standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) beveelt kinesitherapeutische behandeling aan als eerstelijnstherapie. Voor stress-incontinentie bestaat deze uit het verstevigen van de bekkenbodemspieren door middel van contracties. Daarnaast leert men de bekkenbodemspieren samentrekken op de momenten dat er normaal urineverlies optreedt. Voor urge-incontinentie spreekt men van blaastraining. Met blaastraining probeert men het mictiepatroon te corrigeren, de aandrang te onderdrukken en de blaascapaciteit te vergroten. In een recent consensusrapport van het ICS vervaagt het onderscheid tussen specifieke training voor stress- en urge-incontinentie aangezien patiënten in verschillende mate elementen hebben van beide types van incontinentie. De therapie wordt dus best individueel aangepast naargelang de klachten [6].We gaan in dit onderzoek niet verder in op de farmacologische of chirurgische behandeling van incontinentieklachten. We zochten naar de evidence die deze kinesitherapeutische behandeling van UI binnen de eerstelijn kan ondersteunen. Omdat subjectieve hinder de initiële reden is om te starten met de behandeling lijkt verbetering in de ziektegerelateerde QOL het beste klinisch eindpunt.
Met behulp van interventionele onderzoeksgegevens zullen we een optimaal behandelingsplan trachten te formuleren dat haalbaar is binnen de eerste lijn.

2) Methode

a) Zoekvragen en zoekmethode

Voor de epidemiologische vraagstelling formuleerden we volgende zoekvraag: “Wat is de prevalentie van urine-incontinentie bij gezonde, niet-zwangere, volwassen vrouwen binnen de eerstelijnsgeneeskunde en wat is de impact hiervan op hun dagelijkse leven?”. De zoekvraag werd vertaald in Mesh-terms en gebruikt voor een zoekopdracht in de MEDLINE database. Eerst zochten we naar systematic reviews, daarna naar cross-sectionele studies.

Voor de therapeutische vraagstelling werd een systematische literatuurstudie volbracht. Volgende PICO werd hiervoor opgesteld: P: niet-zwangere, volwassen vrouwen, I: Oefentherapie, C: Geen behandeling, O: Verbetering in de aandoening gerelateerde QOL. De guidelines werden gezocht in volgende databases: Guideline International Network, National Library of Guidelines, National Guideline Clearinghouse en de WHO. Meer specifiek werd gezocht op de websites van volgende richtlijn-publicerende instanties: KCE en WVVH (BE), CBO en NHG (NL), ICSI en USPSTF (US), SIGN en NICE (GB), en de new zealand guidelines Group (NZ). Systhematic reviews en Randomized Controlled Trails (RCT’s) werden gezocht in MEDLINE. Hiervoor werd de PICO eerst vertaald in Mesh-terms.
De literatuurstudie vond plaats in december 2010.

b) Zoekopdrachten en Extractie

Epidemiologie bij de huisarts

Database	Medline	
Zoekopdracht	"Urinary Incontinence/epidemiology"[Majr] AND (("Primary Health Care"[Mesh] OR "Family Practice"[Mesh]) AND "Quality Of Life"[Mesh])	
Limits	“English” en “Abstract available”	
Zoekmachine	Clinical querries -> Systhematic review	Pubmed Search
Resultaten	#0	#5
Exclusie	/	Populatie #1 Studiedesign #1
Weerhouden	#0 systhematic reviews	**#3 cross-sectionele studies**

Guidelines eerstelijnsbehandeling UI

Database	GIN, NHS, NGC, WHO
Zoekopdracht	“Urinary incontinence”
Resultaten	#6: NHG, NICE, EAU, SIGN, CBO, NHS.
Exclusie	#2: NHS (beschikbaarheid) NHG (geen levels of evidence)
Weerhouden	**#4 guidelines**

Systhematic Reviews en Randomized Controlled Trails conform PICO

Database	Medline	
Zoekopdracht	"Urinary Incontinence"[Majr] AND ((((("Pelvic Floor"[Mesh]) NOT "Male"[Mesh]) NOT "Pregnancy"[Mesh]) AND "Quality of life"[All Fields])	
Limits	“English” en “Abstract available”	
Zoekmachine	Clinical querries -> Systhematic review	Clinical querries- -> Clinical study (therapy, narrow)
Filter	Review	Geen
Resultaten	#6	#34
Exclusie	Interventie #1 Outcome #1 Hetzelfde artikel #1 Beschikbaarheid #1	Patiënt populatie #8 Interventie #5 Controle populatie #14 Outcome #4
Weerhouden	**#2 systhematic reviews**	**#3 RCT’s**

3) Resultaten

a) Epidemiologische vraagstelling

We vonden drie studies die de prevalentie onderzochten van UI in de huisartsenpraktijk met evaluatie van de ziektegelateerde QOL. De studies hebben echter een uiteenlopende methodiek. Zowel de screeningsvraag, de leeftijdsgrenzen, als de afgenomen vragenlijsten verschillen. Hierdoor is pooling van resultaten niet mogelijk (Tabel 1). Hieronder bespreken we enkele resultaten van de drie studies.

De screeningsvraag moet de aangedane populatie identificeren. De percentages positieve antwoorden op de screeningsvraag zijn, voor de drie studies, in stijgende volgorde: 26,8%, 27,7% en 45,7%. De screenigs-vraag werd telkens anders geformuleerd.
De verdeling van de verschillende types UI is redelijk gelijklopend over de verschillende studies. De resultaten zijn moeilijk te vergelijken wegens een verschillende bevraging alsook een wisselend aantal ongedefinieerde patiënten. Ongeveer de helft van de patiënten heeft SUI en ongeveer één op tien heeft UUI. Naarmate de leeftijd vordert ziet men echter dat het aandeel SUI daalt ten voordele van het aantal patiënten met MUI.
In de drie studies wordt de frequentie van ongewild urineverlies bevraagd. De percentages van vrouwen met dagelijkse last zijn in stijgende volgorde: 12%- 21,2%- 41,5%.
De impact op kwaliteit van leven bevraagt men met drie verschillende vragenlijsten. In elke studie blijkt dat een gemende urine-incontinentie de grootste impact heeft op de het dagelijkse leven. Gevolgd door stress- en urge-UI die een vergelijkbare impact hebben.
De hulpvraag wordt in de studie van Samuelsson gedefinieerd als “de huidige wens voor behandeling” en is aanwezig in 36% van de dames. Shaw en Lassarre rapporteren het percentage mensen die reeds hulp zochten en/of momenteel hulp zoeken. Respectievelijk 47% en 39,7%. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat Shaw enkel de hulpvraag publiceerde bij dames met een matige tot ernstige graad van UI.

Tabel 1: Cross-sectionele studies binnen de eerste lijn.

Auteur (jaar,land)	Lasserre (2007, FR) [7]	Shaw C (2006, UK) [8]	Samuelsson (1997, SE)[9]
Leeftijd populatie	>18	>18	20-59
Grootte populatie	2183	3273	491
Screeningsvraag	‘‘Did you experience any urine leakage at least once during the past four weeks?’’	Urinary incontinence during the last month.	‘Do you suffer from involuntary loss of urine?’
Questionnaire Ernst	ICIQ-SF	Eigen vragenlijst	Eigen vragenlijst
Questionnaire QOL	ICIQ-SF Eigen vragenlijst	SFB, IQOL, SAIL	Delen van de Gothenburg QOL Questionnaire
Prevalentie UI			
% total UI	496 (26,8%)	1496 (45,7%)	136 (27,7%)
Type UI			
SUI	224 (45%)	703 (47%)	77 (56%)
UUI	53 (10,9%)	116 (7,70%)	10 (7,3%)
MUI	209 (42,1%)	677 (45,20%)	26 (19%)
Ongedefinieerd	10		23 (17%)
Ernst UI			
Dagelijks UI	41,5%	21,2%	12%
Dagelijks MUI	42%	+/- 30% grafiek	35%
Dagelijks UUI	28%	+- 10% grafiek	20%
Dagelijks SUI	25%	+-8% grafiek	6,5%
Hulpvraag			
Totale pop.	39,7%	47%	36%
Mixed UI	44%	47%	-
Urge UI	35,8%	57 %	-
Stress UI	36,2%	40 %	-

b) Therapeutische vraagstelling

Voor de therapeutische vraagstelling vergelijken we achtereenvolgens de gevonden guidelines, systhematic reviews en RCT's.

De vier gevonden **guidelines** zijn het eens dat bekkenbodemkiné de eertelijnstherapie is voor stress en gemende incontinentie. Urge-incontinentie is enkel voor de European Association of Urology (EAU) een indicatie om te starten met bekkenbodemkiné, maar dit in combinatie met blaastraining. Alle guidelines zijn het eens dat blaastraining deel moet uitmaken van de eerstelijnsbehandeling van urge-incontinentie. Ook is er eensgezindheid dat een geoefend persoon de mogelijkheid tot bekkenbodemcontracties dient te beoordelen alvorens therapie gestart wordt. Dit gezien de onmogelijkheid tot contractie de outcome negatief beïnvloedt. Bij deze patiënten kunnen extra therapeutische maatregelen nuttig zijn zoals: elektrische stimulatie of biofeedback. Verwijzing voor verder urologisch nazicht lijkt hier dan ook aangewezen. Over de inhoud en duur van de bekkenbodemkiné is weinig consensus te vinden tussen de guidelines.

Tabel 2: Guidelines over eerstelijnstherapie urine-incontinentie [level of evidence]

Bekkenbodem-oefeningen	**SIGN (2004)**	**NICE (2006)**	**EAU (2010)**	**CBO (2010)**
Eerstelijns-therapie voor:	Stress en gemengde UI [A]	Stress en gemengde UI [A]	Stress, urge en gemengde UI [A]	Stress en Gemengde UI [A]
Methode				
Begeleiding	Begeleide individuele of groepsessies [A]	-	Zo veel mogelijk begeleide sessies [A]	Kinesist of huisarts
Intensiteit	Meer onderzoek nodig	Minimaal 3x8 contracties/dag [A]	Zo intensief mogelijk [A]	Meer onderzoek nodig
Behandelingsduur	-	Min. 3 maanden [A] Onderhoudsschema [D]	-	Meer onderzoek nodig
Additie biofeedback	Niet aanbevolen [A]	Bij onmogelijkheid contractie bekken-bodemspieren [D]	Niet aanbevolen [B]	Niet aanbevolen [B] Cave:geen voorafgaande evaluatie bekkenbodem-contractiliteit
Additie Electrische stimulatie	Onvoldoende evidence	Niet routinematig [A] Bij onmogelijkheid contractie bekken-bodemspieren [D]	Niet aanbevolen [C]	Niet aanbevolen [B] Cave:geen voorafgaande evaluatie bekkenbodem-contractiliteit

De twee **systematic reviews** besluiten vooral op de heterogeniteit van de geciteerde studies. Daarnaast is er een groot gebrek aan studies met gegevens op lange termijn. Ook de kosteneffectiviteit werd weinig onderzocht. De Cochrane review stelt dat bekkenbodemkiné in eerste lijn moet aangeboden worden aan vrouwen met zowel stress-, gemengde- als urge-incontinentie.

Tabel 3: Sythematic reviews over de eerstelijnstherapie van urine-incontinentie

Bekkenbodemkiné	**NIH Conference (2008) [10]**	**Cochrane (2010) [11]**
Eerstelijnstherapie voor:	?	Stress-, urge-, en gemengde incontinentie
Verbetering QOL	-	Ja
Opm:	- Te grote heterogeniteit om data van RCT's te poolen - Weinig lange termijn gegevens	- Weinig lange termijngegevens - Geen gegevens over de kosten-effectiviteit.

We vonden geen **RCT's** die werden uitgevoerd binnen een eerstelijns setting. De drie RCT's die voldeden aan de criteria werden voltrokken aan universitaire centra. De populaties bestaan uit zeer strikt geselecteerde stress-incontinente vrouwen. De populaties zijn klein en de outcome-maten zijn slechts in twee van de drie studies dezelfde. Dit maakt pooling van de data bijzonder moeilijk. Enkel Castro kan een stijging in score van een gevalideerde questionnaire voor ziektegerelateerde QOL, na 6 maanden bekkenbodemkiné, weerhouden.

Tabel 4: RCT's volgens PICO

	Castro (BR, 2008) [12]	Ghoniem GH (NL, 2005) [13]	Bø K (NO, 2000) [14]
Patient			
Populatie	Tertiair centrum	Tertiair Centrum	Teriair Centrum
Inclusie	- Stress UI (anamnestisch, urodyn, + pad test) - + hoesttest - > 3x/week urineverlies	- Stress UI (anamnestisch ,urodyn, hoesttest) - tussen 18-75 jaar - nrl. plasfreq. (<8/dag)	Stress UI (anamnestisch ,urodyn, padtest)
Exclusie	- Detrusor overactiviteit - Chron. degeneratieve ziekte - Gevorderde genitale prolaps - Zwangerschap - Urineweginfectie(s) - Vulvovaginitis - Atrofische vaginitis - UI-Chirurgie <1jaar - Pt met pacemakers	- Gevorderde genitale prolaps - Urineweginfectie(s) - UI-Chirurgie <1jaar - Medicatie of apparaat tegen UI - Heupfractuur in VG - Reeds PFMT gekregen door verpleegkundige of kinesist	- Detrusor overactiviteit - Residueel volume >50ml - VG UI-Chirurgie - Andere behandelingen voor UI. - Neurologische of psychiatrische aandoening - Ziektes die groeps-deelname verhinderen - Urineweginfectie(s)
n pre totaal n post interventie n post controle	(61) 26 24	(97) 49 48	(59) 25 30
Intervention			
Opzet	Enkelv. geblindeerd RCT Singlecenter	Enkelv. geblindeerd RCT Multicenter	Enkelv. geblindeerd RCT Singlecenter
Case	Bekkenbodemkiné (onder andere)	Bekkenbodemkiné (onder andere)	Bekkenbodemkiné
Duur	6 maanden	3 maanden	6 maanden
Methode	Evaluatie contracties : 1 maal alvorens therapie Sessies in groep : 3 maal per week (45min) Contracties: 10 x 5sec 20 x 2sec 20 x 1sec 5 x 10sec 5 x + hoest	Evaluatie contracties: 0 - 4 - 8 weken Sessies thuis: 4 maal per week Contracties: 3 maal 10 lang 2 maal 10 kort Dagboek	Evaluatie contracties : 1 maal per maand Sessies in groep: 1 maal per week (45min) Thuis: Dagelijks 3 maal 8-10 contracties Dagboek + Audiotape
Control	Geen behandeling	Imitatie Bekkenbodemkiné	Geen behandeling
Outcome	Genezing (prim.) (Negatieve pad test met gestandaardiseerd blaasvolume) QOL (sec.) (Score stijging op de I-QOL questionnaire)	Verbetering in ernst (prim.) (Lagere IEF score en minder aantal bandjes) QOL (sec.) (Score stijging op de I-QOL questionnaire)	QOL (prim.) (Verbetering op de vragen van de B-FLUTS questionnaire)
	Verschil in score (%) IQOL:		
Case	+25,7	+7,8	-
Control	- 3,6	+4,8	-
p score	p =0.002	NR	-
Besluit verbetering QOL:	Significante verbetering (Score IQOL)	Geen significante Verbetering (score IQOL)	Significante verbetering (Alle vragen B-Fluts questionnaire)
Limitaties	-Kleine studiepopulatie	-Studie ontworpen om combinatietherapie te vgl. met geen therapie. -Kort en minder intensief programma.	- Geen berekening van score B-FLUTS. Enkel beoordeling van individuele vragen.
Verlaters interventie	2/31 2: Onvoldoende vooruitgang	5/50 4: Neveneffecten 1: Onvoldoende vooruitgang	4/29 2: Onvoldoende motivatie. 2: Onbekend

4) Discussie

Uit de hierboven besproken epidemiologische studies kunnen we afleiden dat een kwart tot de helft van de vrouwen in de wachtkamer van de huisarts in bepaalde mate last heeft van urine-incontinentie. Ongeveer de helft hiervan heeft stress-UI gevolgd een iets kleiner aandeel gemengde UI. Urge-UI maakt maar een klein deel uit van de incontinente populatie. De prevalentie van urine-incontinentie neemt progressief toe met de leeftijd. Shaw vond dat de prevalentie van stress-UI piekt in de leeftijdsgroep van 30 to 49 jaar, terwijl de prevalentie gemengde-UI piekt in de leeftijdsgroep van 50 tot 59 jaar. Indien men dus enkel incontinentie zou bevragen bij post-menopauzale dames, zal men vooral een heel aantal stress-incontinente patiënten missen. De ernst van de aandoening en de impact op de kwaliteit van leven zijn het grootst voor de gemengde-UI. Urge- en stress-UI zijn gemiddeld minder ernstig en hebben een iets lagere impact op de kwaliteit van leven. De hulpvraag is gecorreleerd met de ernst van de aandoening en met de impact op de kwaliteit van leven (P=<0,001). De ernst en impact op QOL zijn op hun beurt ook statistisch gecorreleerd, men moet echter oppassen dat deze twee factoren niet noodzakelijk in iedere patiënt evenredig aanwezig zijn. Een ernstig incontinente dame kan weinig last ervaren en geen hulpvraag hebben terwijl een iemand ernstig gehinderd kan zijn door een eerder beperkte incontinentie. Het is belangrijk dat beleving wordt begevraagd om geen hulpvraag te missen. Een evident, maar niet onbelangrijk feit is dat UI toeneemt met de leeftijd. Een afwachtende houding aannemen in de therapeutische aanpak is daarom niet aangewezen.
Meer dan de helft van de onderzochte vrouwen met urine-incontinentie consulteerden nog geen arts voor het probleem. Deze verhouding blijft bestaan als men enkel kijkt naar vrouwen met ernstige UI [8]. Dit veronderstelt een relatief groot aantal unmet needs bij de vrouwelijke huisartsenpopulatie betreffende UI. Een verklaring voor het niet consulteren kan schaamte zijn.
Wat betreft de therapie besluiten zowel de guideline van het EAU als de Cochrane Review dat bekkenbodemkiné moet worden aangeboden als eerstelijnsbehandeling voor zowel stress-, gemengde- als urge-incontinentie. Urge-incontinentie komt in aanmerking voor een combinatie van bekkenbodemkiné en blaastraining. Het optimale oefenschema dient verder te worden onderzocht. Wel staat vast dat de behandeling intensief moet zijn en goed moet worden begeleid. De behandeling wordt best minimaal drie maanden volgehouden. Extra diagnostische aandacht gaat uit naar dames met vermoeden van neurogene blaasdysfunctie, vergevorderde prolaps alsook bekkenbodemparese. Deze patiënten behandelt men op een andere manier en worden daarvoor best eerst geëvalueerd door een uro-gyneacoloog. Bij vrouwen met bekkenbodemparese kan additioneel biofeedback en elektrostimulatie therapeutisch effect hebben. De Cochrane review besluit dat bekkenbodemkiné de ziektegerelateerde QOL kan verhogen. Er wordt echter geen level of evidence vermeld. Het aantal gevonden RCT's met verbetering in QOL als outcomemaat is bijzonder laag. Het feit dat er geen studies binnen de eerstelijn werden gevonden, doet vermoeden dat de eerstelijnsbehandeling nog niet voldoende werd onderzocht in de eerstelijn. We kunnen enkel besluiten dat intensieve bekkenbodemkiné in groepssessies in een tertiair centrum gedurende 6 maanden de ziektegerelateerde QOL bij streng geselecteerde populatie met stress-UI kan verbeteren.

5) Besluit

Zorg voor patiënten met urine-incontinentie in de dagdagelijkse huisartsenpraktijk vereist een proactieve aanpak gezien het taboe dat heerst rond de pathologie. Men wacht best niet tot na de menopauze om dit te doen. Voor deze case finding gebruikt men bij voorkeur gestandaardiseerde vragenlijsten die peilen naar het type, de ernst en de impact op QOL van het ongewild urineverlies. Daarnaast is het belangrijk dat er een hulpvraag wordt geïdentificeerd.

Bekkenbodemkiné is een zware, tijdsintensieve behandeling die bijzonder veel motivatie en begeleiding van de patiënt vereist. Er bestaat momenteel weinig overtuigend bewijs dat bekkenbodemkiné de ziektegerelateerde QOL zal verbeteren. Er zijn daarnaast onvoldoende wetenschappelijke gegevens over het aanbieden van bekkenbodemkiné binnen de eerste lijn. Zowel therapeutische effectiviteit als voorspellers van outcome dienen nog te worden onderzocht. Cijfers over de kosteneffectiviteit kunnen we eveneens niet voorleggen. Hierdoor is het moeilijk om op dit moment een populatie te definiëren die baat heeft bij deze eerstelijnsbehandeling.

6) Literatuur

1. Abrams, P., et al., *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society.* Am J Obstet Gynecol, 2002. **187**(1): p. 116-26.
2. Irwin, D.E., et al., *Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study.* Eur Urol, 2006. **50**(6): p. 1306-14; discussion 1314-5.
3. Hannestad, Y.S., et al., *A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag.* J Clin Epidemiol, 2000. **53**(11): p. 1150-7.
4. Hunskaar, S., et al., *The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries.* BJU Int, 2004. **93**(3): p. 324-30.
5. Norton, P. and L. Brubaker, *Urinary incontinence in women.* Lancet, 2006. **367**(9504): p. 57-67.
6. Abrams, P., *Incontinence : 4th International Consultation on Incontinence, Paris, July 5-8, 2008*. 4th ed. ed. 2009, [Paris]: Health Publications Ltd. 1870 p.
7. Lasserre, A., et al., *Urinary incontinence in French women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life.* Eur Urol, 2009. **56**(1): p. 177-83.
8. Shaw, C., et al., *The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms.* Fam Pract, 2006. **23**(5): p. 497-506.
9. Samuelsson, E., A. Victor, and G. Tibblin, *A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment.* Acta Obstet Gynecol Scand, 1997. **76**(1): p. 74-80.
10. Shamliyan, T.A., et al., *Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women.* Ann Intern Med, 2008. **148**(6): p. 459-73.
11. Dumoulin, C. and J. Hay-Smith, *Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women.* Cochrane Database Syst Rev, 2010(1): p. CD005654.
12. Castro, R.A., et al., *Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training, electrical stimulation, vaginal cones, and no active treatment in the management of stress urinary incontinence.* Clinics (Sao Paulo), 2008. **63**(4): p. 465-72.
13. Ghoniem, G.M., et al., *A randomized controlled trial of duloxetine alone, pelvic floor muscle training alone, combined treatment and no active treatment in women with stress urinary incontinence.* J Urol, 2005. **173**(5): p. 1647-53.
14. Bo, K., T. Talseth, and A. Vinsnes, *Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women.* Acta Obstet Gynecol Scand, 2000. **79**(7): p. 598-603.

III Praktijkproject

1) Inleiding

De keuze van dit praktijkverbeterend project vertrekt vanuit de eerder beperkte ervaring met detectie en behandeling van UI, zowel bij de HAIO, als bij de collega's huisartsen in de praktijk. Daarnaast zijn er ook maar weinig studies die de aanpak van UI bestuderen binnen de Vlaamse huisartsenpraktijk.
Het doel van het project was de kwaliteit van leven verbeteren voor enkele vrouwen met urine-incontinentie binnen de praktijk en deze verbetering te objectiveren.

Wegens het grote taboe rond het onderwerp lijkt proactieve case finding door middel van een vragenlijst een goede strategie om patiënten met UI te identificeren in de praktijk. In studieverband gebeurt dit best met behulp van geanonimiseerde en gestandaardiseerde vragenlijsten. Door aan de vragenlijst een uitnodiging toe te voegen willen we patiënten motiveren om het probleem te bespreken met hun huisarts. Bij de diagnose van UI dient men ook risicofactoren en uitlokkende factoren na te gaan, en is een grondig klinisch onderzoek noodzakelijk. Het behandelen van UI in de eerste lijn bestaat uit educatie, mogelijks corrigeren van uitlokkende factoren en bekkenbodemkiné.

Dit laatste gebeurt in samenspraak met een kinesist. In Vlaanderen kunnen kinesisten een bijkomende opleiding volgen in de bekkenbodemkinesitherapie. Evaluatie van de therapie gebeurt in studieverband best door het opnieuw afnemen van vragenlijsten.

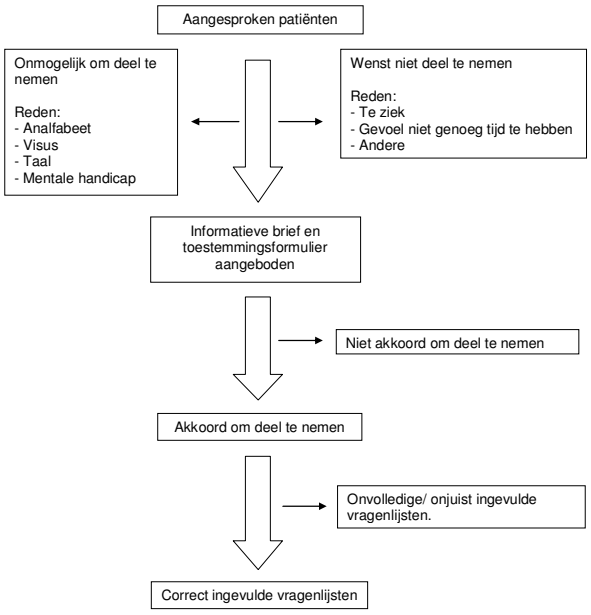
2) Methode

a) Patiëntenpopulatie

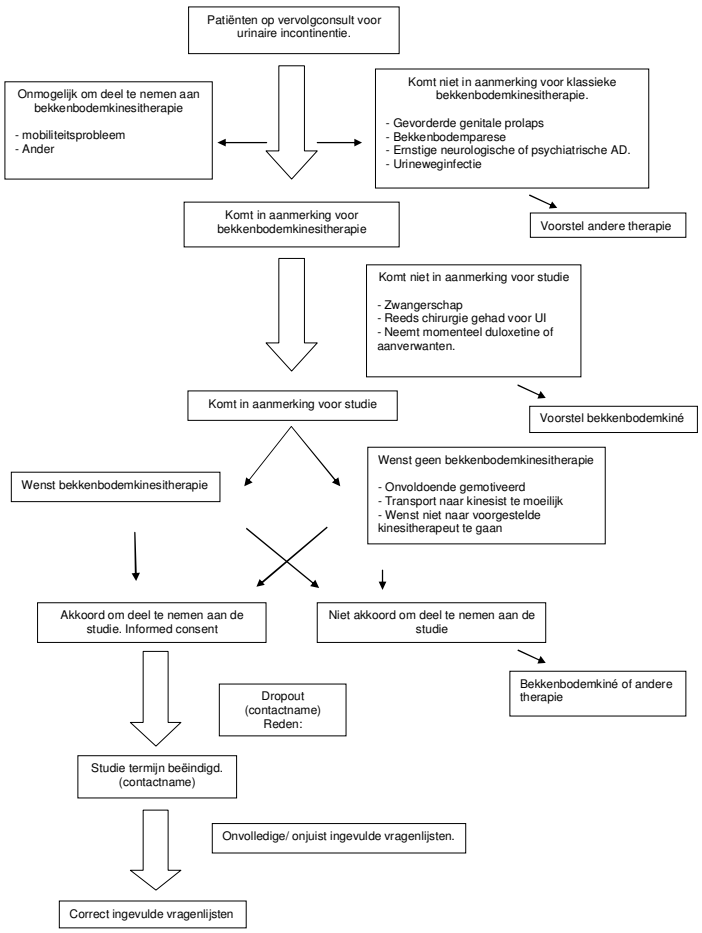
Als onderzoekspopulatie namen we alle vrouwen boven de 35 jaar die onze groepspraktijk bezoeken. De ondergrens van leeftijd werd beslist in samenspraak met alle collega's van onze groepspraktijk. Enerzijds zou onze onderzoekspopulatie niet groot genoeg zijn om jongere patiënten te kunnen identificeren met UI gezien de lagere prevalentie binnen deze groep. Anderzijds hanteerden we deze ondergrens omwille van het feit dat vaginale bevalling één van de grootste risicofactoren is voor urine-incontinentie [1].
Patiënten werden door de arts of verpleegkundige verzocht om deel te nemen aan een studie over ongewild urineverlies. Na informed consent, kregen de deelneemsters een gesloten enveloppe met drie vragenlijsten. Het invullen van de vragenlijsten nam ongeveer acht minuten in beslag. Ook was er een uitnodiging toegevoegd om de resultaten en dus het probleem van urine-incontientie te bespreken in een opvolgconsult. In dit vervolgconsult zou het probleem verder worden gedifferentieerd en risicofactoren opgespoord met als doel om een gepaste behandeling op te starten. Hiervoor werd een gestandaardiseerde aanvullende anamnese en klinisch onderzoek opgesteld.(bijlage 1)
Voor het tweede deel van de studie probeerden we een populatie te identificeren die in aanmerking kwam voor bekkenbodemkiné. Deze patiënten werden hierover uitgebreid geïnformeerd. Ze kregen daarnaast allen mondeling levensstijladvies (bijlage 2), alsook de patiëntenfolder "Urineverlies"van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Zowel patiënten die gemotiveerd waren om bekkenbodemkiné te volgen als diegene die niet gemotiveerd waren zouden worden gevraagd om deel te nemen aan het vervolg van de studie. Gemotiveerde patiënten verwezen we naar een kinesist met bekwaamheid in de bekkenbodemkinesitherapie. In samenspraak met de kinesist werd er een individueel behandelplan opgesteld van minimaal drie maanden. Na drie maanden volgde er een controleraadpleging. Het therapeutisch effect werd bevraagd door de vragenlijsten opnieuw af te nemen. Ook patiënten die niet gemotiveerd waren voor de bekkenbodemkiné zagen we graag nogmaals terug na drie maanden voor herevaluatie van de vragenlijsten. Deze gegevens konden we gebruiken als controlegroep. Voor de behandelde groep werd ook een vragenlijst opgesteld om de beleving van de therapie na te gaan. Met de gegevens uit het tweede deel van de studie konden we dan de effectiviteit van bekkenbodemkiné evalueren. De bedoeling was om

finaal aan te tonen dat vrouwen behandeld met bekkenbodemkiné minder ziektegerelateerde impact op het dagelijks leven hebben dan vóór hun behandeling en in vergelijking met de controlegroep.

Flow Diagram Observationele Studie



Flow Diagram Interventionele Studie



b) Inclusie-exclusie

We includeerden alle vrouwen boven 35 jaar die fysiek en mentaal in staat waren om een vragenlijst in te vullen. Analfabeten, anderstaligen of patiënten met een mentale handicap konden niet deelnemen aan de studie. Aan patiënten die weigerden deel te nemen werd geen informed consent overhandigd. De opgegeven reden werd genoteerd.

Voor de behandeling kwamen vrouwen met zowel stress-, gemengde- als urge-incontinentie in aanmerking die een hulpvraag hadden en gemotiveerd waren om een intensieve behandeling met bekkenbodemkiné van minstens drie maanden te volgen. Vrouwen die zich niet konden verplaatsen tot een kinesist kwamen niet in aanmerking voor deze studie. Vrouwen met ernstige genitale prolaps, bekkenbodemparese en ernstige neurologisch of psychiatrische problemen verwezen we liever eerst door naar de tweede lijn. Vrouwen die op het moment van de raadpleging zwanger waren, of farmacologische behandeling kregen voor UI, mochten niet deelnemen aan de studie. Ook vrouwen die reeds chirurgisch werden behandeld werden niet opgenomen in de studiepopulatie.

c) Vragenlijsten

Enerzijds willen we nagaan of de aangesproken dames incontinentieklachten hebben. Anderzijds willen we met behulp van hun subjectieve beleving volgende aspecten in kaart brengen: de ernst, het type UI, de impact op QOL en een eventuele hulpvraag.
We kozen voor twee gestandaardiseerde en internationaal erkende vragenlijsten. De ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form) en de IQOL (Incontinence Quality Of Life Questionaire).

De ICIQ-SF peilt naar de ernst én de impact op het dagelijkse leven van de UI over de afgelopen vier weken. Ze tracht ook te achterhalen welk type van urine-incontinentie de patiënt heeft. Deze vragenlijst werd gekozen omdat ze zeer eenvoudig is in gebruik, een hoge validiteit, betrouwbaarheid en sensitiviteit heeft en veel internationale ondersteuning krijgt [2]. De score varieert van 0 tot 21. Hoe hoger de score hoe ernstiger de UI. Invullen duurt minder dan twee minuten. (Bijlage 3)

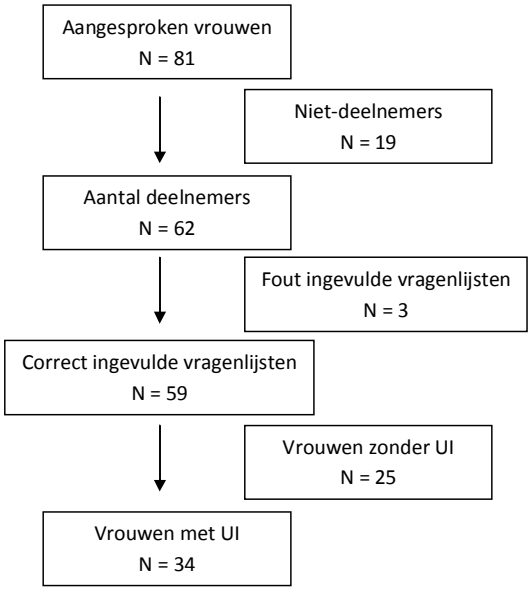
De IQOL bevraagt meer uitgebreid de ziektegerelateerde impact van urine-incontinentie op het dagelijkse leven. Het zijn 22 vragen die met behulp van een Likert schaal peilen naar de impact van de incontinentie op verschillende vlakken van het dagelijkse leven. De vragenlijst werd gekozen omdat ze vaak gebruikt wordt in klinische studies om impact QOL na te gaan[3]. De score varieert tussen 0 en 100. Hoe lager de score, hoe groter de impact op het dagelijkse leven. Invullen duurt ongeveer vier minuten. (Bijlage 4)

De derde vragenlijst is zelfgemaakt en bevraagt of er reeds hulp werd gezocht, of er momenteel een behandeling gevolgd wordt en of er op het huidige moment een hulpvraag is. (Bijlage 5)

d) Statistische bewerking

Gezien de geringe omvang van de studie werd beslist om enkel beschrijvende statistiek te hanteren.

3) Resultaten



Niet-deelnemers: N = 19
- Visusprobleem: 10
- Gevoel geen tijd te hebben: 3
- Geen interesse: 3
- Gevoel te ziek te zijn: 2
- Taalbarrière: 1

Over een periode van drie manden werden 81 vrouwen gevraagd om deel te nemen aan de studie. Dit leverde 59 correct ingevulde vragenlijsten op. Meer dan de helft (n=34 ; 58%) van de ondervraagde patiënten had de voorgaande vier weken ongewild urineverlies ervaren. Acht dames (22%) hadden dagelijks last van urinaire incontinentie. Meer dan de helft van de incontinente dames heeft klachten van stress-incontinentie, gevolgd door gemengde incontinentie. Een klein deel heeft urge-incontinentie.

Vrouwen met gemengde incontinentie scoren gemiddeld hoger op ernst en impact op dagelijkse activiteit, gevolgd door urge-incontintie. Stress-UI zorgt voor het minste last. De patiënten met de meeste impact op het dagelijkse leven vindt men in de leeftijdcategorie van 40-49 jaar. Dit geldt zowel voor de ICIQ-SF (gemiddeld 7,8) als de IQOL (gemiddeld 75,9)

Tien vrouwen hadden subjectief ernstige urinaire incontinentie met een ICIQ-SF-score boven de 10 en/of een IQOL-score onder de 80. Dit zijn arbitraire afkappunten die geenszins officieel werden vastgelegd. Al deze vrouwen hadden een hulpvraag. De helft van deze groep (n= 5) werd nog nooit behandeld.
In totaal hadden 16 vrouwen (27%) met ongewild urineverlies een hulpvraag.
Acht (14%) dames hadden reeds hulp gezocht. Bijna allen trokken ze met hun klacht naar de huisarts. Zeven dames kregen reeds een behandeling waarvan vier bekkenbodemkiné. Slechts één dame heeft na haar behandeling geen incontinentieklachten meer dankzij een operatie voor stress-UI. Van de zeven behandelde dames hebben er vijf nog steeds een hulpvraag.
Er waren zes (10%) dames die aangaven dat hun UI een belemmering is om geslachtsgemeenschap te hebben.

Er heeft geen enkele dame zich aangemeld voor een opvolgconsult. Het tweede deel van de studie is hierdoor niet kunnen doorgaan.

Tabel 1: Aantal vrouwen met/die:

- dagelijks urineverlies	8
- ernstig UI (ICIQ-SF >10 of IQOL <80)	10
- hulpvraag	16
- hulpvraag en ICIQ-SF >10 of IQOL <80 die nog geen hulp zochten en nog geen behandeling kregen	5
- reeds hulp zochten	8
- reeds hulp zochten bij de huisarts	7
- behandeling kregen	7
- behandeling kregen en momenteel klachtenvrij zijn	1
- behandeling kregen en geen hulpvraag meer hebben	2
- behandeling kregen en wel nog een hulpvraag hebben	5
- bekkenbodemkiné kregen	4

Tabel 2: Aantal patiënten per leeftijdcategorie:

Leeftijd	SUI	MUI	UUI	Totaal UI	Totaal populatie (%)	
35-39	1	0	0	1	2	(3,4)
40-49	3	3	0	6	12	(20,3)
50-59	9	4	1	14	21	(35,6)
60-69	6	0	1	7	15	(25,4)
70-79	2	2	1	5	8	(13,6)
≥80	1	0	0	1	1	(1,7)
Totaal	22	9	3	34	59	(100)

Tabel 3: Gemiddelde score IQOL

Leeftijd	Geen UI	UI	SUI	MUI	UUI	Hulpvraag
35-39	98,9	86,4	86,4	--/--	--/--	--/--
40-49	98,3	75,9	82,6	69,3	--/--	71,1
50-59	99,7	83,5	88,5	72,4	83,0	76,0
60-69	98,2	86,9	93,9	--/--	44,3	64,8
70-79	99,2	85,7	91,5	75,6	94,3	63,6
≥80	--/--	94,3	94,3	--/--	--/--	--/--
Totaal	98,8	83,6	89,6	72,1	73,9	72,3

Tabel 4: Gemiddelde score ICIQ-SF

Leeftijd	Geen UI	UI	SUI	MUI	UUI	Hulpvraag
35-39	1,0	6,0	6,0	--/--	--/--	--/--
40-49	0,0	7,8	8,6	7,0	--/--	8,6
50-59	0,0	7,5	4,6	12,8	12,0	11,1
60-69	0,0	5,4	4,5	--/--	11,0	8,0
70-79	0,0	5,8	5,0	8,0	3,0	11,0
≥80	--/--	6,0	6,0	--/--	--/--	--/--
Totaal	0,0	6,4	5,3	9,8	8,7	9,9

4) Discussie

De onderzoekspopulatie is klein. De samenstelling van de populatie wordt waarschijnlijk ook beïnvloed door het feit dat de hoofdonderzoeker een mannelijke huisarts in opleiding is. We zien een relatief groter aantal dames van middelbare leeftijd met een hoger dan gemiddelde consultatiefrequentie en dus multiproblematiek. Jongere dames verkiezen binnen onze groepspraktijk eerder een vrouwelijke collega en bejaarde patiënten verkiezen dan weer hun vaste huisarts. Ook is de bevraging niet systematisch verlopen. Enerzijds komt dit door wisselende tijdsdruk en verloop van de consultatie, anderzijds door de reden van het aangevraagde consult (acute pathologie versus preventie). Deze selectiebias verklaart waarschijnlijk deels de hogere prevalentie UI binnen de onderzoekspopulatie (58%) ten opzichte van studies in een gelijkaardige setting (27-46%) [4-6].

Daarnaast is er een groter aandeel vrouwen met stress-incontinentie dan andere studies (65% versus 45-56%). Dit kan verklaard worden door verschillen in de onderzoekspopulatie en interpretatie van de subjectieve rapportering.

Het grootste deel van de vrouwen met ongewild urineverlies ondervindt slechts beperkte subjectieve hinder en dus impact op het dagelijkse leven. Een kwart tot een derde van de incontinente populatie heeft ernstige klachten en of een hoge impact op de kwaliteit.
Het percentage deelnemers die zowel ernstige klachten hadden als een hulpvraag en die nog geen behandeling kregen ligt in deze studie rond de 8% (n= 5). Dit kan worden beschouwd als de patient unmet needs voor behandeling van urine-incontinentie binnen de eerstelijnspopulatie . De huidige studie is echter te kleinschalig om dit te extrapoleren naar de hele eerstelijn. Dit duidt wel aan dat er nog heel wat patiënten zijn die onvoldoende geholpen worden voor het probleem. Daarenboven kan je als huisarts relatief snel een populatie ernstig aangedane patiënten identificeren.
De subjectieve ernst en impact op het dagelijks leven van ongewild urineverlies is het grootst in de leeftijdscategorie tussen 40 en 50 jaar. In deze “actieve” populatie dames van middelbare leeftijd zien we de patiënten met de grootste subjectieve hinder.

Nog het meest opvallend in deze studie is dat patiënten met ernstige klachten uitnodigen voor een vervolgconsult na het afnemen van vragenlijsten blijkbaar niet werkt. Sensibiliseren via vragenlijsten zet dus niet aan tot consulteren ondanks verlies van kwaliteit van leven en een “onuitgesproken” hulpvraag. Er kon dan ook geen enkele behandeling worden gestart. Het lijkt ons dan ook aangewezen om in de klinische praktijk de vragenlijsten samen met de patiënt te overlopen.

Een mogelijke struikelblok tot een langdurige behandeling is dat de kinesisten met speciale bekwaamheid in de bekkenbodemkiné nog niet erg dik gezaaid zijn over het Vlaamse landschap. Vanaf onze praktijk is dit minimaal 11 km rijden.

5) Besluit

De ziektegerelateerde kwaliteit van leven verbeteren bij vrouwen met urine-incontinentie is geen sinecure. Het taboe rond het onderwerp zorgt voor een spontane onderrapportering. Ongewild urineverlies is echter makkelijk te bevragen door de huisarts met vragenlijsten maar dit zorgt niet automatisch voor een toegenomen aantal behandelde patiënten. De vraag “heeft u last van ongewild urineverlies?” dient volgens ons deel uit te maken van het preventieconsult. Bij een positief antwoord kan verdere case-finding gebeuren met behulp van de ICIQ-SF, bij voorkeur als module binnen het elektronisch medisch dossier. Ook moet bijkomend actief worden gepeild naar hulpvraag: “Heeft u al ooit gedacht om u te laten helpen voor dit probleem?”. Men begint best ook niet pas te bevragen binnen de post-menopauzale populatie maar vroeger, namelijk binnen de post-patrum populatie met als doel sensibilisering en eventueel zelfs preventie.

Er moet wel worden opgemerkt dat er een groot verschil is tussen hulpvraag en motivatie voor kinesitherapeutische behandeling. Motivatie is van primordiaal belang voor de langdurige, intensieve bekkenbodemkiné met nog onduidelijke effectiviteit. Er is absoluut grootschalig Vlaams onderzoek nodig naar de eerstelijnstherapie van urinaire incontinentie binnen de eerste lijn.

6) Referenties

1. Norton, P. and L. Brubaker, *Urinary incontinence in women.* Lancet, 2006. **367**(9504): p. 57-67.
2. Abrams, P., *Incontinence : 4th International Consultation on Incontinence, Paris, July 5-8, 2008*. 4th ed. ed. 2009, [Paris]: Health Publications Ltd. 1870 p.
3. Wagner, T.H., et al., *Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure.* Urology, 1996. **47**(1): p. 67-71; discussion 71-2.
4. Ghoniem, G.M., et al., *A randomized controlled trial of duloxetine alone, pelvic floor muscle training alone, combined treatment and no active treatment in women with stress urinary incontinence.* J Urol, 2005. **173**(5): p. 1647-53.
5. Samuelsson, E., A. Victor, and G. Tibblin, *A population study of urinary incontinence and nocturia among women aged 20-59 years. Prevalence, well-being and wish for treatment.* Acta Obstet Gynecol Scand, 1997. **76**(1): p. 74-80.
6. Shaw, C., et al., *The extent and severity of urinary incontinence amongst women in UK GP waiting rooms.* Fam Pract, 2006. **23**(5): p. 497-506.