Adaptatie Duodecim richtlijn "Overactieve blaas"

Huisarts-in-opleiding: Dr. Mamedova Leyla Universiteit Antwerpen

Promotor: Professor Johan Wens, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr. Verhagen Eveline Antwerpen

Masterproef in huisartsgeneeskunde

Universiteit Antwerpen

Academiejaar 2015-2016

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 2
Abstract 4
Inleiding 5
1. Methodologie 6
1.1 Fase 1: Screeningsfase 6
1.1.1 Stap 1 - Het definiëren van klinische vragen 6
1.1.2 Stap 2 - Zoektocht naar relevante richtlijnen 7
1.1.3 Stap 3 - Screening van de gevonden richtlijnen. 7
1.1.4 Stap 4 Waardering van de geselecteerde richtlijnen 8
1.1.5. Stap 5 - Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie 12
1.2 Adaptatie fase 12
1.2.1. Stap 7. Eerste versie opmaken 12
1.3 Fase 3. Implementatie fase 14
1.3.1 Bespreking met de specialist 14
1.3.2 Stap 8. Peer review. 14
1.3.3 Stap 9. Formuleren van praktijkconsensus 14
1.3.4 Stap 10. Finaal nazicht door leescommissie 14
2.Resultaten 15
2.1 Screeningsfase 15
2.2 Bespreking met de uroloog 22
2.3 Peer review-resultaat 22
2.4 Praktijkconsensus 23
3.Discussie 26
3.1 Screeningsfase 26
3.2 Adaptatiefase 27
3.3 Implementatiefase 28
4.Besluit 28
5.Finale versie richtlijn 30
6.Planning voor een update 33
7.Lijst van auteurs en belangenvermenging 33
8.Referenties 34
9.Bijlages. 42

9.1 Praktijktools: 42
9.1.1 Plasdagboek met uitleg 42
9.1.2 Instructie blaastraining: 46
9.1.3 Instructie bekkenbodemoefeningen 47
9.2 Bijlage 2 48
9.3 Bijlage 3 49
9.4 Verzoek tot advies het Ethisch Comité 50
9.5 Advies het Ethisch Comité 57
9.6 Presentatie “Overactieve blaas” 58

Abstract

Context: Om Evidence based medicine principes in de dagelijkse praktijk toepasbaar te maken voorziet EBM*Practice*Net voor alle artsen gratis toegang tot de internationale databank met de door de Finse artsenvereniging Duodecim ontwikkelde "EBM guidelines". Daarnaast werden de richtlijnen die door de redactie van EBM*Practice*Net een negatieve beoordeling kregen op basis van kwaliteit van inhoud, consistentie van aanbeveling met inhoud en/of toepasbaarheid in de Belgische context, verder doorverwezen voor een herziening en adaptatie aan de Belgische context. Deze masterproef is gefocust op de adaptatie van Duodecim richtlijn "Overactieve blaas".

Onderzoeksvragen: Is de richtlijn 'Overactieve blaas ' voldoende wetenschappelijk onderbouwd en toepasbaar in de Belgische context? Is een adaptatie van deze richtlijn nodig? Blijkt de richtlijn na eventuele adaptatie bruikbaar te zijn?

Al deze vragen werden toegepast op de aanbevelingen omtrent diagnose en niet medicamenteuze behandeling bij overactieve blaas.

Methodologie:

Er werd gewerkt volgens een uniform proces: het Adapte Proces. In de screeningsfase werd van start gegaan met het opstellen van klinische vragen. Hieruit werden PIPOH's geformuleerd om een gericht literatuuronderzoek naar relevante richtlijnen uit te voeren. Na screening en waardering van de geselecteerde richtlijnen volgens AGREE II werden de aanbevelingen voor adaptatie van de Duodecim richtlijn geselecteerd. Tijdens de adaptatiefase werd een eerste versie opgemaakt en gescoord volgens GRADE, die vervolgens aan de hand van de casussen besproken werd met de uroloog. Een eerste versie van de richtlijn werd opgesteld waarna de toepasbaarheid getoetst werd in peer-groepen (seminariegroep en LOK-groep) en in de eigen praktijk. Op basis daarvan werden eventuele aanpassingen gemaakt en een definitieve richtlijn werd opgesteld.

Resultaten:

Onder de vorm van aanbevelingen werd in de richtlijn een antwoord geboden op de drie klinische vragen:

1. Welke zijn de symptomen waarbij men als huisarts moet denken aan een overactieve blaas?
2. Welke diagnostische stappen dient de huisarts te nemen bij vermoeden van een overactieve blaas?
3. Welke levensstijlveranderingen en gedragstherapie kan de huisarts initiëren bij patiënten met een overactieve blaas?

Vijf richtlijnen gaven antwoord op deze klinische vragen. Na beoordeling en waardering werd besloten, gezien de slechte onderbouwing van de Duodecim-richtlijn, het ontbreken van de GRADE en de verandering in de probleembenadering vanuit "patient centered care", een mineure adaptatie van deze aanbevelingen door te voeren. De gebrekkige evidentie met betrekking tot deze aanbevelingen was opmerkelijk (evidentieniveau C en slechts 2 van B). Bij toetsing van de geadapteerde richtlijn in de peer-groepen en de eigen praktijk werd duidelijk dat de richtlijn, onder voorwaarden van de beschikbaarheid van de nodige tools, door veel artsen als goed toepasbaar wordt geacht.

Conclusie: De richtlijn diende mineur geadapteerd te worden gezien de beperkte wetenschappelijke onderbouwing. De geadapteerde aanbevelingen, betreffende het klinisch onderzoek en de bijkomende onderzoeken bij overactieve blaas en de niet medicamenteuze behandeling van overactieve blaas zijn toepasbaar maar gebaseerd op gebrekkige tot afwezige evidentie. Verder onderzoek is vereist.

Sleuteltermen: Overactieve blaas ICPC U04.02 Urge-incontinentie

Contact gegevens: Leyla Mamedova, leyla.mamedova@telenet.be

Inleiding

In een tijd waar gestreefd wordt naar het toepassen van evidence-based medicine (EBM) in de dagelijkse praktijk nemen richtlijnen een belangrijke plaats in. De ontwikkeling, adaptatie en actualisering van richtlijnen die specifiek gericht zijn op de eerste lijn, zijn hierbij onontbeerlijk. Meewerken aan de adaptatie van een richtlijn geeft een inzicht in wat ligt aan de basis van de geformuleerde richtlijn, waar je moet op letten om de richtlijnen kritisch te kunnen gebruiken in het dagelijkse leven, hoe de richtlijn toe te passen op de individuele patiënt. EBMPracticeNet ontstond in 2010 op initiatief van het RIZIV en is een samenwerking tussen verschillende Belgische organisaties die betrokken zijn bij de productie en de verspreiding van EBM. Het voorziet in een elektronisch platform voor (huis)artsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten om EBM materiaal vlot beschikbaar te maken. Hierbij is er ook gratis toegang tot een databank met internationaal geaccrediteerde EBM guidelines, ontwikkeld door de Finse artsenvereniging Duodecim. Deze guidelines kunnen bovendien via onder meer ICPC-codering gekoppeld worden aan het elektronisch medisch dossier (EMD) van de huisarts.
De richtlijnen werden in eerste instantie beoordeeld door de leescommissie van EBMPracticeNet. De richtlijnen met een negatieve beoordeling moeten geadapteerd worden aan de Belgische context volgens een uniform proces beschreven in de “Adapte Manual and Resource Kit”.(1)
De richtlijn “Overactieve blaas” was één van de negatief beoordeelde richtlijnen. In dit werk engageerde ik mij om de richtlijn van Duodecim “Overactieve blaas” te adapteren aan de Belgische context. Het accent lag op de diagnose en niet medicamenteuze behandeling van een overactieve blaas.
In dit project sprak mij vooral aan dat wij onze theoretische kennis van EBM onder nauwe begeleiding van ervaren professionals praktisch konden uitdiepen en dat de deadlines en supervisie van een leescommissie zorgden voor de dynamiek en kwaliteit van het proces. Tijdens het literatuuronderzoek werd belangrijke ervaring opgedaan in de optimale zoekstrategieën en in de kennis van bestaande bronnen. Net als de zelfgemaakte GRADE beoordeling van deze richtlijn. In de implementatiefase wordt teruggekoppeld naar de praktijk.

De term “overactieve blaas” werd gebruikt sinds de jaren 90(2). Volgens epidemiologische onderzoeken en onderzoeken in de tweede lijn lopen de prevalentiecijfers uiteen: het gaat over 8 tot 31.3% van de bevolking (2-7). Het is eenduidig dat de prevalentie stijgt met de leeftijd. Hoewel het overactieve blaassyndroom niet levensbedreigend is, heeft het grote impact op de levenskwaliteit van de patiënt (8-15). Meer dan de helft van die mensen verzwijgen hun probleem (16, 17). De huisarts is goed geplaatst om dit probleem bespreekbaar te maken en initiële onderzoeken en behandeling op te starten (18, 19).

1. Methodologie

Het adaptatieproces van een richtlijn gebeurt op een uniforme manier, gebaseerd op het "Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be "(1). Alle stappen zijn nauwkeurig opgenomen in de matrix (verkrijgen op verzoek bij de onderzoeker, zie contact gegevens). In wat volgt worden kort alle stappen verduidelijkt en eventuele moeilijkheden aangehaald.
De stappen 1-4.1 waren in samenwerking met HAIO Hans Leus gemaakt.

1.1 Fase 1: Screeningsfase

De eerste fase, de screeningsfase, werd opgedeeld in zes stappen:
Stap 1 - Het definiëren van klinische vragen
Stap 2 - Het ondernemen van een systematische zoektocht naar relevante internationale richtlijnen en Belgische EBM informatie
Stap 3 - Het screenen van de gevonden richtlijnen
Stap 4 - Het waarderen van de geselecteerde richtlijnen
Stap 5 - Het beslissen of de aanbeveling dient te worden geadapteerd
Stap 6 - Nazicht door de leescommissie

1.1.1 Stap 1 - Het definiëren van klinische vragen

De eerste stap bestond uit het definiëren van klinische vragen.
Elke Duodecim richtlijn is opgedeeld in een aantal categorieën die betrekking hebben op grote thema's: basisinformatie, prevalentie, diagnose, differentiële diagnose, behandeling. Deze thema's kunnen nog verder worden opgesplitst in subthema's. Het thema diagnose zou volgende onderverdelingen kunnen hebben: anamnese, klinisch onderzoek en technisch onderzoek.
Thema *Behandeling* kan gesplitst worden naar niet-medicamenteuze behandeling en medicamenteuze behandeling, indicaties voor verwijzing. Er dienden per HAIO minstens 2 subthema's geselecteerd te worden waarbij een zinvolle vergelijking met andere richtlijnen mogelijk was. Vervolgens moesten deze 2 subthema's in een klinische vraag worden vertaald die kort en bondig diende te zijn. Bij het formuleren van deze klinische vragen diende ook de PIPOH-methode gebruikt te worden.
PIPOH is een acroniem en staat voor:
Patient: definitie van de patiënten populatie, kenmerken van de aandoening
Intervention: over welke interventie (of diagnostische test) gaat de klinische vraag
Professionals: gebruikers van de richtlijn
Outcome: omvat patiënt outcomes (vb. genezing)
Health care setting: in welke context moet deze richtlijn gebruikt worden.

Door een klinische vraag te vertalen naar een PIPOH kunnen er vlot relevante zoektermen gedefinieerd worden.
Binnen deze masterproef wordt verder ingegaan op de definitie, het klinisch onderzoek, de technische onderzoeken en de niet medicamenteuze behandeling van het overactieve blaassyndroom (stap 1 in de matrix).

Voorbeeld bij de eerste klinische vraag:

Klinische vraag 1: Welke zijn de symptomen waarbij men als huisarts moet denken aan een overactieve blaas?		
PIPOH-elementen	**Inclusie criteria**	**Exclusie criteria**
Patient/Population	Volwassenen >18 jaar met idiopatic lower urinary tract symptoms:urgentie en/of urge incontinentie, pollakisurie,en/of nycturie	Kinderen, zwangere vrouwen, patienten met urineweginfectie, interstitiële cystitis, tumor of lithiase,pelvische tumor, gestoord neurologische regeling van de blaas(dementie, ziekte van Parkinson, multipelesclerose, diabetes), urogenitale atrofie, prolaps bij vrouwen, obstructie van de blaaslediging (prostaathyperplasie, prostaatkanker, urethrastenose en fimosis)
Interventions	Definitie	
Professionals	Huisarts	
Outcomes	Vermoeden van de diagnose van overactieve blaas	
Healtcare Setting	Huisartsenpraktijk	

1.1.2 Stap 2 - Zoektocht naar relevante richtlijnen

Na het bekomen van de klinische vragen en de hieraan gerelateerde PIPOH's, diende een zoekstrategie bepaald te worden.
Er werd een eerste ruwe selectie gemaakt op basis van taal (Engels en Nederlands), publicatiedatum (< 5 jaar geleden) en onderwerp na lezen van het abstract.
Geconsulteerde internationale databanken zijn G-I-N (www.g-i-n.net), NGC (www.guideline.gov), NHS guideline finder (www.evidence.nhs.uk) en Trip Database (www.tripdatabase.com).
De Belgische relevante bronnen die geraadpleegd werden, zijn onder meer KCE (www.kce.fgov.be), Minerva (www.minerva-ebm.be), Farmaka (www.farmaka.be) RIZIV (www.riziv.fgov.be), Repertorium van BCFI (www.bcfi.be) en FOD Gezondheidszorg (www.health.belgium.be).
In de volgende Nederlandse bronnen werd ook relevante informatie teruggevonden: NHG (www.nhg.org).
De gebruikte MeSH-termen zijn: overactieve blaas, overactive bladder, detrusor overactivity, unstable bladder, spastic bladder, frequent urination, irritable bladder, pollakisurie, urge incontinentie, urge incontinance, urinary urgency, nocturie, nocturia.(stap 2 in de matrix)
Tien relevante richtlijnen en vier Belgische/Nederlandse EBM informatiebronnen werden hier geselecteerd.

1.1.3 Stap 3 - Screening van de gevonden richtlijnen.

De volgende stap was de screening van de bekomen richtlijnen. Er werd nagegaan of de gevonden richtlijnen een antwoord boden op de geformuleerde klinische vragen. Steeds werd gezocht naar de laatste versie van de richtlijn.
Niet alle richtlijnen voldeden aan dit selectiecriterium.
De richtlijnen van European Association of Urology "Management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS) " en "Urinary incontinence" waren uitgesloten omdat ze meer op de specialisten en niet op de eerste lijn gericht waren. "Treatment of Overactive Bladder in Women" herhaalde de richtlijn van AUA "Overactive bladder". "Urine-incontinentie bij vrouwen" van Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie was een adaptatie van NICE richtlijn 2006 en was niet meer up to date.

De geselecteerde richtlijnen zijn:
1.Management of urinary incontinence in primary care. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)(2004-2011)(31)
2.Diagnosis and treatment of overactive bladder(non-neurogenic) in adults AUA/SUFU 2014(32)
3.Lower urinary tract symptoms. The management of lower urinary tract symptoms in men. NICE2010-2012(33)
4.Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. NICE2006(2015)(34)
5.2012 Update: Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian urological association(35)
6.Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians 2014 (36)
7.Urine incontinentie bij vrouwen NHG 2015(37)

1.1.4 Stap 4 Waardering van de geselecteerde richtlijnen

Vervolgens werden de geselecteerde richtlijnen beoordeeld volgens AGREE II (20). Deze waardering werd individueel uitgevoerd, waarna beide scores werden vergeleken en een consensus werd bereikt. Met dit instrument wordt een richtlijn beoordeeld op volgende zes domeinen: "onderwerp en doel", "betrokkenheid van de belanghebbenden", "methodologie", "helderheid en presentatie", "toepassing", "onafhankelijkheid van de opstellers". Op deze manier krijgt men een goed inzicht van de globale validiteit van de richtlijn. De onderzoekers legden hun scores voor elke richtlijn naast elkaar. Bij grote verschillen (> 2 punten) tussen de scores toegekend door beide onderzoekers voor een domein van een richtlijn, werden de scores gerevalueerd tot een compromis bereikt werd. Op basis van deze evaluatie werden 2 richtlijnen uitgesloten(de richtlijn van SIGN werd verwijderd van de site als niet up to date, de richtlijn van Canadian urological association scoorde slecht in AGREEII) .

Inventariseer inhoud van de aanbevelingen.
Voor elke klinische vraag werden de bijhorende aanbevelingen, gevonden in de bronrichtlijn en de geselecteerde richtlijnen, opgelijst. Bij elke aanbeveling werd hiernaast de onderliggende evidentie en de gegeven graad van aanbeveling genoteerd. Hierdoor kreeg men een overzicht van de verschillende aanbevelingen.
In de richtlijn van Duodecim wordt geen 'Grade of recommendation' gebruikt en geeft slechts af en toe een niveau van evidentie.
De andere richtlijnen hadden diverse systemen om evidentie niveau te waarderen.
Waardeer aanbeveling op courantheid.
Daarnaast dienden de aanbevelingen op courantheid gecontroleerd worden. De geselecteerde richtlijnen werden respectievelijk gepubliceerd in 2011-2015. Ook werden de publicatiedata van de referentielijsten van de richtlijnen nagegaan. Daarna gebeurde een zoektocht naar nieuwe informatie.
Er werd gestart met de zoektocht in de database van Cochrane, trip Database, Medline via Ovid en via PubMed. Hierbij werd gebruik gemaakt van de volgende MESH termen: Overactive bladder, detrusor hyperactivity en caffeine, weight reduction, alcohol, carbonate drinks, bladder irritation, drinking habits, lifestyle intervention, smoking, prompted voiding ,

scheduled voiding, bladder training, PFMT, electrical stimulation. De selectie werd verder verfijnd door beperkingen in te stellen op gebied van publicatiedatum. Er werd gezocht tussen 01/01/13 en 31/03/2015.
Er werden enkele recentere artikels en niet systematische reviews gevonden maar deze brachten geen doorslaggevend bewijs.

Over impact van het Overactieve blaas syndroom werd de volgende informatie gevonden:
-Uit onderzoek, waarbij evolutie van OAB was onderzocht bij 75 mensen(30 vrouwen en 45 mannen) over periode van 5 jaar, blijkt dat subjectieve verbetering niet altijd correleert met urodynamische en biochemische verbeteringen (22)
Dit onderzoek ondersteunt de visie dat het resultaat van de behandeling niet in aantal incontinentie episoden maar in de graad van de verbetering van de levenskwaliteit moet uitgerekend worden.

- Huidige evidentie toont dat urgentie incontinentie economisch belastend is voor patiënten en de maatschappij. Een wereldwijde sensibilisatie campagne is nodig voor de patiënten en hulpverleners voor vroegere opsporing en behandeling van de urgentie incontinentie (23)
Dit onderzoek geeft meer gewicht aan de nieuwe aanbeveling over opportunistische bevraging van de patiënten boven 55jaar naar de eventuele mictieproblemen.

Per klinische vraag werd de volgende informatie gevonden:
1. Welke zijn de symptomen waarbij men als huisarts moet denken aan een overactieve blaas?
- Uit interviews met 12 toonaangevende urologen, gynaecologen en geriaters blijkt dat de huidige definitie van overactieve blaas patiënten omvat met zeer uiteenlopende klinische pathologie. Alle experten waren het erover eens dat OAB moeilijk te behandelen is, en het accent moet worden gelegd op bijsturing van de verwachtingen van de patiënt en gedragstherapie (21)
Dit onderzoek trok mijn aandacht omdat ik tijdens literatuuronderzoek vaak bootste op niet eenduidige gebruik van de term Overactieve blaas syndroom. Vaak wordt dit syndroom als equivalentie van urgentie incontinentie gebruikt, of bij de niet idiopathisch overactieve blaas. Meer duidelijke afspraken moeten hierover gemaakt worden.

2.Welke diagnostische stappen dient de huisarts te zetten bij vermoeden van een overactieve blaas?
- Nerve growth factor (NGF) is voorgesteld als parameter dat correleert met OAB, maar er moet nog meer onderzoek gedaan worden naar sensitiviteit en specificiteit van de test(24).
- Interessante kwalitatieve studie bij 240 patiënten met overactieve blaas vanuit perspectief van de patiënt met OAB. Het onderzoek toont dat de patiënten met mictieproblemen gemiddeld 3.5jaar wachten totdat ze hun arts daarvoor raadplegen. Ze zouden liever door de arts proactief aangesproken worden. Het urineonderzoek en lichamelijk onderzoek moet meer consequent verricht worden. Medicamenteuze behandeling wordt vaak gestopt omwille van de kosten en bijwerkingen van de medicamenten. Niet medicamenteuze behandeling die even effectief en zonder bijwerkingen is, wordt weinig gebruikt. De patiënt-arts relatie is belangrijk in de diagnostiek en behandeling van het OAB. Het bespreken van het behandelingsdoel, het opstellen van het behandelingsplan, duidelijke informatiefolders,

de frequente opvolging : dat zijn de stappen in succesvolle behandeling van de patiënt met OAB(25).

3.Welke levensstijlveranderingen en gedragstherapie kan de huisarts initiëren bij patiënten met een overactieve blaas?
- Enkele niet doorslaggevende onderzoeken over invloed van cafeïne, overgewicht , depressie, co-morbiditeit en effect van bekkenbodemoefeningen bij de patiënten met overactieve blaas en urgentie incontinentie (26-30) zijn gevonden.

Waardeer aanbevelingen op samenhang.
Nadien werden de aanbevelingen gewaardeerd op samenhang tussen de zoekstrategie en de focus van de klinische vraag.

Eerst en vooral diende de zoekstrategie en de focus van de klinische vraag nagegaan te worden. Elementen die van belang zijn in de beoordeling van de zoekstrategie zijn o.a. de zoekperiode, inclusie/exclusiecriteria (vb. taal), onderzochte databases en gebruikte zoektermen..

Een tweede belangrijke stap in de evaluatie van de samenhang van een aanbeveling is de beoordeling van de samenvatting en interpretatie van de achterliggende evidentie. Belangrijke aspecten die in de basis voor de aanbeveling dienen besproken te worden zijn de volgende: is de gebruikte evidentie voor de aanbeveling in samenspraak met de primaire eindpunten van de geselecteerde studies, werd de heterogeniteit van de verschillende studies besproken, zijn er kritische besprekingen van de geselecteerde studies geïncludeerd en komen deze overeen met de aanbeveling, werd de methode voor de toekenning van het evidentieniveau besproken en werd ze correct toegepast, komen de in-/exclusiecriteria van de gebruikte studies overeen met die van de richtlijn, werden kosten en baten van de aanbeveling besproken en werd er een proces beschreven over de toekenning van de graad van aanbeveling.

De derde stap is de waardering van de samenhang, namelijk de waardering van de consistentie tussen de interpretatie van de evidentie en de formulering van de aanbeveling.

Voor alle richtlijnen wordt opgemerkt dat wanneer in de evidentie sprake is over incontinentie dit niet altijd wordt gespecifieerd naar de urge of stress of mixed incontinentie. Er is geen evidentie beschikbaar over OAB dry. De resultaten van de onderzoeken bij vrouwen worden geëxtrapoleerd naar mannen.
Hierna wordt elke richtlijn afzonderlijk besproken.

1. De zoekstrategie van de richtlijn van Duodecim is niet weergegeven en was dus niet te beoordelen. De geselecteerde evidentie werd niet afzonderlijk samengevat, maar onmiddellijk geformuleerd als aanbeveling.

2. Diagnosis and treatment of overactive bladder(non-neurogenic) in adults (AUA/SUFU 2014) was de enige richtlijn die onze interestpopulatie volledig dekte en alle klinische vragen beantwoordde.
Zoekstrategie, tijdsspanning, gebruikte informatiebronnen en exclusiecriteria zijn beschreven maar de zoektermen zijn afwezig -"relevant to OAB".
Diagnostische vragen zijn beantwoord op basis van expert opinie omdat de auteurs van de richtlijn vonden dat er geen evidentie over beschikbaar is.

"Discussion" geeft een soort samenvatting van evidentie waaruit de aanbeveling voortvloeit, deze lijkt consistent te zijn.
Wat betreft waardering van de samenhang, namelijk de waardering van de consistentie tussen de interpretatie van de evidentie en de formulering van de aanbeveling, hadden de auteurs van de richtlijn een eigen formuleringsmethode: aanbeveling wordt gegeven als "standard "bij ondersteunende evidentie van GRADE A of B , als "recommendation" bij de evidentie GRADE C , als "option " bij afwezigheid van eenduidige evidentie en evenwicht tussen voor- en nadelen, als "clinical principal " als er een eenduidig akkoord is van alle betrokken specialisten, als "expert opinie "bij expert consensus in afwezigheid van de evidentie.

3. NICE richtlijn "Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women". De zoek strategieën en het proces van de verzameling en synthese van de informatie waren in detail beschreven in de richtlijnen.
Bestaande evidentie en beperkingen worden besproken en evidentie wordt gewaardeerd op basis van eigen methode. Voor behandeling wordt de hoogste score EL1 toegekend, wat overeen komt met systematisch review, RCT of meta-analysen met "++", "+", "–" daarbij afhankelijk van de kwaliteit van de studie. Voor prognose de hoogste score is EL 2 (cohort studie). Bij de beoordeling van de samenhang tussen de evidentie en de interpretatie ervan met de geformuleerde aanbeveling werden geen grote verschillen gedetecteerd.
De formulering van de aanbeveling was aangepast aan de bestaande evidentie met "do …" bij sterke evidentie en "offer" of "consider" bij zwakke evidentie.

4. Recommendaties voor mannen met overactieve blaas in NICE richtlijn "Lower urinary tract symptoms. The management of lower urinary tract symptoms in men. 2010-2012" zijn geformuleerd op basis van expert opinie en interpolatie van de onderzoeken bij de vrouwen.

5. In de richtlijn "Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians 2014" de tijdsspanne en de gebruikte zoekstrategie zijn kort beschreven, maar er zijn geen zoektermen weergegeven.
De richtlijn geeft bij de aanbeveling referenties naar de bronnen en de formulering van de aanbeveling komt overeen met de beschikbare informatie. Ze gebruiken een eigen methode voor de waardering van de evidentie.

Table 2. **The American College of Physicians' Guideline Grading System***

Quality of Evidence	Strength of Recommendation	
	Benefits Clearly Outweigh Risks and Burden or Risks and Burden Clearly Outweigh Benefits	Benefits Finely Balanced With Risks and Burden
High	Strong	Weak
Moderate	Strong	Weak
Low	Strong	Weak
Insufficient evidence to determine net benefits or risks		

* Adopted from the classification developed by the GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation) workgroup.

6. NHG richtlijn “Urine-incontinentie bij de vrouwen”: zoek strategieën in details beschreven in een apart document. Wat betreft de samenvatting en de interpretatie van de achterliggende evidentie, werd de bestaande evidentie en beperkingen in bijbehorende Notes besproken met de referenties naar de bronnen. De aanbevelingen komen wel overeen met de besproken evidentie. Er wordt echter geen GRADE methode voor de waardering van de evidentie toegepast. De aanbevelingen zijn altijd in imperatief opgesteld onafhankelijk van de evidentiesterkte .

Waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid
Daarnaast dient de aanbeveling op toepasbaarheid gewaardeerd te worden. Zijn de buitenlandse richtlijnen ook toepasbaar in de Belgische context? Dit omvat een nazicht van de doelgroep en patiëntengroep besproken in de geselecteerde richtlijnen, beoordeling van de wijze waarop de richtlijn tegemoet komt aan de verwachtingen en voorkeuren van patiënten, beoordeling of de richtlijn toepasbaar is in de Belgische praktijk (nodige expertise, organisatie van de praktijk, terugbetaling, ondersteuning) en beoordeling of er geen culturele conflicten zijn die implementatie van de aanbeveling bemoeilijken. Bij nazicht bleken de aanbevelingen perfect toepasbaar te zijn in de Belgische context. Het klinisch onderzoek vormt geen probleem, net zoals het uitvoeren van de urine stiktest.
Vragenlijsten ICIQ, BFLUTS, I-QOL, SUIQQ, UISS, SEAPI-QMM, ISI , KHQ zijn niet gevalideerd in België en daarom zijn ze niet in de richtlijn aanbevolen.
Blaastraining en bekkenbodemoefeningen kunnen ook onder begeleiding van de gespecialiseerde kinesist gedaan worden en dat wordt terugbetaald.

Ook de inhoud van de aanbevelingen van de Belgische EBM bronnen werd opgelijst.
Het BCFI stelde een Folia op over “Aanpak van urine-incontinentie 2011”(38):
“Urine-incontinentie (onder andere urgentie incontinentie) kan grotendeels in de eerste lijn behandeld worden. Een gespecialiseerde aanpak is slechts nodig bij falen van de aanpak in de eerste lijn of wanneer een chirurgische behandeling te overwegen is”.

1.1.5. Stap 5 - Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie
Na het beoordelen van de verschillende aanbevelingen uit de geselecteerde richtlijnen werden ze vergeleken met de aanbevelingen uit de Duodecim richtlijn. Op basis van de vergelijking werd beslist of de oorspronkelijke aanbeveling al dan niet geadapteerd moest worden.
De aanpassingen werden opgelijst en besproken in de discussie.

1.1.6. Stap 6 - Nazicht door leescommissie
De volledige matrix werd vervolgens voorgelegd aan de leescommissie van EBMPracticeNet en de promotor.
Er werd een mineure adaptatie geadviseerd.

1.2 Adaptatie fase

1.2.1. Stap 7. Eerste versie opmaken
Voor het uitwerken van de eerste versie van de nieuwe richtlijn werd vertrokken vanuit de oorspronkelijke richtlijn ontwikkeld door Duodecim. De aanbevelingen geformuleerd door Duodecim werden elk vergeleken met de weerhouden aanbevelingen uit de matrix. Indien de aanbevelingen uit de matrix met hun toelichting en basis overeenkwamen met de

aanbevelingen van Duodecim, dan mocht deze tekst ongewijzigd blijven. Indien er belangrijke afwijkingen waren, dan werd de tekst van Duodecim herschreven.
Vervolgens diende een GRADE toegekend te worden. GRADE is een methode om op een overzichtelijke wijze met een uniforme codering een idee te krijgen over de sterkte van de aanbeveling alsook de kwaliteit van de achterliggende evidentie. Hieronder wordt een verkorte, pragmatische vorm van hoe men een GRADE toekent aan een aanbeveling, weergegeven.

GRADE omvat 2 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 naar een cijfer.

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 en zeer 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 (hier is de uitkomstmaat belangrijk (bv mortaliteit is een betere uitkomstmaat dan daling in cholesterol))
• 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 (hier is de uitkomstmaat belangrijk (bv mortaliteit is een betere uitkomstmaat dan daling in cholesterol)
• Als artsen geloven dat: o Voordelen en nadelen (ongeveer) in balans zijn met elkaar o 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 “

Indien een aanbeveling berust op sterke evidentie en sterk aanbevolen wordt, dan wordt een imperatief taalgebruik gehanteerd. Men “verricht” een bepaald onderzoek, men “behandelt” een bepaalde aandoening. Indien een aanbeveling in de toekomst mogelijks nog zou kunnen veranderen omdat nieuwe evidentie mogelijk andere inzichten zou kunnen bezorgen dan gebruikt men eerder tentatieve verwoordingen. Men “overweegt” bijvoorbeeld een bepaald onderzoek.

Bij deze richtlijn zijn bijna alle aanbevelingen met betrekking tot diagnose van OAB gebaseerd op expert opinie of zwakke evidentie en kregen een evidentiegraad C.
Omdat de resultaten van de vele studies (waaronder gerandomiseerde trials) over blaastraining en bekkenbodemoefeningen consequent waren, maar de studies van matige kwaliteit waren , kregen deze aanbevelingen een evidentiegraad B.

Voor het bepalen van de graad van aanbeveling dient gekeken te worden naar de balans tussen de voor- en nadelen, de waarden en voorkeuren van de doelgroep, de kosteneffectiviteit en de toepasbaarheid in de Belgische context.
De anamnese met het oog op co-morbiditeit en chronische medicatie, het klinisch onderzoek, urinedipstik onderzoek , bepaalde levensstijlveranderingen, blaastraining en bekkenbodemoefeningen zijn sterk aanbevolen gezien positieve balans tussen voor en nadelen (in detail besproken in resultaten 2.1).

1.3 Fase 3. Implementatie fase

1.3.1 Bespreking met de specialist

. De voorlopige richtpijn moest aan de doelgroep gepresenteerd worden aan hand van de casussen, maar ik had geen patiënten in de praktijk met relevant ziektebeeld. Daarom was contact gezocht met een specialist. De voorlopige richtlijn was besproken met de uroloog. De specialist heeft 5 casussen voorgelegd ter illustratie van de richtlijn.
Na het gesprek met de uroloog was 1 aanbeveling aangepast.

1.3.2 Stap 8. Peer review.

De richtlijn werd ter beoordeling voorgelegd aan een groep van gebruikers (behorend tot de doelgroep). Deze groep van gebruikers bestond uit een seminariegroep van de onderzoeker en LOK-groep van de PO. De eerste bestond uit 11 HAIO`s en STACO, de 2de bestond uit 15 huisartsen.
Aan de hand van de casus werden alle geadapteerde aanbevelingen in power point presentatie besproken(bijlage 9.6). Daarna aan de hand van de vragenlijst (bijlage3) konden aanwezige gebruikers hun opinie over de toepasbaarheid, haalbaarheid en mogelijke barrières weergeven.
De opmerkingen van deze groepen leidden tot aanpassingen in de aanbevelingen en hun sterkte.

1.3.3 Stap 9. Formuleren van praktijkconsensus

De richtlijn was in de praktijk ter beschikking gesteld
Er was een retrospectief onderzoek gedaan om de huidige manier van werken te bekijken. Kwaliteitsproblemen waren besproken: waar de richtlijn niet wordt gevolgd.
Daarna was de richtlijn ter beschikking in de praktijk gesteld. Proefperiode van 3 maanden was afgesproken waarna waren barrières en faciliterende factoren om de richtlijn niet of wel uit te voeren in de visgraadanalyse gebracht, besproken en was de praktijkconsensus geformuleerd.

1.3.4 Stap 10. Finaal nazicht door leescommissie

Aan de hand van de resultaten van de peer review en van de consensusoefening in de eigen praktijk was het mogelijk dat de oorspronkelijke aanbeveling (of toelichting tot de aanbeveling) best gewijzigd werd. De voorstellen tot wijziging moeten een laatste maal voorgelegd worden aan de leescommissie van EBMPracticeNet ter goedkeuring.

2.Resultaten

Voor de resultaten van de methodologie wordt verwezen naar het deel methodologie en naar de ingevulde matrix (verkrijgen op aanvraag bij de onderzoeker, zie contact gegevens).

2.1 Screeningsfase

Hier worden besproken per klinische vraag alle aanbevelingen met toelichting tot de aanbeveling.

1. Welke zijn de symptomen waarbij men als huisarts moet denken aan een overactieve blaas?

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
• Een overactieve blaas (OAB) is een idiopathisch syndroom dat omvat: o urinaire urgency (aandrang) o met of zonder pollakisurie (noodzaak om meer dan 8 keer/24 uur te plassen) en / of nycturie (meer dan 2 keer / nacht).	Een overactieve blaas (OAB) is een syndroom dat omvat: o urinaire urgentie (aandrang) o pollakisurie (noodzaak om meer dan 8 keer/24 uur te plassen) en / of nycturie (meer dan 2 keer / nacht). o met of zonder urge-incontinentie o in afwezigheid van urineweginfectie en andere voor de hand liggende oorzaken o met impact op de levenskwaliteit.

Toelichting tot de aanbeveling.

-Het overactieve blaas syndroom is niet levensbedreigend. Het kan wel grote impact hebben op de levenskwaliteit van de patiënt (7-15). Daarom leek mij de definitie van de AUA richtlijn de beste. Deze definitie benadrukt het belang van de probleemperceptie van de patiënt. Het komt overeen met de evolutie in de onderzoeken van de laatste tijd waarbij endpoint van aantal incontinentie episoden naar verandering in de levenskwaliteit wordt verschoven. Daarnaast is er beperkte evidentie dat de impact van incontinentie niet altijd correleert met de ernst van incontinentie(22).

-De definitie van de overactieve blaas is op de huidige consensus gebaseerd. De discussie is echter niet gestopt. Het is wel mogelijk dat de definitie van de overactieve blaas de komende jaren zal veranderd worden(21).

-Er zijn enkele kleine studies die de grenzen tussen norm en pollakisurie of nycturie onderzoeken(39,40) maar ze zijn van lage kwaliteit, er bestaat geen onderzoek naar de kwantificatie van de drang.

2. Welke diagnostische stappen dient de huisarts te zetten bij vermoeden van een overactieve blaas?

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
• In de medische voorgeschiedenis van de patiënt moet worden gezocht naar ziekten en medicatie (in het bijzonder diuretica) die de functie van de blaas kunnen	De anamnese met aandacht voor symptomen, beloop in de tijd, ervaren hindernis, relevante voorgeschiedenis en chronische medicatie kan essentieel zijn

aantasten.	voor de diagnosestelling. 1C Denk daarbij over: -recente zwangerschap en bevalling; - gebruik van cafeïnehoudende dranken, vochtinname en toiletgewoonten, - gebruik van geneesmiddelen: cholinerge medicamenten, lisdiuretica, opioïden, benzodiazepinen, calciumantagonisten en systemische oestrogeensuppletietherapie; - voorgeschiedenis: vaginale bevallingen, operaties of bestraling in het kleine bekken; urogenitale prolaps, - comorbiditeit, zoals COPD, astma, chronische obstipatie, hartfalen, diabetes mellitus type 2, overgewicht, neurologische aandoeningen, gewrichtsaandoeningen, visuele, motorische en cognitieve beperkingen.

Toelichting tot de aanbeveling.

In de NHG richtlijn worden verschillende onderzoeken besproken waarin de diagnostische accuratesse van de anamnese bij stress-, urgency- en gemengde incontinentie wordt vergeleken met de resultaten van urodynamisch onderzoek ('de gouden standaard')(41-48). Positief voorspellende waarde van de anamnese was bij urge incontinentie gemiddeld 73%(van 25 tot 81) en negatief voorspellende waarde 91%(van 79 tot 98) Hoewel alle richtlijnen overeen komen wat betreft het belang van de anamnese, wordt in andere richtlijnen vooral gerefereerd naar de expert opinie. Er zijn geen onderzoeken beschikbaar bij mannen. Omdat de anamnese het onmisbare deel van goed praktijkvoeren is, kreeg de aanbeveling 1C GRADE.

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
NVT	Overweeg om patiënten boven 55 jaar opportunistisch te vragen of ze mictieproblemen hebben die ze met de arts willen bespreken. 2C

Toelichting tot de aanbeveling.

Deze aanbeveling stond niet in de Duodecim richtlijn, maar ik vond het belangrijk om bij te zetten.

Volgens enkele onderzoeken vragen 64% van de vrouwen met incontinentie, en 50% met zeer ernstige klachten geen hulp. Tegelijkertijd, als het probleem bespreekbaar gemaakt wordt door de arts, leidt dit, bij 15% van de oudere mensen met incontinentie, tot zorgverbetering (16-19). Het is nog niet duidelijk vanaf welke leeftijd de arts proactief vragen moet stellen over urine incontinentie. Het lijkt mij aanvaardbaar om het bij mensen boven

55jaar te doen (zoals ACP voorstelt). Omdat er beperkte studies bij vrouwen en geen onderzoeken over mannen beschikbaar zijn, kreeg de aanbeveling 2C GRADE.

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
Palpatie van het abdomen moet worden uitgevoerd bij alle patiënten, en een gynaecologisch onderzoek bij de vrouwen. Bij mannen wordt een palpatie van de prostaat uitgevoerd om de grootte van de prostaat en de aanwezigheid van mogelijke massa's in te schatten, en de urethrale opening en de voorhuid moeten ook worden onderzocht.	Palpatie van het abdomen is aanbevolen bij alle patiënten en een gynaecologisch onderzoek bij vrouwen. Bij mannen wordt een palpatie van de prostaat, het onderzoek van de urethrale opening en de voorhuid aanbevolen. 1C

Toelichting tot de aanbeveling

Er is geen bewijs; maar alle richtlijnen komen overeen dat aandachtig lichamelijk onderzoek hoort bij goede praktijkvoering. De aanbeveling kreeg 1C GRADE

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
Biochemisch onderzoek van de urine moet ook worden uitgevoerd en, indien aangewezen, microscopisch onderzoek en cultuur.	Dipstikonderzoek van de urine moet uitgevoerd worden ter uitsluiting van een infectie . Indien aangewezen moeten microscopisch onderzoek en cultuur gebeuren (zie de richtlijn "Urineweginfectie") 1C

Toelichting tot de aanbeveling

Negatieve ery- en leukotest, gezien de hogere sensitiviteit, zijn genoeg om een urineweginfectie uit te sluiten (49-51). Omdat de test makkelijk toepasbaar is en alle richtlijnen het ermee eens zijn, kreeg de aanbeveling 1C GRADE.

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
Bij mannen, worden serum PSA en, indien geïndiceerd, vrij/ totaal PSA-ratio bepaald.	Bij mannen met prostaatpathologie en/of vraag om PSA meting volg de richtlijn "Prostaatkankerscreening" of " Benigne prostaathypertrofie".

Toelichting tot aanbeveling

PSA bepaling heeft geen plaats in de screening of de diagnosestelling van prostaatkanker. Bij vermoeden van prostaatkanker zijn doorverwijzing en specialistisch onderzoek noodzakelijk (zie richtlijnen "Prostaatkankerscreening" en " Benigne prostaathypertrofie").

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
• Een plasdagboek bijhouden gedurende 2-3 dagen is essentieel. Het zal de aard en de ernst van de symptomen en de drinkgewoonten van de patiënt verduidelijken. o De normale mictiefrequentie is minder dan 8 keer/24 uur. o Een nachtelijke urinevolume van > 33% van het totale 24-uurs urinevolume is abnormaal. o Polyurie: urinevolume> 30 ml/kg/24 uur o Als de grootste hoeveelheid urine uit één urinelozing (d.w.z. de functionele blaascapaciteit) minder is dan 100-150 ml , dan moet een organische pathologie worden uitgesloten door een cystoscopie.	Adviseer een plasdagboek bij te houden gedurende 3 dagen, wat helpt om de aard en de ernst van de symptomen en de drinkgewoonten van de patiënt te verduidelijken bij de diagnosestelling en de veranderingen te evalueren tijdens de behandeling. 1C o De normale mictiefrequentie is minder dan 8 keer/24 uur. o Een nachtelijk urinevolume > 33% van het totale 24-uurs urinevolume is abnormaal. o Polyurie: urinevolume> 30 ml/kg/24 uur (52) o Als de grootste hoeveelheid urine uit één urinelozing (d.w.z. de functionele blaascapaciteit) minder is dan 100-150 ml , dan moet een organische pathologie worden uitgesloten door een cystoscopie.

Toelichting tot de aanbeveling

In diverse onderzoeken in de tweede lijn werden hoge correlatiecoëfficiënten gevonden voor de test-hertest overeenkomsten op uitkomstmaten mictiefrequentie, frequentie van ongewild urineverlies en hoeveelheid urineverlies(53-58). Het staat niet vast welke termijn van bijhouden van het mictiedagboek de voorkeur heeft. De periode van 3 dagen wordt als compromis gekozen vanuit de overtuiging dat het haalbaar voor de patiënt is en dat het relatief betrouwbare informatie zou leveren.

Omdat de informatie van het plasdagboek belangrijk kan zijn bij de diagnose, bij het opstellen van een individueel behandelingsplan en bij de opvolging van de behandeling, kreeg de aanbeveling 1C GRADE

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
Indien aangewezen, moet een meting van het urinair residu worden uitgevoerd.	Echografie (residumeting en urinewegen), cystoscopie en urodynamisch onderzoek zijn echter niet aanbevolen bij de initiële behandeling van de patiënt met niet gecompliceerde overactieve blaas. Overweeg urine residu bepaling bij de patiënten met recidiverende UWI en ledigingsproblemen 2C

Toelichting tot de aanbeveling

De aanbeveling van Duodecim vond ik te vaag.
Alle studies komen overeen dat echografie een betrouwbare en veilige methode is voor de residu meting(59-61).
Bij een klein deel van de vrouwen met urgentie-incontinentie is sprake van residuvorming na de mictie en dient behandeling met anticholinergica te worden vermeden, vanwege een grotere kans op urineretentie als bijwerking daarvan. Het lichamelijk onderzoek levert geen bijdrage aan de opsporing van deze groep(62). Uit prospectief observationeel onderzoek blijkt dat routinematige objectieve residumeting vrijwel geen klinische consequenties oplevert bij vrouwen(63). NICE richtlijn "Incontinentie bij vrouwen"en LUTS suggereert om residu bepaling te overwegen bij de ledigingsproblemen of frequente UWI. Aanvankelijk was de aanbeveling als volgend geformuleerd: " Echografie (residumeting en urinewegen), cystoscopie en urodynamisch onderzoek zijn echter niet aanbevolen bij de initiële behandeling van de patiënt met niet gecompliceerde overactieve blaas."
Na het gesprek met de uroloog die benadrukte dat klinisch onderzoek geen goede uitsluiter is en dat bij mannen residu bepaling wel tot klinische consequenties kan leiden, was de aanbeveling van de NICE richtlijn aangenomen met 2C GRADE.

3. Welke levensstijlveranderingen en gedragstherapie kan de huisarts initiëren bij patiënten met een overactieve blaas?

Duodecim 2013	**Geadapteerde richtlijn**
• Overmatige farmacotherapie moet worden vermeden; milde symptomen hebben niet altijd behandeling nodig. • De behandeling moet worden gericht op het lastigste symptoom en de oorzaak	• Leg normale blaasfunctie, huidige kennis over overactieve blaas en voor–, nadelen en beperkingen van bestaande behandelingsmogelijkheden uit 1C. o de klachten worden veroorzaakt door een toegenomen prikkelbaarheid van de blaas o de oorzaak is vaak onbekend o bij het ouder worden neemt de prikkelbaarheid van de blaas toe. Als gevolg treedt onbedwingbare plotselinge aandrang op om te plassen, moet men ook vaker plassen en kan incontinentie optreden. o Het doel van de behandeling is de levenskwaliteitsverbetering. o Soms moeten verschillende behandelingsopties uitgeprobeerd worden totdat aanvaardbare symptoomcontrole zal bereikt worden. o Overmatige farmacotherapie moet worden vermeden; milde symptomen hebben niet altijd behandeling nodig.

Toelichting tot de aanbeveling

De richtlijnen van AUA, NHG, LUTS NICE zijn het erover eens, dat de patiënt moet geïnformeerd worden over de behandelingsmogelijkheden en hun voor- en nadelen en beperkingen. Een kleine cluster RT (alleen vrouwen met niet gespecifieerde incontinentie)(64) heeft aangetoond dat educatie van de patiënt een betere uitkomst van de behandeling biedt. Gezien beperkte evidentie, wordt er voor die aanbeveling GRADE C toegekend. Het lijkt mij wel nuttig om de patiënt te informeren daarom krijgt deze aanbeveling sterkte 1.

De beleving van incontinentie en de wijze waarop men daarmee omgaat, is individueel sterk verschillend. Aan de ene kant kan de realistische informatie de valse verwachtingen van de patiënt over de behandelingsmogelijkheden voorkomen. Aan de andere kant denken 47% van de incontinente vrouwen dat incontinentie bij het ouder worden hoort (16,17,19) en lijden aan de psychosociale gevolgen daarvan zoals verlies aan zelfvertrouwen en vermijdingspatroon, depressie (65-67). Of bespreking van de behandelingsopties een meerwaarde is, moet nog meer onderzocht worden.

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
•Veranderingen in levensstijl (koffie, thee, cafeïne, alcohol en koolzuurhoudende dranken kunnen leiden tot irritatie, de patiënt moet proberen om zijn drinkgewoonten aan te passen)	Levensstijlveranderingen: •Suggereer cafeïne gebruik te beperken 2C •Stel goed gebalanceerde vochtinname (niet te veel en niet te weinig) voor 1C •Adviseer bij de patiënten met BMI boven 30 gewichtsreductie 1C •Evalueer co-morbiditeit en chronische medicatie die de symptomen kunnen veroorzaken of verergeren 1C

Toelichting tot de aanbeveling

Hoewel meerdere studies tonen dat cafeïne beperking de klachten kan verbeteren, zijn er ook studies die dat tegenspreken(68-75). Daarom krijgt deze aanbeveling GRADE 2C .

Er zijn enkele studies van matige kwaliteit waaruit blijkt dat een hoge vochtinname klachten van heftige aandrang kan verergeren (76-81). Omdat incontinentie vaak leidt tot vochtinnamebeperking, lijkt het zinvol om naar vochtinname gewoontes te informeren en goede gewoontes te adviseren. Voor mij overweegt hier het voordeel op het nadeel en daarom krijt de aanbeveling de sterkte 1.

Bij obesitas (BMI > 30 kg/m2) heeft gewichtsverlies een positief effect op urine-incontinentie (82-88). Obesitas is een risico factor voor meerdere aandoeningen. Daarom, ondanks beperkt bewijs, krijgt deze aanbeveling GRADE 1C

Beperkte onderzoeken bij de vrouwen geven informatie over correlatie tussen urine incontinentie en co-morbiditeit (89,90). Vooral COPD, astma, diabetes mellitus, chronische obstipatie en depressie komen in aanmerking.

Van de chronische medicatie moet aandacht besteed worden aan geneesmiddelen met een cholinerge werking . Ook diuretica, sederende medicamenten (benzodiazepinen),

spasmolytica (Ca antagonisten), lithium (cave diabetes insipidus) en systemische oestrogenen komen in aanmerking.
Voor de aanbeveling omtrent co-morbiditeit en chronische medicatie wordt GRADE 1C toegekend omdat er, ondanks gebrek aan bewijs, de balans tussen voor- en nadelen positief is en alle richtlijnen hierover akkoord zijn.

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
-Blaastraining (de patiënt moet de tijd tussen het plassen bewust verlengen) C , geef schriftelijke instructies voor de patiënt -Begeleide bekkenbodemtraining is effectief A als de patiënt lijdt aan urge-incontinentie, geef schriftelijke instructies mee	Blaastraining en bekkenbodemoefeningen •Stel blaastraining voor (de patiënt moet de tijd tussen het plassen bewust verlengen). Geef schriftelijke instructies aan de patiënt.1B •Combineer bekkenbodemoefeningen samen met de blaastraining; vooral voor vrouwen met gemengde (stress + urge) incontinentie.1B •Overweeg opvolging over 2 en 6 weken met aandacht voor de motivatie en methode en over 3 maanden voor de evaluatie van het resultaat (eventueel aan de hand van het plasdagboek) . •Als er geen resultaat is na 3 maanden: overweeg andere behandelingsmogelijkheden

Toelichting tot de aanbeveling
Er is bewijs van matige kwaliteit dat blaastraining en bekkenbodemspieroefeningen, eventueel in combinatie, vaker verbetering of genezing van urgency-incontinentie geven dan geen behandeling (91-99). Beperkingen van de studies waren: klein aantal deelnemers, grotendeels vrouwen, studies waren van korte duur. Maar omdat de resultaten van alle studies overeen kwamen en de blaastraining en/of bekkenbodemoefeningen geen bijwerkingen veroorzaken (voordelen overtreffen nadelen), krijgen deze aanbevelingen GRADE 1B
Er is een RCT studie (100) waaruit blijkt dat dichte follow-up motiverend werkt bij de patiënten, daarom heb ik de opvolgingsregimes van NHG richtlijn "Urine incontinentie bij vrouwen" in de aanbeveling opgenomen.

Duodecim 2013	**Geadapteerde richtlijn**
oElektrostimulatie om de contracties van de m. detrusor te onderdrukken	Elektrostimulatie wordt eerder afgeraden in de eerste lijn.

Toelichting tot de aanbeveling
Dat is de aanbeveling van de NICE richtlijn "Urine-incontinentie bij de vrouwen". Andere richtlijnen geven daarrond noch negatieve noch positieve aanbevelingen. Electro stimulerende technieken zijn invasief, belastend voor de patiënt en kostelijk voor de maatschappij. Daarom worden ze overgelaten aan de tweede lijn.

Duodecim 2013	Geadapteerde richtlijn
Mannen •De principes zijn dezelfde als voor vrouwen. Obstructie van de blaasslediging komt vaak voor bij oudere mannen. Een anticholinergicum alleen kan de uitstroom bij deze patiënten verergeren en kan zelfs leiden tot urineretentie. •Slecht behandelingsresultaat vereist meer gedetailleerde urodynamisch onderzoek (uroloog).	Mannen •De principes zijn dezelfde als voor vrouwen. Obstructie van de blaasslediging komt vaak voor bij oudere mannen. Een anticholinergicum alleen kan de uitstroom bij deze patiënten verergeren en kan zelfs leiden tot urineretentie. •Slecht behandelingsresultaat vereist meer gedetailleerde urodynamisch onderzoek (uroloog).

Toelichting tot de aanbeveling
Er zijn heel beperkte studies over idiopathische OAB bij mannen. In alle richtlijnen worden de resultaten van de studies bij vrouwen geëxtrapoleerd naar mannen.
Daarom krijgen deze aanbevelingen geen GRADE.

2.2 Bespreking met de uroloog

Na de screeningsfase was het de tijd om theoretische kennis in de praktijk te toetsen. Omdat wij in onze praktijk geen relevante patiënten hadden werd er beroep gedaan op een specialist. De uroloog Nele Toussaint had 5 casussen van haar patiënten met OAB voorgelegd.
Uit de analyse van de casussen bleek dat er 4 bij waren die over de patiënten met gecompliceerde OAB gingen en konden niet gebruikt worden voor de illustratie van de richtlijn voor de eerste lijn.

Aan de hand van de overgebleven casus werd de eerste toepasbaarheid analyse gemaakt. Daarvoor is het diagnostisch en behandelingsbeleid bekeken vanuit de standpunten van de richtlijn.
De patiënte was geholpen door de uroloog met cafeïnegebruik reductie, blaastraining en anticholinergica (oxybutinine). Dit beleid kon perfect in de eerste lijn toegepast worden. (bijlage 4).

Na het gesprek met de uroloog was aanbeveling over urine residu bepaling aangepast. In de eerste versie werd het accent gelegd op de situaties waarbij de huisarts geen residu bepaling moest aanvragen, in aangepaste versie zijn de situaties benoemd waarbij de huisarts moet overwegen om residu bepaling aan te vragen.

2.3 Peer review-resultaat

Hier worden de resultaten van de peer review besproken.
In totaal hebben 16 huisartsen en 10 HAIO`s hun feedback gegeven op de richtlijn aan de hand van het evaluatieformulier (bijlage 3).

Op de vraag of het onderwerp van de richtlijn belangrijk is in hun praktijk hebben 2 artsen geantwoord: niet belangrijk; de rest heeft het belangrijk (15) en zeer belangrijk (9) gevonden.
2 artsen hebben de voorgestelde aanpak als niet toepasbaar in hun praktijk beschouwd omwille van het feit dat ze OAB geen actueel probleem vonden. Andere deelnemers vonden de richtlijn toepasbaar (18) en goed toepasbaar (6)
Volgende drempels van de implementatie waren weerhouden:

- Niet genoeg tijd
- Beschikbaarheid van de instructies voor plasdagboek, blaastraining en bekkenbodemoefeningen
- Plasdagboek is moeilijk bij te houden voor de oudere patiënten
- Beschikbaarheid van de informatie voor de anderstalige patiënten
- Mogelijkheid tot implementatie in EMD
- Samenwerking met de kinesist
- Taakdelegatie naar de verpleegkundige voor plasdagboek instructies, bekkenbodemoefeningen en blaastraining.

De prevalentiecijfers in verschillende onderzoeken schommelen van 8.0% tot 31.3% (3-7) . De uiteenlopende resultaten zijn voornamelijk te wijten aan methodologische tekortkomingen. Daarom was er de vraag gesteld aan de deelnemende artsen om de prevalentie in de praktijk in te schatten. Op de vraag hoe vaak de artsen patiënten zien met het overactieve blaas syndroom, waren de antwoorden als volgend verdeeld:

Af en toe: 20 huisartsen en HAIO's
Wekelijks: 5 huisartsen
Nooit: 1 HAIO

2 deelnemers waren heel enthousiast over de aanbeveling om de patiënten proactief te vragen naar de problemen met de mictie.

Het was merkwaardig dat de artsen met meer ervaring meer patiënten hadden met OAB en meer geïnteresseerd waren in de voorgestelde aanpak van het probleem. Wat gedeeltelijk kan liggen aan de tendentie dat oudere artsen een oudere patiëntenpopulatie hebben dan jongere collega`s.

Het geslacht van de arts speelde geen rol.

Alle deelnemers hadden na de presentatie de intentie om de gewonnen informatie in hun praktijk te implementeren.

Discussie over haalbaarheid van het plasdagboek voor patiënten en betrouwbaarheid van het ingevulde plasdagboek heeft geleid tot degradatie van de aanbeveling van 1C tot 2C.

2.4 Praktijkconsensus

Als de laatste stap van de implementatiefase volgde een toetsing in de eigen praktijk (solopraktijk met 1 huisarts en 1 HAIO).

De voorbereiding.
Er werd in de praktijk informatie verstrekt rond het doel en de praktische uitvoering van de praktijkconsensus. Er werd vermeld dat er diende gekeken te worden of de richtlijn wel toepasbaar was en waar de mogelijke moeilijkheden zich verscholen.
De huidige manier van werken diende hiervoor eerst nagegaan te worden. Omdat er in de gebruikte software (Windoc) geen mogelijkheid was om een lijst van de patiënten te genereren op basis van aanmeldingsklacht, of van diagnose, of van voorgeschreven medicatie, moest er handmatig gewerkt worden.

Alle consultaties waren bekeken en er werd gezocht naar de patiënten met aanmeldingsklacht ICPC U01-pijnlijke mictie, U02- frequente mictie/aandrang, U04-urine-incontinentie, (U04.01 stress incontinentie, U04.02 – urge incontinentie, U04.03-gemengde incontinentie), U05 ander mictieprobleem, U07-andere symptomen/klachten urine, U13-andere symptomen/klachten blaas, U29- andere symptomen/klachten urinewegen.

De zoektocht werd uitgevoerd in de contacten tussen 01/01/2015 en 31/12/2015 (1 jaar).

Er werden 54 casussen bekomen waarvan 41 urineweginfectie hadden, 6-prostaatprobleem, 2- geen pathologische bevindingen, 1-ejaculatie praecox, 1- met bekende stress-incontinentie, 1- met incontinentie zonder specificering en 2 met urge –incontinentie.

Aflijnen van het onderwerp.
In de 2 casussen met urge-incontinentie werd nagekeken of er al dan niet een klinisch onderzoek had plaatsgevonden en wat dit onderzoek dan juist inhield. Daarnaast werd ook gekeken of er een urineonderzoek had plaatsgevonden. Verder was het behandelingsvoorstel bekeken.

Beschrijving van de dagelijkse praktijk.
De eerste casus betreft een man met klachten over aandrang en urgentie-incontinentie. Uit anamnese was bekend dat de man een complexe psychiatrische problematiek heeft en antipsychotica, benzodiazepines en antidepressiva neemt. Bij klinisch onderzoek ontbrak PPA. Er werd wel urinedipstik uitgevoerd. Het voorgestelde beleid: direct doorverwijzing naar de specialist.
In de tweede casus klaagde een 50 jarige man over aandrang elk uur. Uit anamnese bleek dat hij te veel sterk koffie dronk. Er werd geen PPA of urineonderzoek uitgevoerd. Het koffiegebruik beperken is voorgesteld en bracht goed resultaat.

Analyseer het kwaliteitsprobleem.
In het algemeen waren de notities in EMD heel kort. De anamnese was beknopt maar voldoende om het probleem in te schatten. Het klinisch onderzoek was niet volledig gedaan (geen PPA) in beide gevallen. Er was ook geen urineonderzoek gedaan bij de tweede patiënt. Dit is een duidelijke afwijking van de richtlijn, waar een gericht klinisch onderzoek en urineonderzoek aangeraden worden. Bij navraag wordt dit verklaard door het feit dat je niet meer tot een uitgebreid onderzoek komt als de patiënt veelvoudige hulpvragen heeft. Er is ook terughoudendheid van mannelijke patiënten gemeld ten opzichte van PPA als dat door een vrouwelijke arts voorgesteld wordt.

Formuleer een consensus.
Er werd een consensus bekomen waarbij afgesproken werd dat de richtlijn in de praktijk beschikbaar zal gesteld worden.

De grootste barrière volgens peer reviews was tijdsgebrek tijdens consultatie.
Daarom was er gezocht naar de mogelijkheden om de informatie voor de patiënt en de instructies voor plasdagboek, bekkenbodemoefeningen en blaastraining op gebruiksvriendelijke manier in de EMD te implementeren. Deze praktische tools zijn nu beschikbaar vanuit elk dossier.

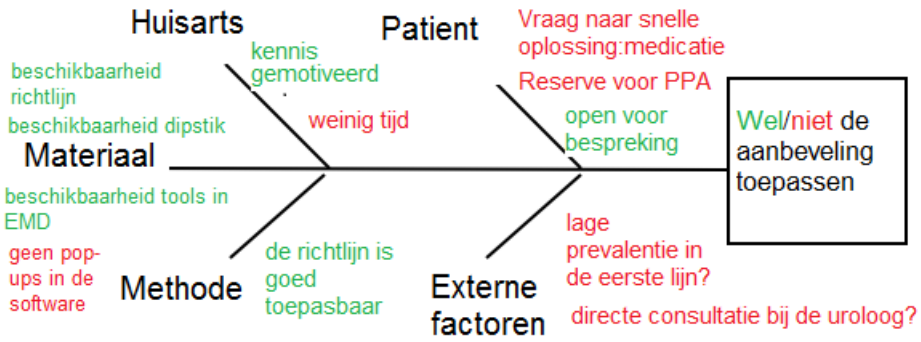
Praktijktoetsing.
Als laatste stap van de implementatiefase gebeurde een toetsing in de eigen opleidingspraktijk.
Na drie maanden gebruik, werd de deelnemende arts gevraagd naar haar ervaring. In de proefperiode gaf de arts aan één patiënt te hebben gezien met overactieve blaas. Dat was een 56-jarige vrouw die al geruime tijd (10jaar) bekend is met de gemengde stress-urgentie incontinentie. Ze was ooit onderzocht bij de uroloog en kreeg oxybutinine 5mg x3 per dag voorgeschreven. Ze was goed geholpen met de medicatie en weigerde niet medicamenteuze oplossingen. Deze keer kwam ze met verergering van de klachten bij het onderbreken van de inname van oxybutinine omwille van de bijwerkingen (droge mond). De arts gaf toe dat ze, dankzij de richtlijn, beter was geïnformeerd en ondersteund met de nodige tools om de patiënte te motiveren voor bekkenbodemoefeningen en blaastraining. Ze hebben de niet medicamenteuze behandeling opgestart en de opvolging gepland.
Binnen het luik van de praktische implementatie was ook besloten om de aanbeveling over stelselmatige proactieve bevraging van alle patiënten boven 55 jaar naar mictieprobleem toe te passen.
De opportunistische bevraging leverde volgende resultaten:
3 mannen hadden prostaatadenoom gerelateerde problemen die ze nooit met de arts hadden gesproken, 1 vrouw kreeg behandeling voor OAB van de specialist, 2 mannen hadden last van aandrang, maar wilden geen onderzoek, ze waren wel geïnteresseerd in "een pilletje'. Alle patiënten reageerden open op gestelde vragen.

Visgraatanalyse.
Tijdens de bevraging naar barrières en faciliterende factoren voor de toepassing van de aanbevelingen, werden verschillende factoren geïdentificeerd. Deze factoren konden de toepassing van de aanbevelingen vergemakkelijken of bemoeilijken en situeerden zich op verschillende niveaus: bij de arts, patiënt, materiaal, methode of extern. (figuur 1)

De geïdentificeerde faciliterende factoren voor het toepassen van de aanbevelingen door de arts zijn vooral kennis en motivatie. De ondervraagde arts gaf aan dat ze zich na de presentatie meer vertrouwd voelde met de pathologie waardoor toepassing gemakkelijker was. In dit kader vond de arts het beschikbare materiaal (plasdagboek, blaastraining instructie en bekkenbodeminstructie: bijlages 9.1.1-9.1.3) ook een grote hulp. Bovendien zorgde het proefproject ervoor dat ze gemotiveerd was de aanbevelingen toe te passen.

De geïdentificeerde barrières voor het toepassen van de aanbevelingen door de arts zijn vooral zeldzaamheid van de aanmeldingsklacht, weinig tijd voor opportunistische bevraging en tekortkoming van de software om herinneringen (pop-ups) daarover op te stellen.
Ook patiëntgebonden factoren bemoeilijken soms de toepassing: weerstand tegen PPA, verkeerde verwachtingen van de behandeling (directe vraag naar medicatie), de eerste

aanmelding met de klacht bij de specialist. Ze stonden wel open voor bespreking van het probleem als het door de arts wordt aangebracht.
Alle barrières en faciliterende factoren zijn in onderstaande figuur samengebracht.



Figuur 1.

3.Discussie

Het adapteren van de Duodecim-richtlijn 'Overactieve blaas' was een interessante ervaring, waarbij ik leerde hoe de richtlijn wordt gemaakt. Door het volgen van het door EBMPracticeNet opgestelde stappenplan ontdekte ik dat er een vaste procedure voor richtlijnadaptatie bestaat. Tijdens het doorlopen van deze procedure stootte ik op verschillende knelpunten, waarvoor telkens een oplossing werd gezocht. Ook merkte ik dat de procedure niet altijd eenduidig was en er vaak subjectieve keuzes gemaakt moesten worden. In deze discussie bespreek ik de ondervonden moeilijkheden.

Aanvankelijk moest de richtlijn door 2 onderzoekers geadapteerd worden, waarvan ieder de antwoorden op 2 aparte klinische vragen zou opzoeken. Omdat één van de onderzoekers met zijn opleiding is gestopt, waren, bij het opstellen van deze richtlijn, niet alle klinische vragen beantwoord zodanig dat heel wat aanbevelingen, die van belang kunnen zijn, nog ontbreken. Antwoorden op de volgende klinische vragen ontbreken alvast:

- Welke medicamenteuze behandeling moet de huisarts opstarten bij de patiënt met het idiopathisch OAB syndroom?
- Welke patiënt met klachten over OAB in de eerste lijn wordt doorverwezen naar de tweede lijn?

3.1 Screeningsfase

Er werd weliswaar getracht om met alle bestaande nationale en internationale richtlijnen rekening te houden. Het was een moeilijke beslissing om de richtlijnen, die over onze populatie gingen en voor onze doelgroep waren bestemd, te kiezen. Er was maar één richtlijn die ons onderwerp (overactieve blaas) en populatie (mannen en vrouwen boven 18 jaar) dekte, namelijk de richtlijn van American Urological Association. Maar deze richtlijn was voornamelijk gericht op de specialisten. Wij hebben 2 richtlijnen gevonden voor de eerste lijn: een van SIGN (Scottisch Intercollegiate Guidelines Network) en een van ACP (American College of Physicians). Maar de richtlijn van SIGN was verwijderd van de site als niet up to date. En de richtlijn van American College of Physicians ging alleen over behandeling van urine incontinentie bij vrouwen. Het onderwerpen van de twee aparte NICE richtlijnen voor mannen (" Lower urinary tract symptoms. The management of lower urinary tract symptoms in men.") en vrouwen ("Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in

women.") waren te breed. Daarom was het moeilijk om, de aanbevelingen en de consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze interpreteren en samenvatten, te beoordelen. Er werd vaak gerefereerd naar de onderzoeken bij de patiënten met urine incontinentie zonder de soort van de incontinentie te specifiëren. Later in het proces hebben wij de voorlopige versie van NHG standaard "Urine incontinentie bij vrouwen" gekregen van EBM Practicenet, die in februari 2015 was gepubliceerd. Deze richtlijn was meegenomen in het adaptatieproces. De richtlijnen van de European Association of Urology " Urine incontinentie" en "Management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms" gaven te specialistische aanpak op de klinische vragen en daarom zijn ze niet gekozen voor verder proces. De richtlijn van Canadian urological association scoorde slecht in AGREEII en was ook niet meegenomen in het verdere proces.

Mijn literatuurstudie bevatte volgende zwakke punten:
- Er is nog steeds discussie over de definitie van het overactieve blaas syndroom. In de verschillende onderzoeken en ook in de Duodecim richtlijn worden overactieve blaas syndroom met de achterliggende pathologie en het idiopathisch overactieve blaas syndroom door elkaar gebruikt. Ook urgentie incontinentie wordt steeds als equivalent van OAB -nat beschouwd wat niet altijd juist is.
- Het overactieve blaas syndroom zonder incontinentie blijft buiten het vizier van onderzoekers.
- Er zijn weinig onderzoeken bij het idiopathisch overactieve blaas syndroom bij mannen.
- In verschillende onderzoeken naar urine incontinentie worden geen specifieke resultaten per urine incontinentiesoort gegeven.
- De prevalentie van de pathologie in de eerste lijn blijft onduidelijk. De prevalentiecijfers uit epidemiologische onderzoeken lopen sterk uiteen. Gezien gebruikte methoden (telefonisch of per e-mail anamnese) kan er alleen over prevalentie van urge-incontinentie als klacht gesproken worden en niet over OAB syndroom (omdat urineweginfecties en andere voor de hand liggende oorzaken moeten uitgesloten worden wat niet evident blijkt te doen via e-mail of telefoon).

3.2 Adaptatiefase

Het toekennen van een gradering volgens het GRADE-systeem aan de aanbevelingen moet eveneens kritisch bekeken worden. Hoewel dit proces zo objectief mogelijk werd uitgevoerd en alle beslissingen grondig gedocumenteerd werden, bleef het een evenwichtsoefening die beïnvloed werd door eigen interpretatie, ervaring en visie op het probleem. Vooral het toekennen van een graad van aanbeveling blijft immers een afweging van de voor- en nadelen die een aanbeveling biedt aan de gebruiker. Daarnaast hanteerde elke van de geselecteerde richtlijnen een eigen gradatiesysteem van de evidentiekracht. In het algemeen wat betreft Overactieve blaas syndroom is de wetenschappelijke evidentie zwak en tegenstrijdig. Daarom kregen de aanbevelingen, op 2 uitzonderingen na, GRADE C. Enkel de aanbevelingen met betrekking tot blaastraining en bekkenbodemoefeningen zijn gestaafd op RCT's (Randomised Controlled Trials). Zoals eerder al opgemerkt, zijn deze RCT's van matige kwaliteit (in de tweede lijn, beperkt aantal patiënten en te kort). De wetenschappelijke evidentie van deze aanbevelingen is bijgevolg matig en een GRADE B werd toegekend. Er is geen eenduidig protocol voor bekkenbodemoefeningen wat de vergelijking van de resultaten van de verschillende studies moeilijk maakt.

De beslissing over de sterkte van de aanbeveling was tevens moeilijk. Bij het toekennen van de graad van aanbeveling viel mij op hoe subjectief het verschil tussen een sterke en zwakke aanbeveling kan zijn. In dit proces werd vooral rekening gehouden met de mening van de onderzoeker en de deelnemende artsen aan de peer review. Zo kreeg de aanbeveling over plasdagboek aanvankelijk 1, maar na de discussie met de doelgroep, werd ze gedegradeerd tot 2.
Meer onderzoek in de eerste lijn en vanuit patient-centred care is noodzakelijk om de aanbevelingen meer bewijskracht te geven.

3.3 Implementatiefase

De reviews door de toekomstige gebruikers van de richtlijn, alsook door de uroloog, waren erg verrijkend en nuttig. Er werden na peer review nog enkele aanpassingen en verfijningen toegevoegd.
Resultaten van peer reviews tonen ook dat het probleem weinig bekend is bij huisartsen. Er moet nog onderzocht worden of het aan de lage prevalentie van het OAB in de eerste lijn of aan het terughoudend gedrag van de patiënten met OAB ligt.
Beschikbaarheid van de nodige tools werd alleszins als faciliterende factor beschouwd.
Tijdens de implementatie fase was de richtlijn maar beperkt getoetst, omdat wij op het moment van het onderzoek in onze praktijk weinig patiënten hadden met een relevant probleem. Ook de casuïstiek van de uroloog paste maar gedeeltelijk in de context van de eerste lijn.
Uit beperkte studie in eigen praktijk blijkt:

- Aandrang als aanmeldingsklacht komt vaak voor, maar het wordt meestal door urineweginfectie veroorzaakt.
- De proactieve bevraging bij de patiënten ouder dan 55 jaar is haalbaar en kan nuttig zijn bij opsporing van het probleem.
- Van de opgestelde, niet medicamenteuze behandeling bij de patiënte met gemengde incontinentie, moeten wij de resultaten nog afwachten.

Uit de literatuur blijkt dat nauwe opvolging van blaastraining en bekkenbodemoefeningen faciliterend bij de patiënten werkt. Wat de nauwe opvolging betekent in tijdperken nog moet onderzocht worden.
Evenveel moet de vraag over prevalentie van het overactieve blaas syndroom in de eerste lijn nog onderzocht worden.
Tot slot kan gesteld worden dat het adaptatieproces niet alleen een haalbaar proces was, het was bovendien ook nuttig en noodzakelijk. Hoewel er geen doorslaggevende evidentie is bijgekomen sinds de laatste update van de Duodecim richtlijn, werd in recentere richtlijnen het accent in aanpak van OAB op verwachtingen en voorkeuren van de patiënten gelegd. Deze filosofie probeerde ik toe te passen in dit adaptatie proces.

Aanbevelingen voor onderzoek in de toekomst:
-Het lijkt mij logisch om een duidelijke, aparte benoeming voor idiopathisch OAB syndroom en OAB syndroom met achterliggende pathologie toe te passen.
-De prevalentie van het idiopathisch OAB in de eerste lijn moet nog onderzocht worden.
- De drempels en faciliterende factoren voor gebruik van een plasdagboek, blaastraining en bekkenbodemoefeningen vanuit de perceptie van de patiënt in de eerste lijn moeten nog onderzocht worden.

4. Besluit.

De Duodecim-richtlijn 'Overactieve blaas ' werd aangepast naar de Belgische context door het nauwkeurig volgen van de opgestelde adaptatieprocedure.

Hoewel er geen cruciaal bewijs gevonden is, zijn er mineur aanpassingen aangebracht: het doel van de behandeling is de levenskwaliteit van de patiënt; de aandachtige anamnese, klinisch onderzoek en urinedipstik zijn initieel voldoende om de andere oorzaken van de overactieve blaas uit te sluiten. Plasdagboek kan een handige tool bij diagnosestelling en opvolging van de OAB zijn als het goed bijgehouden wordt. Van levensstijlveranderingen moeten cafeïnegebruik beperking, gebalanceerde vochtinname, overgewicht reductie, evaluatie van co-morbiditeit en chronische medicatie overwogen worden.

Niet medicamenteuze behandelingen (blaastraining en bekkenbodemoefeningen) zijn effectief en veilig.

Toch blijft iedere aanbeveling gestaafd op zwakke evidentie, waardoor verder onderzoek naar overactieve blaas in de eerste lijn zeker noodzakelijk is.

Een eerste peer review en testfase wees op een haalbaarheid en toepasbaarheid van de aanbevelingen in de Belgische context. Verdere en meer uitgebreide implementatie is aangewezen om deze haalbaarheid en toepasbaarheid in alle Belgische huisartsenpraktijken te bevestigen.

Het was boeiend om het proces van de adaptatie van een richtlijn te doorlopen. Het besef groeide dat er weinig onderzoeken gedaan worden in de eerste lijn. Dat de richtlijnen vaak een consensus zijn of op basis van extrapolatie geformuleerd worden.

5.Finale versie richtlijn

Overactieve blaas
Doelgroep voor de richtlijn: huisartsen in België
Patiëntenpopulatie: vrouwen en mannen vanaf 18 jaar met symptomen van overactieve blaas (zwangere vrouwen, patiënten met urineweginfectie, interstitiële cystitis, tumor of lithiase, pelvische tumor, gestoord neurologische regeling van de blaas (dementie, ziekte van Parkinson, multiple sclerose, diabetes), urogenitale atrofie, prolaps bij vrouwen, obstructie van de blaaslediging (prostaathyperplasie, prostaatkanker, urethrastenose en fimosis)vallen buiten het bestek van deze richtlijn)

Kernboodschappen

- Een overactieve blaas (OAB) is een syndroom dat omvat:
  - ✓ urinaire urgency (aandrang)
  - ✓ pollakisurie (noodzaak om meer dan 8 keer/24 uur te plassen) en / of nycturie (meer dan 2 keer / nacht).
  - ✓ met of zonder urge-incontinentie
  - ✓ in afwezigheid van de urineweginfectie en andere voor de hand liggende oorzaken
  - ✓ met impact op de levenskwaliteit.
- de aandachtige anamnese, klinisch onderzoek en urinedipstik zijn initieel voldoende om de andere oorzaken van de overactieve blaas uit te sluiten.
- Plasdagboek kan een handige tool bij diagnosestelling en opvolging van de OAB zijn als het goed bijgehouden wordt.
- Het doel van de behandeling is de levenskwaliteit van de patiënt
- Van levensstijlveranderingen kunnen cafeïnegebruik beperking, gebalanceerde vochtinname, overgewicht reductie, evaluatie van co-morbiditeit en chronische medicatie voorgesteld worden.
- Niet medicamenteuze behandelingen (blaastraining en bekkenbodemoefeningen) zijn effectief en veilig.
- Bij patiënten ouder dan 55 jaar: overweeg om proactief te vragen of ze mictiesymptomen hebben die ze willen bespreken met de arts.

Prevalentie

- De prevalentie van de overactieve blaas volgens epidemiologische onderzoeken schommelt van 8.0 tot 31.3 %
- De prevalentie neemt toe met de leeftijd.

Onderzoeken

- De anamnese met aandacht voor symptomen, beloop in de tijd, ervaren hindernis, relevante voorgeschiedenis en chronische medicatie kan essentieel zijn voor de diagnosestelling. 1C

Denk daarbij over:

- recente zwangerschap en bevalling;
- gebruik van cafeïnehoudende dranken, vochtinname en toiletgewoonten,
- gebruik van geneesmiddelen: cholinerge medicamenten , lisdiuretica, opioïden, benzodiazepinen, calciumantagonisten en systemische oestrogeensuppletietherapie;

- voorgeschiedenis: vaginale bevallingen, operaties of bestraling in het kleine bekken; urogenitale prolaps,
- comorbiditeit, zoals COPD, astma, chronische obstipatie, hartfalen, diabetes mellitus type 2, overgewicht, neurologische aandoeningen, gewrichtsaandoeningen, visuele, motorische en cognitieve beperkingen.

- Overweeg om patiënten boven 55 jaar opportunistisch te vragen of ze mictieproblemen hebben die ze met de arts willen bespreken. 2C
- Palpatie van het abdomen is aanbevolen bij alle patiënten en een gynaecologisch onderzoek bij vrouwen. Bij mannen wordt een palpatie van de prostaat, het onderzoek van de urethrale opening en de voorhuid aanbevolen. 1C
- Dipstikonderzoek van de urine moet uitgevoerd worden ter uitsluiting van een infectie. Indien aangewezen moeten microscopisch onderzoek en cultuur gebeuren (zie de richtlijn "Urineweginfectie")1C
- Bij mannen met prostaatpathologie en/of vraag om PSA meting, volg de richtlijn "Prostaatkankerscreening" of " Benigne prostaathypertrofie".
- Adviseer een plasdagboek bij te houden gedurende 3 dagen, wat helpt om de aard en de ernst van de symptomen en de drinkgewoonten van de patiënt te verduidelijken bij de diagnosestelling en de veranderingen te evalueren tijdens de behandeling. 2C
  - De normale mictiefrequentie is minder dan 8 keer/24 uur.
  - Een nachtelijk urinevolume > 33% van het totale 24-uurs urinevolume is abnormaal.
  - Polyurie: urinevolume> 30 ml/kg/24 uur 1
  - Als de grootste hoeveelheid urine uit één urinelozing (d.w.z. de functionele blaascapaciteit) minder is dan 100-150 ml , dan moet een organische pathologie worden uitgesloten door een cystoscopie.
- Echografie (residumeting en urinewegen), cystoscopie en urodynamisch onderzoek zijn niet aanbevolen bij de initiële behandeling van de patiënt met niet gecompliceerde overactieve blaas. Overweeg urine residu bepaling bij de patiënten met recidiverende UWI en ledigingsproblemen 2C

Niet medicamenteuze behandeling

- Leg normale blaasfunctie, huidige kennis over overactieve blaas en voor– , nadelen en beperkingen van bestaande behandelingsmogelijkheden uit 1C.
  - de klachten worden veroorzaakt door een toegenomen prikkelbaarheid van de blaas
  - de oorzaak is vaak onbekend
  - bij het ouder worden neemt de prikkelbaarheid van de blaas toe. Als gevolg treedt onbedwingbare plotselinge aandrang op om te plassen, moet men ook vaker plassen en kan incontinentie optreden.
  - De doel van de behandeling is de levenskwaliteitsverbetering.
  - Soms verschillende behandelingsopties moeten uitgeprobeerd woorden totdat aanvaardbare symptoomcontrole zal bereikt worden.
  - Overmatige farmacotherapie moet worden vermeden; milde symptomen hebben niet altijd behandeling nodig.

Levensstijlveranderingen:
- Suggereer cafeïne gebruik te beperken 2C

- Stel goed gebalanceerde vochtinname (niet te veel en niet te weinig) voor1C
- Adviseer bij de patiënten met BMI boven 30 gewichtsreductie 1C
- Evalueer co-morbiditeit en chronische medicatie die de symptomen kunnen veroorzaken of verergeren 1C

Vrouwen

Blaastraining en bekkenbodemoefeningen

- Stel blaastraining voor(de patiënt moet de tijd tussen het plassen bewust verlengen). Geef schriftelijke instructies aan de patiënt.1B
- Combineer bekkenbodemoefeningen samen met de blaastraining; vooral voor de vrouwen met gemengde (stress + urge) incontinentie.1B
- Overweeg de opvolging over 2 en 6 weken met aandacht voor de motivatie en methode en over 3 maanden voor de evaluatie van het resultaat (eventueel aan de hand van het plasdagboek) .
- Als er geen resultaat is na 3 maanden: overweeg andere behandelingsmogelijkheden
- Elektrostimulatie wordt eerder afgeraden in de eerste lijn.

Mannen

- De principes zijn dezelfde als voor vrouwen. Obstructie van de blaaslediging komt vaak voor bij oudere mannen. Een anticholinergicum alleen kan de uitstroom bij deze patiënten verergeren en kan zelfs leiden tot urineretentie
- Slecht behandelingsresultaat vereist meer gedetailleerde urodynamisch onderzoek (uroloog).

6.Planning voor een update

Bij nieuwe belangrijke evidentie en vijfjaarlijks.

7.Lijst van auteurs en belangenvermenging

De auteur van deze richtlijn is Dr. Leyla Mamedova. Er is geen sprake van sponsoring of afhankelijkheid. In de bronrichtlijnen werd ook geen belangenvermenging gemeld. Deze richtlijn werd geschreven in het kader van een Master Na Master-opleiding tot huisarts. Contactgegevens: leyla.mamedova@telenet.be

8.Referenties.

1. Nicolas Delvaux, Stijn Van de Velde, Hilde Philips, Paul Van Royen, Jan Vanschoenbeek, Martine Goossens. Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be 03.07.2013 EBMPractiecenet
2. Katherine E Hartmann, MD, PhD, Melissa L McPheeters, PhD, MPH, Daniel H Biller, MD, Renée M Ward, MD, J Nikki McKoy, BA, Rebecca N Jerome, MLIS, MPH, Sandra R Micucci, MSc, Laura Meints, MD, MBA, Jill A Fisher, PhD, Theresa A Scott, MS, James C Slaughter, DrPH, and Jeffrey D Blume, PhD. Treatment of Overactive Bladder in Women Evidence Reports/Technology Assessments, No. 187. 2009
3. Donaldson MM, Thompson JR, Matthews RJ et al: The natural history of overactive bladder and stress urinary incontinence in older women in the community: a 3-year prospective cohort study. Neurourol Urodyn 2006; 25: 709.
4. Moller LA, Lose G and Jorgensen T: The prevalence and bother-someness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 298. 17.
5. Coyne KS, Sexton CC, Vats V et al: National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. Urology 2011; 77: 1081
6. Tikkinen, KA, Auvinen A, Tiitinen A. et al:Reproductive factors associated with nocturia and urinary urgency inin women: A population-based study in Finland. Am J Obstet Gynecol 2008: 199: 153 e1
7. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW et al: Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. World J Uro 2003; 20: 327.
8. Wyman JF, Harkins SW and Fantl JA: Psychosocial impact of urinary incontinence in the community dwelling population. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 282.
9. Liberman JN, Hunt TL, Stewart WF et al: Healthrelated quality of life among adults with symptoms of overactive bladder: results from a U.S. community-based survey. Urology 2001; 57:1044.
10. Abrams P, Kelleher CJ, Kerr LA et al: Overactive bladder significantly affects quality of life. Am J Manag Care 2000; 6: S580.
11. Coyne KS, Payne C, Bhattacharyya SK et al: The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. Value Health 2004; 7: 455.
12. Hullfish K, Fenner D, Sorser S et al: Postpartum depression, urge urinary incontinence, and overactive bladder syndrome: Is there an association? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007; 18: 1121.
13. Melville J, Delaney K, Newton K et al: Incontinence severity and majory depression in incontinent women. Obstet Gynecol 2005; 106: 585.

14. Sexton CC, Coyne KS, Thompson C et al:Prevalence and effect on health-related quality of life of overactive bladder in older Americans:results from the epidemiology of lower urinary tract symptoms study. J Am Geriatr Soc 2011;59: 1465
15. Lagro-Janssen ALM, Smits AJA, Van Weel C. Urine-incontinentie en kwaliteit van leven. Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 1993;137:378-82.
16. Visser E, De Bock GH, Kollen BJ, Meijerink M, Berger MY, Dekker JH. Systematic screening for urinary incontinence in older women: who could benefit from it? Scand J Prim Health Care 2012;30:21-8.
17. Teunissen D, Van Weel C, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behaviour. Br J Gen Pract 2005;55:776-82.
18. Teunissen D, Van den Bosch W, Van Weel C, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in the elderly: attitudes and experiences of general practitioners. A focus group study. Scand J Prim Health Care 2006;24:56-61.
19. Visser E, De Bock GH, Messelink EJ, Schram AJ, Kollen BJ, Gemert SB, et al. Active encouragement of older women with urinary incontinence in primary care to undergo diagnosis and treatment: A matched-pair cluster randomized controlled trial. Maturitas 2015;80:212-9.
20. The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) My AGREE PLUS online appaisal platform http://www.agreetrust.org/agree-ii/ geraadpleegd 20.01.2015-30.06.2016
21. Lee UJ1, Scott VC, Rashid R, Behniwal A, Wein AJ, Maliski SL, Anger JT. Defining and managing overactive bladder: disagreement among the experts. Urology. 2013 Feb;81(2):257-62. doi: 10.1016/j.urology.2012.09.028.
22. Chuang FC1, Liu HT2, Wang LY3, Kuo HC4. Overactive bladder changes with time: a 5-year longitudinal followup of changes in overactive bladder symptoms, urodynamic studies and urinary nerve growth factor levels. J Urol. 2014 Aug;192(2):458-63. doi: 10.1016/j.juro.2014.02.091. Epub 2014 Mar 2.
23. Coyne KS1, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Milsom I. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. J Manag Care Pharm. 2014 Feb;20(2):130-40.
24. Seth JH1, Sahai A, Khan MS, van der Aa F, de Ridder D, Panicker JN, Dasgupta P, Fowler CJ. Nerve growth factor (NGF): a potential urinary biomarker for overactive bladder syndrome (OAB)? BJU Int. 2013 Mar;111(3):372-80. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11672.x.
25. Filipetto FA, Fulda KG, Holthusen AE1, McKeithen TM, McFadden P. The patient perspective on overactive bladder: a mixed-methods needs assessment BMC Fam Pract. 2014 May 14;15:96. doi: 10.1186/1471-2296-15-96.
26. Wen L1, Wen YB, Wang ZM, Wen JG, Li ZZ, Shang XP, Liu ZS, Jia LH, Qin GJ, Heesakkers J, Corcos J, Djurhuus JC. Risk factors of nocturia (two or more voids per night) in Chinese people older than 40 years. Neurourol Urodyn. 2014 Apr 30. doi: 10.1002/nau.22623

27. Wen JG1, Li JS, Wang ZM, Huang CX, Shang XP, Su ZQ, Lu YT, Suo ZH, Wang Y, Qin GJ, Zhang WX, Heesakkers JP. The prevalence and risk factors of OAB in middle-aged and old people in China Neurourol Urodyn. 2014 Apr;33(4):387-91. doi: 10.1002/nau.22429. Epub 2013 Jun 13.
28. Vrijens D1, Drossaerts J2, van Koeveringe G3, Van Kerrebroeck P4, van Os J5, Leue C6. Affective symptoms and the overactive bladder - a systematic review. J Psychosom Res. 2015 Feb;78(2):95-108. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.019. Epub 2014 Nov 27
29. Bunn F1, Kirby M, Pinkney E, Cardozo L, Chapple C, Chester K, Cruz F, Haab F, Kelleher C, Milsom I, Sievart KD, Tubaro A, Wagg A. Is there a link between overactive bladder and the metabolic syndrome in women? A systematic review of observational studies. Int J Clin Pract. 2015 Feb;69(2):199-217. doi: 10.1111/ijcp.12518. Epub 2014 Dec 11.
30. Wells MJ1, Jamieson K, Markham TC, Green SM, Fader MJ. The effect of caffeinated versus decaffeinated drinks on overactive bladder: a double-blind, randomized, crossover study. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2014 Jul-Aug;41(4):371-8. doi: 10.1097/WON.0000000000000040.
31. Management of u rinary incontinence in primary care. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)(2004-2011) http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html Geraadpleegd 02.01.2015
32. Diagnosis and treatment of overactive bladder(non-neurogenic) in adults AUA/SUFU 2014 http://www.aua net.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Overactive-Bladder.pdf Geraadpleegd 02.01.2015
33. Lower urinary tract symptoms. The management of lower urinary tract symptoms in men. NICE2010-2012 https://www.nice.org.uk/guidance/cg97 Geraadpleegd 02.01.2015
34. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. NICE2006(2015) https://www.nice.org.uk/guidance/cg171 Geraadpleegd 02.01.2015
35. 2012 Update: Guidelines for Adult Urinary Incontinence Collaborative Consensus Document for the Canadian urological association https://www.cua.org/themes/web/assets/files/guidelines/en/incontinence_20guidelines_201-2012_1.pdf Geraadpleegd 02.01.2015
36. Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians 2014 http://annals.org/article.aspx?articleid=1905131 Geraadpleegd 02.01.2015
37. Urine incontinentie bij vrouwen NHG 2015 https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-incontinentie-voor-urine#idp15244048 Geraadpleegd 30.03.2015
38. BCFI Folia: Aanpak van urine-incontinentie http://docplayer.nl/4762606-Deze-online-versie-bevat-alle-beschikbare-updates-over-de-aanpak-van-urine-

incontinentie-gevolgd-door-de-transparantiefiche-van-augustus-2011.html Geraadpleegd 30.03.2015
39. Tikkinen KA, Johnson TM, Tammela TL et al: Nocturia frequency, bother and quality of life: how often is too often? A population-based study in Finland. Eur Urol 2010; 57: 488
40. Burgio, KL, Engel, BT, and Locher, JL: Normative patterns of diurnal urination across six age decades. J Urol 1991; 145: 728.
41. Petros PP and Ulmsten U. Urge incontinence history is an accurate predictor of urge incontinence. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1992;71(7):537–9.
42. 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.
43. Summitt RL Jr, Stovall TG, Bent AE, et al. Urinary incontinence: correlation of history and brief office evaluation with multichannel urodynamic testing. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1992;166(6 Part 1):1835–40.
44. Sand PK, Hill RC, Ostergard DR. Incontinence history as a predictor of detrusor stability. Obstetrics and Gynecology 1988;71(2):257–60.
45. Ouslander J, Staskin D, Raz S, et al. Clinical versus urodynamic diagnosis in an incontinent geriatric female population. Journal of Urology 1987;137(1):68–71.
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. Deville WL, Yzermans JC, Van Duijn NP, Bezemer PD, Van der Windt DA, Bouter LM. The urine dipstick test useful to rule out infections.A meta-analysis of the accuracy. BMC Urol 2004;4:4.
50. Little P, Turner S, Rumsby K, Jones R, Warner G, Moore M, et al. Validating the prediction of lower urinary tract infection in primary care: sensitivity and specificity of urinary dipsticks and clinical scores in women. Br J Gen Pract 2010c;60:495-500.
51. Koeijers JJ, Kessels AG, Nys S, Bartelds A, Donker G, Stobberingh EE, et al. Evaluation of the nitrite and leukocyte esterase activity tests for the diagnosis of acute symptomatic urinary tract infection in men. Clin Infect Dis 2007;45:894-6.
52. . Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. 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 Jul;187(1):116-26 CDLH

53. Larsson G and Victor A. The frequency/volume chart in genuine stress incontinent women. Neurourology and Urodynamics 1992;11(1):23–31.
54. Groutz A, Blaivas JG, Chaikin DC, et al. Noninvasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: a multicenter study of micturition diary and pad tests. Journal of Urology 2000;164(3 Part 1):698–701.
55. Fitzgerald MP and Brubaker L: Variability of 24-hour voiding diary variables among asymptomatic women. J Urol 2003; 169: 207.
56. Van Haarst E, Heldeweg E, Newling D et al: The 24-h frequency-volume chart in adults reporting no voiding complaints: defining reference values and analysing variables. BJU International 2004; 93: 1257.
57. Locher JL, Goode PS, Roth DL, Worrell RL, Burgio KL. Reliability assessment of the bladder diary for urinary incontinence in older women. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56:M32-M35.
58. Wyman JF, Choi SC, Harkins SW, Wilson MS, Fantl JA. The urinary diary in evaluation of incontinent women: a test-retest analysis. Obstet Gynecol 1988;71:812-7.
59. Ding YY, Sahadevan S, Pang WS, et al. Clinical utility of a portable ultrasound scanner in the measurement of residual urine volume. Singapore Medical Journal 1996;37(4):365–8.
60. Goode PS, Locher JL, Bryant RL, et al. Measurement of postvoid residual urine with portable transabdominal bladder ultrasound scanner and urethral catheterization. International Urogynecology Journal 2000;11(5):296–300.
61. Ouslander JG, Simmons S, Tuico E, et al. Use of a portable ultrasound device to measure postvoid residual volume among incontinent nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society 1994;42(11):1189–92.
62. Nygaard IE. Postvoid residual volume cannot be accurately estimated by bimanual examination. International Urogynecology Journal 1996;7(2):74–6.
63. Sander P, Mouritsen L, Andersen JT, Fischer-Rasmussen W. Should measurement of maximum urinary flow rate and residual urine volume be a part of a "minimal care" assessment programme in female incontinence? Scand J Urol Nephrol 2002;36:124-7.
64. Cara Tannenbaum1, Rona Agnew2, Andrea Benedetti3, Doneal Thomas4, Eleanor van den Heuvel5 Effectiveness of continence promotion for older women via community organisations: a cluster randomised trial BMJ Open 2013;3:e004135 doi:10.1136/bmjopen-2013-004135
65. Abrams P, Smith AP, Cotterill N. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. BJU 2015;115:143-52
66. Norton PA. Prevalence and social impact of urinary incontinence in women. Clin Obstet Gynecol 1990;33:295-7.
67. Lagro-Janssen ALM, Smits AJA, Van Weel C. Urine-incontinentie en kwaliteit van leven. Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 1993;137:378-82.

68. Bryant CM, Dowell CJ and Fairbrother G: Caffeine reduction education to improve urinary symptoms. Br J Nurs 2002; 11: 560.
69. Gleason JL, Richter HE, Redden DT, Goode PS, Burgio KL, Markland AD. Caffeine and urinary incontinence in US women. Int Urogynecol J 2013;24:295-302.
70. Jura YH, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine intake, and the risk of stress, urgency and mixed urinary incontinence. J Urol 2011;185:1775-80.
71. Tomlinson BU, Dougherty MC, Pendergast JF, Boyington AR, Coffman MA, Pickens SM. Dietary caffeine, fluid intake and urinary incontinence in older rural women. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 1999;10:22-8.
72. Townsend MK, Resnick NM, Grodstein F. Caffeine intake and risk of urinary incontinence progression among women. Obstet Gynecol 2012;119:950-7.
73. Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. Obstetrics and Gynecology 2000;96(1):85–9.
74. James JE, Sawczuk D, Merrett S. The effect of chronic caffeine consumption on urinary incontinence in psychogeriatric inpatients. Psychology and Health 1989;3(4):297–305.
75. Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. BJOG 2003;110:247-54.
76. Swithinbank L, Hashim H, Abrams P. The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. J Urol 2005;174:187-9
77. Dowd TT, Campbell JM, Jones JA. Fluid intake and urinary incontinence in older communitydwelling women. Journal of Community Health Nursing 1996;13(3):179–86.
78. Hashim H and Abrams P: How should patients with an overactive bladder manipulate their fluid intake? BJU Intl 2008; 102: 62.
79. Dowd TT, Campbell JM, Jones JA. Fluid intake and urinary incontinence in older community- dwelling women. J Community Health Nurs 1996;13:179-86.
80. Swithinbank L, Hashim H, Abrams P. The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. J Urol 2005;174:187-9.
81. Wyman JF, Elswick RK, Wilson MS, et al. Relationship of fluid intake to voluntary micturitions and urinary incontinence in women. Neurourology and Urodynamics 1991;10(5):463–73.
82. Bump RC, Sugerman HJ, Fantl JA, et al. Obesity and lower urinary tract function in women:Effect of surgically induced weight loss. American Journal of Obstetrics and Gynecology1992;167(2):392–9.
83. Deitel M, Stone E, Kassam HA, et al. Gynecologic-obstetric changes after loss of massive excess weight following bariatric surgery. Journal of the American College of Nutrition 1988;7(2):147– 53.

84. Ahroni JH, Montgomery KF, Watkins BM. Laparoscopic adjustable gastric banding: weight loss, co-morbidities, medication usage and quality of life at one year. Obesity Surgery 2005;15(5):641–7.
85. Subak LL, Whitcomb E, Shen H, et al. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. Journal of Urology 2005;174(1):190–5. Subak LL, Johnson C, Whitcomb E, et al.
86. Subak LL, Wing R, West DS, et al; PRIDE Investigators. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. N Engl J Med. 2009;360(5):481-490.
87. Hunskaar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. Neurourol Urodyn 2008;27:749-57.
88. Vissers D, Neels H, Vermandel A, De Wachter S, Tjalma WAA, Wyndaele JJ, et al. The effect of non-surgical weight loss interventions on urinary incontinence in overweight women: a systematic review and meta-analysis. Obes Rev 2014;15:610-7.
89. McGrother CW, Donaldson MM, Hayward T, et al. Urinary storage symptoms and comorbidities: a prospective population cohort study in middle-aged and older women. Age and Ageing 2006;35(1):16–24
90. Van Gerwen M, Schellevis F, Lagro-Janssen T. Comorbidities associated with urinary incontinence: a 2140 case-control study from the Second Dutch National Survey of General Practice. J Am Board Fam Med 2007;20:608-10
91. Berghmans B, Van Waalwijk van Doorn E, Nieman F, De Bie R, Van den Brandt P, Van Kerrebroeck P. Efficacy of physical therapeutic modalities in women with proven bladder overactivity. Eur Urol 2002;41:581-7.
92. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habee-Seguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2014;5:CD005654.
93. Kafri R, Deutscher D, Shames J, Golombp J, Melzer I. Randomized trial of a comparison of rehabilitation or drug therapy for urgency urinary incontinence: 1-year follow-up. Int Urogynecol J 2013;24:1181-9.
94. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev 2004;1:CD001308.
95. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. JAMA. 1998;280(23)
96. Burgio KL, Goode PS, Johnson TM 2nd et al: Behavioral versus drug treatment for overactive bladder in men: the male overactive bladder treatment in veterans (MOTIVE) trial. J Am Geriatr Soc 2011; 59: 2209.
97. Burgio KL, Kraus SR, Menefee S et al: Behavioral therapy to enable women with urge incontinence to discontinue drug treatment: a randomized trial. Ann Intern Med 2008; 149: 161

98. Goode PS, Burgio KL, Locher JL et al: Urodynamic changes associated with behavioral and drug treatment of urge incontinence in older women. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 808.
99. Rai BP, Cody JD, Alhasso A, Stewart L. Anticholinergic drugs versus non-drug active therapies for non-neurogenic overactive bladder syndrome in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012;12:CD003193
100. Borello-France D, Burgio KL, Goode PS et al: Urinary incontinence treatment : Adherence to behavioral interventions for urge incontinence when combined with drug therapy: Adherence rates, barriers, and predictors. Physical Therapy : 2010; 90: 1493

9.Bijlages.

9.1 Praktijktools:

9.1.1 Plasdagboek met uitleg

Wat is een plasdagboek?

- In een plasdagboek kunt u bijhouden wanneer u naar het toilet gaat en hoeveel u dan plast.
- Ook noteert u in het dagboek of u urineverlies heeft gehad en wat u op dat moment deed.
- Daarnaast schrijft u op wat, hoeveel en wanneer u drinkt.

Deze informatie gebruikt de dokter om uw klachten te kunnen beoordelen. Daardoor kan hij/zij beter inschatten wat er aan de hand is. Ook helpt het de dokter bij het vinden van de juiste behandeling.
U vult het dagboek in op “gewone” dagen. Dus niet op de dag dat u een uitstapje maakt.

Meten van de hoeveelheid urine

Om de hoeveelheid urine te meten, kunt u het beste een goedkope maatbeker gebruiken, hierin vangt u de plas op. Vervolgens leest u de hoeveelheid urine in milliliter (ml) af. Deze waarde noteert u in het dagboek. Daarna spoelt u de urine weg. De volgende keer dat u moet plassen, vangt u opnieuw de urine op in de maatbeker en noteert u de hoeveelheid.

Iedere meting duurt 24 uur. U begint ’s ochtends na de eerste ochtendplas en gaat door tot en met de eerste ochtendplas de volgende dag. U vult gedurende 24 uur ook de andere kolommen van het dagboek in, dus hoeveel u hebt gedronken, of u plotselinge aandrang had, enzovoorts.

Hoe lang houdt u het dagboek bij?
U vult het dagboek twee dagen in. Voor ieder etmaal gebruikt u een nieuwe pagina.
Om te voorkomen dat u het invullen vergeet, kunt u het beste het dagboek goed in het zicht leggen, of het dagboek steeds bij u dragen.

Vochtinname (circa) per:

- ✓ kopje 125 ml
- ✓ wijnglas 150 ml
- ✓ soepkom 200 ml
- ✓ glas bier/fris 200 ml

Dag1

Datum en tijd	*Wat heb je gedronken en hoeveel in ml*	*Hoeveel heb je geplast in ml*	*Aandrang ja/nee*	*Waar was je op dit moment mee bezig*	*Pijn ja/nee*	*Urineverlies 0/+/++/+++*	

Dag2

Datum en tijd	*Wat heb je gedronken en hoeveel in ml*	*Hoeveel heb je geplast in ml*	*Aandrang ja/nee*	*Waar was je op dit moment mee bezig*	*Pijn ja/nee*	*Urineverlies 0/+/++/+++*	

Dag3

Datum en tijd	*Wat heb je gedronken en hoeveel in ml*	*Hoeveel heb je geplast in ml*	*Aandrang ja/nee*	*Waar was je op dit moment mee bezig*	*Pijn ja/nee*	*Urineverlies 0/+/++/+++*	

9.1.2 Instructie blaastraining:

Blaastraining

Met een blaastraining leert u om niet meteen naar de wc te gaan wanneer u aandrang voelt. U probeert steeds iets langer te wachten voordat u gaat plassen. Net zo lang tot er 3 tot 4 uur zit tussen de toiletgangen.

Op deze manier went uw blaas eraan om steeds voller te worden. Uiteindelijk wordt u weer baas over uw blaas.

Een paar tips die handig zijn bij de blaastraining:

- Ga niet meteen naar de wc als u moet plassen. Stel een toiletrooster op en probeer u daaraan te houden. Rek de intervallen steeds een beetje verder op. Dus bijvoorbeeld van elk uur een toiletgang naar 1½ uur, naar 2 uur, naar 2½ uur enzovoort. Net zo lang tot er 3 tot 4 uur zit tussen de keren dat u gaat plassen.
- Doe bij gevoel van aandrang wat extra bekkenbodemoefeningen. U kunt ook proberen aan iets anders te denken. Leidt uw gedachten af door een boek te lezen, televisie te kijken of een spelletje te doen.
- Nog wat onzeker? Train het ophouden van uw plas dan op de wc. Zo ontspant u makkelijker, waardoor de aandrang langer uitblijft. Gaat het toch een keer mis, dan is er niets aan de hand.
- Probeer uw vaste toiletroutine te doorbreken. Ga bijvoorbeeld niet direct naar de wc als u thuiskomt. En probeer ook niet meer 'voor de zekerheid' naar de wc te gaan, terwijl u geen aandrang voelt.
- Wanneer u uw plas langer ophoudt, traint u uw blaas om meer capaciteit te kweken. Wacht daarom zo lang als u kunt, maar zorg dat u zich veilig blijft voelen. Voorkom ongelukjes, om uw onzekerheid de baas te blijven. De fysiotherapeut kan helpen met blaastraining of bekkenbodemoefeningen .
- Een hulpmiddel bij deze blaastraining is het plasdagboek. Hierin schrijft u onder andere op wanneer u naar de wc gaat. En ook wanneer u wat urine verliest.

9.1.3 Instructie bekkenbodemoefeningen

WAAR ZIJN MIJN BEKKENBODEMSPIEREN?

Allereerst moet u ontdekken welke spieren u moet gaan oefenen.

1. Ga zitten of liggen en ontspan de spieren van uw dijen, achterwerk en buik.
2. Knijp de spierring rond uw anus samen alsof u probeert om een wind tegen te houden. Vervolgens laat u die spier ontspannen. Knijp dan weer samen en ontspan dan een paar keer totdat u er zeker van bent dat u de juiste spieren hebt gevonden. Probeer om niet uw billen te spannen.
3. Als u op het toilet zit om een plas te doen, probeer dan om de stroom urine tegen te houden en laat dan de urine weer stromen. U ontdekt dan welke de juiste spieren zijn – doe dit niet vaker dan één keer per week. Als u dit vaker doet, is het mogelijk dat uw blaas zich niet leegt zoals het moet.

Als u geen duidelijk "samentrekken en optillen" van uw bekkenbodemspieren voelt, of als u uw urinestroom niet tegen kunt houden zoals in punt 3, vraag dan het advies van uw huisarts.

HOE DOE IK OEFENINGEN MET DE BEKKENBODEMSPIEREN?

Nu u uw bekkenbodemspieren voelt werken, kunt u:

- ✓ Tegelijkertijd de spieren rondom uw anus en vagina samentrekken. Heb het gevoel dat u ze van binnen naar boven trekt. Elke keer wanneer u uw bekkenbodemspieren samentrekt moet u dat gevoel van "optillen" hebben. Probeer ze stevig gespannen te houden terwijl u tot 8 telt. Laat ze nu los en laat ze ontspannen. U moet een duidelijk gevoel hebben van "laten gaan".
- ✓ Herhaal het "samentrekken en optillen" en laat dan weer los. Het beste is om elke keer 8 seconden te wachten tussen het samentrekken van de spieren. Als 8 tellen te veel is, houd ze dan zo lang vast als u kunt. Herhaal dit "samentrekken en optillen" zo vaak u kunt, tot een maximum van 8 tot 12 samentrekkingen. Probeer drie oefeningen van elk 8 tot 12 samentrekkingen te doen met daartussen een pauze. Voer dit trainingsplan (drie oefeningen van 8 tot 12 samentrekkingen) elke dag uit, terwijl u ligt, zit of staat.
- ✓ Terwijl u de spieren van uw bekkenbodem oefent:

- ❖ blijf ademen;
- ❖ doe alleen "samentrekken en optillen";
- ❖ *span uw bilspieren NIET; en*
- ❖ houd uw dijen ontspannen.

DOE UW OEFENINGEN VAN UW BEKKENBODEMSPIEREN GOED

Een paar goede samentrekkingen zijn beter dan een heleboel halfslachtige! Als u niet zeker weet of u de samentrekkingen goed doet, of als u na 3 maanden geen veranderingen ziet in de symptomen, ga dan naar uw huisarts.

MAAK DE OEFENINGEN EEN DEEL VAN UW DAGELIJKS LEVEN

Nu u geleerd heeft hoe u oefeningen met de spieren van de bekkenbodem moet doen, kunt u ermee beginnen.
Ze elke dag doen is het best. U moet uw volle aandacht richten op elke oefening. Leg een vaste tijd vast om uw bekkenbodemspieroefeningen te doen. U zou dit kunnen doen na toiletbezoek, wanneer u iets gaat drinken of wanneer u in bed ligt.

9.2 Bijlage 2

Evaluatieformulier voor de DEELNEMERS

Beste collega,

Vooreerst danken wij u voor uw medewerking aan dit onderzoek. Om een beter inzicht te krijgen in uw activiteiten en ervaring, willen wij u voorstellen om onderstaande vragen te beantwoorden

1. Leeftijd……

2. U bent

Man □ Vrouw □

3. In welk jaar bent u afgestudeerd of zal u afgestudeerd zijn indien u student bent……..

Aan welke universiteit heeft u gestudeerd……

Hoelang bent u werkzaam als huisarts……

4. Ik zie patiënten met overactieve blaas

- Dagelijks □
- Wekelijks □
- Af en toe □
- Nooit □

Op een schaal van 1 tot 4 met 1 = helemaal niet akkoord, 2 = niet akkoord, 3 = akkoord, 4 = helemaal akkoord

5. Het onderwerp van deze richtlijn is belangrijk voor mijn praktijk

1 2 3 4

6. De voorgestelde aanpak is toepasbaar in mijn eigen praktijksituatie

1 2 3 4

7. Indien niet toepasbaar, uw reden:

- De pathologie is niet actueel in mijn praktijk □
- Ik heb het nodige materiaal niet □
- Ik heb niet genoeg tijd □
- Patiënten willen dat niet □
-

Andere……
……
……
……

8. Na deze presentatie heb ik intentie om de opgedane ervaring te implementeren in mijn eigen praktijk

1 2 3 4

9.3 Bijlage 3

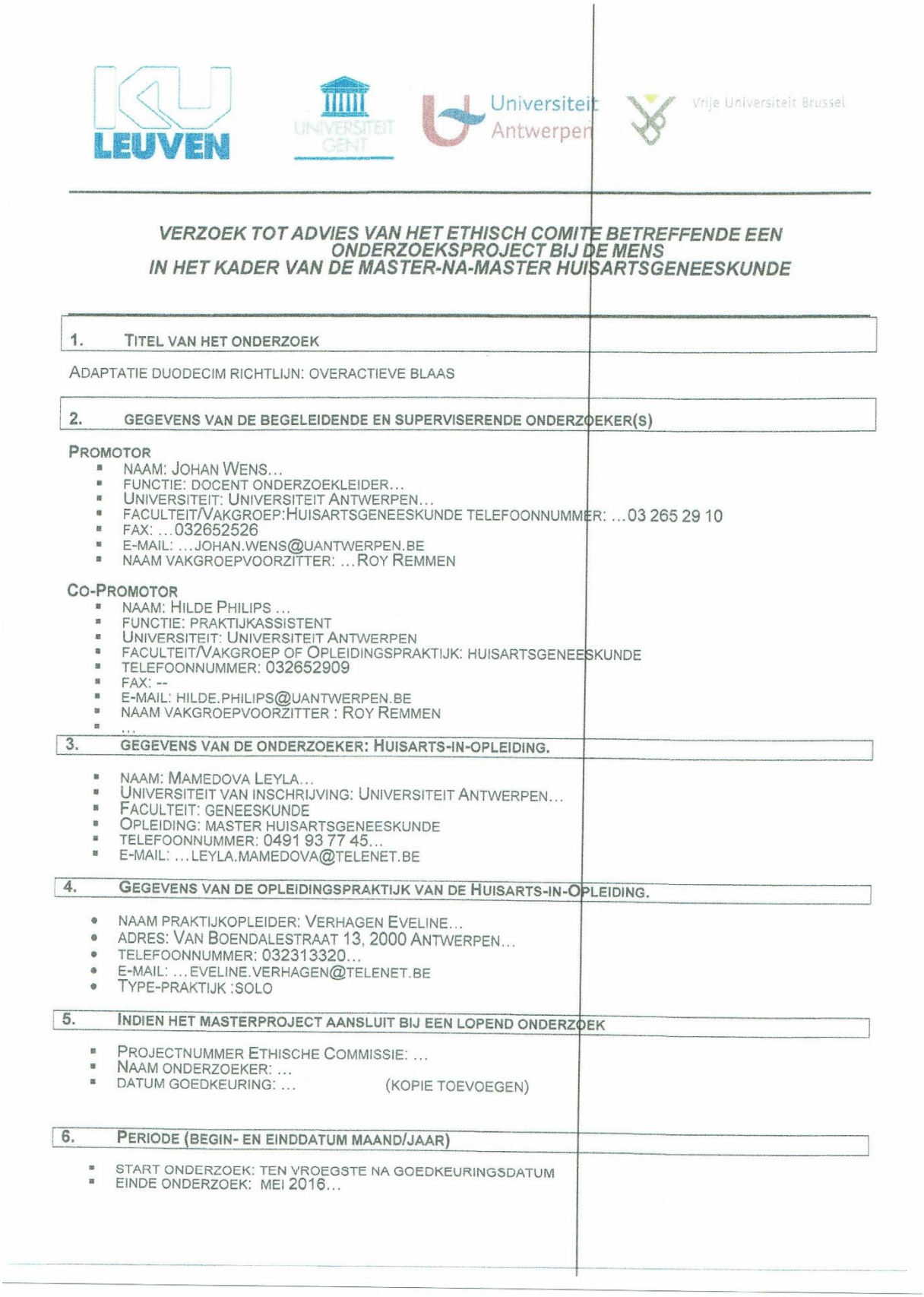
Casus 1

Vrouw 76 jaar klaagde over urgentie-incontinentie, soms ook mictie in 2 tijden, soms indruk van zwakke straal, nycturie x3 per nacht, pollakisurie, voschtinname overdag 1.5l, drinkt meer dan 1l koffie per dag, geen UWI, geen dysurie, stoelgang normaal.
Co-morbiditeid: Hypothyroidie, Morbus Paget, Appendectomie, Schedeltrauma met contusio in 2011, Mastectomie voor infiltrerend ductaal adenocarcinoom 2003
Medicatie: L-thyroxine, betahistine, emconcor, pantomed, D-cure
Klinisch onderzoek: soepel abdomen, geen nierslagpijn
Vaginaal toucher: weinig atroof voorkomen vaginale mucosa, geen coeles
Urinetest: normaal
Echo urine residu <50ml
Beleid: blaastraining, oxybutinine 5mgx3 per dag, beperken cafeïne gebruik
Evaluatie na 6 weken: verbetering, nycturie x1, kan beter ophouden, is tevreden zo

Bespreking.

Bij de anamnese valt er op dat de patiënte aan aandrang, pollakisurie en nycturie lijdt wat ons reden geeft om over OAB diagnose te denken. Bij de bevraging van de gewoontes geeft ze toe dat ze veel koffie drinkt. Verder heeft ze ook ledigingsproblemen (zwakke straal, mictie in 2 tijden).In co-morbiditeit en chronische medicatie hebben wij geen aanknopingspunten.
Tijdens klinisch onderzoek en urinetest worden andere oorzaken van aandrang uitgesloten. Omdat ze ledigingsproblemen meldde was ook residu bepaald. De bevindingen waren geruststellend. Het beleid was gericht op levensstijlgewoontes(reductie van coffeïnegebruik), blaastraining en oxybutinine 5mgx3 per dag.
Follow up over 6 weken: de patiënte vindt dat de klachten voldoende verbeterd zijn. Verdere opvolging word gesuggereerd door de richtlijn.

9.4 Verzoek tot advies het Ethisch Comité



LEUVEN UNIVERSITEIT GENT Universiteit Antwerpen Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

ADAPTATIE DUODECIM RICHTLIJN: OVERACTIEVE BLAAS

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: JOHAN WENS…
- FUNCTIE: DOCENT ONDERZOEKLEIDER…
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT ANTWERPEN…
- FACULTEIT/VAKGROEP:HUISARTSGENEESKUNDE TELEFOONNUMMER: …03 265 29 10
- FAX: …032652526
- E-MAIL: …JOHAN.WENS@UANTWERPEN.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: …ROY REMMEN

CO-PROMOTOR

- NAAM: HILDE PHILIPS …
- FUNCTIE: PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT ANTWERPEN
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 032652909
- FAX: --
- E-MAIL: HILDE.PHILIPS@UANTWERPEN.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER : ROY REMMEN
- …

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER: HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: MAMEDOVA LEYLA…
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT ANTWERPEN…
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0491 93 77 45…
- E-MAIL: …LEYLA.MAMEDOVA@TELENET.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: VERHAGEN EVELINE…
- ADRES: VAN BOENDALESTRAAT 13, 2000 ANTWERPEN…
- TELEFOONNUMMER: 032313320…
- E-MAIL: …EVELINE.VERHAGEN@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK :SOLO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM
- EINDE ONDERZOEK: MEI 2016…

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
  - ☐ VRAGENLIJSTEN
  - ☐ INTERVIEW
- ☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ☐ WELKE PERIODE: ....
- ☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ☐ FASE I
    - ☐ FASE II
    - ☐ FASE III
    - ☐ FASE IV
    - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
  - ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,...)
    - ☐ MEDICAL DEVICE
    - ☐ BLOEDAFNAME, RX,...
    - ☐
- ☐ ADAPTATIE VAN EEN DUODECIM RICHTLIJN MET PEER REVIEW EVALUATIE BINNEN DE LOKALE SEMINARIEGROEPEN EN LOKALE KWALITEITSGROEPEN VAN DE HOGER BESCHREVEN ONDERZOEKERS

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Op basis van de bestaande richtlijnen en aan de hand van het vast protocol van EBM-practicenet wordt de Duodecim richtlijn "Overactieve blaas" herwerkt tot een richtlijn die in de Belgische context kan toegepast worden.

Om de toepasbaarheid van deze herwerkte richtlijn te toetsen wordt de tekst voorgelegd enerzijds aan de huisartsen in opleiding van de seminariegroepen van de onderzoekers en anderzijds aan de huisartsen die deel uitmaken van de eigen LOK-groep. Met behulp van een vragenlijst en aan de hand van casuïstiek wordt deze nieuwe richtlijn dan getoetst in de praktijk.

Onderzoeksvragen

1.Welke zijn de symptomen waarbij men als huisarts moet denken aan een overactieve blaas?
2. Welke diagnostische stappen dient de huisarts te nemen bij vermoeden van een overactieve blaas?
3. Welke niet medicamenteuze behandelingen kan de huisarts opstarten bij patiënten met klachten van een overactieve blaas?

Methode

Na literatuurstudie en kwaliteitsbeoordeling van bestaande richtlijnen via het AGREE instrument wordt de geselecteerde aanbeveling geadapteerd via de ADAPT procedure. Dit levert een voorlopige tekst op. Het is deze tekst die binnen de seminariegroepen en Lok-groepen zal worden gebruikt als "standaard" voor het oplossen van de casussen. Op deze wijze wordt de haalbaarheid ervan getoetst binnen de context van de Belgische gezondheidszorg. Eventueel opmerkingen worden gebruikt in het verdere adaptatieproces. De uiteindelijke praktijkrichtlijn wordt voorgelegd aan de leescommissie van het EBM-Practicenet ter afronding van het project.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☐ DIAGNOSTISCH
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ MORFOLOGISCH
- ☐ THERAPEUTISCH
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☐ EPIDEMIOLOGISCH
- X KWALITATIEF

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

☐ JA
■ NEEN

INDIEN JA

☐ 1 ZIEKENHUISDIENST

☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN

- NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
- NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN)…UNIVERSITEIT ANTWERPEN
……HUISARTSGENEESKUNDE…… (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

■ JA
☐ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

☐ JA
■ NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: ~~12HAIO`S, 10-30ARTSEN.~~ **40 ARTSEN(12 HAIO`S en 28 ARTSEN VAN LOK)**

D. LEEFTIJD : 25-65…

E. GESLACHT : M+V…

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? … ~~VRIJWILLIG BINNEN DE SEMINARIEGROEP EN LOK`S VAN DE HOGER BESCHREVEN ONDERZOEKERS~~ **NA DE PRESENTATIE VAN DE HERWERKTE RICHTLIJN IN DE SEMINARIEGROEP**

G. **EN LOK GROEP ZULLEN DE AANWEZIGE ARTSEN GEVRAAGD WORDEN OM VRIJWILLIG HUN OPMERKINGEN TE GEVEN TIJDENS DE DISCUSSIE OF/EN AAN DE HAND VAN DE VRAGENLIJST.HET IS BEDOELD ALS EXPLOREREND ONDERZOEK OM DE GEGEVENS UIT HET LITERATUURONDERZOEK TE VERTALEN NAAR PRAKTISCHE HAALBAARHEID IN DE VLAAMSE EERSTELIJNCONTEXT.HET GAAT DUS OVER EEN KWALITATIEVE ANALYSE**

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

■ JA
☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

■JA
☐NEEN

MONDELING :

■ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA

❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? …
■ JA, HUISARTSEN IN OPLEIDING EN HUISARTSEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

□JA
■NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
■NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
■ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

■JA
□ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

■ JA
□ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? NIET VAN TOEPASSING

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA
❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA
❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

■ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

....

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA
■ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? ...

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

❑ JA
❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

N.V.T.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA
■ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA

WELKE ? ...

☐NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : ...

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : EENMALIG VRAGENLIJST INVULLEN MET PEER REVIEW

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD

WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

☒ NIET VAN TOEPASSING
☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

☐ ERELOON:
☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 23/09/2015
NAAM : LEYLA MAMEDOVA
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 2.10.2015
NAAM : EVELINE VERHAGEN
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 30-09-2015
NAAM : Johan WENS
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM : Roy Remmen
HANDTEKENING :

9.5 Advies het Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. J. Wens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Adaptatie duodecim richtlijn: overactieve blaas.
(manama huisartsgeneeskunde Leyla Mamedova)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
11/01/2016	15/51/568	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 11/01/2016.

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

- CV onderzoeker
  dr. Mamedova
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 27/09/2015
- Protocol
  versie 3, juli 2013

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

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. G. Leven
Ondervoorzitter Ethisch Comité

cc: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

9.6 Presentatie “Overactieve blaas”

27/04/2016

Adaptatie Duodecim richtlijn
“Overactieve blaas “

Promotor Johan Wens
PO Eveline Verhagen
HAIO Mamedova Leyla

Geadapteerde Duodecim richtlijn
Overactieve blaas

Een overactieve blaas (OAB) is een syndroom dat omvat:

- urinaire urgentie (aandrang)
- pollakisurie (noodzaak om meer dan 8 keer/24 uur te plassen) en / of nycturie (meer dan 2 keer / nacht).
- met of zonder urge-incontinentie
- in afwezigheid van de urineweginfectie en andere voor de hand liggende oorzaken
- met of zonder impact op de levenskwaliteit.

Prevalentie

Author	Year	Design	Method	No.	Sex	Age (y)	Nation	Prevalence (%)	Definition of OAB
Lee et al. [30]	2011	CS	TI	2,989	Both	> 20	Korea	12.2	2002 ICS definition
Milsom et al. [31]	2001	CS	TI/PI	16,776	Both	> 40	France, Germany, Italy, Spain, UK, Sweden	16.6	Frequency > 8/d, urgency, UUI, alone or in any combination
Homma et al. [32]	2005	CS	PS	4,570	Both	> 40	Japan	12.4	Frequency > 8/d and urgency > 1/wk
Stewart et al. [26]	2003	CS	TI	5,204	Both	> 18	US	Male, 16.0; female, 16.9	Urgency > 4/wk with frequency > 8/d or coping behaviors
Temml et al. [33]	2006	CS	PI	2,428	Both	20-91	Austria	OAB dry, 13.5; OAB wet, 4.1	OAB dry: urgency with frequency or nocturia, OAB wet: UUI with OAB dry
Moorthy et al. [29]	2003	CS	PI	2,380	Male	> 18	11 Asian countries	20.9	2002 ICS definition
Wang et al. [19]	2011	CS	PI	11,844	Both	> 18	China	6.0	2002 ICS definition
Chen et al. [40]	2012	CS	PI	1,247	Female	> 20	Taiwan	20.9	2002 ICS definition
Cho et al. [41]	2005	CS	TI	2,005	Both	> 40	Korea	OAB dry: male/female, 12.1/16.2; OAB wet: male/female, 7.5/15.	Urgency and frequency/nocturia/UUI

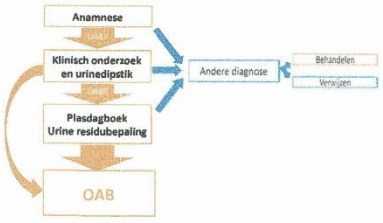
Vrouw, 76 jaar, komt om voorschriften voor chronische medicatie. Uit het gesprek blijkt dat ze minder buitenshuis gaat uit schrik om onverwachts naar het toilet te moeten. Ze moet gemiddeld 8 keer per dag plassen. Deze aandrang heeft ze reeds jaren, soms verliest ze daarbij urine. Soms ook moet ze in 2 keer uitplassen. Elke nacht moet ze 2-3 keer opstaan om te plassen.
Je denkt aan overactieve blaas.
Welk onderzoek zal je doen bij deze vrouw om jouw diagnose te bevestigen?

- 1. Anamnese
- 2. Bloeddrukmeting
- 3. Abdominaal onderzoek
- 4. Vaginale touche
- 5. Urine dipstik
- 6. Aanvraag echo voor urine residu
- 7. Aanvraag echo voor nieren en urinewegen
- 8. Niks en doorverwijzen naar de uroloog of gynaecoloog

Vrouw, 76 jaar, komt om voorschriften voor chronische medicatie. Uit het gesprek blijkt dat ze minder buitenshuis gaat uit schrik om onverwachts naar het toilet te moeten. Ze moet gemiddeld 8 keer per dag plassen. Deze aandrang heeft ze reeds jaren, soms verliest ze daarbij urine. Soms ook moet ze in 2 keer uitplassen. Elke nacht moet ze 2-3 keer opstaan om te plassen.
Je denkt aan overactieve blaas.
Welk onderzoek zal je doen bij deze vrouw om jouw diagnose te bevestigen?

- 1. Anamnese
- 2. Bloeddrukmeting
- 3. Abdominaal onderzoek
- 4. Vaginale touche
- 5. Urine dipstik
- 6. Aanvraag echo voor urine residu
- 7. Aanvraag echo voor nieren en urinewegen
- 8. Niks en doorverwijzen naar de uroloog of gynaecoloog

Overactieve blaas in de eerste lijn(diagnose)



1

Geadapteerde Duodecim richtlijn Overactieve blaas

- **De anamnese** met aandacht voor symptomen, beloop in de tijd, ervaren hindernis, relevante voorgeschiedenis en chronische medicatie is essentieel voor de diagnosestelling 1C
- **Overweeg om patiënten boven 55jaar opportunistisch te vragen of ze mictieproblemen hebben die ze met de arts willen bespreken.** 2C
- **Palpatie van het abdomen** is aanbevolen bij alle patiënten, en een **gynaecologisch onderzoek** bij de vrouwen. Bij mannen wordt een **palpatie van de prostaat, het onderzoek van de urethrale opening en de voorhuid** aanbevolen. 1C
- **Dipstikonderzoek van de urine** moet uitgevoerd worden ter uitsluiting van de infectie. Indien aangewezen, microscopisch onderzoek en cultuur moeten gebeuren (zie de richtlijn "Urineweginfectie") 1C
- Bij mannen met prostaatpathologie en/of vraag om PSA meting volg de richtlijn "Prostaatkankerscreening".
- Adviseer een **plasdagboek** bij te houden gedurende 3 dagen, wat helpt om de aard en de ernst van de symptomen en de drinkgewoonten van de patiënt te verduidelijken bij de diagnosestelling en de veranderingen te evalueren tijdens behandeling. 1C
- Overweeg **echografische residubepaling** bij vermoeden van lediging disfunctie of vaak recidiverende UWI.
- Echografie (urinewegen), cystoscopie en urodynamisch onderzoek zijn niet aanbevolen bij de initiële behandeling van de patiënt met niet gecompliceerde overactieve blaas.2C

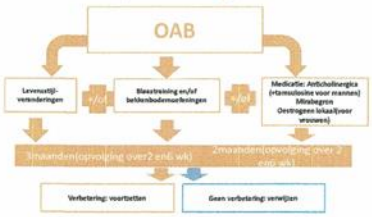
Plasdagboek



Vrouw, 76 jaar, komt om voorschriften voor chronische medicatie. Uit het gesprek blijkt dat ze minder buitenshuis gaat uit schrik om onverwachts naar het toilet te moeten. Ze moet gemiddeld 8 keer per dag plassen. Deze aandrang heeft ze reeds jaren, soms verliest ze daarbij urine. Soms ook moet ze in 2 keer uitplassen. Elke nacht moet ze 2-3 keer opstaan om te plassen. Na de anamnese en lichamelijk onderzoek heb je de volgende gegevens

- 1. Vochtinname overdag 1.5l, drinkt meer dan 1l koffie per dag.
- 2. Ze rookt 8-10 sigaretten per dag en drinkt 2 glazen wijn voor het eten
- 3. De stoelgang is normaal 1 keer per 1-2 dagen.
- 4. Als ze buiten moet, draagt ze altijd een pamper. Toch is ze altijd ongerust dat anderen de urinegeur zouden ruiken.
- 5. BMI 30
- 6. VG : hypothyroïdie, Morbus Paget, appendectomie, schedeltrauma met contusio waarvoor jaarlijkse follow up, mastectomie voor infiltrerend ductaal adenocarcinoom van li en re borst stadium pT1cpN0M0, diafragmale hernia, arteriële hypertensie
- 7. Medicatie: L-thyroxine, betahistine, emconcor, pantomed, d-cure, hygroton, zolpidem
- 8. Bij klinisch onderzoek buik soepel, slagpijn negatief, vaginale touche- afroof voorkomen van de slijmvliezen, prolaps 1 graad
- 9. Urinedipstik normaal
- 10. Minder dan 20 ml urineresidu

Overactieve blaas in de eerste lijn (behandeling)



Welke levensstijlveranderingen voor overactieve blaas zijn *evidence based bij de patiënten met overactieve blaas?*

- 1. Stoppen met roken
- 2. Reductie van alcoholgebruik
- 3. Reductie van cafeine gebruik
- 4. Drinken minder dan 1l per dag
- 5. Drinken meer: 2l per dag
- 6. Gebalanceerde vochtinname
- 7. Gewichtsreductie
- 8 Regularisatie van het ontlastingspatroon
- 9. Evalueer co-morbiditeit en chronische medicatie die de symptomen kunnen veroorzaken of verergeren

Welke levensstijlveranderingen voor overactieve blaas zijn *evidence based bij de patiënten met overactieve blaas?*

- 1. Stoppen met roken
- 2. Reductie van alcoholgebruik
- 3. Reductie van cafeine gebruik
- 4. Drinken minder dan 1l per dag
- 5. Drinken meer: 2l per dag
- 6. Gebalanceerde vochtinname
- 7. Gewichtsreductie
- 8 Regularisatie van het ontlastingspatroon
- 9. Evalueer co-morbiditeit en chronische medicatie die de symptomen kunnen veroorzaken of verergeren

Vrouw, 76 jaar, komt om voorschriften voor chronische medicatie. Uit het gesprek blijkt dat ze minder buitenshuis gaat uit schrik om onverwachts naar het toilet te moeten. Ze moet gemiddeld 8 keer per dag plassen. Deze aandrang heeft ze reeds jaren, soms verliest ze daarbij urine. Soms ook moet ze in 2 keer uitplassen. Elke nacht moet ze 2-3 keer opstaan om te plassen. Na de anamnese en lichamelijk onderzoek heb je de volgende gegevens

- 1. Vochtinname overdag 1.5l, drinkt meer dan [illegible].
- 2. Ze rookt 8-10 sigaretten per dag en drinkt 2 glazen wijn voor het eten
- 3. De stoelgang is normaal 1 keer per 1-2 dagen.
- 4. Als ze buiten moet, draagt ze altijd een pamper. Toch is ze altijd ongerust dat anderen de urinegeur zouden ruiken.
- 5.
- 6. VG : hypothyroïdie, Morbus Paget, appendectomie, schedeltrauma met contusio waarvoor jaarlijkse follow up, mastectomie voor infiltrerend ductaal adenocarcinoom van li en re borst stadium pT1cpN0M0, diafragmale hernia, arteriële hypertensie
- 7. Medicatie: L-thyroxine, betahistine, emconcor, pantomed, d-cure, [illegible]
- 8. Bij klinisch onderzoek buik soepel, slagpijn negatief, vaginale touche- afroof voorkomen van de slijmvliezen, prolaps 1 graad
- 9. Urinedipstik normaal
- 10. Urine residu minder dan 20 ml

Overactieve blaas in de eerste lijn (behandeling)



Behandeling : vrouwen
Elke combinatie van de volgende behandelingen.

Blaastraining en bekkenbodemoefeningen

- Stel blaastraining voor (de patiënt moet de tijd tussen het plassen bewust verlengen). Geef schriftelijke instructies voor de patiënt.1B
- Adviseer bekkenbodemoefeningen samen met de blaastraining vooral voor de vrouwen met gemengde (stress + urge) incontinentie.
- Overweeg de opvolging over 2 en 6 weken met de aandacht voor de motivatie en methode en over 3 maanden voor de evaluatie van het resultaat (eventueel aan de hand van het plasdagboek) NHG.
- Als er geen resultaat is na 3 maanden overweeg andere behandelingsmogelijkheden
- Elektrostimulatie wordt niet aanbevolen in de eerste lijn.2C
- Alternatieve methoden (acupunctuur,) zijn niet aanbevolen 2C

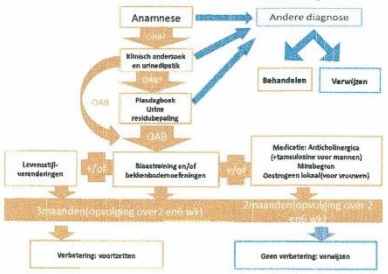
Instructie blaastraining

- **Blaastraining**
- Met een blaastraining leert u om niet meteen naar de wc te gaan wanneer u aandrang voelt. U probeert steeds iets langer te wachten voordat u gaat plassen. Net zo lang tot er 3 tot 4 uur zit tussen de toiletgangen.
- Op deze manier went uw blaas eraan om steeds veller te worden. Uiteindelijk wordt u weer baas over uw blaas.
- **Een paar tips die handig zijn bij de blaastraining:**
- Ga niet meteen naar de wc als u moet plassen. Stel een toiletrooster op en probeer u daaraan te houden. Rek de intervallen vleeds een beetje verder op. Dus bijvoorbeeld van elk uur een toiletgang naar 1¼ uur, naar 2 uur, naar 2½ uur enzovoort. Net zo lang tot er 3 tot 4 uur zit tussen de keren dat u gaat plassen.
- Doe bij gevoel van aandrang wat extra bekkenbodemoefeningen. U kunt ook proberen aan iets anders te denken. Leidt uw gedachten af door een boek te lezen, televisie te kijken of een spelletje te doen.
- Nog wat ontsnker? Train het ophouden van uw plas dan op de wc. Zo antspant u makkelijker, waardoor de aandrang langer uitblijft. Gast het toch een keer mis, dan is er niets aan de hand.
- Probeer uw vaste toiletroutine te doorbreken. Ga bijvoorbeeld niet direct naar de wc als u thuiskomt. En probeer ook niet meer 'voor de zekerheid' naar de wc te gaan, terwijl u geen aandrang voelt.
- Wanneer u uw plas langer ophoudt, traint u uw blaas om meer capaciteit te kweken. Wacht daarom zo lang als u kunt, maar zorg dat u zich veilig blijft voelen. Voorkom ongelukjes, om uw onzekerheid de baas te blijven. De fysiotherapeut kan helpen met blaastraining of bekkenbodemoefeningen.
- Een hulpmiddel bij deze blaastraining is het plasdagboek. Hierin schrijft u onder andere op wanneer u naar de wc gaat. En ook wanneer u wat urine verliest.

Behandeling: mannen

- De principes zijn dezelfde als voor vrouwen. Obstructie van de blaaslediging komt vaak voor bij oudere mannen. Een anticholinergicum alleen kan de uitstroom bij deze patiënten verergeren en kan zelfs leiden tot urineretentie.
- Als de patiënt prostaathyperplasie heeft, verlicht een alfablokker in combinatie met een anticholinergicum de symptomen beter dan elk geneesmiddel afzonderlijk. Bovendien is het risico van urineretentie klein 14 .
- **Slecht behandelingsresultaat vereist meer gedetailleerde urodynamisch onderzoek (uroloog).**

Overactieve blaas in de eerste lijn



2de lijn behandelingsmogelijkheden

- Intradetrusor onabotulinumtoxinA
- Peripheral tibial nerve stimulation (PTNS)
- Sacral neuromodulation (SNS)

Dank u wel!