



P. Bol

Incontinentie

Samenvatting

Trefwoorden:

- Algemeen medisch
- Incontinentie

Datum van acceptatie:

3 september 2002.

Adres:

Dr. P. Bol, arts-epidemioloog
Faculteit Civiele Techniek en
Geowetenschappen
Sectie Gezondheidstechniek
TU Delft
Postbus 5048
2600 GA Delft
pbol@xs4all.nl

Incontinentie voor urine is een van de meest frequent voorkomende aandoeningen. Er bestaan diverse vormen waarvan de stressincontinentie de belangrijkste is, vooral onder vrouwen. Aandrangincontinentie is, vooral boven de 65, meer evenredig over beide geslachten verdeeld. De aandoening brengt veel sociaal ongemak met zich mee en genereert hoge kosten. Er zijn voor de verschillende vormen diverse therapieën, waaronder oefeningen die de bekkenbodem verstevigen of de beheersing van de sluitspieren stimuleren.

BOL P. Incontinentie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 402-403.

Incontinentie is het onwillekeurige verlies van urine of feces; deze bijdrage gaat over incontinentie voor urine. Incontinentie is niet gelijkmatig over de bevolking gespreid; zij komt vooral bij vrouwen voor, in het bijzonder onder de oudere leeftijdsgroepen (Lagro-Janssen, 1991; Lagro-Janssen *et al*, 2001). De kwaal wordt vaak verzwegen en nogal eens weinig serieus genomen. Maar incontinentie betekent ongemak, schaamte en isolement voor vele tienduizenden in dit land.

Soorten incontinentie en hun oorzaken

In het begin van ons leven zijn we allemaal 'incontinent'. Dankzij de zindelijkheidstraining leren we binnen enkele jaren om onze sfincters te beheersen. Men kan honderd jaar worden zonder de geringste problemen met het 'ophouden' van de plas. Maar op alle leeftijden, en vooral bij het bereiken van hogere leeftijden, kan incontinentie een rol gaan spelen.

De meest voorkomende vorm is de stressincontinentie (Zimmern en McConnell, 1998; Lagro-Janssen *et al*, 2001). Deze ontstaat door plotse verhoging van de druk van de buikinhoud op de blaas. Vrouwen zijn wat dit betreft kwetsbaarder daar zij alleen een distale sfincter hebben; mannen bezitten ook nog een proximale sfincter. Eigenlijk heeft elke vrouw wel eens het verlies van een spoortje urine ervaren bij heftig niezen, hoesten of proesten, of bij tillen of springen. Maar voor de diagnose is het nodig dat dit ten minste twee keer per maand gebeurt; de frequentie kan overigens wel enige malen per dag bedragen en het verlies kan zelfs continu zijn. De sfincter bij de uitgang van de blaas schiet tekort ten aanzien van de plots verhoogde intra-abdominale druk op de blaas. Oorzaak is meestal een verslapping van de bekkenbodemspieren die de blaas en de ingang van de urethra steunen en van de laterale ligamenten die de voorste vaginawand steunen. Traumatisch verlopen vaginale bevaling(en), overgewicht en veroudering (waaronder postmenopauzale hormonale veranderingen) kunnen aangemerkt worden als etiologische factoren. Evenals zeldzamere factoren als bekkentraumata, bekkenchirurgie (bijvoorbeeld in verband met incontinentieklachten) en bestraling in het bekkengebied. Bij mannen is transurethrale resectie van de prostaat meestal de oorzaak.

Aandrangincontinentie is meer gebonden aan oudere leeftijden en is ook een veel voorkomende kwaal bij oudere mannen. Hierbij treedt een plotse, meestal volledige, lediging van de blaas op, vaak na een hevige aandrang, en meestal is de patiënt te laat op het toilet. De mictie kan ook onbe-

wust plaats hebben, bijvoorbeeld tijdens de slaap. Er is sprake van een verstoring van het aangeleerde reflexmechanisme: de patiënt kan contractie van de musculus detrusor niet onderdrukken. Meestal is de kwaal idiopathisch maar ook bacteriële urineweginfecties (vooral cystitis) zijn een belangrijke oorzaak. Daarnaast kunnen tumoren deze incontinentie veroorzaken. Bij mannen is een ingreep aan de prostaat een zeer frequente oorzaak. Bij beide seksen kan een 'neurogene' blaas de oorzaak zijn, door diabetes mellitus, multipole sclerose, de ziekte van Parkinson of na een beroerte.

Gemengde incontinentie is een gezamenlijk voorkomen van beide voornoemde incontinentievormen. Daarnaast is er nog de overloopincontinentie, waarbij de blaas zo volraakt dat zij zich ledigt zodra de tegendruk vanuit de urethra te gering is. Let wel: hier is dus geen intra-abdominale drukverhoging voor nodig. Oorzaken kunnen zijn blaasatonie of afvloedbelemmering, dit laatste door myomen, gezwellen of prostaathypertrofie. Reflexincontinentie ontstaat door afwijkingen in het ruggenmerg, waarbij de patiënt geen aandrang voelt en de blaas zich bij vulling reflectoirst ledigt. Ten slotte is er nog incontinentie mogelijk door een ectopische ureter of een blaasfistel, situaties waarbij geen beheersing van de mictie door adequate (sluit)spieractiviteit mogelijk is.

Epidemiologische en psychische aspecten

Monitoring van incidentie en prevalentie van urine-incontinentie in ziekenhuizen en verzorgings- en verpleeghuizen levert vertekening op door selectie. In Nederland bestaat een tamelijk betrouwbaar beeld van de problematiek door onderzoek in huisartspraktijken; omdat veel patiënten niet met hun klacht naar de huisarts gaan, is daarbij overigens sprake van onderregistratie (Lagro-Janssen, 1991). Voor vrouwen bedroeg de jaarprevalentie 1,4%, te weten respectievelijk 0,4% (25-44), 1,5% (45-64), 2,4% (65-74) en 10,8% (75+). Voor mannen onder de 65 is de jaarprevalentie verwaarloosbaar, daarboven was zij: 0,4% (65-74) en 3,2% (75+); in totaal: 0,2%. Vrouwen onder de 65 leden vooral aan stressincontinentie (60%) en daarnaast aan gemengde incontinentie (18%), aandrangincontinentie (16%) en overige vormen (6%). Bij mannen staan beide laatste categorieën voorop. Tegen de verwachting in zoeken mannen vaker en sneller professionele hulp (Lagro-Janssen *et al*, 2001). Een kwart van de mannen boven de 50 heeft plasproblemen; de helft (dus 12,5%) in aanmerkelijke mate, vaak op grond van prostaathypertrofie of medische interventie aan de prostaat

(Wolffers, 1999). Eind jaren negentig schatte men het aantal ouderen met mictieproblemen op 550.000; in 1995 werd voor 160 miljoen gulden aan incontinentieluiers voorgescreven.

Cijfers uit de Verenigde Staten tonen, zoals meestal met epidemiologische data uit dat land het geval is, de vertekening die optreedt als men niet 'in het veld' – ofwel extramuraal – meet (Zimmern en McConnell, 1998). Voor vrouwen boven de 60 schat men een prevalentie van 25-30%; in instituties zou deze 50% bedragen. De kosten voor behandeling en zorg(materialen) beraamt men er op 10 miljard dollar per jaar.

In westerse landen blijkt dat zelfs bij ernstige incontinentie de helft van de patiënten geen hulp zoekt (wat inhoudt dat de hiervoor genoemde Nederlandse prevalentiecijfers verdubbeld moeten worden) (Lagro-Janssen *et al*, 2001). Dit heeft veel te maken met schaamtegevoelens en angst voor stigmatisering, ook al hoeft men die van medische zijde niet te verwachten. Geen hulp betekent de kans op het mislopen van een eventuele remedie. De gevolgen van het willen verbergen van de kwaal kunnen groot zijn. Het niet meer durven deel te nemen aan sociale activiteiten, het niet meer uit logeren of op vakantie gaan en het zich terugtrekken in afzondering betekenen veel psychisch leed. Hoe groot het isolement door incontinentie kan zijn, is te zien aan het leven van de Amerikaanse dichteres Emily Dickinson (1830-1886). Zij leed aan chronische urine-incontinentie, vermoedelijk op basis van infecties, want het ging gepaard met een zeer onaangename reuk. Ze droeg alleen witte kleding die ze gedurig wisselde en ze verscheen maar een dag per jaar in het openbaar. Verder leefde ze als een kluisenaar. Haar gedichten werden pas na haar dood door haar zuster gevonden, niemand had een vermoeden gehad van haar kunstenaarschap.

Diagnose en behandeling

De anamnese is vaak al voldoende voor de diagnose (Lagro-Janssen *et al*, 2001). Vragen dienen te worden gesteld over verlies bij drukverhoging, heftige aandrang en te laat op de wc zijn, volume en frequentie van het urineverlies, veranderingen in het mictiepatroon, pijn bij het plassen, gebruik van maandverband en luiers, sociale en psychische gevolgen. Naar oorzakelijke factoren moet gezocht worden: geneesmiddelengebruik, operaties, neurologische aandoeningen en menopauze. Bij lichamelijk onderzoek wordt bij vrouwen onder andere gelet op vaginale epitheelatrofie en het contractievermogen van de bekkenbodemspieren, en bij mannen op de hoedanigheid van de prostaat. Ook dient een urineweginfectie aangetoond dan wel uitgesloten te worden (Bol, 2002).

Behandeling kan in de meeste gevallen door de huisarts worden ingesteld; verwijzing naar specialisten (urologen, neurologen, gynaecologen) zal relatief vaak nodig zijn in geval van overloop- en reflexincontinentie (Wolffers, 1999; Lagro-Janssen *et al*, 2001). De huisarts kan met de patiënt komen tot een plan voor 'zelfbehandeling'. Die kan bestaan uit afvallen, oefeningen voor de bekkenbodemspieren en blaastraining, al of niet via biofeedback-methoden. De Ziekenfondsraad deed een onderzoek naar de tevredenheid

onder vrouwen die hun bekkenbodem hadden getraind ter bestrijding van stressincontinentie. Het bleek dat 50% zeer tevreden was over het resultaat, ook nog een jaar daarna, en 33% was redelijk tevreden. Als het met deze methoden lukt, zijn deze verre te prefereren boven operaties en geneesmiddelen, vooral met het oog op kosten, risico's en bijwerkingen (Lagro-Janssen *et al*, 2001).

Bekkenbodemspieroefeningen zijn niet alleen voor vrouwen met stressincontinentie, ook mannen met incontinentieklachten na transurethrale prostaatrectomie vinden er baat bij (Lagro-Janssen *et al*, 2001). Ten minste vijf maal per dag moet de patiënt tien keer de bekkenbodem aanspannen en vervolgens ontspannen (5 plus 5 tellen), terwijl de spieren van buik, billen en bovenbenen ontspannen blijven; dit vraagt goede instructie en oefening. Bij het aanspannen van de bekkenbodem kan de patiënt zich inbeelden een plas op te houden of een windje tegen te houden. Binnen enkele weken tot drie maanden is er meestal resultaat. Vrouwen met een aanmerkelijke descensus uteri (baarmoederverzakking) plus stressincontinentie kunnen baat vinden bij een pessarium; later kan een operatie eventueel de incontinentie cureren.

Medicamenteuze benadering van incontinentie omvat diverse stoffen (Wolffers, 1999). Emepronium (Cetiprin novum[®]) en oxybutynine (Dridase[®]) zijn parasymphaticolytica; hun beoogde doel is de hyperreflectoire instabiele blaas. De eerste gaf tot voor kort slokdarmzweren; beide kunnen ze door hun anticholinerge werking verschijnselen analoog aan vliegezwamvergiftiging geven, onder andere droge mond, visusstoornissen en hallucinaties. Deze middelen zijn gecontra-indiceerd bij onder andere glaucoom en prostaathypertrofie. Ook tolterodine (Detrusitol[®]) is een anticholinergicum en gericht op aandrangincontinentie. Flavoxaat (Urispas[®]) werkt als spasmolyticum direct op de spastische blaas. Uiteraard dient indien de patiënt diuretica gebruikt rekening te worden gehouden met bedplassen, dus geen pil voor het slapengaan. Ten slotte zijn er de lokale oestrogenen die als een crème worden aangebracht ter bestrijding van (postmenopauzale) vaginale atrofie, zoals oestradiol (Vagifem[®]) en zijn metaboliet oestriol (Synapause-E3[®]). Bijwerkingen kunnen witte vloed en huidafwijkingen zijn. Hoewel er nog jaren van prospectief onderzoek nodig zijn, lijkt het erop dat er een verhoogde kans op borstkanker is bij langdurige toediening, evenals een verhoogd tromboserisico (dit laatste versterkt bij roken). Eens per maand progestageen dat een onttrekkingsbloeding teweegbrengt, zou de kans op maligniteiten verminderen.

Literatuur

- BOL P. Cystitis en uretritis. Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 184-185.
- LAGRO-JANSSEN ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1991. Academisch proefschrift.
- LAGRO-JANSSEN ALM, BREEDVELDT BOER HP, DONGEN JJAM VAN, ET AL. NHG-standaard incontinentie voor urine. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2001.
- WOLFFERS I. Medicijnen 2000-2001. CD-Rom Natuur & Techniek. Amsterdam: Contact, 1999.
- ZIMMERN PE, MCCONNELL JD. Voiding dysfunction. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher K, et al, eds. Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill, 1998: 262-265.