

Toolkit Urine Incontinentie

Definitie probleem

Urine-incontinentie leidt tot beperkingen in het dagelijks functioneren en sociale isolatie. Desalniettemin vraagt slechts 28% van de patiënten met incontinentie om hulp. Dit komt onder andere voort uit schaamte en de overtuiging bij patiënt en hulpverlener dat men incontinentie moet accepteren bij het ouder worden. Urine-incontinentie kan leiden tot lokale huidirritatie, urineweginfecties en slaapproblemen. Patiënten met urine-incontinentie worden driemaal vaker in een verpleegtehuis opgenomen. Hiernaast hebben patiënten met incontinentie een 26% verhoogd valrisico. Waarschijnlijk betreft dit met name urge-incontinentie waarbij patiënten snel het toilet trachten te bereiken en welke, net zoals loopstoornissen, een uiting kan zijn van pathologie van het centrale zenuwstelsel. Veelal is de oorzaak van incontinentie met anamnese, lichamelijk en eenvoudig aanvullend onderzoek vast te stellen. Verschillende onderzoeken tonen aan dat therapie in ongeveer 50% van de gevallen tot een significante reductie van klachten kan leiden, ook in het verpleeghuis.

Prevalentie probleem

Meer dan de helft van de vrouwen boven de 45 jaar hebben in meer of mindere mate last van urine-incontinentie. Matig tot ernstige beperkingen van het dagelijks functioneren kan bij vrouwen boven de 60 jaar oplopen tot 40-50%. Bij mannen komt incontinentie veel minder vaak voor. In verpleeghuizen stijgt de prevalentie tot 80-90% van de bewoners.

Oorzaken en risicofactoren

Continentie en mictie wordt gereguleerd door neuronale circuits die van de blaas via de sacrale plexus naar het ruggenmerg en de pontine kernen lopen. Het circuit bestaat uit een willekeurig (o.a. voor de sluitspier) en onwillekeurig deel. Dit circuit reguleert het afwisselend aan- en ontspannen van de sluitspier (via de n. pudendus), de bekkenbodemspieren en de blaasspier (m. detrusor) tijdens continentie en mictie. Dit circuit staat onder invloed van de hersenschors waardoor wij in staat zijn uitsluitend te plassen op sociaal gewenste plaatsen.

De m. detrusor wordt geactiveerd door binding van acetylcholine uit parasympathische zenuwen aan muscarinerge receptoren (type 3). Blokkade van deze receptoren door spasmolytica (oxybutinine, solifenacine) is een effectieve behandeling voor incontinentie. In de urethra en prostaat bevinden zich receptoren voor de sympathische zenuwen welke het gladde spierweefsel hier contraheren. Blokkade van deze receptoren door selectieve Alpha 1 receptor blokkers (o.a. tamsulosine) kan bij mannen urineretentie door prostaathypertrofie doen verminderen.



Over het algemeen wordt urine incontinentie onderverdeeld in vijf categorieën:

1. *Stress*: Door afgenomen weerstand rondom of van de sluitspier is de blaas niet in staat bij drukverhoging de urine vast te houden. Patiënten verliezen kleine beetjes bij kracht zetten (opstaan), hoesten, inspanning en persen. De belangrijkste risicofactor hiervoor zijn vaginale bevallingen in de voorgeschiedenis bij vrouwen en prostaat operaties bij mannen.
2. *Urge, 'overactieve blaas'*: De blaaswand musculatuur wordt al bij geringe vulling (200-300 cc) van de blaas of door andere cues (lopende kraan) geactiveerd. Patiënten voelen aandrang, maar zijn vervolgens niet in staat de urine op te houden. De mictie is frequent en bestaat uit kleine beetjes. Vaak presenteren patiënten met urge klachten zich ook met obstipatie. Er lijkt geen directie oorzaak tussen beide te bestaan maar mogelijk dat neurologische factoren aan beide ten grondslag liggen.
3. *Gemengd stress en urge*: Ongeveer 30% van de patiënten met incontinentie heeft kenmerken van beide types incontinentie.
4. *Overloop (5-10%)*: Door overvulling van de blaas (bij blaasatonie en/of ernstige obstructie) verliest de patiënt continu kleine beetjes urine. Patiënten kunnen klagen over moeilijk (uit) te kunnen plassen. Overloop incontinentie is lastig te onderscheiden van urge incontinentie. Overloop incontinentie presenteert zich vooral bij de man en dan met name van incontinentie 's nachts. De etiologie van beide types overlappen en zij komen regelmatig tegelijkertijd voor, met name in de kwetsbare, geriatrische patiënt. Afhankelijk van het niveau van de neurologische schade ontstaat er een atone blaas of een overactieve blaas. Door coördinatie stoornissen van de neuronale circuits kan de sfincter gelijktijdig met het detrusor aanspannen en leiden tot retentie.
 - Bij vrouwen is obstructie slechts zelden de oorzaak van incontinentie. Bij mannen met prostaathypertrofie is er vaak ook een overactieve blaas waardoor er incontinentie ontstaat.
5. *Functionele incontinentie*: Hierbij is er strikt genomen geen disfunctioneren van het neuronale circuit of de musculatuur. De patiënt haalt door immobiliteit het toilet niet op tijd. Bij dementie wordt de incontinentie veroorzaakt door gestoorde waarneming, apraxie en niet meer kunnen beoordelen of er een gepaste situatie is voor mictie. Sedatie leidt ook tot een afgenomen waarneming.

Polyurie (door bijvoorbeeld hyperglycaemie) stelt het continence mechanisme op de proef en deze factor dient daarom meegenomen te worden bij de diagnostiek naar incontinentie. Rechts decompensatie is een factor bij nachtelijke incontinentie. Medicatie heeft effect op alle niveaus door polyurie, sedatie, retentie en afname van mobiliteit (zie Bijlage 1).

Voor een differentiaal diagnose per ziektebeeld verwijzen wij naar Bijlage 1.



Screening in de 1^e en 2^e lijn

Naar incontinentie moet actief gevraagd worden omdat patiënten dit uit schaamte of uit overtuiging dat er geen behandeling mogelijk is niet zelf zullen aankaarten. In het gesprek dienen type, hoeveelheid urineverlies en de gevolgen van de incontinentie duidelijk te worden. Symptomen van aandrang en lekkage bij druk verhogende momenten zijn redelijk sensitief en specifiek voor respectievelijk urge en stress incontinentie. Bijkomende klachten zoals prolaps, dysurie, obstipatie, maar ook vocht inname, medicatie en voorgeschiedenis zijn essentieel voor een verklaring van de incontinentie. Bij lichamelijk onderzoek wordt het abdomen, urogenitale gebied, neurologische functies en de vullingsstatus onderzocht (zie voor volledig overzicht Bijlage 1).

Diagnostiek

Soms blijft het onduidelijk om welk type incontinentie het gaat. Hier kan een mictiedagboek (Bijlage 2) verhelderend zijn. Overig aanvullend onderzoek in de eerste lijn bestaat uit onderzoek van de urine, uitsluiten van retentie en op indicatie bloedonderzoek naar oorzaken van polyurie en nierfunctie (dit laatste bij een verdenking op obstructie). Onderzoek naar retentie na mictie kan lastig zijn in de eerste lijn. Desalniettemin wordt onderzoek naar retentie geadviseerd bij patiënten met retentie in het verleden, operaties in het urogenitale gebied, significante prolaps, (aanwijzingen voor) prostaathyperplasie, neurologisch lijden, recidiverende urineweginfecties en uitblijvend effect van spasmolytica. Met anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek kan in de veel gevallen de diagnose en eventuele therapie worden vastgesteld. Patiënten dienen verwezen te worden als de diagnose onduidelijk is, indien een operatieve ingreep wordt overwogen, de behandeling faalt of er een 'gecompliceerde incontinentie' bestaat. Onder een gecompliceerde incontinentie verstaat men het optreden van andere symptomen (zoals hematurie, significante retentie), of een belaste voorgeschiedenis.

Interventie

Wijzigen van medicatie, behandeling van obstipatie, decompensatio cordis, oorzaken van polyurie en eventueel beperken van alcohol en/of koffie intake behoren tot de algemene maatregelen die men kan nemen. Urge klachten kunnen afnemen na behandelen van een urineweginfectie en stress incontinentie kan verbeteren met afvallen en lichamelijke activiteit. Overigens leidt antibiotische behandeling van verder asymptomatische bacterurie niet tot reductie van incontinentie (Nicolle, 1987).

Een incontinentie verpleegkundige (aangesloten bij een urologische praktijk) kan patiënten van praktische adviezen voorzien, leren catheteriseren en begeleiden. Nuttige informatie staat op de website van de stichting bekkenbodempatiënten: <http://www.bekkenbodempatiënten.net>. Hierin staan leefstijl adviezen, kunnen folders over incontinentie materiaal worden besteld en zijn er adressen van specialistische centra waarnaar verwezen kan worden.



Stressincontinentie

- *Bekkenbodetherapie*: De belangrijkste behandeling voor stressincontinentie is bekkenbodetherapie. Hiervoor kunt u patiënt zelf instrueren (zie NHG standaard) of patiënt verwijzen naar een gespecialiseerde fysiotherapeut. Uitsluitend gespecialiseerde fysiotherapeuten kunnen met biofeedback patiënten goed trainen. Een overzicht van deze gespecialiseerde fysiotherapeuten staat op de volgende website: <http://nvfb.fysionet.nl>. De resultaten van bekkenbodetraining variëren in de literatuur sterk; 27-90% ervaart een belangrijke verbetering. Bij de oudere patiënt zijn deze percentages op de korte termijn even hoog (Richter 2008). Het effect neemt in de loop der tijd af, wat voorkomen kan worden door herhaalde training en aandacht voor de bekkenbodemspieren. Bij de geriatrische patiënt zal per casus beoordeeld moeten worden of motivatie en cognitieve vermogens voldoende zijn om een dergelijke training te ondergaan.
- Een *pessarium* (ook bij vrouwen zonder prolaps) of *vaginale tampon* kan bij (lichte) stress incontinentie een afdoende behandeling zijn.
- *Operatie*: Succes percentages van operatief ingrijpen bij stress incontinentie lopen op tot 90%. Ook bij de oudere patiënt is de operatie effectief, al zijn lange termijn gegevens in deze groep niet beschikbaar. Negen procent van alle patiënten hebben complicaties zoals bloedingen, wondinfecties en cardiale events. Een alternatief is een periurethrale injectie waarmee een operatie wordt vermeden. De effectiviteit is vergelijkbaar met operatieve ingrepen. De injecties moeten echter herhaald worden en maar weinig centra in Nederland hebben hier ervaring mee.
- *Antidepressiva*: Duloxetine (2dd40mg) geeft dosis afhankelijke reductie van incontinentie episodes (15-20% t.o.v. placebo) door stimulatie van de sfincter via de pontine kernen. Vanzelfsprekend moet dit middel bij ouderen met voorzichtigheid worden voorgeschreven. Passagere misselijkheid is de belangrijkste bijwerking.

Urge-incontinentie

- *Blaastraining* bestaat uit het aanleren van het vergroten van het tijdsinterval tussen de micties door ontspanning en afleiding. U kunt de patiënt hiervoor zelf instrueren (zie NHG standaard) of bij bekkenbodemhypertonie verwijzen naar de gespecialiseerde fysiotherapeut (<http://nvfb.fysionet.nl>). In 57% van de patiënten wordt hiermee een reductie van klachten bereikt (Fantl, 1991).
- *Spasmolytica*: Deze middelen geven een belangrijke verbetering van urge- en incontinentie klachten. De selectieve M3 receptor antagonisten (Darifenacine en solifenacine) zouden tot minder anticholinerge bijwerkingen lijden dan de overige spasmolytica (oxybutinine, tolterodine, fesoterodine en flavoxaat). In een recente meta-analyse onder oudere patiënten leidde solifenacine in 48% tot continentie itt 29% in placebo behandelde patiënten. Als bijwerkingen worden obstipatie en urineweginfecties genoemd, maar geen cognitieve bijwerkingen (Wagg, 2006). Contra-indicaties van spasmolytica zijn nauwe kamerhoek glaucoom, urine retentie, ernstige nier- en leverinsufficiëntie, ernstige motiliteitsstoornissen van het maagdarmkanaal en myasthenia gravis.
- *Oestrogenen*: Meta-analyse van de effectiviteit van oestrogeenbehandeling bij incontinentieklachten toont aan dat er eerder toename is van de incontinentie dan afname. Studies spreken elkaar tegen over de effectiviteit van lokaal toegediende oestrogenen (ovules en crème).



- *Neuromodulatie*: Onderzoek naar de effecten van neuromodulatie is in volle gang en lijkt veelbelovend. Neuromodulatie wordt verricht in een daartoe gespecialiseerd centrum.
- Slechts bij zeer ernstige, niet conservatief of medicamenteus te behandelen urge-incontinentie valt *chirurgische behandeling* (bijvoorbeeld het aanleggen van een continue deviatie of blaasaugmentatie) te overwegen. De resultaten zijn echter beperkt en de kans op complicaties reëel. Na de ingreep moet regelmatige (zelf)catheterisatie mogelijk kunnen zijn indien mictie onvoldoende op gang komt.

Gemengde incontinentie

Bij gemengde incontinentie dient de factor die de patiënt het meest hindert als eerste worden behandeld. Er is een studie gedaan waarin bleek dat behandeling van urge klachten kosten effectiever is en operaties kan voorkomen.

Overloopincontinentie

In geval van significante of recidiverende retenties moet verwijzing naar een uroloog ernstig worden overwogen. In ieder geval zal bij retentie van meer dan 500 cc een 'catheter a demeure' enige weken in situ moeten blijven zodat de blaas krimpt en deze weer bij normale hoeveelheden contraheert.

Medicamenteuze behandeling van retentie bij mannen met prostaathypertrofie bestaat uit alpha 1-antagonisten (Alfuzosine, doxazosine, tamsulosine en terazosine) of 5- α_1 -reductaseremmers (dutasteride en finasteride). Nadeel van de eerste is het risico op orthostatische hypotensie. Dit nadeel lijkt het minst te zijn bij tamsulosine. De 5- α_1 -reductaseremmers remmen groei van de prostaat waardoor het effect pas na twee tot zes maanden te verwachten is. Er is aangetoond dat deze middelen de noodzaak tot chirurgisch ingrijpen verkleinen. Vaak is er naast retentie bij prostaathypertrofie ook een overactieve blaas welke eventueel kan worden behandeld.

Bij onvoldoende behandelingsresultaat of ontbreken van behandelopties is regelmatige catheterisatie noodzakelijk. Dit leidt tot minder urineweginfecties dan een permanente catheter.

Functionele incontinentie

Onderzoek bij verpleeghuispatiënten toont aan dat mictie volgens een vast schema alleen (bijvoorbeeld om de 3 uur) ineffectief is. Regelmatig vragen of er aandrang is, directe toiletgang als de patiënt dit aangeeft en positieve feedback heeft in onderzoek tot 40% reductie van incontinentie geleid (Schnelle, 1990).

Vervolgen van de conditie

Indien blaastraining na 3 maanden ineffectief is, heeft verdere behandeling geen zin. Medicamenteuze behandeling zou na een aantal weken effectief moeten zijn. De balans tussen effectiviteit en bijwerkingen moet regelmatig geëvalueerd worden.



Referenties:

Fantl, J.A, et al. (1991). 'Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence'. *JAMA*, 6, 265 (5):609-13.

Gibbs, C.F. et al. (2007). 'Office Management of Geriatric Urinary Incontinence'. *American Journal of Medicine*, 120: 211-220.

Nicolle, L.E. et al. (1987). 'Prospective randomized comparison of therapy and no therapy for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly women'. *American Journal of Medicine*, 83 (1):27-33.

Nurum, E. et al. (2006). 'Management of Overactive Bladder and Urge Urinary Incontinence in the Elderly Patient'. *American Journal of Medicine*, 119 (3A):29S–36S.

Richter, H.E. et al. (2008). 'Two-year outcomes after surgery for stress urinary incontinence in older compared with younger women'. *Obstetrics & Gynecology*, 112 (3):621-6299.

Schnelle, J.F. (1990). 'Treatment of urinary incontinence in nursing home patients by prompted voiding'. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38 (3):356-60.

Wagg, A., et al. (2006). 'Efficacy and Tolerability of Solifenacin in Elderly Subjects with Overactive Bladder Syndrome: A Pooled Analysis'. *American Journal of Geriatric Pharmacother*, 4 (1):14-24.

Links

- <http://www.bekkenbodem.net>
- <http://nvfb.fysionet.nl/>.
- <http://nhg.artsennet.nl>
- <http://www.nvog.nl>
- <http://www.nvu.nl/>

