

INCONTINENTIE

Informatie voor patiënten

versie: 24 mei 2016

Inhoudstafel

1. Inleiding
2. Hoe werkt een normale blaas?
3. Soorten urineverlies
4. Oorzaken en risicofactoren voor urineverlies
5. Welke onderzoeken kunnen nodig zijn?
6. Welke behandeling is er?
7. Wat zijn de nevenwerkingen, verwickelingen en wat is de kans op herval?

Inleiding

Tot 20% van onze vrouwelijke bevolking heeft last van urinaire incontinentie. Dit wil zeggen dat ze onvrijwillig urine verliezen.

Urineverlies kan in alle leeftijdsgroepen voorkomen en is niet strikt gebonden aan zwangerschap of bevalling. De percentages nemen toe op oudere leeftijd.

Deze folder is bedoeld om u te informeren over de verschillende vormen van urineverlies, wat de oorzaken zijn en wat er aan gedaan kan worden.

Hoe werkt een normale blaas?

Urine is een afvalproduct dat ontstaat door het filteren van het bloed in de nieren. De urine loopt continu via de urineleiders naar de blaas die zich geleidelijk vult. De urine verlaat vervolgens ons lichaam via de plasbuis (urethra).

De mogelijkheid om urine op te houden en slechts te urineren wanneer het gepast is, vereist een reeks van complexe gebeurtenissen waarbij de hersenen, de blaas, de plasbuis, de bekkenbodemspieren alsmede de zenuwen van de blaas en bekkenbodemspieren een rol spelen.

Wanneer de blaas zich vult, moet de blaasspier ontspannen en moet de sluitspier van de plasbuis goed sluiten om de urine in de blaas te kunnen opslaan. Op het moment dat de blaas vol is ontvangen de hersenen een signaal en voelen we aandrang om te urineren. Wanneer we een toilet hebben bereikt sturen de hersenen een signaal terug naar de blaas,

waardoor die gaat samenknijpen en een signaal naar de sluitspier rond de plasbuis waardoor deze ontspant. De urine loopt nu naar buiten.

Een normale blaas heeft een gemiddelde capaciteit van 350 - 500ml. Dit wil zeggen dat we om de 3 à 4 uur urineren. Als we 2L op een dag drinken komen we zo aan een gemiddelde plasfrequentie van 4 - 7x urineren over dag en 1 - 2x 's nachts voor een gezonde blaas.

De blaas en de plasbuis worden ondersteund door bekkenbodemspieren. Deze spieren trekken samen bij lichamelijke inspanningen zoals lopen en springen of ook hoesten en niezen om ongewild urineverlies te voorkomen. De bekkenbodemspieren sturen deels ook de zenuwen van de blaas. Zwakte of beschadiging van deze spieren en / of zenuwstructuren kan aanleiding geven tot verschillende vormen van urineverlies (incontinentie).

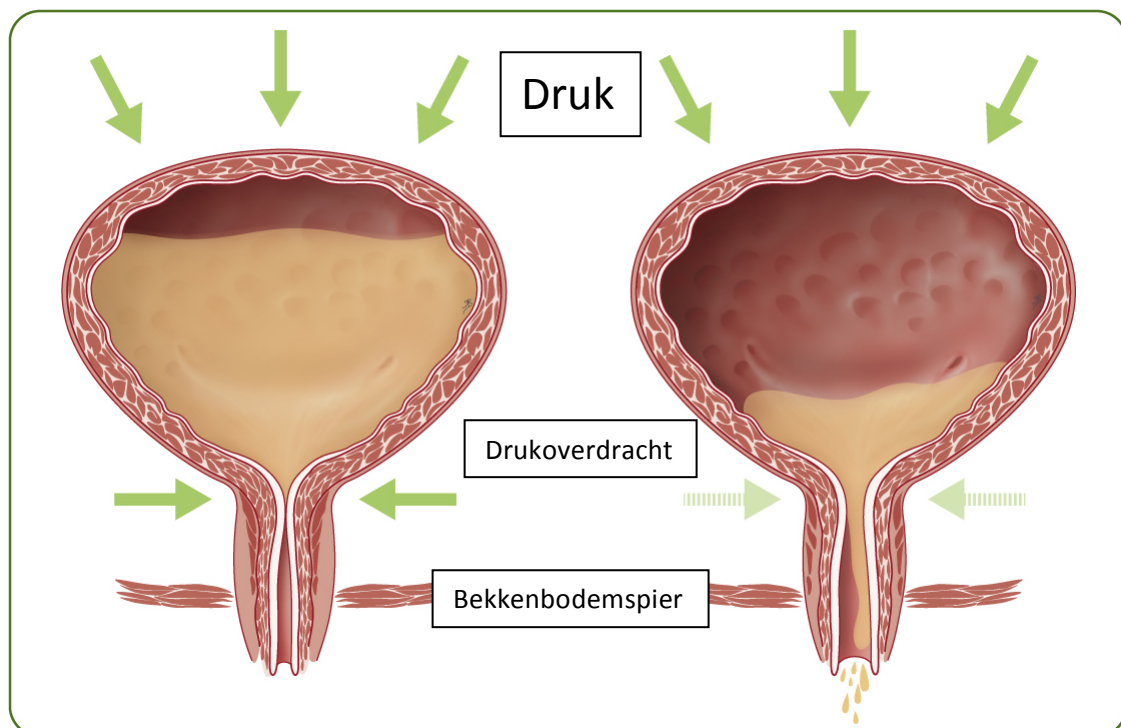
Soorten incontinentie

De twee meest voorkomende vormen van urineverlies zijn enerzijds **inspanningsincontinentie** (ook stressincontinentie genoemd) en anderzijds aandrangincontinentie. Zeldzamere vormen van urinaire incontinentie zijn een **overloopincontinentie** als gevolg van een blaas die niet goed kan ledigen bv. door obstructie en urineverlies via **fistels**.

a) Inspanningsincontinentie

Hiermee beschrijven we urineverlies dat voorkomt bij drukverhogende momenten zoals hoesten, niezen of tillen of tijdens fysieke activiteiten zoals rennen en springen. Zelfs mistrappen of schrikken kan onvrijwillig urineverlies veroorzaken in dit geval.

Inspanning gebonden urineverlies is meestal het gevolg van een zwakte of van beschadiging van de sluitspier van de plasbuis en/of de bekkenbodemspieren. Bij druk op de blaas zal de zwakke sluitspier de urine niet kunnen tegenhouden en zal onvrijwillig urineverlies optreden.



b) Aandrangincontinentie

Aandrangincontinentie wordt meestal veroorzaakt door een overactieve blaas. Een overactieve blaas geeft aanleiding tot een overmatig dranggevoel met veelvuldig plassen, het zich moeten haasten bij aandrang en eventueel reeds urine verlies alvorens men het toilet bereikt. Dit kan zich zowel over dag als ook 's nachts voordoen. Deze vorm van urineverlies is frequent, kan voorkomen op elke leeftijd en neemt toe op oudere leeftijd.

Overactief blaaslijden is een verzamelnaam voor de volgende symptomen:

- *Urgentie (aandrang)*: het optreden van plotse aandrang om te urineren welke niet onderdrukt kan worden en zonder dat de blaas echt vol is. Soms is er reeds urineverlies alvorens het toilet te bereiken. Dit heet dan *urgente incontinentie of ook aandrangincontinentie*.
- *Frequente mictie*: vaak moeten plassen dwz meer dan 7x per dag bij normaal drinken (tot 2L per dag)
- *Nycturie*: 2x of meer wakker worden 's nachts om te plassen

Aandrangincontinentie en inspanningsincontinentie kunnen ook samen voorkomen. Dit wordt **gemengde urinaire incontinentie** genoemd.

Wat zijn de oorzaken en mogelijke risicofactoren voor urinaire incontinentie?

Verzwakking en/of beschadiging van de sluitspiers, de bekkenbodemspieren en de zenuwstructuren zijn de voornaamste oorzaak voor incontinentie. Ook de aanwezigheid van een verzakking kan incontinentie in de hand werken.

Risicofactoren voor stressincontinentie:

- Zwangerschap en bevalling
- Overgewicht
- Zwaar tillen
- Chronisch hoesten
- Obstipatie / veel persen op het toilet
- Erfelijke factoren (o.a. bindweefselziekten)

Risicofactoren voor een overactieve blaas

- Voedingsmiddelen en toxines kunnen de blaas overmatig prikkelen en zo incontinentie in de hand werken. Hierbij denken we aan een overmatige consumptie van cafeïne houdende dranken (koffie, thee, cola, energy drinks) nicotine, alcohol, aspartaam en fruitsappen.
- Vaak naar het toilet gaan is een slechte gewoonte die meer bij vrouwen voor komt dan bij mannen. Het ophouden van de urine is niet schadelijk en oefent bovendien de blaascapaciteit.
- (Chronische) blaasontstekingen kunnen overactieve blaasklachten veroorzaken en dienen uitgesloten te worden
- Afwijkingen van de blaas zoals stenen, poliepen, tumoren
- Zenuwziekten zoals Multiple Sclerose (MS) en ziekte van Parkinson, maar ook sommige (traumatische) zenuwletsels van de onderrug zoals bv. hernia's
- Idiopathisch: vaak kunnen we geen echte oorzaak vaststellen

Welke onderzoeken kunnen nodig zijn?

- *Bijhouden van een plasdagboek*
U wordt gevraagd om op te schrijven wat u drinkt, hoeveel u drinkt en hoe vaak u moet urineren. Ook het ongewild urineverlies wordt geregistreerd.
- *Onderzoek van een urinestaal (sediment + ev. cultuur)*
Voor het opsporen van bloed, celafwijkingen en infecties.
- *Hoesttesten met volle blaas*
om urineverlies aan te tonen tijdens een klinisch onderzoek. Hierbij wordt ook gekeken of u een verzakking heeft en kan de kracht van uw bekkenbodemspieren gemeten worden.
- *Urodynamisch onderzoek*
Hierbij wordt de blaas met water gevuld en worden diverse metingen uitgevoerd om de oorzaak van incontinentie op te sporen.
- *Diagnostische cystoscopie*
Eventueel aanvullend gewenst om afwijkingen van de blaas zoals bv. poliepen, stenen en tumoren in kaart te brengen.
- *Beeldvorming van de nieren en de blaas (echografie; CT urografie):* Eveneens soms aanvullend gewenst om afwijkingen van de urinewegen aan te tonen; om residu na mictie te meten.

Welke behandelingen zijn er?

- **Leefstijl adviezen:**
 - Drink 1,5 tot 2L / dag
 - Urineer om de 3-4 uur
 - Drink zo weinig mogelijk cafeïne en aspartaam houdende dranken, alcohol en ev. fruitsappen
 - Stop met roken
 - Let op (over)gewicht
 - Behandel obstipatie
- **Bekkenbodemspieroefeningen**
Dit is een effectieve manier om de bekkenbodemspieren te leren sturen en/of weer op kracht te brengen. Tot 75% van de vrouwen met stress urinair verlies boekt genezing zo niet verbetering van de klachten. Het effect van de behandeling wordt beter naarmate de oefeningen over een gegeven periode en met regelmaat worden herhaald. Het maximaal te verwachten resultaat wordt na een gemiddelde van 3 tot 6 maanden oefenen bereikt. Voor een goede bekkenbodemspiertraining laat u zich best begeleiden door een gespecialiseerde kinesist(e).

Ook blaastraining voor de stabilisatie van een drangblaas kan bij bekkenbodemptherapeuten gevolgd worden. Deze training is erop gericht dat u naast continentietraining ook meer en langer urine in de blaas kunt houden zodat u minder vaak naar het toilet moet gaan.

- **Continentie hulpmiddelen**

Ringpessaria worden vaginaal geplaatst en zorgen voor een mechanische steun van de urethra. Dit kan helpen met stressincontinentie. In geval van milde vormen van stress urineverlies (bv bij sporten) kan ook een vaginale tampon soelaas bieden.

- **Medicatie**

- a) voor de behandeling van stressincontinentie**

Een medicamenteuze behandeling voor deze vorm van incontinentie is niet onmiddellijk een eerste keuze. Men heeft thans wel kunnen aantonen dat Duloxetine de sluitkracht van de plasbuis kan verhogen. Mogelijke bijwerkingen zijn misselijkheid, droge mond, obstipatie, vermoeidheid en slapeloosheid.

- b) voor de behandeling van aandrangincontinentie**

De meest gebruikte medicijnen komen uit de groep van de anticholinergica. Zij kunnen u helpen om de blaas wat rustiger te houden zodat u met minder aandrang moet urineren, langer kan ophouden en ook beter op tijd kunt komen. De meest voorkomende bijwerkingen zijn een droge mond, droge ogen en obstipatie. Soms is het even zoeken en kan het nodig zijn om van middel te veranderen om alzo het beste medicijn voor u te vinden. In het algemeen moet je de medicijnen voor een langere tijd blijven innemen, soms zelfs levenslang. Nadeel vaak de hoge kostprijs. Een tussenkomst in de vergoeding voor deze medicatie door de mutualiteiten is slechts voorzien voor patienten met een (bewezen) neurologische aandoening.

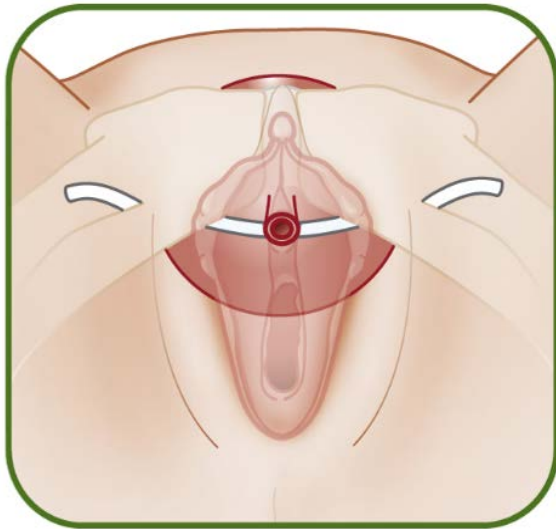
- **Operatieve mogelijkheden**

- a) Stressincontinentie**

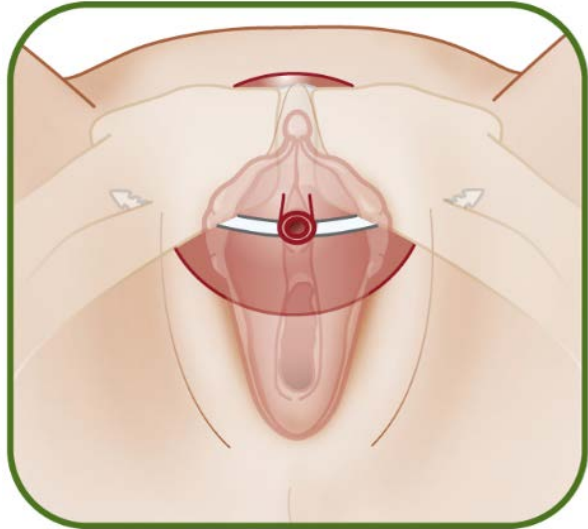
Als uw klachten van urineverlies blijven bestaan, ondanks voldoende bekkenbodempieroefeningen, kan een operatieve ingreep worden overwogen. Momenteel is de meest aangeboden operatie een midurethrale sling ('bandje'). Dit 'bandje' is gemaakt van synthetisch materiaal en wordt onder het middelste deel van de plasbuis geplaatst. Het steunt de plasbuis en voorkomt urineverlies bij drukverhogende momenten, zoals hoesten, niezen of lachen. Het materiaal verteert niet en blijft permanent aanwezig.

Via een kleine sneede onder de plasbuis wordt het bandje ingebracht. Afhankelijk van het type loopt het bandje tot achter het gebied van het schaambeen (retropubisch) en hebt u twee extra sneetjes op de schaamheugel. Een tweede soort verloopt meer horizontaal naar de liezen toe (transobturatoir) met respectievelijk twee sneetjes in de liesregio. De transobturatoire tape is momenteel de meest gebruikte in België.

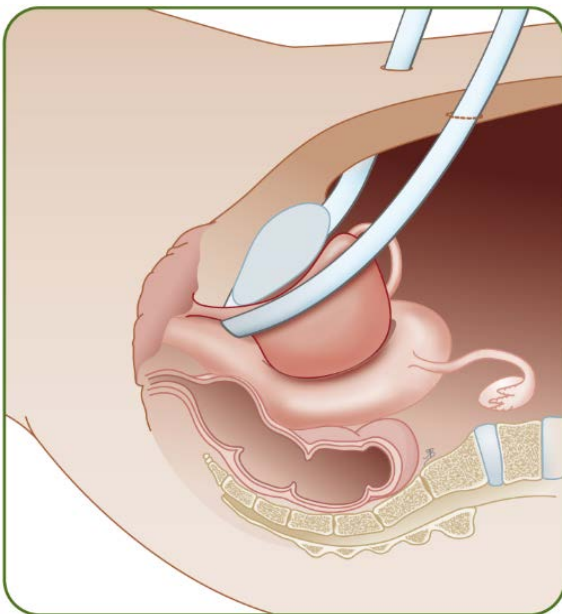
Er zijn er ook kleinere bandjes beschikbaar die strikt onder de plasbuis zitten en aldaar verankerd worden zonder dat u twee extra sneetjes elders hebt. Dit zijn de zogenaamde 'mini-slings'.



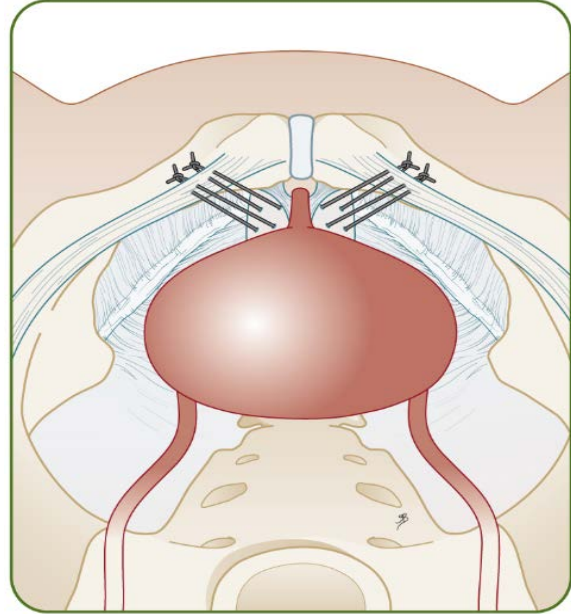
Klassieke transobturatoire sling



Transobturatoire mini-sling



Retropubische sling

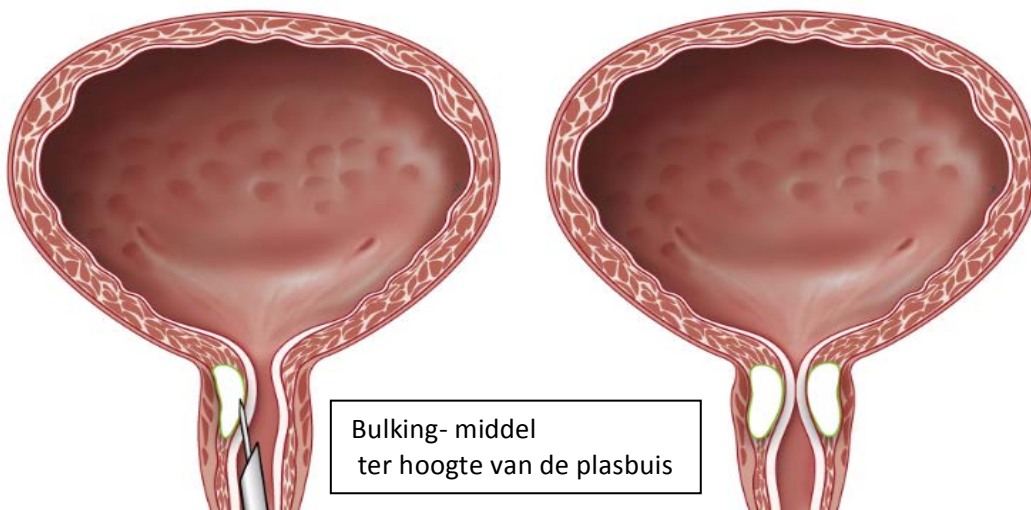


Burch colposuspensie

Voor 1993, was de eerste keuze operatie voor stressincontinentie een buikoperatie. Dit kan via een snede in de onderbuik worden uitgevoerd of ook laparoscopisch (kijkoperatie). Deze ingreep heet '**Burch colposuspensie**'. Hierbij worden 2 - 3 hechtingen respectievelijk rechts en links van de plasbuis en de blaashals geplaatst en gefixeerd tegen het schaambeen. Deze operatie is uitgebreider dan de meer recente suburethrale tape operaties, thans blijft het voor sommige situaties een waardevol alternatief. Een voordeel is dat er geen implantaten wordt gebruikt. Het succespercentage is vergelijkbaar met dat van de midurethrale bandjes (80 - 90%).

Injectiemiddelen onder de plasbuis (bulking-middelen) is een verdere mogelijkheid om stress urinair verlies te verbeteren. Zij versterken het sfinctergedeelte onder de plasbuis waardoor het lumen een klein beetje wordt dichtgedrukt. Deze producten kunnen bestaan uit vet, bindweefsel (collageen) of synthetische middelen (oa. siliconen). Via een naald wordt het product onder het slijmvlies gespoten, al dan niet onder direct cystoscopisch zicht. Dit kan onder plaatselijke verdoving. De resultaten zijn echter veel lager dan de andere operatieve ingrepen (max. 40 – 60% succes) en de levensduur is veel korter (max. 3 jaar). Alsnog kan dit heel zeker een (tijdelijke) oplossing zijn.

Bulking-middelen kunnen eveneens gebruikt worden als aanvulling bij de andere operatieve mogelijkheden, wanneer het opgeleverde resultaat onvoldoende was. Ook wanneer een andere ingreep en/of narcose niet meer mogelijk of gewenst is. Deze producten worden niet vergoed door de Belgische mutualiteiten.



b) overactief blaaslijden

De operaties die hierboven beschreven staan kunnen overactief blaaslijden niet verbeteren. Zelfs het tegendeel is soms het geval.

De eerste keuze voor dit soort van blaaslijden blijft bekkenbodemspieroefeningen, blaastraining, aanpassen van levensstijl en medicatie – vaak levenslang. Ondanks al deze maatregelen blijft een klein deel van de patiënten klachten houden en kunnen navolgende behandelingen overwogen worden:

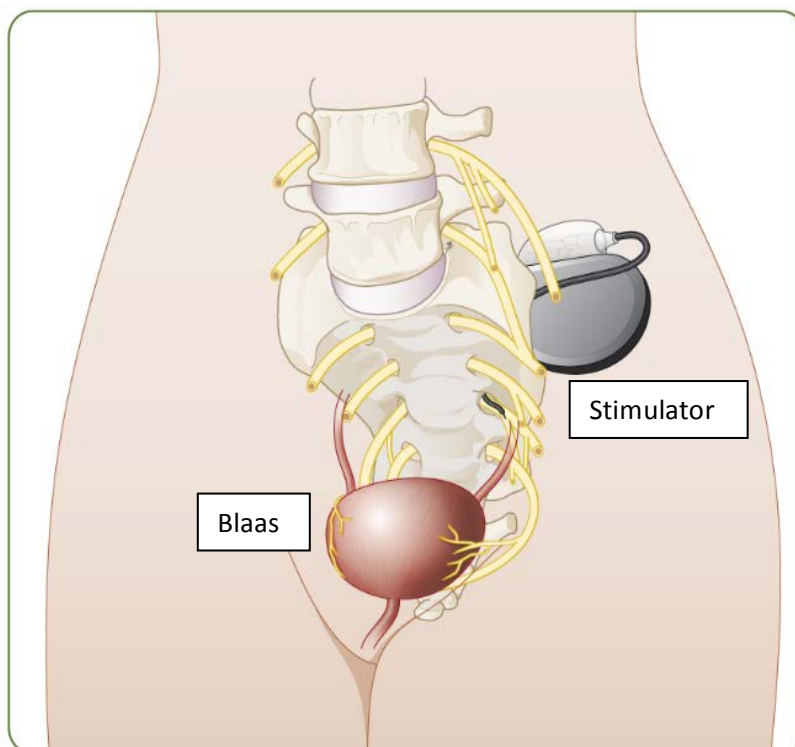
Botox injecties in de blaas (Botuline A): onder direct zicht wordt dit product op verschillende plaatsen in de blaaswand ingespoten. Het zorgt voor een lokale verlamming van de zenuwuiteinden zodat de blaasspier meer ontspant en een betere opslag van urine mogelijk wordt. De resultaten zijn veel belovend (60-80% succes), echter houdt het effect slechts 6-9 maanden aan, mede afhankelijk van de gebruikte dosis. Herhaaldelijke injecties zijn wel mogelijk. Wanneer de blaasspier door de botox teveel ontspant is goed leegplassen tijdelijk niet meer mogelijk. Dit kan een nadeel zijn van deze ingreep en treedt op bij 20% van de patiënten. Een periode van

zelfcatheterisatie (blaas ledigen met een buisje op geregelde tijdstippen) wordt dan noodzakelijk. Botoxinjecties worden niet vergoed door de Belgische mutualiteiten.

PTTN / TENS: met een kleine stimulator op de huid worden zenuwbanen in de onderrug (TENS) of ter hoogte van de enkel (PTTN) beïnvloed. Deze zenuwbanen zijn betrokken bij de werking van uw blaas en kunnen de prikkelbaarheid van uw blaas helpen sturen. Er is echter nog maar weinig onderzoek gedaan over de effectieve werking van deze behandeling.

Sacrale zenuwstimulator, ook neuromodulator genoemd: In dit geval plaatsen we een electrode in de onderrug, onmiddellijk tot bij de sacrale zenuwen die de blaas beïnvloeden. De sacrale zenuwen worden gestimuleerd met zwakke elektrische impulsen. Plaatsing gebeurt in 2 fasen. Eerst krijgt u een tijdelijke stimulator in de vorm van een kastje buiten het lichaam en verbonden met een snoer tot bij de electrode. Wanneer er voldoende werking kan worden aangetoond, volgt de tweede fase middels het plaatsen van een definitieve stimulator onder de huid. Deze kan via een afstandsbediening permanent gestuurd worden volgens uw behoeften. Continue prikkeling van de zenuwstructuren kan helpen om de werking van de blaas maar ook de darm (igv. fecale incontinentie) te verbeteren.

Deze ingreep blijft thans voorbehouden voor ernstige en aanhoudende blaasklachten die onvoldoende kunnen geholpen worden middels andere maatregelen. De plaatsing van een sacrale zenuwstimulator vereist ervaring met deze technieken en wordt daarom slechts in enkele (urologische) centra uitgevoerd. Ook deze operatie wordt niet vergoed door de Belgische mutualiteiten.



Sacrale zenuwstimulator

Wat zijn de nevenwerkingen, kans op verwikkelingen en op herval na een operatieve ingreep (type midurethrale tape) ?

De kans dat zo een 'bandje' het urineverlies vermindert en zelfs volledig geneest ligt tussen 80 en 90%. Dit op voorwaarde dat het gaat om een zuivere stress urinaire incontinentie. De operatie kan niet helpen wanneer het gaat om een overactief blaaslijden.

Na de operatie kunt u een onprettig tot licht pijnlijk gevoel ervaren in de onderbuik en in de liezen. De meeste vrouwen herstellen hiervan binnen de 2 weken na de operatie. Alsnog is het raadzaam om zware fysieke activiteiten en ook sporten te staken gedurende de eerste 4 - 6 weken na de ingreep.

Risico's verbonden aan een suburethrale sling operatie ('bandje'):

De meest voorkomende complicaties tijdens deze operatie zijn een belangrijke **bloeding** en een **letsel van de blaas of urethra**. Het risico is alsnog zeer laag. Kans op een bloeding waarvoor een bloedtransfusie noodzakelijk zou zijn ligt <1%. Het risico op perforatie van de blaas ligt, afhankelijk van het soort bandje en de gebruikte techniek, tussen de 1 en 12%.

Soms gaat spontaan urineren na een operatie niet of slechts zeer moeizaam. Er is dan sprake van **retentie of een verhoogd residu**. Dit gebeurt bij 0 - 13% van de patiënten en is meestal slechts kortstondig van aard (<3 maanden). Het gebruik van catheters dringt zich alsnog op om deze periode te overbruggen. Uitzonderlijk moet de operatie ongedaan worden gemaakt (<1%).

Urineweginfecties zien we tot 3 maanden na de operatie bij 1/3 van de patiënten. Ook infecties ter hoogte van de vaginale wonde is mogelijk en treden op bij 1-3% van de patiënten.

Op langere termijn kunnen we complicaties zien die gerelateerd zijn aan het gebruikte implantaat zelf. Het synthetische materiaal kan doorbreken door de huid van de vagina of ook de blaas of urethra. Dit heet '**expositie**'. Exposities kunnen zowel vroeg- als laattijdig optreden. In totaal zien we dit bij 1 tot 4% van de geplaatste bandjes.

Na de operatie kan de blaas geprikkeld reageren op de aanwezigheid van een suburethrale tape. De klachten zijn dan gelijk aan die van een **drangblaas**. Dit kan onmiddellijk na de operatie optreden en van voorbijgaande aard zijn, maar ook enige tijd later ontstaan en '**denovo**' aanwezig blijven (gemiddeld 7%).

Tot slot is ook blijvende **vaginale pijn, dyspareunie** en **pijn in de liezen** beschreven bij 1-3% van de patiënten postoperatief.

Samengevat mogen we alsnog zeggen dat het risico op een complicatie laag is.

Met dank aan Pfizer voor sponsoring van de wetenschappelijke illustraties.

