

# Huisarts & praktijk (vervolg)

UIT DE SERIE HUISARTSGENEESKUNDIGE CONFERENTIES\*

## Onwillekeurig urineverlies bij de vrouw

Incontinentie van de vrouw lijkt vooral een „specialistisch” onderwerp, waarbij de huisarts niet veel te bieden heeft. In de praktijk kan hij echter een belangrijke rol spelen, niet alleen bij het uitdiepen van de anamnese, maar ook bij de benadering en behandeling van de urge-incontinentie. De verschillende aspecten van dit onderwerp worden besproken aan de hand van een papieren patiënte. Een verslag van Toine Lagro-Janssen.

### Epidemiologie

*Mevrouw Kersten, een 45-jarige onderwijzeres, komt op het spreekuur aarzelend vertellen dat ze last heeft van urineverlies. Ze is moeder van drie kinderen, de jongste is 10 jaar. Het hele gezin roept weinig de hulp van de huisarts in. Haar man is drie jaar geleden gesteriliseerd. Vóór die tijd kwam ze jaarlijks voor pilcontrole.*

Ongeveer tien keer per jaar wordt de huisarts geraadpleegd door vrouwen met klachten over urine-incontinentie.<sup>1</sup> Onderzoek toont echter aan dat van alle vrouwen ongeveer 10 procent klachten heeft zonder daarvoor naar de dokter te gaan (tabel). Er bestaat derhalve een grote discrepantie tussen het aantal bekende patiënten en het voorkomen in de open populatie. Zelfs bij ernstige klachten, die de activiteiten van het dagelijkse leven verstoren, roept minder dan een derde deel professionele hulp in. Een onlangs gevoerde reclamecampagne voor incontinentiebroeken op recept bracht in mijn praktijk een aantal onbekende „incontinentie-lijdsters” aan het licht. De vaak oudere patiënte praat er niet graag over.

Ter zijde zij opgemerkt dat in alle leeftijdsgroepen na het 15e jaar incontinentie meer voorkomt bij vrouwen dan bij mannen.

### Stress- en urge-incontinentie

Urine-incontinentie wordt gedefinieerd als een toestand waarbij onwillekeurig

urineverlies bestaat. Meestal onderscheidt men stress-incontinentie (sfincter-incontinentie) en urge-incontinentie (detrusor-incontinentie, instable bladder).

Bij stress-incontinentie treedt onwillekeurig urineverlies op door verhoogde druk in de buik. Het afsluitmechanisme in blaashals en urethra is niet opgewassen tegen deze drukverhoging. De urine-afvloed heeft dus te maken met een verminderde functie van het sfinctermechanisme. De vrouw voelt geen mictiedrang van te voren, de blaas kan vol of bijna leeg zijn en na het stoppen van de verhoogde buikdruk (bijvoorbeeld door hoesten) is de vrouw weer „droog”. De rest van het mictiepatroon is normaal.

Urge-incontinentie geldt als een imperatieve mictiedrang, die prompt antwoord moet worden. Deze vorm van incontinentie heeft te maken met een stoornis in de functie van de blaasspier (musculus detrusor vesicae), waarbij een zekere vullingsgraad of blaasdruk sneller dan normaal tot aandrang leidt, ten gevolge van een verhoogde prikkelbaarheid van de detrusor vesicae. Er is een onvermogen om de mictie tegen te houden, als de drang daartoe zich aan-

dient, en de patiënte kan de mictie ook niet onderbreken, als deze eenmaal in gang is gezet; de blaas ledigt zich dan volledig. Het urineverlies is dan ook groter dan bij stress-incontinentie.

Het belang van differentiatie tussen deze twee vormen van incontinentie wordt duidelijk, als men beseft dat de behandeling in beide gevallen volstrekt anders is. We moeten de anamnese dan ook verder uitdiepen.

### Anamnese

*Mevrouw Kersten vertelt dat ze vooral het laatste jaar bij hoesten, niezen en het tillen van zware voorwerpen kleine beetjes urine verliest. Bij het lachen ook wel, maar toch niet altijd. 's Nachts is ze droog. Gemiddeld drie dagen in de week moet ze zich eenmaal extra verschonen. Er bestaat geen pollakisurie, noch verlies van urine op weg naar het toilet. Haar vier kinderen zijn zonder kunstgrepen, ongecompliceerd vaginaal geboren, en er hebben geen buikoperaties plaatsgevonden. Medicijnen gebruikt ze niet.*

Hoewel de laatste jaren het zogenaamde uro-dynamisch onderzoek een verfijning van het onderscheid tussen stress- en urge-incontinentie mogelijk heeft gemaakt, blijft een nauwkeurige anamnese om inzicht te krijgen in aard, vorm en ernst van onwillekeurig urineverlies van het grootste belang.<sup>4,8</sup> Hierbij kan de afgebeelde vragenlijst goede diensten bewijzen (figuur 1).

Een combinatie van negatieve antwoorden op „urge-vragen” en positieve antwoorden op „stress-vragen” geeft in meer dan 85 procent van de gevallen zekerheid dat de musculus detrusor stabiel is en dat er sprake is van stress-incontinentie. Men hoede zich er overigens voor ieder urine-verlies tijdens het hoesten zonder meer als stress-incontinentie te interpreteren. Denkbaar is dat de intravesicale drukverhoging als gevolg van het hoesten bij een patiënte met een instabiele musculus detrusor een onweerstaanbare contractie en dus urineverlies teweegbrengt. Deze mictiedrang gaat dan door tot de blaas leeg is, terwijl een vrouw met een zuivere

Tabel. De prevalentie van incontinentie. Percentages.<sup>2,3</sup>

Leeftijden in jaren	In de gezondheidszorg		In de bevolking	
	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen
15-64	0,2	0,1	8,5	1,6
65+	2,5	1,3	11,6-17	6,9-11

\* Zie ook de voorafgaande bijdrage van Hardeman en Schellekens (pp. 414-7).

stress-incontinentie na het hoesten weer „droog” is.

Correct gestelde urge-vragen geven bij een positief resultaat meer dan 85 procent zekerheid dat de musculus detrusor instabiel is, en in elk geval ook of alleen een urge-incontinentie bestaat.

*Als Mevrouw Kersten de vragenlijst heeft ingevuld, blijkt ze een niet ernstige vorm van stress-incontinentie te hebben. Zelf vindt ze haar klachten niet dusdanig, dat ze er een operatie voor over zou hebben.*

We hebben nu een indruk gekregen van de ernst en de vorm van de incontinentie en de beleving van het euvel door patiënte. Soms is dat niet zo gemakkelijk, omdat in 20 procent van de gevallen mengvormen van stress- en urge-incontinentie bestaan.

### Fysiologie en anatomie

Bij het afsluitingsmechanisme van de blaas speelt een constante urethra-tonus, die in het midden van de urethra het grootste is, de belangrijkste rol. Een tijdelijke verhoging van de buikdruk plant zich gelijkmatig voort naar alle intra-abdominale organen, dus ook naar de urethra (transmissie); een positieve sluitdruk blijft daardoor gehandhaafd. Als nu de urethra naar beneden is verplaatst, ligt dit orgaan voor het merendeel buiten de buikholte. Bij het stijgen van de intra-abdominale druk (bijvoorbeeld door hoesten) wordt de intravesicale druk groter dan de druk in de urethra, met als gevolg urineverlies. Een kleine verplaatsing van de urethra, zoals bij veel oudere vrouwen, kan dus het punt van de maximale afsluitingsdruk

buiten de invloed van de abdominale holte brengen.

De urethradruk wordt door twee soorten spiervezels onderhouden: gladde vezels, die een voortzetting zijn van de blaaswand (onwillekeurig, interne sfincter) en de dwarsgestreepte vezels, afkomstig van onder meer de musculus transversus perinei profundus (willekeurig). Daarnaast wordt het middenstuk van de urethra topografisch ondersteund door de aangrenzende, dwarsgestreepte musculus levator ani en fasciestructuren. Deze dwarsgestreepte spieren vormen samen de bekkenbodemspieren, die als een externe sfincter fungeren. Het bewust ophouden van de plas berust op het aanspannen van deze bekkenbodemspieren. De gladde vezels, de musculus detrusor vesicae en de blaashals, worden autonoom geïnnerveerd, waarbij musculus detrusorcontractie en blaashalsrelaxatie leiden tot mictie en musculus detrusor-relaxatie en blaashalscontractie leiden tot retentie. Kortom, om de plas te kunnen ophouden, moet er een goede urethratonus gevormd kunnen worden door een samenspel van activiteiten van gladde en dwarsgestreepte vezels.

Voor de urge-incontinentie geldt dat een geringe vulling de blaaswand dusdanigrekt dat contractie van de musculus detrusor vesicae te vroeg en te imperatief optreedt. Dit fenomeen is het gevolg, het eindprodukt van abnormale mictiegewoonten. Het begint met frequente mictie met steeds kortere tussenpozen, gevolgd door heftige aandrang vóór de mictie om te eindigen met een urge-incontinentie en een verhoogde prikkelbaarheid van de musculus detrusor vesicae.

### Onderzoek

*Bij het buikonderzoek van Mevrouw Kersten worden geen bijzonderheden gevonden, met name geen littekens of een volle blaas. Het gynaecologisch onderzoek, vaginaal toucher en speculumonderzoek, toont geen ernstige verslapping van de bekkenbodem noch atrofische stoornissen van de vagina. Er zijn geen palpabele afwijkingen. Patiënte zal morgen een gewassen plas afgeven voor een sediment.*

**Stress-incontinentie.** Het onderzoek bij stress-incontinentie is vooral gericht op de kwaliteit van de bekkenbodemspieren. Grote pariteit, moeilijke bevallingen, kunstgrepen tijdens vaginale baring en aanleg voor een slap steunapparaat spelen etiologisch een belangrijke rol bij het ontstaan van een insufficiënt afsluitingsmechanisme.<sup>2</sup> Climacteriële en post-menopauzale involutie van de genitaliën en het steunend weefsel kan dit afsluitingsmechanisme verder verzwakken. Een eventueel aanwezige prolaps heeft in minder dan 50 procent een (niet per se oorzakelijke) relatie met incontinentie.<sup>7</sup>

Daarnaast moet het onderzoek aandoeeningen opsporen die een stress-incontinentie kunnen imiteren. De belangrijkste is de overloopblaas, als uiting van een neurogene, atone blaas (diabetes mellitus, soms multipele sclerose).

**Urge-incontinentie.** Urge-incontinentie hoort bij de nerveus-functionale aandoeningen. Voor iets spannends „moeten” veel mensen even.

Een functionele urge-incontinentie geeft bij onderzoek geen afwijkingen. Het onderzoek dient dan ook om aandoeningen die met urge-incontinentie gepaard kunnen gaan, uit te sluiten<sup>9</sup>, zoals

- infecties van urethra, trigonum, blaas en vagina;
- infecties en tumoren in het kleine bekken, zoals uterus myomatosus en grote ovariumcyste;
- vooral multipele sclerose, soms diabetes mellitus kunnen een hyperactieve musculus detrusor en urge-incontinentie veroorzaken.

Als aanvullend onderzoek kijkt men een urinesediment na, of zet men (bij recidiverende infecties) een urinekweek in. Om de incontinentie te kwantificeren kan de huisarts de vrouw vragen om met volle blaas op het spreekuur te komen, waarna men haar staande laat hoesten (men moet bij verdenking op urge wel zorgen voor urine-opvang!).

*Figuur 1. Een vragenlijst ter ondersteuning van de anamnese bij onwillekeurig urineverlies.*

- |  |  |
|--|--|
| 1. Verliest u elke dag ongewild urine?   | 10. Moet u zich bij aandrang naar het toilet haasten?                |
| 2. Is het urine-verlies zodanig dat u daarvoor maandverband enz. moet dragen?                              | 11. Kunt u bijvoorbeeld 10 minuten de plas ophouden bij aandrang?    |
| 3. Kunt u gaan winkelen zonder tussendoor naar het toilet te moeten of nat te worden?                      | 12. Krijgt u voor of tijdens het nat worden een gevoel van aandrang? |
| 4. Verliest u alleen urine gedurende korte momenten, onder andere bij hoesten, niezen, tillen of springen? | 13. Heeft u pijn bij het plassen?                                    |
| 5. Verliest u urine zonder dat u aandrang voelt?   | 14. Welke medicijnen gebruikt u?                                     |
| 6. Is het urine-verlies begonnen na een bevalling?   | 15. Werd u eerder door uroloog of gynaecoloog behandeld/geopereerd?  |
| 7. Heeft u meer dan twee kinderen?   |  |
| 8. Is uw baarmoeder weggehaald?  |  |
| 9. Moet u overdag vaak (meer dan tien keer) naar het toilet om kleine beetjes te plassen?                  |  |

#### Verklaring vragenlijst

1 t/m 3: oriëntatie ernst.

4 t/m 8: stress-incontinentievragen bij positieve beantwoording.

9 t/m 12: urge-incontinentievragen bij positieve beantwoording.

13 t/m 15: complicerende of andere aandoeningen.

## Behandeling

*Mevrouw Kersten ondervindt vooral hinder van de incontinentie en wil graag weten of met eenvoudige middelen deze klacht verholpen kan worden. Ze is ook benieuwd naar het ontstaan ervan en spreekt de vrees uit, dat het op den duur erger zal worden. Ze wordt geïnformeerd omtrent de oefeningen waarmee de bekkenbodemspieren zijn te versterken, in de hoop dat daarmee een operatie in de toekomst is te voorkomen.*

**Stress-incontinentié.** In allerlei leerboeken en artikelen wordt belang gehecht aan bekkenbodemygnastiek ter behandeling en preventie van onder meer stress-incontinentie. Ons spuurwerk leverde hierover echter geen onderzoeksgegevens op, die de toets der kritiek kunnen doorstaan. Het bestaan van deze „witte vlek” kan men niet verklaren uit de „goede” resultaten van operatief ingrijpen en de recidief-kans op langere termijn. Mogelijk wordt in de eerste lijn veel met bekkenbodemygnastiek gewerkt, zonder dat dit leidt tot wetenschappelijk onderzoek. In ieder geval hechten verschillende deelnemers aan onze conferentie op grond van persoonlijke ervaringen belang aan dit soort oefeningen (figuur 2).

Bij atrofie kan men oestrogenen toedienen. Goede, gecontroleerde onderzoeken over het nut hiervan ontbreken echter. Het blijft een afwegen van de voor- en nadelen, waarbij men de bekende contra-indicaties – ook bij vaginale applicatie – in acht moet nemen. Een andere mogelijkheid is het omgekeerd plaatsen van een Hodge-passarium. „Omgekeerd” betekent, dat de grote bocht vóór, onder tegen blaashals en

urethra, en de kleine bocht achter, hoog in de achterste fornix gebracht wordt. De grote bocht duwt dan bij het persen een bocht in de urethra, waardoor de stress-incontinentie wordt opgeheven. Er moet dan nog wel een bekkenbodem bestaan, anders ondervindt het pessarium geen steun. Ook hierover zijn in Nederland geen onderzoeksresultaten bekend. In Engeland, waar het pessarium veel wordt toegepast, ziet men goede resultaten.<sup>11</sup>

Zowel vaginale plastieken als suprapubisch uitgevoerde urethrasuspensies berusten op het terugplaatsen van het blaashals-urethra-gebied binnen de invloedssfeer van de intra-abdominale drukwisselingen. Het succespercentage na abdominale operaties ligt op 87 procent, na vaginale plastieken op 70 procent.<sup>12</sup> De abdominale weg geniet de voorkeur, daar het succes op de lange duur groter is en post-operatief minder complicaties optreden.<sup>13</sup> De recidiefkans na 10 jaar is 30-50 procent.

**Urge-incontinentie.** Urge-incontinentie is het gevolg van slechte mictiegewoonten, die door emotionele invloeden geconditioneerd worden. Veel patiënten zijn zich niet bewust van het verband tussen gedragsmatige, emotionele en somatische aspecten van hun klachten. Een zorgvuldig explorerend gesprek kan zowel dokter als patiënte op het spoor brengen. Uitleg over aard en ontstaan van de symptomen vormt het startpunt van de blaastraining.<sup>14</sup> De belangrijkste functie van de blaas is het bewaren van de urine. Het frequent legen is de directe oorzaak van de klachten. Meestal denken de patiënten de blaas eerder een uitscheidings- dan een bewaarfunctie toe. Het is dan ook voor patiënten begrijpelijk en acceptabel,

dat gedragstherapeutische technieken aangewend zullen worden voor een „heropvoeding” van de blaas.

Het doel van de blaastraining is om de blaascapaciteit langzaam aan te vergroten door het bewust afremmen van de frequente mictie. De patiënte houdt daartoe een dagboek bij met de exacte mictietijdstippen, dag en nacht. Daarna probeert ze de mictie 10-15 minuten uit te stellen (bijvoorbeeld gezeten op een stoel op het toilet). Langzaam aan worden de mictie-intervallen uitgebreid tot een acceptabel mictiepatroon is bereikt. De patiënten wordt verzocht voor advies en ondersteuning met het dagboek op controle te komen.

De resultaten zijn volgens Frewen zeer goed (90 procent is binnen 3 maanden klachtenvrij) én zijn beter dan bij iedere andere therapievorm.<sup>15</sup> Ongetwijfeld kan deze behandeling binnen de huisartspraktijk gebeuren. Gezien de ontstaanswijze en de functie van de klacht, verdient dit eigenlijk de voorkeur. De blaastraining kan ook als een therapeutische test gebruikt worden; bij uitblijven van succes kan men altijd nog voor verder onderzoek verwijzen.

Aangezien de musculus detrusor vesicae hoofdzakelijk parasympatisch geactiveerd wordt, kunnen medicijnen met een parasympaticolytische werking de blaastonus verlagen (figuur 3). Slechts 30-40 procent van de patiënten reageert echter voldoende op medicamenteuze behandeling. Placebo-therapie zou blijken onderzoek<sup>17</sup>, betere resultaten met minder bijwerkingen geven, vergeleken Urispas® en geen behandeling.

Het weglaten van medicamenten als Minipress®, Aldomet®, Ponderal®, proges-

*Figuur 3. Medicamenten bij urge-incontinentie.*

### Parasympaticolytica

Een voorbeeld is Antrenyl duplex® 5 mg, 2dd 1 tablet.

Contra-indicaties zijn glaucoom, urineretentie en cardiale afwijkingen.

De meest voorkomende bijwerkingen zijn droge mond, wazig zien en maag-darmbezwaren.

### Gladde spierrelaxantia

Bijvoorbeeld Urispas® 200 mg 3-4 dd.

De contra-indicaties zijn dezelfde als hiervoor. Er worden echter minder bijwerkingen vermeld dan bij parasympaticolytica.<sup>16</sup>

### Tricyclische antidepressiva

Impramine 25 mg heeft bij nachtelijke incontinentie de voorkeur, omdat door dit middel ook de slaapdiepte vermindert.

*Figuur 2. Oefeningen om de bekkenbodemspieren te verstevigen.*

De bekkenbodem bestaat uit verschillende spieren. Hij ondersteunt de baarmoeder, de blaas en de darmen.

Van voren zit de bekkenbodem vast aan het schaambeentje en van achteren aan het staartbeen. De bekkenbodem heeft drie openingen: de urethra (plasmaatje), de schede en de anus. De spieren rondom deze openingen kan men zelf oefenen, ten einde de bekkenbodemspieren en dus ook de sluitspieren van de blaas te versterken.

Als u tijdens het plassen een aantal keren stopt met plassen, voelt u welke spieren samentrekken. Dit zijn de bekkenbodemspieren. Het zijn dezelfde spieren die u ook aanspannt als u (denkbeeldig) de plas op-

houdt. Dit samentrekken van de bekkenbodemspieren houdt u ongeveer zes tellen vol. Daarna ontspant u de spieren weer (gevoel de plas te laten lopen). Let erop dat de rest van uw lichaam ontspannen blijft en probeer rustig door te ademen.

Dit samentrekken en ontspannen doet u dertig tot vijftig keer achter elkaar. Herhaal de oefening drie tot vier maal per dag. Als u eenmaal weet welke spieren u moet samentrekken, kunt u op elke moment van de dag, ook tijdens uw dagelijkse bezigheden, oefenen.

Als u iedere dag deze oefening regelmatig uitvoert, zult u na zes tot acht weken resultaat bemerken.

teron, slaapmiddelen, MAO-remmers en het stoppen van overmatig alcoholgebruik kunnen een iatrogene incontinentie doen verdwijnen.

Bij mengvormen van stress- en urge-incontinentie dient ons inziens de urge-factor prioriteit te krijgen in het behandelingsplan van de huisarts.

Zowel bij stress- als ook bij urge-incontinentie blijft een groep over die met bovenstaande behandelingsvormen niet geholpen kan worden. Het dragen van urine-absorberende inlegbanden (Kangbroekjes) is dan een oplossing.

*Hoe is het Mevrouw Kersten vergaan? Ze is met enthousiasme aan de oefeningen begonnen en heeft dit goed volgehouden. De klachten zijn verminderd, hoewel ze bij flinke lichamelijke inspanning als trimmen, maandverband nodig heeft.*

*Ze weet dat ze bij verergering nog altijd over een operatie kan nadenken.*

### Preventie

Een goede bekkenbodemuisculatuur geeft een stevige ondersteuning van de urethra. Belastende obstetrische gebeurtenissen zijn factoren die de spieren doen verslappen. Of bekkenbodengymnastiek in het kraambed ter preventie van stress-incontinentie nut heeft, blijft nog een vraag.

Voortvloeiend uit de etiologie bestaat de preventie van de urge-incontinentie uit het in een vroeg stadium doorbreken van de vicieuze cirkel frequente mic-tiegewoonte-drang – incontinentie. Genoemde blaastraining kan voorkómen dat het stadium van de incontinentie bereikt wordt.<sup>14</sup>

### Deelnemers

aan de huisartsgeneeskundige conferenties over prolaps en onwillekeurig urineverlies bij de vrouw waren: J. F. Bakker, J. T. C. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. H. M. van den Bosch, Dr. H. J. F. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, R. van der Grinten, Prof. dr. F. J. A. Huygen, H. A. H. M. Lagro, T. Lagro-Janssen, Dr. W. J. Ligtenberg, E. H. van de Lisdonk, P. Mesker, J. L. M. Mesker-Niessen, Prof. dr. J. J. M. Michels, H. A. Nolet, J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, V. C. L. M. G. Tielens, Prof. dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijtens, P. de Winter en R. G. Zwart.

aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

<sup>2</sup> Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J* 1980; 281: 1243-5.

<sup>3</sup> Yarnell JWG, St. Leger AS. The prevalence, severity and factors associated with urinary incontinence in a random sample of the elderly. *Age Ageing* 1979; 8:81-5.

<sup>4</sup> Laats WGM de, Meuwissen JHJM. De anamnese bij urine-incontinentie van de vrouw. *Ned Tijdschr Geneesk* 1981; 125: 1890-1.

<sup>5</sup> Delaere KPJ, Moonen WA, Debruyne FMJ, Renders GAM. De waarde van anamnese bij urine-incontinentie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 175-80.

<sup>6</sup> Mensink HJA, Mensink WFA. Incontinentia urinae bij de vrouw; anamnese en onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1980; 124: 1947-50.

<sup>7</sup> Mensink WFA. Diagnostiek en therapie van stress- en urge-incontinentie bij de vrouw [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1980.

<sup>8</sup> Goey WBKMV de. Incontinence of urine in women. A urodynamical and röntgenological study [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1976.

<sup>9</sup> Densmore MMD. Problems in family practice. Incontinence in the female patient. *J Fam Pract* 1982; 14: 935-48.

<sup>10</sup> Vervallen.

<sup>11</sup> Janssens J, Mensink WFA, Mensink HJA. De behandeling van stress-incontinentie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1980; 124: 1954-9.

<sup>12</sup> McDuffie RW, Litin RB, Blundon KE. Urethrovaginal suspension. *Am J Surg* 1981; 141(2): 297-8.

<sup>13</sup> Delaere KPJ, Moonen WA, Debruyne, Michiels HGE, Renders GAM. Anterior vaginal repair. Cause of troublesome voiding disorders? *Eur Urol* 1979; 5: 190-5.

<sup>14</sup> Frewen WK. Role of bladder training in the treatment of the unstable bladder in the female. *Urol Clin North Am* 1979; 6: 273-7.

<sup>15</sup> Frewen WK. Bladder training in general practice. *Practitioner* 1982; 226: 1847-50.

<sup>16</sup> Delaere KPJ, Michiels HGE, Debruyne FMJ, Moonen WA. Flavoxate hydrochloride in the treatment of detrusor instability. *Urol Int* 1977; 32: 377-81.

<sup>17</sup> Meyhoff HH, Gerstenberg TC, Nordling J. Placebø – the drug of choice in female motor urge incontinence? *Br J Urol* 1983; 55: 34-7.

### Nota bene

Bij een voortgaande emancipatie van de vrouw, zal de term „vrouwenarts” in toenemende mate als sexistisch worden aangemerkt. Stelling bij: Kruijff H. Primary carcinoma of the fallopian tube [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1983.

## Ingezonden

### Colon- en rectumcarcinoom

Het artikel van Frank over colon- en rectumcarcinoom in een huisartspraktijk dwingt mij tot het maken van een aantal opmerkingen.

Het valt toe te juichen dat een huisarts cijfers uit zijn eigen praktijk publiceert. Na de overstelpende hoeveelheid specialistische detail- en overzichtsartikelen over deze carcinomen, waren mijn verwachtingen hoog gespannen om nu een recente huisartsenvisie te vernemen. Helaas blijkt de uitgebreide literatuurlijst op verschillende onderdelen niet te kloppen en blijken de gegevens niet in het juiste verband te zijn aangehaald. De tabel is samengesteld uit getallen die Van Tongeren in 1982 (niet 1983) uit zijn literatuur heeft gehaald en ik betwijfel of deze voor Nederland geldig zijn.

Vanuit het gezichtspunt van de huisarts, kijkende naar de (toekomstige) carcinoompatiënt, zijn twee onderwerpen bijzonder belangrijk: de epidemiologie en de leefgewoonten. Tenslotte maakt de huisarts zelf deel uit van zijn populatie. De extra dimensie die de huisarts kan geven aan de medische gezondheidszorg, wordt voortreffelijk beschreven in het artikel van Verbeek in hetzelfde nummer van *Huisarts en Wetenschap*.<sup>1</sup> Weliswaar gaat het daarbij om de vrij zeldzame tamponziekte, maar veel huisartsen zullen ook niet vaak een colon- of rectumcarcinoom-patiënt in hun praktijk tegenkomen.

Dat Frank in zes jaar twaalf patiënten met deze aandoeningen heeft gezien in zijn „standaardpraktijk”, moet hem te denken geven. Volgens *Oncologie* kan hij er eigenlijk maar zes vinden.<sup>2</sup> Er moeten praktijken zijn waar deze aandoening een zeldzaamheid is.

Uit de *Atlas van kankersterfte in Nederland* blijkt dat het overlijdenspercentage van vrouwen in Zeeuws-Vlaanderen (waartoe Axel behoort) voor beide carcinoomlokalisaties iets boven het gemiddelde ligt.<sup>3</sup> Hoewel zijn patiënten daar niet toe behoren (een hoge overlevingskans), heeft Frank alle reden om op deze aandoeningen in zijn praktijk het accent te leggen.

De extra dimensie die ik mis in zijn verhaal wordt door Verbeek als volgt onder woorden gebracht: „Kennis van het ziektegedrag van de patiënt, het zelf

<sup>1</sup> Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Een