

Incontinentie bij bejaarden

A. L. SAEYS

Meer dan 30 procent van de bejaarden heeft last van een of andere vorm van urine-incontinentie. Oud zijn en incontinent zijn behoeven echter niet samen te gaan; vaak gaat het om een reversibele oorzaak. Bij een irreversibele oorzaak kan gekozen worden uit verschillende hulpmiddelen om de urine op te vangen of te absorberen.

Inleiding

Incontinentie komt voor bij 4 procent van de bevolking, maar bij bejaarden bedraagt dat percentage meer dan 30 procent. Bij meer dan 40 procent van de nieuwe opnamen op geriatrie afdelingen speelt incontinentie een rol. Verder is incontinentie vaak een belemmering om in een verzorgingstehuis te worden toegelaten.¹

Veel bejaarden dragen dit ongemak met gelatenheid en beschouwen het als behorend bij de ouderdom. Oud zijn en incontinent zijn behoeven echter niet samen te gaan en incontinent blijven omdat je oud bent, evenmin.

Urine-incontinentie is een complex probleem, niet alleen door het bestaan van verschillende typen, maar vooral doordat zich vele mengvormen kunnen voordoen. Bovendien kunnen bij bejaarden allerlei andere factoren invloed uitoefenen op een wankel evenwicht, waardoor toch incontinentie ontstaat.^{2,3}

Vier basisvormen

Er zijn vier basisvormen van incontinentie te onderscheiden.

Urge-incontinentie. Naarmate men ouder wordt, wordt de blaascapaciteit minder. Bij de jong volwassenen bedraagt die capaciteit gemiddeld 400 ml; bij bejaarden kan dat teruglopen tot slechts 250 ml. Het gevolg is een verhoging van de mictiefrequentie en *urgency*: een aandrang tot urineloos die soms nauwelijks is te onderdrukken. Leidt dit tot incontinentie, dan wordt gesproken van *urge-incontinentie* (drang-incontinentie). Bij *urge-incontinentie* wordt een hele plas geloosd.^{3,6}

Stress-incontinentie (belasting-inconti-

entie). In dit geval schiet het afsluitingssysteem van de blaas te kort. In ongeveer 90 procent van de gevallen is dit een gevolg van een verslakte bekkenbodemp door vroegere bevallingen en/of chirurgische ingrepen.⁴ Vooral abdominaal drukverhogende momenten, zoals lachen, hoesten, niezen, persen, lopen en, in ernstige gevallen, zelfs bij opstaan, geven onwillekeurig urineverlies.

Een stress-incontinentie geeft kleine beetjes urineverlies.

Overloop-incontinentie (paradoxe incontinentie). Door lang uitblijven van blaascontracties raakt de blaas overvol en zal ongewild urine aflopen als de intravesicale druk groter wordt dan de urethrale sluiting kan verdragen. Een retentieblaas kan erg pijnlijk zijn; bij een gestoorde pijnzin zal echter onrust vaak het enige symptoom zijn.

Psychogene incontinentie (aandacht vragen) komt eveneens bij bejaarden nog al eens voor.

Anamnese

Een eenvoudige vragenlijst kan (hetero-)anamnestisch al een diagnostische aanwijzing geven (*figuur*). Bij bejaarden zijn de vragen naar de frequentie van

urineren, overdag en 's nachts, het bestaan van dysurie, hematurie, urgency, het gevoel van echt uitgeplast te hebben en het gebruik van genees- en/of verbandmiddelen van belang. Gevallen van incontinentie die te voorkomen zijn, kan men opsporen door het laten bijhouden (gedurende een of twee weken) van een „blaasrapport”: hierop moeten alle micties per 24 uur, al dan niet incontinent, worden aangetekend.⁶

Langs deze weg werd een bejaarde geholpen die alleen aan het eind van de ochtend incontinent bleek te zijn, doordat hij na het opstaan een kleine liter warme limonade dronk, „omdat de nieren iedere dag goed doorgespoeld moesten worden”. Indien een bejaarde 's nachts droog is en alleen overdag incontinentie vertoont, is een centrale oorzaak van de incontinentie niet waarschijnlijk.

Onderzoek

Een algemeen lichamelijk onderzoek bij bejaarden met incontinentie is zeker noodzakelijk, omdat pathologie elders een wankel evenwicht in de blaasdynamiek kan verstoren.

Vrouwen. Bij de vrouw begint het gericht onderzoek van het genitaal apparaat in gynaecologische houding met *inspectie* en wel in rust (urine kan typerende micropapulaire erupties geven op de urogenitaal huid), tijdens persen en bij het optrekken van de bekkenbodemp.

- Het *speculumonderzoek* kan een eventuele infectie (zo nodig via een vaginale uitstrijk) of seniele vaginitis aantonen.

- Met het *vaginaal toucher* kan bij persen een prolaps worden opgespoord en

Figuur. Een vragenlijst ter ondersteuning van de anamnese bij onwillekeurig urineverlies.⁵

- | | |
|--|--|
| 1. Verliest u elke dag ongewild urine? | 10. Moet u zich bij aandrang naar het toilet haasten? |
| 2. Is het urineverlies 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 urineverlies 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-incontinentie bij positieve beantwoording.
9 t/m 12: urge-incontinentie bij positieve beantwoording.
13 t/m 15: complicerende of andere aandoeningen.

Reversibele vormen van incontinentie^{3 6-8}

Diuretische factoren

• *Verminderd concentratievermogen van de nieren.* Met het toenemen van de leeftijd neemt het concentratievermogen van de nieren af en dit uit zich in nycturie. In bed plassen kan hierbij optreden, als de bejaarde tevens verward, gesedeerd of immobiel is. Het vermijden van 's avonds te veel drinken en met name van coffeïne- en alcoholhoudende dranken kan nachtelijke incontinentie voorkomen.

• *Hyperglycemie.* De osmotische diurese bij diabetes kan incontinentie geven bij een ontregeling (of het eerste verschijnsel zijn bij een nog niet ontdekte diabetes). Nauwkeurige instelling van de diabetes doet deze vorm van incontinentie weer verdwijnen.

Infectieuze factoren

• *Urineweginfecties* komen bij 20 procent van de bejaarden voor. Een bijkomende incontinentie verdwijnt bij de behandeling van vooral acute urineweginfecties. Bij lang bestaande incontinentie met residu-vorming kan weer een secundaire infectie optreden; behandeling ervan heeft meestal geen effect op de incontinentie.

• *Seniele (atrofische) vaginitis et urethritis* kan eveneens incontinentie veroorzaken. Lokale behandeling met oestrogeenzalf wordt door sommige bejaarden als te omslachtig ervaren: orale oestrogeentherapie in lage dosering voor niet langer dan zes weken is dan te overwegen. Een onttrekkingsbloeding na de therapie is mogelijk.

Medicamenteuze factoren

• *Diuretica.* Hierbij is de incontinentie het gevolg van een verhoogde diurese. Snelwerkende diuretica als onderhoudstherapie dienen in principe niet aan bejaarden te worden voorgeschreven. Patiënteninformatie, vooral over de werkingsduur, is erg belangrijk, omdat het tijdstip van inname bepaalt wanneer de periode van verhoogde

diurese valt; deze kan dus gepland worden. Als vuistregel geldt dat de diuretica voor de middag moeten worden ingenomen om een verhoogde nycturie te voorkomen.

• *Anticholinergica.* Deze en tricyclische antidepressiva kunnen urineretentie en bijgevolg overloop-incontinentie als bijwerking hebben. Verlagen van de dosering of uitwijken naar een ander middel is gewenst; het tijdelijk of blijvend staken van medicamenteuze therapie is bij bejaarden het overwegen waard.

• *Sympathicomimetica.* Bronchodilatoren zoals efedrine kunnen bij patiënten met uitgangsproblemen door verhoging van de tonus van de uretrale sfincter retentie en bijgevolg overloop-incontinentie geven. Bij de bejaarde man met prostatismeklachten dient deze groep van medicijnen dan ook te worden vermeden.

• *Sedativa e.d.* Als eerste uiting van een overmatig gebruik van sedativa, tranquillizers, e.d. kan door sufheid incontinentie optreden; andere geneesmiddelen kunnen een toxische verwardheid of een plotselinge geestelijke achteruitgang geven met incontinentie. Met sederende medicijnen en tranquillizers is dan ook voorzichtigheid geboden.

Mechanische factoren

• *Prostaathypertrofie.* Indien bij het rectaal toucher geen prostaatvergroting wordt gevonden, terwijl er toch sprake is van een palpabele retentieblaas met overloop, dan is een IVP en een mictiecystogram gewenst. Het gedeelte van de prostaat dat de obstructie veroorzaakt, kan klein zijn en centraal zitten. Zure fosfatasebepalingen hebben geen nut, operatieve behandeling wel.

Indien een operatie gecontraïndiceerd is, wordt een verblijfs-catheter gebruikt. De moderne siliconen catheters geven minder urethra-irritatie en catheteraanslag dan de

Gibbon- en Foley-catheters en behoeven maar om de 4 à 6 weken verwisseld te worden. Bij regelmatig verstopping door gruis of stolsels van de catheter kan de verpleging thuis geleerd worden steriel te spoelen met 25-50 ml van een 1 procent amandelzuuroplossing. Veel drinken, indien verantwoord, gaat verstoppingen tegen.

• *Faecesindikking* (gemakkelijk met een rectaal toucher vast te stellen) leidt vaak tot incontinentie. Regelmatige lichaamsbeweging en verbetering van de stoelgang door dieetmaatregelen, eventueel in combinatie met bulkvormende laxantia, doen de klacht spoedig verdwijnen.

• *Stress-incontinentie* kan behandeld worden met bekkenbodemspier-versterkende oefeningen (knijpoefeningen). Bij een prolaps kan een ringpessarium helpen; eventueel is operatieve therapie nodig.

Psychologische factoren

• *Acute verwardheid.* Bij aandoeningen als een acute koortsende ziekte, acuut myocardinfarct, cerebrovasculair accident en medicijnen en/of alcoholintoxicatie, kan een acute verwardheid optreden, gepaard gaande met incontinentie. Deze is meestal reversibel als de verwardheid door behandeling van de onderliggende ziekte verdwijnt.

• *Gedragsstoornissen.* Sommige bejaarden zijn moeilijk, niet coöperatief en veel-eisend en zijn dat waarschijnlijk altijd al geweest. Bij het ouder worden komen deze persoonlijkheidsdefecten meer naar voren in het gedrag en incontinentie kan in deze gebruikt worden om de omgeving te manipuleren, de afhankelijkheid te accentueren en meer aandacht te krijgen. Enerzijds helpt vaak het doorbreken van deze situaties, hetzij medicamenteus, hetzij door opname; anderzijds rest soms niets anders dan de omgeving begripvol te steunen.

bij knijpen een indruk worden verkregen van de sterkte van de bekkenbodemspieren.

• Een eenvoudige manier om een stress-incontinentie vast te stellen, is de *blaashals-elevatietest* volgens *Bonney* (alleen uit te voeren bij een gevulde blaas). De patiënte wordt gevraagd te hoesten: bij inspectie is het te voorschijn komen van een stoot urine vast te stellen. Vervolgens wordt met twee iets gespreide vingers de blaashals vanuit de vagina omhoog gedrukt doch niet gecompriëerd. Als er bij hoesten nu geen urine komt, is de test positief.^{1 3}

• *Het bimanuele onderzoek* bij de vrouw kan uitmaken of er afwijkingen hoger in het kleine bekken bestaan (liggingsafwijkingen van de uterus, tumoren, e.d.).

• Afsluitend volgt het *rectaal toucher* ter beoordeling van de overige bekkenorganen.

Mannen. Bij de man is naast onderzoek van het genitaal apparaat het *rectaal toucher* van belang om een prostaatvergroting of rectumafwijkingen vast te stellen. Een niet vergrote prostaat bij prostatisme klachten verdient verder onderzoek.

Overig onderzoek bestaat uit urine-onderzoek (gewassen middenstroom: glucose, eiwit, sediment) en eventueel aanvullend bloedonderzoek bij verdenking op het bestaan van pathologie elders. Verwijzing voor uitgebreid urologisch onderzoek levert meestal alleen een differentiatie tussen een neurologische en

een niet-neurologische oorzaak op, en geen therapie. Het onderzoek is voor de patiënt belastend en bovendien kan door catheterisatie of cystoscopie een infectie ontstaan. Bejaarden kunnen dan ook beter de straat waar de uroloog woont, mijden.

Behandeling

In hoeverre behandeling mogelijk is, hangt af van het antwoord op de vraag of de incontinentie wordt veroorzaakt door reversibele of door irreversibele factoren. In het eerste geval is behandeling vaak betrekkelijk eenvoudig (kader op deze pagina), in het tweede geval zal men de hinder die de incontinentie geeft, zo goed mogelijk proberen te ondervangen (kader op pag. 21).

Irreversibele vormen van incontinentie

Degeneratieve neurologische oorzaken

De meest voorkomende oorzaak van incontinentie bij bejaarden is een beginnende dementie; hierbij spelen vooral twee mechanismen een rol.

Ten eerste ontwikkelt zich door vermindering van de cerebrale controle, steeds meer het beeld van de spastische blaas; de cerebrale remming van spontane blaascontracties verzwakt en de bejaarde verliest onwillekeurig wisselende hoeveelheden urine. De perceptie van aandrang kan intact blijven.

Anticholinergica (bijvoorbeeld Propantheline[®]), die de sacrale mictiereflex dempen, kunnen de blaascapaciteit vergroten en de contracties doen verminderen, maar hebben wel bijwerkingen (visus-stoornissen, kans op glaucoom, droge mond en cave een retentieblaas). In combinatie met flavoxate (Urispas[®]) gedurende ten minste 4 weken is het resultaat in een derde van de gevallen bevredigend. Mogelijk is ook een anticholinergicum te combineren met alleen 's avonds emeproniumbromide (Cetiprin[®]). Ten tweede vermindert bij dementie het vermogen om te plannen; het niet profylactisch ledigen van de blaas vóór een reisje is hier een teken van. Ook weten sommige bejaarden niet meer waar het toilet is. Regelmatig toiletbezoek, gesuperviseerd door zorgverleners uit de omgeving, kan veel, zo niet alle incontinentie bij deze groep bejaarden voorkomen.

Destructieve neurologische oorzaken

Laesies in het rugemerg boven het niveau S2-S4, bijvoorbeeld door wervelmetastasen of multipale sclerose, kunnen een reflexblaas of automatische blaas geven, waarbij vooral het gevoel dat de blaas gevuld is, verdwenen is. Het sacrale mictiecentrum blijft intact en de patiënt kan geleerd worden regelmatig de blaasledigingsreflex op te wekken door bijvoorbeeld op de blaas te drukken of erover te strijken.

Bij laesies op het niveau van S2-S4 of lager, bijvoorbeeld door een tumor van de cauda equina, gaan de sensibele en de motorische

functies verloren en ontstaat de autonome blaas met volledige incontinentie en incomplete lediging met daardoor soms grote residuïvorming. Bij laesies van de perifere zenuwen, bijvoorbeeld door carcinoom, diabetes of tertiaire lues, treedt verlies op van de sensibele en kan de blaasinhoud 2 tot 3 liter worden zonder pijnsensaties. Deze atone blaas wordt steeds meer uitgerekt en kan soms door exprimeren worden geleegd. Een parasymphaticomimeticum zoals carbachol (Doryl[®]) heeft weinig zin.

Hulpmiddelen I: opvangen van de urine

• *Catheter*. Het bekendste middel om de urine op te vangen, is de catheter. De enige zuivere indicatie voor een verblijfs-catheter is de retentieblaas. De eenmalige PVC catheters zijn de Nelaton, de Tiemann en de vrouwencatheters met een gladde top, die gemakkelijk zijn in te brengen en minimale weefselirritatie geven. Silicolatex catheters met ballon geven weinig slijmvliesprikkeling en zijn waterafstotend; afzetting van gruis en bloedstolsels wordt zo tegengegaan.

Een urineweginfectie bij een verblijfs-catheter kan ontstaan door het inbrengen zelf, door een urethritis langs de catheter of via het lumen van de catheter.⁹ Een infectie is binnen een week te verwachten en wordt daarna chronisch, zich in eerste instantie tot blaas en urethra beperkend. Om infectie via het lumen te voorkomen, moet de catheter worden aangesloten op een steriel en gesloten opvangsysteem, dat zo min mogelijk moet worden ontkoppeld.

Voor mobiele patiënten zijn doorzichtige been-, kuit- of enkelreservoirs met aftap en terugslagventiel en bijbehorende draagbanden en zakhouders verkrijgbaar. Een nadeel is de ingewikkelde montage. Cruciaal is een goede dagelijkse verzorging.

• *Condoomcatheter*. Indien er geen sprake is van een retentieblaas, is de uritip of het condoomcatheter bij mannen een goede keus. Deze zijn in vier maten verkrijgbaar; fixatie ervan geschiedt aan de buitenkant van het condoom aan de penisbasis. Zij kunnen optimale afsluiting geven en,

mits goed aangelegd (de voorzide niet te strak aangesloten), veroorzaken zij minimale glansirritatie.

Er zijn geen uitwendige afvoersystemen voor vrouwen. De systemen die beproefd zijn, geven lekkage en flinke huid- en slijmvliesirritatie.

• *Draagurinaal*. Een derde methode om urine te verzamelen, is het draagurinaal, dat zowel voor mannen als voor vrouwen verkrijgbaar is.

Hulpmiddelen II: absorberen van de urine

• *Luiers*. Voor ambulante patiënten die niet in aanmerking komen voor een catheter, zijn diverse absorberende luiervarianten beschikbaar. In principe bestaan de luiers uit een non-woven huidvriendelijke, snel vocht doorlatende bovenlaag, een goed absorberende zogenaamde fluffvulling en een niet vocht doorlatende, polyethyleen onderlaag met eventueel een plakstrip. Bij lichte incontinentie tot 20 ml (druppelincontinentie) kunnen luiers van diverse afmetingen door mannen en vrouwen onzichtbaar in een slip of speciale stretchbroek worden gedragen. Bij matige incontinentie van ongeveer 20 tot 200 ml kunnen grotere en dikkere luiers gebruikt worden. Een speciale broek, die te reinigen is, met een buidel aan de binnenzijde waarin de luier past, is daarbij aan te bevelen. Voor ambulante patiënten met tevens een ontlastingsincontinentie zijn er anatomisch aangepaste luiervormen beschikbaar. Ook voor ernstige incontinentie van meer dan 200 ml (met of zonder incontinentie voor ontlasting) zijn er luiers met slip ineen of anatomisch aangepaste luiers met strik-slappen ontwikkeld. Deze zijn ook 's nachts goed te gebruiken.

• *Onderleggers*. Voor bedlegerige patiënten zijn er onderleggers die vocht absorberen; speciale kussenhoezen, matrashoezen of steeklakens zorgen ervoor dat matras en beddegoed beschermd worden.

• *Verstuivers*. Tenslotte zijn er voor patiënten verstuivers verkrijgbaar die alle voorkomende menselijke geurtjes uit bed, wasgoed of kleding neutraliseren.

Een behandeling die vooral nut heeft bij tijdelijke stress-incontinentie, na langdurige catheterbehandeling en na een prostaatoperatie, bestaat uit knijfoefeningen ter versteviging van de bekkenbodemspieren,¹⁰ eventueel gecombineerd met faradisatie door een fysiotherapeut. De resultaten zijn gunstig. De oefeningen kunnen, na aanvankelijke training door een fysiotherapeut, in staande houding en onzichtbaar voor anderen dagelijks enkele malen worden uitgevoerd.

¹ De Bruin AJJ, Vereecken RL. Urine-incontinentie bij man en vrouw. Leiden: Stafleu, 1978.

² Willington FL. Incontinence, training and retraining for continence. Nurs Times 1971; 500.

³ Eulderink F, Oostvogel FJG, red. Praktische geriatrie voor de huisarts. Uden/Alphen aan den Rijn: Sandoz/Stafleu, 1982.

⁴ Kloosterman GJ, Janssens J. Leerboek voor obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens. Haarlem: Centen, 1977.

⁵ Lagro-Janssen T. Onwillekeurig urinever-

lies bij de vrouw. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 418-21.

⁶ Brocklehurst JC. Urology in the elderly. Edinburgh, London: Churchill Livingstone, 1984.

⁷ Coni N, Davison W, Webster S. Lecture note on geriatrics. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

⁸ Martin A. Problems in geriatric medicine. Lancaster: MTP Press, 1981.

⁹ Scholmeyer RJ. De verzorging van verblijfs-catheters in de huisartsenpraktijk. Mod Medicine 1984; okt: 1296.

¹⁰ Hollo A. Incontinentie. Lochem, Poperinge: De Tijdstroom, 1980.