

Nooit op tijd

Een onderzoek naar urine-incontinentie bij de vrouw

TOINE LAGRO-JANSSEN*

In hoeverre is urine-incontinentie bij de vrouw effectief te behandelen met eenvoudige, conservatieve therapieën? De literatuur over dit onderwerp geeft weinig meestal tot optimisme; het gaat daarin echter meestal om gecompliceerde gevallen, terwijl de huisarts vooral vrouwen ziet met een 'gewone' incontinentie. In een huisartspraktijk werden gedurende zestien maanden alle nieuwe gevallen van urine-incontinentie geregistreerd. Van de in totaal 35 vrouwen werden er drie verwezen, terwijl bij drie vrouwen een pessarium werd aangemeten; 29 vrouwen kregen een oefenschema. De resultaten waren zonder meer bevredigend; vooral de urge-incontinentie bleek goed te behandelen met de voorgeschreven methoden.

Inleiding

De literatuur over urine-incontinentie bij de vrouw heeft een beperkte waarde: de aanbevolen behandelingsmethoden en de gerapporteerde resultaten zijn gebaseerd op gegevens uit sterk geselecteerde populaties van (poli)klinische patiënten, en het gaat dan ook steeds om gecompliceerde gevallen, die niet voor behandeling door de huisarts in aanmerking komen. De resultaten van de toegepaste conservatieve therapieën zijn bovendien over het algemeen mager; alleen *Frewen* meldt opvallende successen bij de behandeling van urge-incontinentie met behulp van blaastraining.¹

Een huisarts ziet over het algemeen ook minder gecompliceerde vormen van incontinentie, die wellicht meer toegankelijk zijn voor betrekkelijk eenvoudige behandelingsmethoden. Om na te gaan, in hoeverre dit inderdaad het geval is, heb ik van maart 1983 tot juli 1985 in mijn praktijk een onderzoek uitgevoerd met de volgende vraagstelling:

1. Welke vrouwen presenteren zich bij de huisarts met nieuwe incontinentieklachten? ('achtergrondgegevens' als leeftijd, burgerlijke staat, pariteit en

eventuele eerdere gynaecologische operaties).

2. Hoe is de verdeling van de gepresenteerde incontinentie naar ernst en naar type?

3. Hoe vaak levert onderzoek gynaecologische afwijkingen op en bestaat er een verband tussen de incontinentie en deze gynaecologische afwijkingen?

4. Welke behandelingen zijn bij deze vrouwen toegepast en met welke resultaten?

Methoden

Het onderzoek vond plaats in een duostadspraktijk van ongeveer 3000 patiënten. De praktijk wijkt qua samenstelling af van de gemiddelde bevolking, aangezien er anderhalf maal zoveel vrouwen als mannen tot de praktijkpopulatie behoren. Vooral de groep vrouwen tussen de 20 en 35 jaar is oververtegenwoordigd.

Het onderzoek omvatte alle vrouwen die in de periode 1-3-1983 tot 1-7-1985 voor het eerst met incontinentie het spreekuur bezochten. Vrouwen die de klacht bij de associé presenteerden, werd verzocht een afspraak met de onderzoekster te maken.

Alle patiënten kregen een 'incontinentie-lijst' mee om thuis in te vullen (*kader*). Hen werd gevraagd deze lijst, samen met een gewassen plas, twee of meer dagen vóór het volgende consult

bij de assistente in te leveren. Tijdens dit consult namen patiënte en huisarts bovendien een meer uitgebreide vragenlijst door om de anamnese te completeren. Voor aanvullende gegevens werd gebruik gemaakt van de patiëntkaarten.

Bij alle patiënten werd een urinesediment gemaakt en vond een volledig gynaecologisch onderzoek plaats. Bij vrouwen die nog nooit seksuele contacten hadden gehad, werd geen vaginaal, maar een rectaal toucher verricht.

De ernst van de incontinentie werd beoordeeld aan de hand van de volgende vragen:

1. Treedt het urineverlies dagelijks op?
2. Draagt u plastic broekjes, bandages, etc.?
3. Vormen de klachten sociaal een handicap voor u?
4. Wilt u het ongemak eventueel operatief laten verhelpen?

Stress-incontinentie werd gedefinieerd als onwillekeurig urineverlies dat alleen gedurende korte momenten van intra-abdominale drukverhoging optrad, zonder aandrang vooraf. Er mochten voorts geen aanwijzingen zijn voor urge-incontinentie. *Urge-incontinentie* werd gedefinieerd als onwillekeurig urineverlies, gepaard gaande met een gevoel van aandrang vooraf. Er mochten geen aanwijzingen zijn voor stress-incontinentie. Een *mengvorm* van stress- en urge-incontinentie werd gedefinieerd als onwillekeurig urineverlies, waarbij zowel stress- als urgeklachten voorkwamen.

Vrouwen met een urineweginfectie werden in alle gevallen van het onderzoek uitgesloten.

Ter beantwoording van de derde vraagstelling is gebruik gemaakt van een controlegroep zonder gepresenteerde incontinentieklachten, die qua leeftijd,

Vragenlijst bij onwillekeurig urineverlies

1. Verliest u elke dag ongewild urine?
2. Is het urineverlies zodanig dat u daarvoor maandverband enz. moet dragen?
3. Kunt u gaan winkelen zonder tussendoor naar het toilet te moeten of nat te worden?
4. Verliest u alleen urine gedurende korte momenten, onder andere bij hoessten, niezen, tillen of springen?
5. Verliest u urine zonder dat u aandrang voelt?
6. Is het urineverlies begonnen na een bevalling?
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?
10. Moet u zich bij aandrang naar het toilet haasten?
11. Kunt u bijvoorbeeld tien minuten de plas ophouden bij aandrang?
12. Krijgt u voor of tijdens het nat worden een gevoel van aandrang?
13. Heeft u pijn bij het plassen?
14. Welke medicijnen gebruikt u?
15. Werd u eerder door uroloog of gynaecoloog behandeld/geopereerd?

* Huisarts te Nijmegen.

pariteit en aantal jaren in de praktijk overeenstemde met de onderzoeksgroep. Deze controlegroep was gemakkelijk samen te stellen, doordat in deze praktijk ten behoeve van de Continue Morbiditeits Registratie van het NUHI wordt geregistreerd. Aan de hand van de patiëntenkaarten is nagegaan, welke gynaecologische afwijkingen bij deze vrouwen bekend waren.

Ter evaluatie van de therapeutische resultaten werd de patiënten tenslotte de volgende vragenlijst toegezonden:

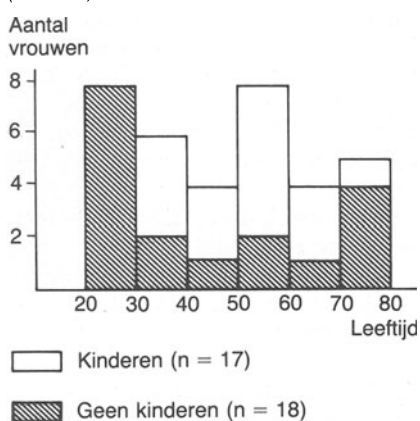
- Hoe gaat het op dit moment met het urineverlies? (droog/verbeterd/onveranderd);
- Bent u tevreden met het resultaat? (ja/nee);
- Heeft u nog aanvullende opmerkingen?

Resultaten

Achtergrondgegevens

De onderzoekspopulatie omvatte in totaal 35 vrouwen. De gemiddelde leeftijd

Figuur 1. Leeftijd en wel/geen kinderen (n = 35).



bedroeg 46,7 jaar. De patiënten met urge-incontinentie waren gemiddeld 42,0 jaar, die met stress-incontinentie 45,3 jaar en die met een mengvorm 50,3 jaar.

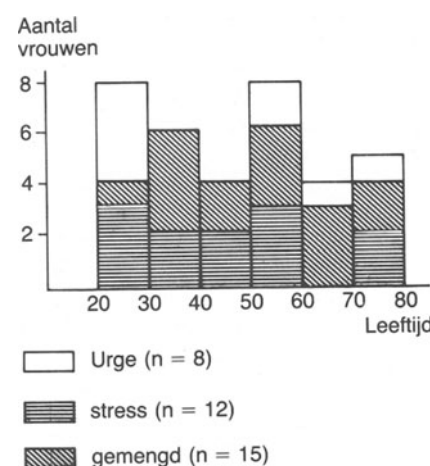
Tweederde deel van de vrouwen was gehuwd. Alle ongehuwde vrouwen waren kinderloos, terwijl een kwart van de gehuwden geen kinderen had. Al met al was de helft van de onderzoeksgroep kinderloos (figuur 1). De gemiddelde pariteit was 1,3.

Zes vrouwen hadden eerder in hun leven een gynaecologische operatie ondergaan: vijf een uterusextirpatie en één een achterwandplastiek wegens een rectocèle 10 jaar voor dato. Geen der vrouwen had de ingreep ondergaan wegens incontinentieklachten.

Ernst en typen

Van de vrouwen bleek 63 procent dagelijks urine te verliezen. Ruim de helft droeg plastic broekjes, bandages e.d. Voor een derde van de vrouwen vormde de klacht sociaal een handicap en bijna

Figuur 2. Leeftijd en diagnose (n = 35).



Tabel 1 - Table 1. De gevonden gynaecologische aandoeningen en de aard van de incontinentie (n=11) - The gynaecological problems diagnosed and the type of incontinence (n=11)

	Stress incontinence	Urge incontinence	Mixed type
Cystocele	3	1	2
Prolapse of uterus	-	1	1
Myoma	1	-	1
Adnexal tumour	-	-	1

Tabel 2 - Table 2. De resultaten van de behandeling naar aard van de incontinentie (n=30) - Results of treatment by type of incontinence (n=30)

	Stress incontinence	Urge incontinence	Mixed type	Total
Dry	3	5	5	13
Improved	8	5	4	14
Unchanged	-	-	3	3

de helft wilde eventueel geopereerd worden.

Figuur 2 geeft een beeld van het verband tussen diagnose en leeftijd.

Gynaecologische bevindingen

Het gynaecologisch onderzoek leverde bij 11 van de 35 patiënten een afwijkende bevinding op: zes patiënten met cystocèle, twee patiënten met descensus uteri en drie met uterus myomatosus en/of adnextumor. In tabel 1 is weergegeven welke vormen van incontinentie met deze aandoeningen gepaard gingen.

De controlegroep bestond uit 31 vrouwen. Bij 11 van hen was in de afgelopen vijf jaar geen gynaecologisch onderzoek verricht. Bij 4 van de overige 20 vrouwen waren bij gynaecologisch onderzoek in het verleden afwijkingen geconstateerd: twee vrouwen hadden een cystocèle, één een uterus myomatosus en één een tuba-ovariëel abces.

Therapie

Het therapeutisch beleid omvatte, afhankelijk van de problematiek, het aanmeten van een pessarium, het instrueren van bekkenbodemspieroefeningen, een blaastainingsschema of een specialistische verwijzing voor nadere diagnostiek en therapie.

Het instrueren van bekkenbodemspieroefeningen betekende uitleg van de (gebrekkige) functie van de kring-spier, het leren aanspannen van deze spier en het motiveren om dagelijks 20 à 30 keer deze oefening toe te passen.

Het blaastainingsschema omvatte uitleg over de functie van de blaas als reservoir, het laten bijhouden van een dagboek met de tijden van aandrang, mictie en de momenten van incontinentie. Aan de hand daarvan werd geïnstrueerd de mictie-intervallen te vergroten.

Bij de stress-incontinentie patiënten bestonden de therapeutische mogelijkheden uit een operatie, het inbrengen van een pessarium of het instrueren van bekkenbodemspieroefeningen. De urge-incontinentie patiënten werden allen met een blaastaining behandeld. Bij de mengvormen werd in eerste instantie de meeste aandacht besteed aan de urge-factor door middel van blaastaining. Er werd geen medicamenteuze therapie ingesteld vanwege de uit de literatuur bekende slechte resultaten.

Drie vrouwen werden verwezen voor een gynaecologische operatie:

- de vrouw die eerder voor een rectocèle was geopereerd; zij had een ernstige mengvorm;
- een vrouw met een totale prolaps van

de uterus; deze had eveneens een mengvorm, terwijl plaatsing van een pessarium onmogelijk was door de slechte kwaliteit van de bekkenbodem; – een vrouw met een tumor in het kleine bekken.

Bij drie vrouwen werd een pessarium aangemeten en 29 vrouwen gingen met een oefenschema naar huis.

De resultaten van de therapie waren zonder meer bevredigend (tabel 2). Vooral de urge-incontinentie lijkt toegankelijk voor conservatieve therapie; de verbetering bij de vier patiënten met een mengvorm moet vermoedelijk bijna geheel worden toegeschreven aan het verminderen van deze component.

Beschouwing

Urine-incontinentie is een relatief zeldzame aandoening; de huisarts wordt ongeveer tien keer per jaar voor deze klacht geraadpleegd.² Met dit onderzoek werd beoogd een beschrijving te geven van een aantal consecutieve gevallen van incontinentie in een huisartspraktijk.

Zowel de gemiddelde leeftijd van de patiënten als de verdeling naar type incontinentie bleken overeen te stemmen met de gegevens uit het onderzoek van *De Goey*³ en *Mensink*⁴ in een specialistische populatie (tabel 3).

De gangbare opvatting is, dat cystocèle en descensus uteri vaker mét dan zonder incontinentie voorkomen. In dit onderzoek werden bij 11 vrouwen 'afwijkende' gynaecologische bevindingen geconstateerd, waarvan zes maal een cystocèle. *Mensink* vond zelfs bij 40 procent van de onderzochte incontinentie vrouwen een cystocèle.⁴

Een vergelijking van de onderzoeksgroep met de controlegroep wordt bemoeilijkt door het feit dat voor 11 van de 31 vrouwen uit de controlegroep geen gegevens uit de afgelopen vijf jaar beschikbaar waren, terwijl het ongewenst werd geacht deze vrouwen op te roepen voor een 'onnodig' gynaecologisch onderzoek. Als we echter veronderstellen dat bij twee van deze vrouwen een gynaecologische afwijking zou worden gevonden, dan nog zouden in de onderzoeksgroep meer gynaecologische aandoeningen voorkomen dan in de controlegroep (31 tegen 19 procent).

Dat er een oorzakelijk verband kan bestaan tussen gynaecologische aandoeningen en incontinentie, wordt geïllustreerd door de geschiedenis van de derde verwezen patiënte (bijlage): urge-incontinentie kan, hoewel zeldzaam, een uiting zijn van tumoren in het kleine

bekken. Deze kunnen de blaas prikkelen en daardoor instabiliteit veroorzaken. Anderzijds kan men ook stellen dat bij incontinentieklachten vaker gynaecologische aandoeningen worden

ontdekt, juist doordat op grond van de klacht gynaecologisch onderzoek wordt verricht.

In ons onderzoek hadden vijf van de 35 vrouwen een uterusextirpatie in hun

Tabel 3. De gevonden diagnosecategorieën vergeleken met de uitkomsten van *De Goey*³ en *Mensink*⁴.

	Lagro	De Goey (urodynamische diagnose)	Mensink (gynaecologische diagnose)	Mensink (urodynamische diagnose)
Stress-incontinentie/ sfincter-incontinentie	34	37 ^a	43	62
Urge-incontinentie/ detrusor-incontinentie	23	32	9	22
Mengvorm	43	24	48	–
Andere diagnosen, niet incontinent	–	7	–	16

^a Zeker 18 procent, waarschijnlijk 19 procent.

Synopsis

Lagro-Janssen T. Never in time. A study of urine incontinence in women. Huisarts en Wetenschap 1986; 29 : 38-41.

Introduction. In an urban practice the following aspects of urine incontinence were studied over a period of sixteen months: which women present with new incontinence problems; what is the distribution of the incontinence presented by severity and type; how often does gynaecological examination reveal abnormalities; which treatments have been used and what were the results?

Methods. The study comprises all women presenting with new incontinence problems between 1st March 1983 and 1st July 1985. A urinary sediment was obtained in all cases and a complete gynaecological examination was always made. The severity of incontinence was assessed on the basis of four questions: is loss of urine experienced daily; are you wearing plastic panties, pads, etc.; does the problem handicap you socially; are you prepared to undergo an operation if necessary to solve the problem? All women with a urinary tract infection were excluded from the study.

To evaluate therapeutic results, the women were sent a questionnaire after some time with the following questions: are you still losing urine; are you satisfied with the result; do you have additional remarks?

Results. The study population comprised a total of 35 women. The mean age of the patients with urge incontinence was 42.0 years, that of those with stress incontinence was 45.3 years and that of those with a mixed type of incontinence was 50.3 years. Two-thirds of the women were married. All the unmarried women

were childless, as were one-quarter of the married women. About one-half of the entire study population was made up of childless women. The parity of the entire group averaged 1.3.

Six women had previously undergone a gynaecological operation: five had had a hysterectomy and one had undergone a uteroplasty of the posterior wall in view of a rectocele 10 years previously. None had undergone surgery for incontinence problems.

Nearly two-thirds of the women were losing urine daily, and more than 50 percent were wearing plastic panties, pads, etc. One-third experienced the problem as a social handicap, and nearly 50 percent were prepared to undergo an operation if necessary.

Gynaecological examination yielded abnormal findings in 11 patients (table 1).

Therapeutic possibilities for the patients with stress incontinence were operation, insertion of a pessary or instruction for training of the muscles of the pelvic floor. The patients with urge incontinence were all treated by bladder training. In those with a mixed type of incontinence the focus was on bladder training to control the urge factor. No medication was given. Three women were referred to a gynaecologist for an operation, three were given a pessary, and 29 were sent home with a training programme.

The therapeutic results were wholly satisfactory (table 2). Especially urge incontinence seems amenable to conservative therapy; the improvement in the four patients with a mixed type is probably due almost entirely to reduction of the urge component.

Keywords: Family practice; Urine incontinence.

Address of author: Groesbeekseweg 12, 6524 DA Nijmegen, The Netherlands.

voorgeschiedenis en ook in de controle-groep hadden vijf vrouwen geen uterus meer. Dat is naar verhouding veel minder dan voor specialistische populaties wordt gemeld.^{3 4} Overigens ontwikkelen de meeste vrouwen met een uterusextirpatie geen incontinentie. Wel wordt aangenomen dat de kans op incontinentie, en met name op een sfincter-incontinentie, na een uterusextirpatie is vergroot.⁴

De helft van de onderzochte vrouwen was kinderloos. Mogelijk is deze groep in onze praktijk oververtegenwoordigd. Ook is denkbaar dat deze vrouwen het probleem eerder aan een vrouwelijk huisarts durven voor te leggen. De gemiddelde pariteit was met 1,3 lager dan in de onderzoeken van *De Goey* (3,3) en *Mensink* (3,4). *Mensink* constateerde zelfs een significant hogere pariteit in de groep met sfincter-incontinentie (3,8 tegen 2,4). In onze kleine populatie verschillen deze gemiddelden niet veel (respectievelijk 0,7 en 0,8).

De therapeutische resultaten van de conservatieve therapie in dit onderzoek stemmen tot tevredenheid. Theoretisch kan men hierbij een aantal kanttekeningen plaatsen; het hoeft immers niet zo te zijn, dat de resultaten te danken zijn aan de ingestelde therapie. Spontaan herstel als natuurlijk beloop van urine-incontinentie is echter, gezien de in de regel lange duur van de klachten, niet zeer waarschijnlijk.

Dankbetuiging

Veel dank aan Henk van der Velden, wiens deskundigheid mede inhoud en vorm van het artikel bepaalde.

¹ Frewen WK. Bladder training in general practice. *Practitioner* 1982; 226: 1847-50.

² Continue Morbiditeits Registratie NUHI, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

³ De Goey WBKMV. Incontinence of urine in women. A urodynamical and röntgenological study [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1976.

⁴ Mensink WFA. Diagnostiek en therapie van stress- en urge-incontinentie bij de vrouw [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1980.

Bijlage. Casus

In juni 1984 komt mevrouw Schepers, geboren in 1925 en moeder van drie kinderen, op het spreekuur met incontinentieproblemen. Sinds de menopauze in 1979 verliest zij dagelijks bij drukver-

Van het NHG-bestuur

Een nieuwe uitgever

Attente lezers zullen in het januari-nummer van dit tijdschrift hebben opgemerkt dat *Huisarts en Wetenschap* per 1 januari 1986 wordt uitgegeven door Uitgeverij Samsom. Het definitieve besluit daarover is eind december jongstleden genomen, zodat er niet eerder gelegenheid was hiervan mededeling te doen.

Jarenlang is *Huisarts en Wetenschap* tot volle tevredenheid 'in eigen beheer' uitgegeven door Uitgeversmaatschappij Huisartsenpers. Bedrijfseconomische overwegingen hebben het Bestuur van het NHG echter tot de overtuiging gebracht dat de basis van de eigen uitgeverij op de lange duur te smal en daarom te kwetsbaar zou zijn. Ter veiligstelling van de continuïteit van *Huisarts en Wetenschap* is daarom gekozen voor exploitatie door een grote uitgever. Uiteraard behoudt het NHG daarbij het eigendom van *Huisarts en Wetenschap*; er is slechts sprake van exploitatie elders. Ook de redactionele onafhankelijkheid blijft waarborgd.

Het Bestuur van het Genootschap dankt de medewerkers van Huisartsenpers voor de niet aflatende inzet waarmee zij de belangen van *Huisarts en Wetenschap* in de afgelopen jaren hebben behartigd. Het spreekt tevens de hoop uit op een even vruchtbare samenwerking met Uitgeverij Samsom.

hogende momenten als hoesten en niezen, urine zonder gevoel van aandrang vooraf. Sedert ongeveer vier weken heeft ze een versterkte aandrang om te plassen in kleine beetjes en zonder pijn. Zij kan bij aandrang de plas niet ophouden en haalt soms het toilet niet op tijd.

Patiënte komt weinig op het spreekuur, heeft geen chronische aandoeningen en gebruikt geen medicijnen. Zelf heeft ze aan een blaasontsteking gedacht, maar het urinesediment is schoon. In speculo zijn geen bijzonderheden te zien. Het vaginaal toucher levert een normale uterus in mobiele anteflexie op en een palpabel linker adnex ter grootte van een sinaasappel.

Mevrouw Schepers wordt verwezen naar de gynaecoloog, die een dermoïdcyste van het linker ovarium verwijderd. Na de operatie is de urge-incontinentie verdwenen; de stress-component blijft dezelfde als voorheen.

Nota bene

Iedereen kan wel eens hyperventileren, maar alleen patiënten met het hyperventilatiesyndroom komen met klachten bij de dokter.

De vermelding 'gebruik bekend' op medicijnen werkt onduidelijkheid omtrent het gebruik in de hand.

Stellingen bij: Kiers A. Enkele aspecten van longfunctie-onderzoek bij inspanning [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1985.

Na inductie chemotherapie is onderhoudstherapie voor het kleincellig longcarcinoom niet zinvol.

Stelling bij: Postmus PE. New approaches in small cell lung cancer [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1985.