

# Ongewild urineverlies

J Greidanus, TOH de Jongh

## Van klacht naar probleem

In de literatuur worden verschillende definities van ongewild urineverlies of urine-incontinentie gehanteerd. In dit artikel hanteeren wij de definitie van de WHO: 'Incontinentie is het onwillekeurig verlies van urine, twee of meer keren per maand ongeacht de hoeveelheid verloren urine'.<sup>1</sup> In deze definitie is incontinentie onafhankelijk van de oorzaak. Zo kan ook een cognitieve stoornis of een mobiliteitsstoornis incontinentie veroorzaken.<sup>2</sup>

Enuresis wordt in dit artikel buiten beschouwing gelaten; er is dan sprake van een normale mictie op een ongewenst moment en een ongewenste plaats.<sup>3</sup>

Prevalentiecijfers over urine-incontinentie lopen uiteen, afhankelijk van de gehanteerde definitie, de meetmethode en de onderzochte populatie. In Nederland is de prevalentie onder volwassen vrouwen ongeveer 25%.<sup>4,6</sup> Van de vrouwelijke bevolking boven de leeftijd van 65 jaar is 14% dagelijks incontinent<sup>4,5</sup> en bij mannen boven de 65 jaar is dit 5-7%.<sup>7</sup>

Het percentage mensen met ongewild urineverlies stijgt met de

## Samenvatting

Greidanus J, De Jongh TOH. Ongewild urineverlies. Huisarts Wet 2002;45(2):81-5.

Bij patiënten met ongewild urineverlies moet in eerste instantie onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende soorten ongewild urineverlies. De anamnese is hierbij het belangrijkste diagnosticum. Daarnaast moet een indruk worden verkregen van de ernst van het urineverlies en de gevolgen voor de patiënt. Bij urge-, stress- en gemengde incontinentie is verder aanvullend onderzoek meestal weinig zinvol. Bij ernstige vormen van stressincontinentie die niet reageren op conservatieve behandeling is verwijzing naar een uroloog of gynaecoloog aangewezen. Met behulp van urodynamisch onderzoek kan dan beoordeeld worden of operatief ingrijpen is geïndiceerd.

Bij reflex- en overloopincontinentie en bij incontinentie zonder duidelijke oorzaak bij mannen is het nuttig specialistisch onderzoek te verrichten naar een achterliggende oorzaak. Bij alle vormen van incontinentie moet rekening worden gehouden met factoren die het ongewild urineverlies kunnen bevorderen of zelfs veroorzaken zoals medicatie, motorische beperkingen en een urineweginfectie.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde. Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen: drs. J. Greidanus, huisarts;  
Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuiskunde, Leids Universitair Medisch Centrum: drs T.O.H. de Jongh.  
Correspondentie: drs. T.O.H. de Jongh, e-mail: T.O.H.de\_Jongh@LUMC.nl  
Mogelijke belangenverstreming: niet aangegeven.

leeftijd. De helft tot twee derde van alle verzorgingshuispatiënten en 90% van alle verpleeghuispatiënten heeft last van urine-incontinentie.<sup>2,8</sup> Incontinentie bij ouderen beïnvloedt de zelfredzaamheid negatief en is daarom medebepalend voor een opname in een verzorgings- of verpleegtehuis.

Veruit de meeste vrouwen voelen zich door urine-incontinentie weinig tot niet belemmerd. In een recent Nederlands onderzoek naar de invloed van urine-incontinentie bij thuiswonende Nederlandse vrouwen gaf 6% aan veel hinder van de incontinentie te ondervinden.<sup>7</sup> Zelfs vrouwen met ernstige urine-incontinentie meldden slechts in 16% van de gevallen veel zorgen en/of veel belemmeringen in het dagelijks leven te ondervinden.<sup>5</sup> Vooral urge-incontinentie en de combinatie van stress- en urge-incontinentie hebben een negatief effect op de kwaliteit van leven. De belangrijkste psychische gevolgen van urine-incontinentie zijn een verlies aan zelfvertrouwen en eigenwaarde en het optreden van vermijdingsgedrag. Incontinentie kan de seksualiteit van de vrouw negatief beïnvloeden door vermindering van de libido, het optreden van urineverlies tijdens de coïtus en een pijnlijke blaas tijdens het vrijen.<sup>7</sup> Er zijn geen gegevens bekend over de invloed van incontinentie op de seksualiteitsbeleving bij mannen. Slechts 30 tot 50% van alle patiënten met urine-incontinentie zoekt ooit professionele hulp.<sup>4,7</sup> Naarmate de incontinentie ernstiger is en men er meer belemmeringen van ondervindt, consulteert men vaker de huisarts. Tweeënnegentig procent van de vrouwen die zich de meeste tijd of altijd belemmerd voelen door de incontinentie zocht medische hulp.<sup>4</sup> Mannen met incontinentie zoeken sneller en vaker hulp dan vrouwen.<sup>9</sup>

## Van probleem naar differentiële diagnose

### Pathofysiologie

Bij een normaal mictiepatroon (tabel 1) treedt aandrang op als de blaas gevuld is met 300 tot 400 ml urine. Mictie treedt op als na een commando uit de motore schors van de hersenen: de spieren van de blaassfincter en de bekkenbodem ontspannen en de detrusorspier in de blaaswand contraheert. Indien de blaas adequaat contraheert, ontledigt deze zich zonder residu.<sup>10</sup> Via het limbische systeem in de hersenen kunnen emotionele factoren en gedragsinvloeden de detrusorspier in de blaaswand stimuleren of remmen.

Tabel 1 Normale waarden van de mictie per 24 uur voor mannen en vrouwen

Diurese	1100 – 1800 ml
Frequentie	< achtmaal per 24 uur
Nycturie	< tweemaal per nacht
Gemiddeld plasvolume	200 – 400 ml
Maximaal plasvolume	400 – 600 ml

## Methodologie

Wij zochten in Medline met de (combinaties van de) trefwoorden *incontinence*, *diagnostic*, *review* en *family practice* van 1990 tot juli 2001. Verder zochten we naar niet bekende referenties in de gevonden literatuur. Ook gebruikten wij de NHG-standaard *Incontinentie voor urine*.<sup>7</sup>

### Vormen van urine-incontinentie

Er worden verschillende vormen van urine-incontinentie onderscheiden. De meest gebruikte indeling is gebaseerd op de definities van de International Continence Society (ICS) en wordt hieronder weergegeven.<sup>11</sup>

We spreken van *stressincontinentie* wanneer onwillekeurig urineverlies optreedt bij intra-abdominale drukverhoging zoals bij hoesten, lachen en springen. Het urineverlies houdt op als de drukverhoging voorbij is; de rest van het mictiepatroon is normaal. Door het tekortschieten van het sfinctermechanisme dat de urethra afsluit, overstijgt de intravesicale druk de maximale urethrale druk. Dit is meestal het gevolg van onvoldoende transmissie van intra-abdominale drukverhoging op het peri-urethrale weefsel. Als de blaashals door zwakke bekkenbodemspieren zich beneden het vlak bevindt dat door de onderrand van het os pubis en het os coccygis loopt, ligt deze functioneel niet meer in de buikholte. Hierdoor kan de intra-abdominale drukstijging zich niet uitbreiden in het afsluitmechanisme, dat daardoor tekortschiet. Ook anatomische afwijkingen, urologische en/of gynaecologische operaties (vooral hysterectomie) kunnen bijdragen aan het ontstaan van stressincontinentie.

Een cystokèle veroorzaakt zelden incontinentie, maar kan in uitzonderlijke gevallen aan de urethra 'trekken', waardoor het sfinctermechanisme verzwakt wordt.

Na een transurethrale resectie van de prostaat kan onvoldoende werking van het sfinctermechanisme stressincontinentie veroorzaken. Door de aanwezigheid van peri-urethraal littekenweefsel neemt de transmissie van intra-abdominale drukverhoging af. Dit komt vrij zelden voor.<sup>10,12</sup>

*Urge-incontinentie* is het verlies van urine als gevolg van onwillekeurige, niet bewust te remmen blaassamentrekkingen, al dan niet met de bewustwording van mictiedrang. *Urge-incontinentie* treedt op als de detrusorcontractie niet kan worden onderdrukt, meestal door een verstoring van het geconditioneerde reflexmechanisme. Angst voor incontinentie kan een vicieuze cirkel doen ontstaan.<sup>13,14</sup>

*Urge-incontinentie* kan ontstaan of toenemen door aandoeningen van de blaas (cystitis) of zenuwstelsel, afvloedbelemmeringen (prostaathypertrofie) of het gebruik van geneesmiddelen (diuretica).

Bij *gemengde incontinentie* treedt zowel stress- als urge-incontinentie op. De oorzaken komen overeen met die van stress- en urge-incontinentie.

Wanneer onwillekeurig verlies van urine plaatsvindt zonder een normale mictiedrang, is er sprake van *reflexincontinentie*. Dit ontstaat door een laesie van het ruggenmerg, waardoor de remmen-

de invloed van hersenschors en hersenstam op de blaas verloren gaat en de blaas reflectoir samentrekt.

Onwillekeurig verlies van urine waarbij de patiënt geen normale mictie en een overvolle blaas heeft, wordt *overloopincontinentie* genoemd. Dit treedt op wanneer de intravesicale druk ten gevolge van het vollopen van de blaas de maximale urethrale druk overschrijdt. Blaasatonie, bijvoorbeeld bij diabetes mellitus of ruggenmergbeschadiging, en afvloedbelemmering, bijvoorbeeld door myomen, ovariële gezwellen of prostaathypertrofie, kunnen hier oorzaken van zijn.

*Cognitieve en/of mobiliteitsstoornissen* kunnen bij een intact mictiemechanisme leiden tot ongewenst urineverlies. Dit wordt ook wel functionele incontinentie genoemd.

## Epidemiologie

Onderzoeken naar het vóórkomen van de verschillende soorten incontinentie in de bevolking zijn vooral uitgevoerd bij vrouwen van middelbare/oudere leeftijd en gebaseerd op vragenlijstonderzoeken. Zij laten vaak grote verschillen zien. Ongeveer de helft van alle vrouwen met incontinentie heeft pure stressincontinentie, 10-20% heeft urge-incontinentie en 30-40% lijdt aan gemengde incontinentie.<sup>7</sup> Bij vrouwen onder de 65 komt er meer stressincontinentie (60%) voor en minder gemengde urine-incontinentie.<sup>15</sup>

Bij ouderen neemt ook het percentage patiënten met ongewild urineverlies ten gevolge van cognitieve of motorische stoornissen toe.

Over de verdeling van urine-incontinentie bij mannen zijn maar weinig onderzoeken beschikbaar. Bij mannen is stressincontinentie zeldzaam en komen met name urge-incontinentie en overige vormen van incontinentie voor.

De prevalentie van urine-incontinentie die bij de huisarts bekend is, is voor mannen 2 per 1000 per jaar, en voor vrouwen 4-14 per 1000 per jaar (*tabel 2*).<sup>16-18</sup>

## Diagnostiek in de huisartspraktijk

### Anamnese

Bij ongewild urineverlies is de anamnese het belangrijkste diagnosticum. Hiermee kan het type incontinentie, mogelijke anatomische oorzaken, de ernst en de gevolgen voor de patiënt worden vastgesteld.

In de voorgeschiedenis van de patiënt kunnen al aanwijzingen zijn die helpen bij de classificatie van de incontinentie.<sup>7</sup> **A** Zo kunnen neurologische aandoeningen leiden tot reflex- of

## Bewijskracht

In dit artikel wordt bij een aantal belangrijke diagnostische stappen de mate van bewijskracht uitgedrukt met behulp van de volgende letters:

- E** voldoende bewijskracht
- A** aanwijzingen of indirect bewijs
- C** consensus uit richtlijnen en standaarden

Tabel 2 Prevalentiecijfers van urine-incontinentie per 1000 patiënten per jaar<sup>10</sup>

Leeftijd	Totaal	Man	Vrouw
15-24	0	0	0
25-44	2	0	4
45-64	8	0	15
65-74	15	4	24
≥75	82	32	108

overloopincontinentie. Hysterectomie kan bijdragen aan het ontstaan van stressincontinentie. Bij mannen is prostatectomie in de voorgeschiedenis belangrijk. Na transurethrale resectie is incontinentie vrij zeldzaam, maar na radicale resectie in verband met prostaatkanker komt incontinentie in het eerste jaar bij 21,5% van de mannen en na een jaar nog bij 8% voor.<sup>10,16,19</sup>

Chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, decompensatio cordis, COPD, chronische gewichts-aandoeningen en immobiliteit kunnen gepaard gaan met ongewenst urineverlies, soms op basis van incontinentie, soms door praktische belemmeringen bij de toiletgang.<sup>4,20</sup>

Over de invloed van adipositas en pariteit zijn de meningen verdeeld. Het aantal bevallingen, duur van de bevalling en het zetten van een episiotomie bij een bevalling lijken de kans op het ontstaan van incontinentie niet te vergroten.<sup>21</sup>

Met behulp van twee vragen kan het type incontinentie worden vastgesteld.<sup>15</sup>

- ▶ Treedt het urineverlies op tijdens drukverhoging, zoals hoesten, niezen, springen en tillen? (stressincontinentie)
- ▶ Is de aandrang zo sterk dat urineverlies optreedt voordat het toilet bereikt kan worden? (urge-incontinentie)

De indeling in stress- en urge-incontinentie die wordt gemaakt op basis van deze twee vragen komt in 70% van de gevallen overeen met de uitslag van eventueel urodynamisch onderzoek (sensitiviteit respectievelijk 0,66 en 0,88; specificiteit respectievelijk 0,56 en 0,96).<sup>15</sup> Bij gemengde incontinentie is de overeenstemming minder en blijkt na urodynamisch onderzoek vaker sprake te zijn van stressincontinentie.<sup>7</sup> **E**

Verder dienen er in de anamnese de volgende vragen te worden gesteld.

- Hoe verloopt de mictie en zijn hierin veranderingen opgetreden (toegenomen frequentie nycturie, moeilijk op gang komen, zwakkere straal, nadruppelen)?
- Hoe vaak is er urineverlies en hoeveel is dit per keer?
- Is er pijn bij de mictie? Dit kan duiden op een urineweginfectie.
- Wordt er continu urine verloren? Dit kan wijzen urine op een reflex- of overloopincontinentie of – hoewel zeer zeldzaam – een urinefistel.
- Gebruikt de patiënt geneesmiddelen met een sympathisch of parasymphatisch effect? Deze kunnen namelijk via de autonome innervatie van de blaas het continentiemechanisme beïnvloeden.

- Gebruikt de patiënt middelen met een diuretisch effect? Snelwerkende lisdiuretica en alcohol kunnen door optredende polyurie incontinentie veroorzaken.
- Zijn er klachten van droogheid of branderigheid van de vagina? Postmenopauzale oestrogeendeficiëntie kan bijdragen aan en leiden tot incontinentie. Door de lagere oestrogeenspiegels treden collageenafname periuretraal en verslapping van de bekkenbodempligamenten op waardoor incontinentie kan ontstaan.<sup>7</sup> Deze verklaring staat ter discussie.
- Wordt incontinentiemateriaal gebruikt en zo ja hoeveel?
- Wat zijn de gevolgen voor het dagelijks leven, in het bijzonder voor werk, recreatie, seksualiteit, gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen?

Ook dient de aanwezigheid van andere factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan van ongewenst urineverlies te worden nagegaan. Zo kunnen de mobiliteit en handvaardigheid van de patiënt een rol spelen. Kan het toilet tijdig worden bereikt en kan de kleding gemakkelijk worden uitgetrokken? Cognitieve stoornissen kunnen leiden tot onvoldoende reactie op mictiedrang.

Op grond van de anamnese kan een oordeel worden gevormd over het type incontinentie, achterliggende oorzaken en de ernst van de incontinentie.

#### *Fysische diagnostiek*

Het lichamelijk onderzoek richt zich vooral op het bevestigen van de diagnose en op het uitsluiten van (zeldzame) aandoeningen die met urine-incontinentie gepaard kunnen gaan.

Gynaecologisch of andrologisch onderzoek is bij iedere patiënt zinvol. De andere onderzoeken worden afhankelijk van de waarschijnlijkheidsdiagnose uitgevoerd. Over de voorspellende waarde van de specifieke bevindingen is weinig bekend.

*Onderzoek van het abdomen.* Bij inspectie wordt gelet op littekens van urologische en/of gynaecologische operaties. Bij palpatie en percussie van de buik vormt de arts zich een oordeel over de vullingsgraad van de blaas (een retentieblaas?) en wordt gelet op eventuele abnormale zwellingen in de buik (tumoren?)

*Gynaecologisch onderzoek.* Bij inspectie en het speculumonderzoek wordt gekeken naar atrofie van vulva en vagina-epitheel, de aanwezigheid van cysto-, uretro- en rectokèles en descensus uteri. Bij het vaginaal en rectaal toucher wordt gevoeld naar uterus myomatosis en tumoren van de adnexe of andere tumoren in het kleine bekken.

*Andrologisch onderzoek.* Door middel van rectaal toucher worden grootte, consistentie en drukpijnlijkheid van de prostaat beoordeeld.

*Onderzoek van de bekkenbodemspieren (bij vrouwen met stressincontinentie).* Tijdens het vaginaal toucher kan worden verzocht de bekkenbodem rond de vingers van de onderzoeker aan te spannen. Dit geeft een indruk van de spierspanning van de bekkenbodem en het vermogen de juiste spieren aan te spannen. Dit kan een zin-

volle introductie vormen voor latere bekkenbodemspieroefeningen.<sup>22</sup>

#### *Aanvullend onderzoek door de huisarts*

De waarde van eenvoudige tests tijdens het lichamelijk onderzoek om het soort incontinentie te bepalen staat ter discussie. Onderzoek van de sensibiliteit van het zitvlak, anusreflex en de bulbocavernosus-reflex is niet zinvol. Neurologische afwijkingen zijn over het algemeen anamnestic al duidelijk geworden.<sup>7</sup> **A**

Hoesten bij een volle blaas als test voor stressincontinentie is niet specifiek. Het resultaat is afhankelijk van te veel onzekere factoren als de kracht waarmee de patiënt hoest of perst en de vulling van de blaas, terwijl ook de urethra onbedoeld dichtgedrukt kan worden.<sup>23,24</sup> **A**

Urge- en gemengde incontinentie kunnen een symptoom zijn van een urineweginfectie, blaasstenen of blaastumoren. Daarom is het zinvol bij deze vormen van incontinentie de urine op een infectie te onderzoeken.<sup>7</sup>

#### *Meer complex aanvullend onderzoek*

Een verwijzing voor aanvullend, specialistisch onderzoek is zinvol indien het type of de oorzaak van de incontinentie niet duidelijk is of wanneer een chirurgische behandeling aangewezen is. De NHG-standaard Incontinentie voor urine adviseert welke patiënten dienen te worden verwezen voor aanvullend onderzoek.<sup>7</sup>

- Patiënten bij wie onduidelijkheid blijft bestaan over het type incontinentie. Urodynamisch onderzoek kan hierover uitsluitend geven.
- Patiënten met een verdenking van reflex- of overloopincontinentie.
- Mannen jonger dan 65 jaar zonder aanwijsbare oorzaak voor incontinentie zoals een transurethrale resectie van de prostaat.
- Vrouwen met tumoren in de onderbuik zoals een ovariumtumor of een grote uterus myomatosis. Vaginale echografie of laparoscopie kan voor de diagnose noodzakelijk zijn.
- Patiënten met een hematurie zonder een urineweginfectie in verband met blaaspoliep of tumor.
- Vrouwen met een descensus van de uterus, die reikt tot in de

#### **De kern**

- ▶ Aandacht voor urine-incontinentie is belangrijk omdat het een veel voorkomende klacht is die vaak slechts terloops wordt gemeld.
- ▶ Bij vrouwen met incontinentieklachten is het goed mogelijk met behulp van de anamnese onderscheid te maken in stress-urge-incontinentie.
- ▶ Specialistisch onderzoek is alleen zinvol bij stressincontinentie die niet reageert op conservatieve therapie, bij reflex- en overloopincontinentie en bij urine-incontinentie bij mannen zonder duidelijke oorzaak.

introitus van de vagina en niet met een pessarium te corrigeren valt, of waarbij de vrouw kiest voor een operatieve behandeling.

#### *Urodynamisch onderzoek*

Cystometrie geeft informatie over de blaasfunctie en registreert met een katheter de vullingsgraad en druk bij het eerste gevoel van aandrang. Tevens wordt de druk van de detrusor tijdens vulling gemeten en een eventueel residu na mictie. Instabiele blaascontracties wijzen op urge-incontinentie. De sensitiviteit van cystometrie voor urge-incontinentie is 91%, de specificiteit 100%.<sup>25</sup> **E**

*Uroflowmetrie* is een screeningstest voor afwijkende mictiepatronen door obstructie. Deze worden geëvalueerd door de spontane flow- en/of drukflowcurves te registreren. De reproduceerbaarheid van de maximum flow is laag en is alleen valide als het mictievolume >150 ml is en spontane mictie na aandrang in privacy plaatsvindt.

Met *leak-point pressure tests* wordt de druk in de urethra bepaald om de onderliggende oorzaak van met name stressincontinentie te achterhalen.

Intra-abdominale drukverhoging wordt opgewekt door hoesten of een Valsalva- manoeuvre waarna de druk in de blaas of buik (anaal) wordt gemeten. Deze tests zijn vooral van belang om het succes van eventuele operatieve ingrepen te kunnen voorspellen. De sensitiviteit van het urethradrukprofiel voor stressincontinentie is 93%, de specificiteit 83%.<sup>26</sup> **E**

#### *Echografie van de blaas*

Met behulp van echografie kan een indruk worden gekregen van een eventueel residu na mictie.<sup>25</sup> *Cystoscopie* en ander beeldvormend onderzoek zijn in eerste instantie niet geïndiceerd bij de diagnostiek van incontinentie, tenzij er aanwijzingen zijn voor tumoren, posttraumatische of andere anatomische afwijkingen als oorzaak voor de incontinentie. Ook *elektromyografisch onderzoek* (EMG) van de blaas, sfincter en bekkenbodemspieren is alleen geïndiceerd bij aanwijzingen voor neurologische afwijkingen.<sup>25</sup>

De serie 'diagnostiek' wordt geschreven door stafleden van de afdelingen studentenonderwijs van de acht huisartseninstituten. In uitgebreidere vorm zullen de bijdragen in de loop van 2002 in boekvorm verschijnen bij Bohn Stafleu Van Loghum, onder de titel Diagnostiek van alledaagse klachten.

#### **Literatuur**

- 1 Werkgroep Classificatie en Coderingen. Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps 1980 [Vertaling van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, WHO 1980]. Voorburg: RGR/TNO, 1981.
- 2 Valk M. The Urinary incontinence in psychogeriatric nursing home patients [Dissertatie]. Rijksuniversiteit Utrecht, 1999.
- 3 Van Dijk PA, Boomsma LJ, Ubbink JTh, Veraart-Schelfhout LM, Van der Meulen P, Dijkstra RH, et al. NHG-standaard Enuresis nocturna. In: Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj, redactie. NHG-standaarden voor de huisarts II, Utrecht: Bunge 1996:113-21.
- 4 Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1991.

- 5 Kok ALM, Voorhorst FJ, Halff-Butter CMC, Janssens J, Kenemans P. De prevalentie van urine-incontinentie bij oudere vrouwen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:98-101.
- 6 Van der Vaart CH, De Leeuw JRI, Roovers JPWR, Heintz APM. De invloed van urine-incontinentie op de kwaliteit van leven bij thuiswonende Nederlandse vrouwen van 45-70 jaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144(19):894-7.
- 7 Lagro-Janssen ALM, Breedveldt Boer HP, Van Dongen JJAM, Lemain TJJ, Steeneken F, Dijkstra RH, et al. NHG-standaard Incontinentie voor urine. In Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj, redactie. NHG-standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996:170-8.
- 8 Staat PGM, Tak E, Hopman Rock M. Aard, omvang en behandeling van ongewenst urineverlies in verzorgingshuizen. Leiden: TNO-PG, 1998.
- 9 Hunskaar S. One hundred and fifty men with urinary incontinence: Help seeking and self care. *Scand J Prim Care* 1992;10:378-82.
- 10 Moore KN, Cody DJ, Glazener CMA. Conservative management of post prostatectomy incontinence (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.
- 11 Abrams P, Blavais JG, Stanton SL, Anderson JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Scand J Urol Nephrol* 1988;suppl 114:5-19.
- 12 Foot J, Yun S, Leach GE. Post prostatectomy Incontinence. *Urol Clin North Am* 1991;18:229-41.
- 13 Wein AJ, Rovner ES. The overactive bladder: an overview for primary health care providers. *Int J Fert* 1999;44(2):56-66.
- 14 Payne CK. Epidemiology, pathophysiology and evaluation of urinary incontinence and overactive bladder. *Urology* 1998;52A:3-10.
- 15 Lagro-Janssen ALM, Debruyne FMJ, Van Weel C. Diagnostiek in de huisartspraktijk van incontinentiae urinae bij vrouwen goed mogelijk door gerichte anamnese. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:1441-4.
- 16 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 17 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 18 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
- 19 Benoit RM, Naslund MJ, Cohen JK. Complications after radical retro-pubic prostatectomy in the medicare population. *Urology* 2000;56:116-20.
- 20 Cools HJM, De Bock GH. De samenhang tussen ongewenst urineverlies met andere beperkingen in het functioneren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:1828-30.
- 21 Van Geelen JM. The urethral pressure profile in continent women [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1983.
- 22 Mouritsen L, Lose G, Glavind K. Assessment of women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:361-71.
- 23 Walters MD, Shield EL. The diagnostic value of history, physical examination and the Q-tip cotton swab test in woman with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1988;159:145-9.
- 24 Bathia NN, Bergman A. Urodynamic appraisal of the Bonney test in women with stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1987;62:696-9.
- 25 Diagnostisch Kompas 1999/ 2000. Commissie Aanvullende Diagnostiek van het college voor zorgverzekeringen. Uitgave van de Ziekenfondsraad, Amstelveen.
- 26 Petrou SP, Wan J. VLPP in the evaluation of the female with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 1999;10:254-9.

## Kleine kwalen

# Verkoudheid

AW Graffelman, JAH Eekhof en A Knuistingh Neven

## Inleiding

Iedereen is wel enkele keren per jaar verkouden, maar de meeste mensen gaan er niet voor naar de huisarts. De incidentiecijfers uit de diverse Nederlandse huisartsgeneeskundige registratiesystemen verschillen echter aanzienlijk. Alleen de CMR geeft specifieke cijfers voor verkoudheid zonder koorts.<sup>1</sup> De laatste jaren wordt een incidentie van ongeveer 100 per 1000 patiënten per jaar gevonden. Bij andere registratiesystemen is verkoudheid een onderdeel van de ICD-code R74 (bovenste-luchtweginfec-

tie) met incidenties van 58 en 91 per 1000 patiënten per jaar.<sup>2</sup> Op het spreekuur van de huisarts wordt verkoudheid bij kleine kinderen het meest gepresenteerd met incidenties tot boven de 400 per 1000 per jaar.<sup>1</sup>

## Achtergrond

### Definitie

Verkoudheid is afgeleid van het middelnederlandse woord 'vercouden' hetgeen afkoelen betekent.<sup>3</sup> Verkoudheid gaat meestal gepaard met klachten van keelpijn, niezen, verstopte neus, waterige neusafscheiding en hoesten.

### Etiologie

Verskillende virussen kunnen een verkoudheidachtig ziektebeeld veroorzaken, maar algemeen wordt aangenomen dat de rhinovirussen, waarvan meer dan honderd subtypen bekend zijn, de belangrijkste veroorzakers zijn van een 'gewone' verkoudheid. Over de transmissie van respiratoire infecties met rhinovirussen is nog veel onduidelijk.<sup>4</sup> Onderzoeken uit de periode 1970-1990 wijzen om de beurt aerosolen en contact via handen of voorwer-

## Auteursgegevens

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: drs. A.W. Graffelman, arts; dr. J.A.H. Eekhof en dr. A. Knuistingh Neven, huisartsen.

Correspondentie: dr. J.A.H. Eekhof, e-mail:

J.A.H.Eekhof@LUMC.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niet aangegeven.