



Urine-incontinentie op oudere leeftijd

Toine Lagro-Janssen en Doreth Teunissen

Inleiding

Urine-incontinentie komt vaak voor bij ouderen. Men schat, afhankelijk van de definitie, dat 15-30% van de zelfstandig wonende ouderen lijdt aan incontinentie, een percentage dat oploopt tot 50% van de bewoners in verzorgingshuizen en 90% in verpleeghuizen.¹⁻³ Oudere vrouwen hebben ongeveer drie keer zo vaak met incontinentie te maken als oudere mannen.⁴ In veel gevallen gaat de incontinentie vergezeld van, of wordt zij verergerd door, comorbiditeit en beperkingen in het functioneren. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om verminderde mobiliteit, cerebrovasculaire accidenten, hoesten en visuele stoornissen. In deze klinische les bespreken wij hoe de huisarts met deze problematiek kan omgaan.

Samenvatting

Lagro-Janssen T, Teunissen D. Urine-incontinentie op oudere leeftijd. *Huisarts Wet* 2009;52(13):674-8.

Urine-incontinentie is bij ouderen een veelvoorkomend probleem, maar slechts de helft van de betrokkenen meldt zich bij de huisarts. De incontinentie heeft vaak een multifactoriële oorzaak en meestal zijn er ook andere incontinentiebevorderende factoren in het spel, zoals obstipatie, chronisch hoesten en een slechte mobiliteit. Bij de behandeling moeten ook deze bijkomende factoren worden aangepakt.

Het type incontinentie en de onderliggende oorzaak zijn met behulp van anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek goed te achterhalen. Er is ook een effectieve behandeling beschikbaar, bestaande uit blaastraining in het geval van urge-incontinentie en bekkenbodemspieroefeningen in het geval van stressincontinentie. Ouderen zijn vaak echter weinig gemotiveerd voor deze oefentherapie, vanwege comorbiditeit en omdat ze er te weinig over weten. Daar is extra aandacht voor nodig. Met het voorschrijven van anticholinergica aan ouderen moeten men terughoudend zijn vanwege de bijwerkingen: vooral een droge mond, obstipatie en urineretentie komen voor, maar ook verwardheid en vallen.

Het is in ieder geval de moeite waard om ook bij ouderen urine-incontinentie te behandelen, als men maar rekening houdt met de genoemde factoren.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijngeneeskunde/Vrouwenstudies medische wetenschappen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts; dr. T.A.M. Teunissen, huisarts en senior onderzoeker.

Correspondentie: a.lagro-janssen@elg.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus⁵

Mevrouw A is 76 jaar en moeder van vijf kinderen. Zij heeft al jaren flink overgewicht (BMI > 30) en heeft sinds vijftien jaar ernstige hypertensie. In 1980 vond vanwege menorrhagieën bij uterus myomatosus een uterusexstirpatie plaats. Daarna kreeg zij veel last van recidiverende urineweginfecties. Mevrouw A gebruikt voor haar hypertensie een snelwerkend diureticum, een ACE-remmer en een bètablokker. Sinds een jaar heeft ze ook diabetes mellitus type II, waarvoor ze tweemaal daags 850 mg metformine gebruikt.

Mevrouw A meldt dat de aandrang om te plassen soms zo sterk is dat ze het toilet niet op tijd kan halen. Ze vindt ook dat ze vóór moet plassen. Ze verliest geen urine bij hoesten of andere drukverhogende momenten in de buik. Ze heeft geen pijn tijdens het plassen, en evenmin klachten van een droge branderige schede of fluor. Ze heeft nu ruim een jaar last van urineverlies.

De patiënte wordt ernstig gehinderd door het ongewild urineverlies. Ze moet zich drie of meer keer per dag verschonen, misschien meer dan nodig is omdat ze bang is dat anderen het merken. Vooral de angst dat anderen het ruiken speelt haar parten. Als ze ergens naartoe gaat, gaat ze voor het vertrek plassen, drinkt ze weinig en op een vreemde plaats zoekt ze direct een toilet of ze gaat alvast als ze er een tegenkomt.

Begrippen en pathofysiologie

Met het stijgen van de leeftijd treden er veranderingen op in de urinewegen.⁶ De blaascapaciteit, het vermogen om de mictie uit te stellen en de contractiliteit van de blaas nemen af. Ongeremde detrusorcontracties komen vaker voor en het residuvolume neemt toe. Bij vrouwen vermindert de maximale urethrale sluitingsdruk, terwijl bij vrijwel alle mannen met de leeftijd de prostaat in grootte toeneemt en de urineflow afneemt. Een andere belangrijke verandering is die in het patroon van vochtuitscheiding. Jongeren scheiden het overgrote deel van hun dagelijkse vochtinname overdag uit, ouderen doen dat 's nachts. Geen van deze leeftijdsafhankelijke veranderingen veroorzaakt op zichzelf incontinentie, maar elk ervan vergroot wel de kans.⁷

Urge-incontinentie

Urge-incontinentie is onwillekeurig urineverlies met een zeer plotseling optredende sterke mictiedrang. Dit gaat vaak gepaard met frequente mictie en nycturie. Bij urodynamisch onderzoek vindt men onwillekeurige detrusorcontracties. Deze *detrusoroveractiviteit* kan het gevolg zijn van lokale irritatie van de blaas door bijvoorbeeld stenen, infectie of een tumor.

Een andere urodynamische bevinding bij oudere patiënten is detrusoroveractiviteit met verminderde blaascontractiliteit. Deze patiënten hebben onwillekeurige detrusorcontracties, maar moeten wel persen om hun blaas te ledigen. Klinisch hebben deze patiënten symptomen van urge-incontinentie met verhoogd residuvolume.

De kern

- ▶ Urine-incontinentie komt bij ouderen veel voor, maar men gaat er niet snel mee naar de huisarts.
- ▶ Het is veelal goed mogelijk de urine-incontinentie te diagnosticeren en te behandelen, en dit kan de kwaliteit van leven aanmerkelijk verbeteren.
- ▶ Een effectieve aanpak vergt tijd van de huisarts en doorzettingsvermogen van de patiënt.
- ▶ Het is van belang niet alleen de incontinentie zelf aan te pakken, maar ook te letten op bijkomende factoren die de incontinentie bevorderen, zoals medicijngebruik, cognitie, mobiliteit en eventuele comorbiditeit.

Stressincontinentie

Stressincontinentie is onwillekeurig urineverlies tijdens hoesten, niezen of andere lichamelijke activiteiten die de intra-abdominale druk verhogen. De meest voorkomende oorzaak van stressincontinentie is hypermobiliteit van de urethra en blaashals als gevolg van een zwakke bekkenbodem. De verzwakking van de bekkenbodem kan zijn veroorzaakt door vaginale bevallingen of door een daling van de oestrogeenspiegel.

Gemengde incontinentie

Bij ouderen is er vaak sprake van een combinatie van stress- en urge-incontinentie. Dit noemt men 'gemengde incontinentie'.

Overloopincontinentie

Overloopincontinentie is onwillekeurig urineverlies door overvulling van de blaas. Deze patiënten hebben meestal last van veelvuldig of continu verlies van meestal kleine hoeveelheden urine. Andere symptomen zijn 'persen bij plassen', een gevoel van incomplete lediging en een slappe straal.

Overloopincontinentie kan veroorzaakt worden door een onderactieve of niet-actieve detrusor of door een obstructie van de blaasuitgang of urethra. Tekortschietende detrusoractiviteit kan het gevolg zijn van onder andere medicatie, obstipatie, neurologische aandoeningen (diabetische neuropathie, ruggenmerglaesie) of chirurgische ingrepen in het kleine bekken. De oorzaak van een obstructie is bij mannen meestal prostaathypertrofie, urethrastrictureur of obstipatie. Bij vrouwen komt obstructie zelden voor, dit kan optreden na een incontinentieoperatie, bij obstipatie of bij een zeer forse cystokèle of uterusprolaps.

Functionele incontinentie

Indien onwillekeurig urineverlies veroorzaakt wordt door buiten de lagere urinewegen gelegen factoren spreekt men van functionele incontinentie. Artrose, spierzwakte en handproblemen kunnen ouderen beletten zelf uit bed te komen, naar het toilet te gaan, de kleding los te maken en te gaan zitten om te plassen. Ook stoornissen in de communicatie en de cognitie kunnen tot functionele incontinentie leiden.

De diagnostiek

Hulpvraag en anamnese

Slechts ongeveer de helft van de ouderen met incontinentie roept de hulp in van de huisarts.⁸ Een reden hiervoor is dat veel ouderen slecht geïnformeerd zijn over wat incontinentie is en wat je eraan kunt doen.⁶ Ze beschouwen de aandoening als een normaal onderdeel van het ouder worden of als een gevolg van het vrouw zijn en kinderen krijgen. Vaak verwachten ze weinig van een behandeling en behelpen ze zich met opvangmaterialen. De psychosociale gevolgen van urine-incontinentie kunnen zeer verschillend zijn. Velen vinden vooral de reuk vervelend en zijn bang dat anderen hen ruiken, maar de meesten vinden een adequate manier om met de klachten om te gaan en gaan er verder niet onder gebukt. Een minderheid echter raakt ernstig gedeprimeerd en gaat zich isoleren. Omdat veel mensen niet uit zichzelf professionele hulp zoeken voor hun klachten, is het belangrijk dat de huisarts ouderen naar eventuele blaasproblemen vraagt.

In 90% van de gevallen kan de huisarts op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek de oorzaak van de urine-incontinentie vaststellen.⁹ Het kenmerkende klinische symptoom van stressincontinentie is het verlies van kleine beetjes urine bij activiteiten die de buikdruk verhogen, zoals niezen, hoesten, lachen en tillen. De patiënt voelt geen mictiedrang vóór het urineverlies. Als de verhoogde druk voorbij is, stopt ook het verlies van urine. De rest van het mictiepatroon is normaal.

Bij urge-incontinentie voelt de patiënt zo'n heftige aandrang dat hij het toilet niet meer op tijd kan bereiken. Als de mictie eenmaal op gang is gekomen, kan zij moeilijk onderbroken worden. Urge-incontinentie gaat vaak gepaard met andere klachten, zoals frequente mictie en nycturie. Pijn wijst meer in de richting van een infectie. Het kan zijn dat de patiënt vaak naar het toilet gaat om incontinentie te voorkomen, maar als de frequente mictie plaatsvindt vanwege de aandrang, wijst dat op detrusorinstabiliteit.

Bij het symptoom nycturie is het van belang hoe lang de betrokkene slaapt. Iemand kan 's nachts wakker worden en dan uit gewoonte naar het toilet gaan, en veel ouderen moeten 's nachts meerdere malen plassen zonder dat er sprake is van pathologie. Daarnaast kan nycturie ook metabole en cardiale oorzaken hebben.

In de anamnese van ouderen met incontinentie moet de huisarts niet alleen aandacht besteden aan de mictie zelf, maar ook aan de ernst en gevolgen van het probleem voor het zelfstandig functioneren en aan het cognitief functioneren, de mobiliteit en de communicatie. Tot slot moet men gericht op zoek gaan naar aandoeningen die incontinentie kunnen veroorzaken en naar eventuele bijwerkingen van de gebruikte medicatie.⁹ Tabel 1 geeft een overzicht.

Lichamelijk en aanvullend onderzoek

Het urinesediment van mevrouw A is schoon. Haar nuchtere glucose is 12,7 mmol/l. Bij de laatste diabetescontrole bleek de glucose ook al hoog. Het onderzoek van de buik en het gynaecologisch onderzoek leveren geen afwijkende bevindingen op. Er zijn geen tekenen van een atrofische vaginitis.

Tabel 1 Factoren bij incontinentie⁷

Mogelijk reversibele factoren	condities omgeving voeding comorbiditeit medicatie	delier, fecale impactie, depressie, urineweginfectie, oedeem, chronisch hoesten beperkte motoriek, moeilijke toegang toilet, beperkingen door kleding, visuele beperkingen excessieve inname van cafeïnehoudende dranken, vruchtensap, zoetstoffen of andere blaasprikkelende stoffen (toename van onwillekeurige blaascontracties) diabetes, CVA, Parkinson, andere neurologische aandoeningen diuretica (piekdiurese); antiparkinsonmiddelen, spasmolytica, antihistaminica en andere anticholinergica (relaxatie van de blaas), calciumantagonisten (relaxatie van de blaas); antipsychotica; tricyclische antidepressiva (relaxatie van de blaas); hypnotica, tranquillizers (verminderde mobiliteit)
Andere factoren	condities abnormale bloedwaarden	pijn; excessieve of inadequate urineproductie, atrofische vaginitis, carcinoom van blaas of prostaat, urethra-obstructie, aandoening van hersenen of ruggenmerg verhoogd glucose of calcium

Mevrouw A kan voor haar leeftijd goed uit de voeten. Als er al beperkingen zijn dan worden deze eerder veroorzaakt door haar adipositas dan door stoornissen in het bewegingsapparaat.

Het lichamenlijk onderzoek richt zich op het opsporen van relevante aandoeningen binnen en buiten de urinewegen. Bij iedere incontinentie patiënt dient men te onderzoeken of er sprake is van een urineweginfectie.

Onderzoek het abdomen en let daarbij met name op littekens van chirurgische ingrepen, abnormale weerstanden, suprapubische drukpijn en een palpabele blaas. Bij vrouwen adviseren we om een vaginaal toucher en speculumonderzoek te doen. Let daarbij op tekenen van een atrofische vaginitis en vraag de patiënte de bekkenbodemspieren aan te spannen. Kijk of er sprake is van een uterusprolaps of van een cysto- of rectokèle en controleer tot slot of er tumoren, abnormale zwellingen, fistels, fluor of tekenen van infectie aanwezig zijn. Bij mannen kan men met behulp van rectaal toucher controleren of de patiënt de bekkenbodem kan aanspannen. Ook beoordeelt men de prostaat: heeft deze een onregelmatig oppervlak en consistentie, dan kan dat wijzen op een prostaatacarcinoom. De grootte is van minder belang, deze correleert slecht met de mate van outflowobstructie.

Een mictiedagboek is één van de meest waardevolle onderdelen van de diagnostiek van urine-incontinentie. Het objectificeert de klachten en kan aanwijzingen geven omtrent de oorzaak. Ook geeft het een maat voor de functionele blaascapaciteit (normale waarde 300 tot 600 ml) en de mictiefrequentie (normaal 6 tot 8 keer per etmaal). In het mictiedagboek noteert de patiënt tijdstip en hoeveelheid van de mictie (gemeten met een maatbekertje), tijdstip en hoeveelheid van het urineverlies (druppels, scheutje, hele plas) en bijkomende symptomen of omstandigheden.

Bij twijfel over een urineretentie kan echoscopie van de blaas na de mictie een oplossing zijn. Echografisch kan de hoeveelheid urine in de blaas heel nauwkeurig bepaald worden. Echoscopie heeft de voorkeur boven katheterisatie vanwege de kleinere kans op complicaties zoals urineweginfecties.^{9,10} Urodynamisch onderzoek is alleen zinvol als de resultaten van invloed zijn op de behandeling, bijvoorbeeld wanneer men chirurgisch ingrijpen overweegt. Het is een belastend onderzoek, relatief duur en bij ouderen moeilijk te interpreteren.¹¹

Evaluatie

De anamnese, het lichamenlijk onderzoek, het mictiedagboek en eventueel een residubepaling bieden een goede basis om de incontinentie in kaart te brengen en een behandelplan op te stellen.

Mevrouw A heeft de kenmerkende verschijnselen van urge-incontinentie. Uit het mictiedagboek dat zij gedurende drie dagen heeft bijgehouden blijkt dat ze gemiddeld 12 keer per dag plast, 150 tot 200 cc per keer. Iedere nacht moet ze 3 keer plassen en gemiddeld verliest ze eenmaal per dag een hele plas urine. In haar voorgeschiedenis zijn de uterusextirpatie en de recidiverende urineweginfecties relevant. Beide vergroten de kans op urgeklachten. Van belang is ook haar medicatiegebruik, namelijk een snelwerkend diureticum, en de adipositas. Haar diabetes blijkt niet goed ingesteld. Het lichamenlijk onderzoek brengt geen afwijkende bevindingen aan het licht.

De behandeling

Behandeling van de incontinentie is van belang voor de kwaliteit van leven van ouderen.^{12,13} De aanpak begint bij de uitlokkende factoren:¹⁴ sanering van de medicatie en behandeling van de eventueel aanwezige obstipatie, urineweginfectie of atrofische vaginitis. Zo nodig kan men de mobiliteit verbeteren met fysiotherapie of een loophulpmiddel, de inrichting van het toilet aanpassen of een poststoel verstrekken. Kleding moet gemakkelijk te openen en te sluiten zijn. Van groot belang is dat het toilet goed bereikbaar is en voldoende hoog is.

Ook goede toiletadviezen zijn van belang. Deze houden in dat de patiënt de tijd neemt om te plassen, een goede toilethouding aanneemt en ernaar streeft om zes tot acht keer per dag te plassen. Mannen krijgen het advies om zittend te plassen.

Als de incontinentie blijft bestaan nadat de uitlokkende factoren behandeld zijn, verlegt men het accent naar het behandelen van de blaasstoornis. Opvangmaterialen kunnen de handicap aanzienlijk verminderen en ook de bevuiling van kleding en meubilair voorkomen. Speciaal incontinentiemateriaal heeft daarbij de voorkeur, omdat het vocht en geur beter absorbeert dan maandverband of inlegkruisjes. Daardoor verbetert niet alleen het draagcomfort maar neemt ook de kans op het ontstaan van huidproblemen af. De apotheek kan adviseren bij de keuze. Voor mannen is er speciaal incontinentiemateriaal ontwikkeld; in sommige situaties zijn condoomkatheters een uitkomst.

Allereerst stelt u mevrouw A gerust door haar te vertellen wat er met haar blaas aan de hand is en dat er geen ernstige aandoening aan ten grondslag ligt. U brengt de factoren in kaart die de incontinentie nadelig beïnvloeden. De hoge glucosewaarden veroorzaken polyurie en dat heeft een nadelige invloed op de urge-incontinentie. U besluit een sulfonureumderivaat aan de medicatie toe te voegen en de plastablet om te zetten in een tablet met geleidelijke werking. Omdat overgewicht vooral geassocieerd is met stressincontinentie, laat u dat even rusten.

Als laatste legt u mevrouw uit dat haar plasfrequentie verminderd moet worden door blaastraining. Daarbij benadrukt u dat het belangrijk is om consequent te oefenen en dat minimaal zes weken vol te houden.

De behandeling van urge-incontinentie

Blaastraining

Niet-medicamenteuze behandelingen zoals blaastraining zijn blijkens gecontroleerd onderzoek ook bij ouderen effectief en verdienen de voorkeur als eerstelijnsbehandeling.¹⁵ De patiënt krijgt uitleg over het hoe en waarom van de training en ontvangt de opdracht om zes weken lang het plassen overdag steeds vijftien minuten uit te stellen. Dit is in het begin erg moeilijk en het effect is pas na zes weken merkbaar, dus het is belangrijk de patiënt te motiveren het vol te houden.

Medicamenteuze behandeling en adviezen

Als niet-medicamenteuze behandelingen onvoldoende effect hebben, kan men een medicamenteuze proefbehandeling met urospasmolytica proberen. De anticholinerge bijwerkingen – met name droge mond, obstipatie en urineretentie – kunnen bij ouderen tot problemen leiden. Ouderen zijn, vanwege hun afgenomen blaascontractiliteit, gevoelig voor urineretentie door anticholinergica, maar ook andere bijwerkingen zoals verwardheid en vallen komen voor, vooral bij patiënten die al cognitief gestoord zijn. Beoordeel het resultaat na twee weken.⁷ Vaak wegen de afname van de mictiefrequentie, de minder heftige aandrang en de afname van het aantal episodes van urge-incontinentie niet op tegen de bijwerkingen en stopt de patiënt vroegtijdig met het middel. Aangetoond is ook dat koffie en alcohol de detrusorinstabiliteit versterken.¹⁵ Adviseer daarom de inname van deze blaasprikkende stoffen te beperken.

De behandeling van stressincontinentie

Bekkenbodemspieroefeningen

Stressincontinentie komt bij mannen zelden voor, in feite alleen postoperatief na beschadiging van de sfincter. Stressincontinentie treft dus in hoofdzaak vrouwen. Oudere vrouwen lijden meestal aan gemengde incontinentie. Het basisprincipe van de behandeling is het terugbrengen van het blaas-urethragebied binnen de abdominale invloedssfeer. De patiënt krijgt instructies hoe de bekkenbodemspieren correct aan te spannen. Vervolgens moet de patiënt deze oefening ten minste vijf keer achter elkaar doen, tot een totaal van vijftig keer per dag. Hoe beter men oefent, hoe beter de resultaten. Het is belangrijk te vermelden dat het effect pas na zes weken merkbaar is en pas na drie maanden optimaal

is. Als het de patiënt niet lukt de juiste spieren aan te spannen, schakelt men de (bekken)fysiotherapeut in.

Andere behandelingsopties

Er is geen bewijs dat oestrogenen, lokaal of systemisch, effectief zijn ter behandeling van urine-incontinentie.¹⁶

In geval van een prolaps of cystokèle kan een pessarium effectief zijn. Een pessarium kan ook een positief effect hebben zonder dat er een prolaps aanwezig is: de ring ondersteunt de blaashals. Nadeel is dat een pessarium de vaginale afscheiding doet toenemen en soms een drukulcus veroorzaakt in de fornix posterior. Het appliceren van een vaginale oestrogeenbevattende crème is dan aangewezen. Bij een forse prolaps tot in of voorbij de introïtus moet eerst de prolaps behandeld worden voordat men eventueel met bekkenbodemspieroefeningen begint.



Foto: Ronald Roozen

Tot slot kunnen patiënten worden geopereerd. Er is een groot aantal operaties beschreven ter behandeling van stressincontinentie bij de vrouw. De meest gangbare is de colposuspensie (burchoperatie), met een langetermijnsucces van 55 tot 90%.¹⁷ Een operatie is echter voor ouderen meestal een hele ingreep. De laatste jaren zijn er minder invasieve ingrepen geïntroduceerd: de *tension-free vaginal tape* (TVT) of de *tension-free obturator tape* (TOT). De resultaten op korte termijn zijn veelbelovend, maar op langere termijn nog onvoldoende duidelijk.¹⁷

De behandeling van gemengde incontinentie

Omdat bij gemengde incontinentie de urgecomponent meestal het hinderlijkst is, start men de behandeling gewoonlijk met blaastraining en worden daaraan op een later moment bekkenbodemspieroefeningen toegevoegd. Bij cognitieve stoornissen zullen zulke specifieke oefentherapieën niet uitvoerbaar zijn. Voor deze patiënten blijkt het zinvol om ze aan te leren bij aandrang meteen te gaan plassen en/of ze op vaste momenten naar het toilet te brengen, of er nu wel of geen aandrang is.

Beschouwing

Urine-incontinentie is een veelvoorkomend probleem bij ouderen. Vaak spelen naast urogynaecologische problemen en veroudering van de urinewegen ook comorbiditeit, medicatie en functionele beperkingen een rol bij het ontstaan of verergeren van de incontinentieklachten. Een aanzienlijk deel van de betrokkenen ziet echter af van hulp omdat ze niet op de hoogte zijn van de behandelingsmogelijkheden. De voorlichting hierover zou beter kunnen.

Een goede aanpak van incontinentie vereist een uitgebreide anamnese en lichamelijk onderzoek, en de ingezette therapie moet gevolgd en zo nodig bijgesteld worden. Dit alles kost veel tijd, en die is schaars voor de huisarts. De praktijkondersteuner zou hierin een prima taak kunnen vervullen.

Er is nog veel onbekend, zowel over preventieve maatregelen als over de meest effectieve behandelingen. Er is weinig vergelijkend onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de verschillende behandelopties en de onderzoeken die bij ouderen gedaan zijn, waren met name gericht op vrouwen. Onderzoek naar de mate waarin de afzonderlijke incontinentieversterkende factoren, zoals overgewicht, medicatie en obstipatie, bijdragen aan urine-incontinentie bij ouderen en naar de effectiviteit van een interventie per factor is dringend gewenst. Dat zou het mogelijk maken om interventies tegen deze factoren preventief in te zetten.

Inmiddels is bij mevrouw A de diabetes mellitus beter ingesteld. De kortwerkende plastablet is omgezet in een langwerkend preparaat en ze heeft 6 weken lang blaastraining gedaan. Daarna heeft ze opnieuw een plasdagboek bijgehouden. Inmiddels is de mictiefrequentie teruggelopen naar 6 keer per dag en hoeft ze er 's nachts nog maar éénmaal uit om te plassen. Het gemiddelde mictievolume is opgelopen naar 250 tot 300cc. De laatste weken is er geen ongewenst urineverlies opgetreden. Mevrouw A is erg tevreden met de situatie zoals die nu is. Ze gaat weer met vertrouwen de deur uit en is niet meer constant bezig met te bedenken waar ze naar het toilet zou kunnen.

Literatuur

- 1 Brocklehurst JC. Urinary incontinence in old age: Helping the general practitioner to make a diagnosis. *Gerontology* 1990;36:S3-7.
- 2 Resnick NM. Urinary incontinence in older adults. *Hosp Pract* 1992;15:490-504.
- 3 Valk M. Urinary incontinence in psychogeriatric nursing home patients: Prevalence and determinants [dissertation]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1999.
- 4 Teunissen TAM, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Lagro-Janssen ALM. Prevalentie van incontinentie voor urine en ontlasting bij zelfstandig wonende ouderen in Nijmegen, januari 1999-juli 2001. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150:2430-4.
- 5 Lagro-Janssen ALM. Incontinentie voor urine bij oudere patiënten: Welke mogelijkheden in de huisartsenpraktijk? In: Jansen PAF, Van der Laan J, Schols J, redactie. *Geriatricie formularium*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1996.
- 6 Lagro-Janssen ALM, Smits AJA, Van Weel C. Women with urinary incontinence: Self-perceived worries and general practitioners' knowledge of the problem. *Br J Gen Pract* 1990;40:331-4.
- 7 Abram P. Assessment and treatment of urinary incontinence. *Lancet* 2000;355:2153-8.
- 8 Teunissen TAM, Van Weel C, Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij zelfstandig wonende ouderen: Wie zoekt er hulp bij de huisarts? *Huisarts Wet* 2007;50:4-10.
- 9 Fantl JA, Newman DK, Colling J, DeLancey JOL, Keeys C, Loughery R, et al. Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. *Clinical Practice Guideline No. 2*. Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research, 1996. AHCPR Publication No. 96-0682.
- 10 Resnick NM. Noninvasive diagnosis of the patient with complex incontinence. *Gerontology* 1990;36:S8-18.
- 11 Fonda D, Woodward M, D'Astoli M, Chin WF. Sustained improvement of subjective quality of life in older community-dwelling people after treatment of urinary incontinence. *Age Ageing* 1995;24:283-6.
- 12 Wyman JJ, Pand JA, McClish DK, Harkins SW, Uebersax JS, Ory MG. Quality of life following bladder training in older women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997;8:223-9.
- 13 Lagro-Janssen ALM, Breedveldt Boer HP, Van Dongen JJAM, Lemain TJJ, Teunissen D, Van Pinxteren B. NHG-Standaard Incontinentie voor urine (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2006;49:501-10.
- 14 Godlee F, editor. *Clinical evidence. A compendium of the best available evidence for effective health care*. London: BMJ Publishing Group, 2000.
- 15 Arya LA, Myers DL, Jackson ND. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: A case-control study. *Obstet Gynecol* 2000;96:85-9.
- 16 Teunissen TAM, De Jonge E, Van Weel C, Lagro-Janssen ALM. Treating urinary incontinence in the elderly – conservative measures that work: A systematic review. *J Fam Pract* 2004;53:25-30.
- 17 Vierhout ME. Stijging van het aantal operaties wegens stressincontinentie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1704-6.