

Nieuwe Nederlandse richtlijn urine-incontinentie (2013)

Samenvatting voor patiënten

In deze folder staat informatie over onderzoeken en behandelingen bij mensen met urine-incontinentie (urineverlies).

Inleiding

Als u last hebt van urine-incontinentie, verliest u urine op momenten waarop u dit niet wilt. Veel mensen hebben last van dit probleem. Ongeveer één of twee van de vier oudere vrouwen krijgt last van urineverlies. Bij mannen is dit ongeveer één van de tien. Als u ouder wordt, wordt de kans dat u last krijgt van urineverlies groter. Dit is vaak lastig en veel mensen schamen zich hiervoor. Soms durven mensen het huis niet meer uit. De helft van de mensen met urineverlies gaat niet naar de dokter. Gelukkig kan urineverlies minder worden door bijvoorbeeld algemene adviezen, oefeningen, medicijnen of een operatie.

Deze folder gaat over behandeling in het ziekenhuis. Over de zorg bij de huisarts of fysiotherapeut is er andere informatie.

Wat is urineverlies precies?

De nieren maken urine aan, waarna de urineleiders de urine afvoeren naar de blaas. Hier wordt de urine opgeslagen. Als de blaas vol is, krijgt u het gevoel dat u moet plassen. Dit noemen we 'aandrang'. Bij het plassen ontspant de sluitspier en knijpt de blaas samen. Via de plasbuis komt de urine naar buiten.

Er zijn twee soorten urineverlies: **drang-incontinentie** (ook wel urge-incontinentie genoemd) en **inspannings-incontinentie** (ook wel stress-incontinentie genoemd).

Bij drang-incontinentie knijpt de blaas samen op momenten dat het niet goed uitkomt. U hebt dan urineverlies bij aandrang, bijvoorbeeld op weg naar het toilet. Drang-incontinentie kan voorkomen bij ziekten van het zenuwstelsel, zoals multiple sclerose, een dwarslaesie of spina bifida. Soms komt urineverlies voor bij aandoeningen die de blaas prikkelen, zoals blaasstenen, tumoren, poliepen of infecties. U kunt ook drang-incontinentie krijgen door vernauwing van de plasbuis, bijvoorbeeld bij een vergrote prostaat. En vaak is er geen duidelijke oorzaak voor drang-incontinentie.

Bij **inspannings-incontinentie** hebt u urineverlies bij hoesten, niezen, persen en andere inspanningen. Vaak gaat het om kleine beetjes urineverlies. Vrouwen die kinderen hebben gekregen, hebben een grotere kans op inspannings-incontinentie. Mannen krijgen soms inspannings-incontinentie na een operatie aan de prostaat, vooral als de hele prostaat is weggehaald vanwege prostaatkanker.

Sommige mensen krijgen beide vormen van urineverlies. Dit heet **gemengde incontinentie**.

Urineverlies is vaak goed te behandelen. U kunt hiervoor terecht bij de uroloog of gynaecoloog.

Onderzoek bij de uroloog of gynaecoloog

De uroloog of gynaecoloog vraagt u meestal om een plasdagboek bij te houden. Dit is een formulier waarop u bijhoudt hoeveel u drinkt, hoeveel u plast en wanneer u urine verliest. Het is belangrijk dat u dit plasdagboek tenminste drie dagen bijhoudt.

De uroloog of gynaecoloog vraagt of u drang-incontinentie of inspannings-incontinentie hebt. Ook vraagt de arts naar uw voorgeschiedenis en gebruik van medicijnen. Bij vrouwen is het aantal bevallingen belangrijk.

De arts kijkt bij lichamelijk onderzoek naar uw buik en bij het inwendig onderzoek bij vrouwen naar de spieren aan de onderkant rond de vagina. Dit is de bekkenbodem. Misschien vraagt hij of u wilt hoesten of persen. Zo kan hij zien of u inspannings-incontinentie hebt.

Met een urinetest onderzoeken we of u een blaasontsteking hebt. Verder doet u een plastest (uroflowmetrie), waarbij u op een speciaal toilet plast. Hiermee kunnen we de kracht van de urinestraal meten. Na het plassen meten we met een echoapparaat hoeveel urine er in de blaas is achtergebleven.

De uitkomsten van het plasdagboek, vraaggesprek, lichamelijk onderzoek, urineonderzoek en de plastest geven veel informatie. Vaak kan de arts dan al een advies geven over behandeling. Maar soms is meer onderzoek nodig.

Een voorbeeld hiervan is het blaasfunctie-onderzoek (urodynamisch onderzoek). Bij dit onderzoek worden er slangetjes ingebracht in de blaas en de endeldarm. Als de blaas wordt gevuld met water, meten we de druk in de blaas en de darm. Tijdens het plassen meten we de stroomsnelheid en de druk in de blaas. Zo onderzoeken we hoe de blaasspier en de sluitspier werken.

Een ander onderzoek is een luiertest (padtest). U draagt dan een inlegger of luier voor een vaste periode, bijvoorbeeld 1 uur of 24 uur. Daarna wordt deze gewogen en kunnen we precies meten hoeveel urineverlies u hebt gehad.

Behandelingsmogelijkheden

Nog geen medicijnen of operatie

Meestal begint de uroloog of gynaecoloog met eenvoudige maatregelen, voordat hij medicijnen voorschrijft of aan een operatie denkt.

Andere ziekten

De arts kijkt eerst naar andere ziekten. Veel ziekten kunnen de oorzaak zijn van urineverlies, of het urineverlies erger maken. Voorbeelden hiervan zijn hartfalen, nierfalen, suikerziekte, chronische longziekten (COPD), ziekten van het zenuwstelsel, beroertes, dementie en slaapstoornissen. Als we deze ziekten behandelen, verbetert soms ook het urineverlies.

Een aandoening die bijvoorbeeld vaak tegelijk met urineverlies voorkomt, is verstopping van de darmen (obstipatie). Mensen met obstipatie hebben minder vaak dan om de dag ontlasting. Ook is de ontlasting vaak hard. Door de behandeling van obstipatie kan het urineverlies verbeteren.

Leefstijl

Leefstijl kan ook invloed hebben op urineverlies. Mensen met overgewicht hebben vaker inspannings-incontinentie. Door af te vallen, kunt u minder last hebben van urineverlies. Het is niet bewezen dat roken meer kans geeft op urineverlies. Toch zal u uw arts u altijd adviseren om te stoppen met roken. Stoppen met roken is beter voor de algemene gezondheid.

Veel koffie drinken kan leiden tot meer aandrang. Als u minder koffie drinkt, kan overmatige aandrang verbeteren. Ook is het belangrijk om niet te veel of juist te weinig te drinken. Tussen de 1,5 en 2,5 liter per dag drinken is normaal.

Medicijnen

Medicijnen kunnen soms urineverlies veroorzaken of verergeren. De arts bekijkt of de medicijnen die u gebruikt, kunnen worden aangepast.

Opvangmaterialen en hulpmiddelen

De arts kan u advies geven over opvangmaterialen (luiers en verbanden). Goed opvangmateriaal kan het urineverlies minder vervelend maken. Mannen kunnen een condoomkatheter gebruiken. Dit is een condoom met een slang en een opvangzak.

Mensen die niet goed uitplassen en teveel urine in de blaas achterhouden, kunnen leren om zelf de blaas met een slangetje leeg te maken (zelfkatheterisatie). Als andere behandelingen niet mogelijk zijn, is soms een verblijfskatheter (permanent slangetje door de plasbuis) de beste oplossing.

Bespreek met uw arts de mogelijkheden van opvangmaterialen.

Bij vrouwen met urineverlies die ook een verzakking hebben, kan een vaginale ring of pessarium het urineverlies verminderen.

Fysiotherapie

Voor mensen met inspannings-incontinentie of gemengde incontinentie kan bekkenfysiotherapie helpen het urineverlies te verminderen. Bij bekkenfysiotherapie worden de spieren van de bekkenbodem (sluitspier) getraind zodat de plasbuis beter afsluit. Bekkenfysiotherapie heeft geen bijwerkingen. Urineverlies komt vaak voor tijdens en na de zwangerschap. Urineverlies tijdens de zwangerschap gaat vaak vanzelf weer over en hoeft niet altijd behandeld te worden. Bekkenfysiotherapie tijdens of kort na de zwangerschap kan urineverlies voorkomen.

Bij mannen met inspannings-incontinentie na een prostaatoperatie kan bekkenfysiotherapie helpen om sneller weer droog te worden. Overigens werkt bekkenfysiotherapie maar kort. Dit betekent dat u meestal niet voor altijd droog blijft als u bekkenfysiotherapie hebt gehad.

Magnetische en elektrische therapie

Magnetische en elektrische therapie voor urineverlies blijkt niet voldoende te helpen. Wij raden het niet aan als behandeling.

Een vorm van elektrische stimulatie (PTNS) kan helpen bij patiënten met drangincontinentie die medicijnen niet verdragen. Door stimulatie van een zenuw bij de enkel met een naaldje wordt de blaas rustiger gemaakt.

Medicijnen bij drang-incontinentie

Drang-incontinentie wordt vaak met medicijnen behandeld. Deze medicijnen (anticholinergica) remmen de samentrekking van de blaasspier. Hierdoor verliest u minder urine. Er zijn verschillende middelen, die allemaal ongeveer dezelfde werking hebben. Voorbeelden zijn oxybutynine (Dridase®), solifenacine (Vesicare®), tolterodine (Detrusitol®), darifenacine (Emselex®) en fesoterodine (Toviaz®). Dit zijn meestal pillen. Maar soms zit het medicijn in een pleister (oxybutyninepleisters, Kentera®), of kan het in de blaas worden ingebracht met een spoeling.

De meeste van deze middelen hebben wel wat bijwerkingen. Bijwerkingen die het meest voorkomen, zijn een droge mond, verstopping (van de ontlasting of obstipatie), geheugenproblemen, hartkloppingen en wazig zien. Het is niet bewezen dat één van de genoemde middelen beter werkt of minder bijwerkingen heeft dan de ander. We weten wel dat oudere mensen vaak meer last van bijwerkingen hebben van deze medicijnen.

Medicijnen bij inspannings-incontinentie

Inspannings-incontinentie kan behandeld worden met oestrogeencrème. Dit is een crème met vrouwelijke hormonen. Oestrogeen in tabletten kunnen urineverlies juist verergeren.

Medicijnen bij nachtelijke incontinentie

Voor mensen die alleen 's nachts nat zijn, kan desmopressine (Minrin) helpen. Dit middel remt een paar uur lang de aanmaak van urine.

Operatie bij inspannings-incontinentie

Als andere behandelingen niet helpen, kunt u in overleg met de arts kiezen voor een operatie. Het is belangrijk dat u weet wat u van een operatie kunt verwachten. De arts moet de kans op genezing of verbetering in uw situatie met u bespreken, evenals het risico op complicaties en bijwerkingen.

Als u stopt met roken, is de kans op het slagen van een operatie mogelijk groter. Als u te zwaar bent, kan afvallen de kans op genezing of verbetering vergroten.

Mogelijkheden voor vrouwen met inspannings-incontinentie

Kunststof bandje

Bij vrouwen met inspannings-incontinentie kan de arts een kunststof bandje onder de plasbuis brengen. Dit is een kleine operatie, die uitgevoerd kan worden met narcose, een ruggenprik of plaatselijke verdoving. Het kunststof bandje ondersteunt de plasbuis en vermindert urineverlies. Er zijn verschillende soorten kunststof bandjes. Complicaties die u hierbij kunt krijgen, zijn: beschadiging van de blaas, niet goed kunnen uitplassen en pijn.

Er worden steeds nieuwe kunststof bandjes ontwikkeld. De meest gebruikte bandjes zijn de TVT en de TVT-O/TOT. Deze geven het beste resultaat.

Ophangoperatie

Soms kunnen we geen kunststof bandje plaatsen. Bijvoorbeeld vanwege een eerdere operatie. Dan kan er een operatie gedaan worden, waarbij met een zogenoemde bikinisdere in de buik de plasbuis wordt opgehangen aan het schaambeentje. Dit heet een operatie volgens Burch.

Ook kan de chirurg een reepje van de bekleding van de eigen buikspier onder de plasbuis door halen. Dit heet een fasciesling operatie. Na deze operatie is het uitplassen vaak moeilijker, waardoor er na het plassen urine in de blaas kan achterblijven.

Deze operaties zijn iets groter dan de operatie met het kunststof bandje.

Bulkinjectie

Een andere mogelijkheid is een bulkinjectie. Hierbij spuit de arts met een naald een gelei in de wand van de plasbuis. Hierdoor sluit de plasbuis beter af. Het is een kleine ingreep waarvoor geen verdoving nodig is. Het nadeel is dat het meestal na een tijdje niet meer werkt. Dan kunnen de injecties wel weer herhaald worden.

Kunstsluitspier

Sommige patiënten blijven last houden van urineverlies na een operatie. Een volgende operatie geeft meer kans op complicaties. Ook is de kans van slagen dan kleiner. Soms kan een kunstsluitspier (sfincterprothese) ingebracht worden. Dit wordt niet in alle ziekenhuizen gedaan. Na enige tijd kan de kunstsluitspier kapot gaan en moet het systeem vervangen worden.

Ballonnetje

Een andere mogelijkheid is om een soort ballonnetje naast de plasbuis in te brengen (ACT). Dit werkt niet altijd goed. Het ballonnetje moet nogal eens bijgevuld worden.

Mogelijkheden voor mannen met inspannings-incontinentie

Bulkinjectie

Bij mannen met inspannings-incontinentie kan een bulkinjectie gedaan worden. Hierbij wordt een gelei in de wand van de plasbuis gespoten. Dit is een kleine ingreep en het werkt niet bij ernstig urineverlies. Ook wordt de werking na een tijdje vaak minder. Dan kunnen de injecties wel weer herhaald worden.

Kunststof bandje

Ook bij mannen kan een kunststof bandje ingebracht worden (male sling). Na bestraling werken de bandjes minder goed. Bij ernstig urineverlies werken bandjes ook onvoldoende.

Kunstsluitspier

Als een kunststof bandje niet voldoende helpt, kan beter voor een kunstsluitspier gekozen worden (sfincterprothese). Dit wordt niet in ieder ziekenhuis gedaan. Na enige tijd kan de kunstsluitspier kapot gaan en moet het systeem vervangen worden.

Ballonnetje

Een andere mogelijkheid zijn ballonnetjes die naast de plasbuis ingebracht worden (ProACT). Deze werken niet altijd. Het ballonnetje moeten vaak bijgesteld of vervangen worden. Na bestraling zijn de ballonnetjes niet geschikt.

Operatie bij drang-incontinentie (vrouwen en mannen)

Soms helpen medicijnen niet genoeg voor drang-incontinentie, of ze geven te veel bijwerkingen.

Botox

Dan kan gekozen worden voor Botox (onabotuline toxine type A). Botox is een sterke spierverslapper. Botox kan met een naaldje in de blaasspier gebracht worden. Zo wordt de blaasspier verlamd.

De Botox wordt ingebracht met een kijkoperatie. Dit kan met narcose, een ruggenprik of onder plaatselijke verdoving. De Botox werkt zes tot negen maanden lang en kan nog een keer ingebracht worden als dat nodig is. Het nadeel van Botox is dat het uitplassen vaak moeilijker wordt, waardoor er na het plassen urine in de blaas kan achterblijven.

Botox is nog niet geregistreerd als medicijn voor drang-incontinentie. Het effect van Botox op de lange termijn is nog niet bekend.

Stimulatie zenuw

Een andere mogelijkheid is elektrische stimulatie van een zenuw in de rug (sacrale neuromodulatie). Door de elektrische stimulatie van de zenuw wordt de blaas rustiger. Een klein kastje dat stroomstootjes afgeeft wordt onder de huid ingebracht. Deze behandeling wordt niet in alle ziekenhuizen gedaan.

Vergroten blaas

Als alle andere behandelingen voor drangincontinentie niet helpen, kan de blaas met een operatie vergroot worden (blaasaugmentatie). Hierbij wordt een stuk darm op de blaas gezet. Dit is een grote buikoperatie. Het nadeel is dat het uitplassen vaak moeilijker gaat. Meestal is het nodig om zelf met een katheter de blaas leeg te maken. Ook maakt het stuk darm nog slijm. Hierdoor is de urine altijd troebel. U hebt ook meer kans op blaasonsteking en het krijgen van stenen in de blaas. Ook kunnen de zouten in het bloed verstoord raken. Er is een kleine kans op het krijgen van blaaskanker.

Stoma

Een andere mogelijkheid is het aanleggen van een stoma (Bricker). Hierbij wordt een stukje darm in de buikwand gehecht. Hieruit druppelt de hele dag urine. Dit wordt opgevangen in een zakje. Ook dit is een grote buikoperatie.

Mensen die een blaasvergroting of een stoma hebben, moeten levenslang onder controle blijven. Deze grote operaties worden alleen gedaan als er echt geen andere mogelijkheid is.

Behandeling van gemengde incontinentie

Bij gemengde incontinentie worden eerst de meest vervelende klachten behandeld. Mensen met vooral drang-incontinentie krijgen medicijnen om de blaas rustiger te maken. Bekkenfysiotherapie werkt minder goed bij gemengde incontinentie dan bij inspannings-incontinentie. Ook een operatie is minder succesvol dan bij inspannings-incontinentie.

Heeft u nog vragen?

Als u nog vragen hebt over urineverlies en de behandelingsmogelijkheden, dan kunt u dit met uw arts bespreken

Deze informatiebrief is geschreven door:

Drs. P.W. (Paul) Veenboer*

Prof. Dr. J.L.H.R. (Ruud) Bosch

Dr. M.R. (Michael) van Balken

Dr. V. (Viviane) Dietz

Dr. J.F.P.A. (John) Heesakkers

Dr. P. (Paul) van Houten

Dr. E.L. (Evert) Koldewijn

R. (Rinie) Lammers MSc

Dr. L.M.O. (Laetitia) de Kort

Prof. Dr. C.H. (Huub) van der Vaart

Allen lid van de Werkgroep Richtlijn Urine-incontinentie