

Urine-Incontinentie

Translated by Henk Oosterhof, Femi Janse and Dorenda van Dijken from the Dutch Menopause Society.

The International Menopause Society is grateful for permission to adapt for global use the information sheet that was originally produced by the **Australasian Menopause Society**. The medical and scientific information provided might not be relevant to a particular woman's circumstances and should always be discussed with her own health-care provider.

www.menopause.org.au

Urine-Incontinentie

www.menopauseinfo.org

menopause
Info

International **IMS**
Menopause Society
Promoting education and research on midlife women's health



Wat is incontinentie?

Urine-incontinentie is het onvrijwillige verlies van urine. Het is een veel voorkomend probleem voor vrouwen, dat erger wordt naarmate de leeftijd vordert. 1 op de 2 vrouwen ouder dan 70 jaar heeft een vorm van urine-incontinentie. Niet iedereen die is bevallen, heeft incontinentie en vrouwen die geen kinderen hebben gehad, kunnen nog steeds last hebben van incontinentie. Urine-incontinentie kan ook worden samen gaan met een verzakking, chronische lage rugpijn of darmproblemen, waaronder fecale incontinentie. Kinderen kunnen ook last hebben van incontinentie maar dit heeft vaak een andere oorzaak.

Belangrijkste punten

- Urine-incontinentie komt vaak voor bij vrouwen
- Vrouwen kunnen stress- of aandrangincontinentie (urge incontinentie) hebben of een combinatie van beide
- Leren hoe de bekkenbodemspieren te beheersen kan helpen bij de behandeling van stressincontinentie. Sommige vrouwen hebben een operatie hiervoor nodig
- Blaastraining en vaginaal oestrogenen kunnen helpen bij aandrangincontinentie



Wat zijn de verschillende soorten incontinentie?

Er zijn twee hoofdtypen urine-incontinentie:

- Stress incontinentie
- Urge incontinentie

Stress-urine-incontinentie (SUI) komt vaker voor en treft 1 op de 5 vrouwen. Vrouwen die nooit zijn bevallen, hebben een kans van 1 op 10 om SUI te ontwikkelen, terwijl voor degenen die ooit zijn bevallen, de kans stijgt tot ongeveer 1 op 3.

Urge-urine Incontinence (UII) komt minder vaak voor bij jongere vrouwen, treft ongeveer 1 op de 30 vrouwen, maar komt vaker voor met het vorderen van de leeftijd.

Het verschil tussen het omgaan met deze twee soorten incontinentie wordt hieronder besproken.

In sommige gevallen kunnen beide soorten incontinentie bij één persoon voorkomen, hoewel de oorzaak voor elk type anders is. Dit staat bekend als gemengde incontinentie. Gemengde incontinentie treft ongeveer 1 op de 10 vrouwen.



Wat wordt beschouwd als normale blaasfunctie?

- 4-6 keer per dag plassen
- Niet meer dan één keer per nacht plassen
- Het passeren van 1-2 kopjes urine (250-500 ml) elke keer
- Plassen in een gestage stroom totdat de blaas leeg is
- In staat zijn om het plassen uit te stellen tot het uitkomt, en
- Geen urineverlies tussen toiletbezoeken



Bij een vrouw met een normale blaasfunctie trekken de spieren van de bekkenbodem samen wanneer ze fysieke activiteiten uitvoert. Deze activiteiten kunnen niezen, hoesten, sporten of een andere fysieke inspanning omvatten die de druk in de buik kan doen stijgen.

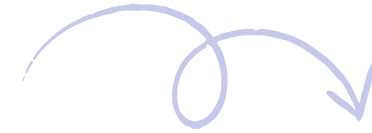
Wanneer de druk in de buik stijgt, trekken de spieren van de bekkenbodem samen, waardoor de urethra (de buis die de blaas met de buitenkant verbindt) wordt samengedrukt en de sluitspier (de spier die zich rond de urethra wikkelt om deze gesloten te houden) wordt veroorzaakt. Dit voorkomt urineverlies.

Wat veroorzaakt stress-urine-incontinentie?

Stressincontinentie is het onvrijwillige verlies van urine dat vaak verband houdt met fysieke inspanning. **Dit wordt veroorzaakt door:**

- verlies van de ondersteuning van de urethra door de spieren en ligamenten van de bekkenbodem, of
- verlies van de sterkte van de sluitspier

Wanneer de druk in de buik stijgt, betekent onvoldoende samentrekking van de bekkenbodem dat de compressie van de urethra ook onvoldoende zal zijn. Dit leidt op zijn beurt tot onvoldoende samentrekking van de sluitspier, wat resulteert in urineverlies oftewel "stressincontinentie".



Wat zijn de oorzaken aandrang urine-incontinentie?

Urge urine-incontinentie is het onvrijwillige verlies van urine geassocieerd met aandrang (zich naar het toilet moeten haasten) of niet in staat zijn om het plassen uit te stellen tot een geschikt moment. De oncontroleerbare behoefte om te plassen treedt op als gevolg van overactiviteit van de spier van de blaaswand. Het wordt geassocieerd met verhoogde urinefrequentie, urgentie en meerdere keren tijdens de nacht moeten plassen. Meestal kan het gevoel van aandrang worden geassocieerd met dagelijkse activiteiten, zoals wanneer u de sleutel in de voordeur steekt of wanneer er water loopt. Dit wordt ook wel het overactieve blaassyndroom genoemd. Sommige mensen met het overactieve blaassyndroom kunnen aandrang voelen, maar niet echt urine verliezen.

Gemengde urine-incontinentie is het onvrijwillige verlies van urine geassocieerd met zowel aandrang als fysieke inspanning, of bij niezen of hoesten.

Behandeling van stressincontinentie

Het versterken van de bekkenbodemspieren en het leren hoe ze correct samen te trekken is een belangrijke stap in het beheer van SUI. Ongeveer een op de twee vrouwen is niet in staat om hun bekkenbodem correct samen te trekken. Fysiotherapeuten gespecialiseerd in bekkenbodetherapie kunnen u helpen met een trainingsprogramma van bekkenbodemspiercontracties. Ze zullen je ook 'de kneepjes van het vak' leren. "De truc" is het samentrekken van je bekkenbodem voordat je hoest, niest of iets doet dat de druk in je buik verhoogt. De training kan u ook helpen leren hoe u de spieren van uw bekkenbodem rond het anale gebied kunt isoleren, om eventuele anale incontinentie en het ongecontroleerd laten van windjes onder controle te houden.

Behandeling van urge-incontinentie



Dit begint meestal met eenvoudige maatregelen, zoals het gebruik van vaginaal oestrogeen en het bezoeken van een fysiotherapeut voor bekkenbodempfysotherapie. Leren hoe u uw blaas opnieuw kunt trainen om grotere hoeveelheden urine vast te houden, helpt de drang om te plassen te verminderen. Het opnieuw trainen van de blaas omvat het herhaaldelijk leren samentrekken van bekkenbodemspieren en het oefenen hoe de contractie gedurende een bepaalde periode kan worden vastgehouden. Wiebelen met je tenen kan ook helpen om aandrangincontinentie te verminderen, omdat dit een signaal naar de blaas stuurt om te ontspannen. Als u overgewicht heeft, kan zelfs 5% gewichtsverlies de aandrang van de blaas aanzienlijk verbeteren. Het verwijderen van blaasirriterende stoffen kan ook helpen de aandrang te verminderen. Veel voorkomende blaasirriterende stoffen zijn alcohol, cafeïne (vooral thee en koffie) en koolzuurhoudende dranken. Als u postmenopauzaal bent, kan vaginaal oestrogeen worden voorgeschreven om te gebruiken als vaginale crème of tablet.

Oestrogeen kan het slijmvlies van de vagina, dat dunner wordt tijdens de overgang, dikker maken en kan enige vermindering van urineverlies opleveren. Het effect verdwijnt echter zodra u stopt met het gebruik van deze behandeling. De hoeveelheid oestrogeen die in het lichaam wordt opgenomen bij deze behandeling, is erg klein en wordt als veilig beschouwd. Vrouwen die borstkanker hebben gehad, moeten hun arts raadplegen om te bespreken of ze al dan niet vaginaal oestrogeen kunnen gebruiken. Het toevoegen van anticholinergische medicijnen kan helpen naast blaastraining en gewichtsverlies. Deze medicijnen zijn gericht op het verminderen van de samentrekkingen van de spier van de blaas. Een ander beschikbaar medicijn heet mirabegron. Als een proef met twee of meer medicijnen niet heeft geholpen, moet u mogelijk een specialist raadplegen die met u zal praten over andere behandelingsopties, waaronder injecties van Botulinetoxine (Botox) in de blaaswand. Percutane tibiale zenuwstimulatie (PTNS) of sacrale zenuwstimulatorimplantaten kunnen ook helpen door de aandrangsignalen van de blaas te verstoren via het proces dat bekend staat als neurologische modulatie.

Andere benaderingen voor de behandeling van stressincontinentie



Het gebruik van faeces weekmakers helpt obstipatie te voorkomen. Bij het legen van de darmen en blaas kan het ook helpen om de knieën iets hoger te tillen dan de heupen, waardoor de bekkenbodem en de buik ontspannen. Bovendien kan het vermijden van zwaar tillen helpen te voorkomen dat verhoogde intra-abdominale druk leidt tot SUI.

Sommige vrouwen kunnen mogelijk een continetiepesarium gebruiken, dat in de vagina wordt ingebracht en de blaashals ondersteunt, waardoor urineverlies wordt verminderd. Een andere niet-chirurgische optie is duloxetine, een antidepressivum dat bekend staat als een serotonine- en noradrenalineheropnameremmer (SNRI). Het kan sommige vrouwen helpen met SUI.

Uw arts kan een operatie aanbevelen als andere behandelingen niet hebben geholpen.

U kunt worden doorverwezen naar een gespecialiseerde urogynaecoloog om de voordelen en risico's van een operatie voor SUI te bespreken. De soorten chirurgie die beschikbaar zijn voor SUI omvatten urethrale vulstoffen, midurethrale slings, colposuspensie of een autologe fasciale sling. Geen van de soorten operaties die momenteel beschikbaar zijn, heeft een genezingspercentage van 100%, maar voor 80-90% van de vrouwen zal hun operatie 12 maanden na de operatie een aanzienlijke verbetering opleveren. Voor incontinentie veroorzaakt door neurologische aandoeningen, zoals multiple sclerose of dwarslaesie, moet het medische beleid worden geïndividualiseerd. Het is erg belangrijk om een nauwkeurige diagnose van SUI te hebben voordat u een chirurgische behandeling overweegt, omdat de chirurgische behandeling overactieve blaassymptomen kan verergeren. De diagnose van SUI kan worden vastgesteld met een speciale test: urodynamisch onderzoek (UDO). Dit onderzoek kan essentieel zijn voordat een operatie wordt uitgevoerd.

Uw huisarts kan beginnen met de behandeling en u indien nodig doorverwijzen naar een kliniek voor gynaecologie of urogynaecologie.