

Urinaire incontinentie wordt gedefinieerd als het ongewild verliezen van urine. De urine wordt aangemaakt in de nieren, vervolgens via de urineleiders naar de blaas afgevoerd, waar het opgeslagen wordt om dan, bij het gevoel van een volle blaas en plasdrang, geloosd te worden via de plasbuis. Het plassen op zich is een complex samenspel tussen de blaas, het ruggenmerg, de hersenen en de sluitspier. Als er op één van die niveaus een “storing” optreedt, krijgt men te maken met plasklachten, waar 1/10 vrouwen en 1/8 mannen mee te maken krijgen. Eén van die plasklachten is urinaire incontinentie.

“Urinaire incontinentie” is een vlag die vele ladingen dekt en kan verder onderverdeeld worden in “Inspanningsgebonden incontinentie”, “Aandrangincontinentie”, “Gemengde incontinentie”, “Overloopincontinentie” en “Functionele incontinentie”.

DEFINITIES

1. Inspanningsgebonden incontinentie.

Wat?

Incontinentie bij niezen, hoesten, lachen, tillen van gewichten, kortom bij inspanning. Deze vorm van incontinentie wordt ook “stressincontinentie” genoemd.

Incidentie?

Meer frequent bij vrouwen dan bij mannen. 10 % van de vrouwen krijgt er vroeg of laat mee te maken.

Oorzaak?

Slechte werking van het afsluitmechanisme van de blaas bij plotse verhoging van de druk in de blaas. Het mechanisme berust op een verzwakking van de bekkenbodemspieren en dus ook de sluitspier. Oorzakelijke factoren bij de vrouw zijn vaak zwangerschap, menopauze en overgewicht. Bij mannen komt inspanningsgebonden incontinentie soms voor na heelkundige verwijdering van de prostaat.

2. Aandrangincontinentie.

Wat?

Onwillekeurig verlies van urine nadat plots een hevige en niet te onderdrukken plasdrang werd waargenomen. Dit gaat vaak ook gepaard met frequent moeten plassen (>8 maal overdag en >2 maal 's nachts). Deze vorm van incontinentie wordt ook “urgencontinentie” genoemd.

Incidentie?

20 % van de Europese bevolking krijgt er mee te maken en het komt voor in alle leeftijdscategorieën, maar meer bij vrouwen dan bij mannen.

Oorzaak?

Onvrijwillige samentrekkingen van de blaasspier. Een normale blaas laat zich geleidelijk vullen en het gevoel van een volle blaas wordt dan ook geleidelijk ervaren. Men krijgt eerst zachte plasdrang en nadien, bij volle blaas, sterke plasdrang. De druk in de blaas blijft laag tijdens dat proces en men kiest zelf het ogenblik waarop men gaat plassen. Indien er nu onvrijwillige samentrekkingen van de blaas optreden, dan gaat men een plotse toename krijgen van het gevoel van een volle blaas met sterke aandrang tot plassen. De druk in de blaas gaat stijgen en het plassen zelf kan niet meer tegengehouden worden. Men moet hier en nu plassen.

Oorzakelijke factoren zijn dan ook vaak neurologische aandoeningen (zoals een beroerte, dementie, diabetes, Parkinson, Alzheimer, Spina Bifida, Multiple Sclerose), infecties, operaties of bestraling van het kleine bekken en prostaatlijden bij mannen.

3. Gemengde incontinentie

Wat?

Combinatie van inspanningsgebonden incontinentie en aandrangincontinentie.

4. Overloopincontinentie.

Wat?

Incontinentie door overrekking van de blaas. De blaas wordt niet meer geleidigd en loopt over. Er is een quasi continu verlies van urine.

Oorzaak?

Ofwel onmogelijkheid van de blaas om nog te kunnen samentrekken, ofwel een verstopping op de plasbuis zodat deze niet meer vlot doorgankelijk is.

Oorzakelijke factoren zijn dan ook vaak vergroting van de prostaat (bij de man), verlittekening van de plasbuis waardoor die vernauwd is, constipatie en bepaalde medicamenten.

5. Functionele incontinentie.

Wat?

Onmogelijkheid om op tijd het toilet te bereiken omwille van lichamelijke beperkingen of psychische aandoeningen.

DIAGNOSE

Om juist te weten welke vorm van incontinentie U hebt, is het noodzakelijk dat de arts U grondig ondervraagt waarbij verschillende aspecten aan bod dienen te komen.

Naast de ondervraging is ook een goed klinisch onderzoek noodzakelijk om na te gaan of er bij vrouwen geen zakking van de blaas is, of er alleen verlies is bij volle blaas, om te kijken of er verlies is bij hoesten, ... Bij mannen zal dan weer een uitgebreid prostaat-onderzoek dienen te gebeuren.

Tevens zullen verschillende technische onderzoeken noodzakelijk zijn om tot een juiste diagnose te komen, waaronder:

- Urine-analyse bij vermoeden van een urinaire infectie.
- Bloedname met bepaling van PSA bij de man.
- Echografie van de prostaat.
- Meten van de kracht van de urinestraal met een uroflowmetrie of plastest.
- Cystoscopie, waarbij met een kleine camera in de blaas gekeken wordt.
- Bijhouden van een plaskalender met duidelijke weergave van wat en hoeveel op welk uur gedronken wordt, de hoeveelheid

urine die geplast wordt en uiteraard de momenten wanneer er verlies optreedt.

- Urodynamisch onderzoek: hierbij worden in de blaas en de endeldarm sondes geplaatst om bij geleidelijk vullen van de blaas drukmetingen te verrichten in de blaas en de onderbuik.

BEHANDELING

1. Inspanningsgebonden incontinentie.

- Bepaalde wijzigingen in het gedrag zoals vermagering en rookstop kunnen de klachten reeds verbeteren.

- Bekkenbodempieroefeningen met een gespecialiseerd kinesist, waarbij controle wordt aangeleerd over de sluitspier van de blaas, hebben vaak een gunstig effect. Via www.tena.be kan online een DVD besteld worden met uitleg over deze oefeningen zodat deze eventueel thuis kunnen aangeleerd worden.

- Goede medicatie bestaat er niet voor deze vorm van incontinentie. De preparaten die op de markt zijn, zijn duur; hebben veel nevenwerkingen en geven zelden een gunstig resultaat.

- Bij falen van bovenstaande maatregelen dringt een heelkundige behandeling zich op. Men spreekt dan van "slingchirurgie" waarbij een kunststof netje onder de plasbuis wordt geplaatst via een klein sneetje in de voorwand van de vagina. Hierdoor wordt de plasbuis toegeduwd bij plotse drukverhoging in de buik (hoesten, niezen, sporten,...) en treedt er geen lekkage van urine meer op. Deze ingreep kan uitgevoerd worden onder volledige verdoving of met een ruggenprik. Na de operatie worden een sonde in de blaas en meestal ook een wiek in de vagina geplaatst die de dag nadien verwijderd worden. Als U dan goed kan plassen, kan U ook reeds de dag na de operatie het ziekenhuis verlaten.

Mogelijke complicaties zijn perforatie van de blaas en bemoeilijkte mictie. Op langere termijn is ook erosie of infectie van het netje mogelijk. Deze verwickelingen worden gelukkig slechts zelden gezien. In 3% van de gevallen is het wel mogelijk dat het urineverlies niet helemaal opgelost is, waarbij dan op latere termijn eventueel plaatsen van een 2de netje noodzakelijk kan zijn.

Zulke netjes kunnen ook geplaatst worden bij mannen met inspanningsgebonden incontinentie (veelal na prostaatoperatie voor prostaatkanker).

Indien de incontinentie te uitgesproken is, is soms het plaatsen van een kunstmatige sluitspier noodzakelijk.

2. Aandrangincontinentie.

- Bepaalde gedragswijzigingen kunnen een gunstige invloed hebben, zoals heropvoeden van de blaas door middel van uitstellen van het plassen, plassen op vaste tijdstippen, het bijhouden van een plasdagboek, beperken van vochtinname, correcte toilethouding, niet teveel koffie, thee en alcohol, zorgen voor een bereikbaar toilet.

- Medicatie vormt de hoeksteen in de behandeling van aandrangincontinentie. Er zijn verschillende producten op de markt (Oxybutynine, Ditropan, Kentera, Detrusitol, Vesicare, Emsalex, Toviaz) die allen het doel hebben de onvrijwillige samentrekking van de blaaspijper tegen te gaan. Helaas zijn deze producten relatief duur en worden ze in de meeste gevallen niet terugbetaald. Ook geven ze frekwent vervelende nevenwerkingen, zoals droge mond, constipatie, geïrriteerde ogen,...

- Bij onvoldoende verbetering met de medicatie, kan de injectie van Botulinum toxine rechtstreeks in de blaaspijper overwogen worden. Dit is een spierverslapper. Deze behandeling dient onder narcose te gebeuren en het gebruikte product is zeer duur. Na 6-9 maanden moet de behandeling herhaald worden en een vervelende nevenwerking is het niet meer kunnen ledigen van de blaas waarvoor dan tijdelijk blaassondage noodzakelijk is.

- Bij zeer hardnekkige blaasoveractiviteit die niet beantwoordt aan de hoger beschreven behandelingen kan tenslotte zenuwstimulatie overwogen worden. Daarbij wordt dan een soort pacemaker geïmplanteerd die bepaalde zenuwen thv het heiligbeen gaat stimuleren om zo de blaaswerking te normaliseren.

3. Gemengde incontinentie.

Uiteraard is hier een combinatie van behandelingen noodzakelijk beschreven onder 1 en 2.

4. Overloopincontinentie.

In eerste instantie is het noodzakelijk om de blaas te ledigen dmv het aanbrengen van een sonde via de plasbuis of langs de buik. In tweede instantie dient dan de onderliggende oorzaak behandeld te worden.

5. Functionele incontinentie.

Zorg voor een gemakkelijk bereikbaar toilet. Indien nodig kan ook opvangmateriaal overwogen worden.

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT URINAIRE INCONTINENTIE



UROLOGIE

Dr. Joost A. Baert - Dr. Marc Claessens
Dr. K. Robert Hente - Dr. Geert G. Tailly

AZ KLINA - Augustijnslei 100, 2930 Brasschaat
SECRETARIAAT UROLOGIE - T: 03/650.50.56
www.urologiena.com