

Urine-incontinentie: bandje werkt beter dan fysiotherapie

Ongeveer een kwart van de vrouwen boven de 45 jaar verliest wel eens onwillekeurig urine. Maar 60-70% van hen zoekt geen hulp. De verschillende behandelopties zijn bij patiënt en professional vaak onvoldoende bekend. Gynaecoloog Huub van der Vaart vertelt over de mogelijkheden bij stress-, aandrang- of gemengde urine-incontinentie.

Auteurs
**Cindy Reinders
en Frits Baltesen**

Urine-incontinentie bij vrouwen is een veelvoorkomende aandoening. Uit een steekproef onder tweeduizend vrouwen tussen 45 en 80 jaar bleek dat een kwart van hen wel eens onwillekeurig urine verliest. Maar ook bij vrouwen jonger dan 45 jaar komt het voor, zij het in mindere mate. Dat vertelt gynaecoloog dr. Huub van der Vaart die werkzaam is bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht en Bergman Clinics Vrouwenzorg, voorheen bekend als Alant Vrouw. Van der Vaart wilde met de oprichting van deze kliniek – gespecialiseerd in de behandeling van bekkenbodemplachten – de drempel verlagen om hulp te zoeken voor urine-incontinentie. Hij schat dat 60-70% dat niet doet, uit schaamte. Of door onwetendheid van mogelijke behandelingen bij zowel patiënten als professionals. De behandeling hangt af van het type urine-incontinentie: stress-, aandrang- of gemengde incontinentie.

Stressincontinentie

Wanneer onwillekeurig urineverlies optreedt tijdens fysieke inspanning, hoesten of niezen, is er sprake van stressincontinentie oftewel inspanningsincontinentie. Het mechanisme dat de blaas afsluit bij intra-abdominale drukverhoging schiet dan tekort.

“Vooral door vaginale bevallingen – na een keizersnede zien we het minder – kan het bindweefsel dat de urethra ondersteunt, beschadigd raken”, aldus Van der Vaart.

“We zien het in mindere mate ook door de zwangerschap.” Andere oorzaken zijn over-

gewicht, chronisch hoesten en operaties in het kleine bekken [1].

In de huidige richtlijnen – de NHG-Standaard *Incontinentie voor urine* en de tweede-lijns *Richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen* [1,2] – is bekkenfysiotherapie eerste keus.

Van der Vaart: “Maar de resultaten hiervan zijn wisselend, zeker op de lange termijn.

Heeft iemand wel baat bij training, dan verwatert dat vaak gaandeweg.” Tweede keus is een chirurgische ingreep waarbij een spanningsvrij kunststof vaginaal bandje (zoals TVT of Ajust) onder de urethra wordt

Dagvergoeding voor incontint

De KNMP ontvangt de laatste tijd signalen van apothekers dat ze geld moeten toelagen op het leveren van incontinentiematerialen. Om een patiënt een jaar lang incontinentiemateriaal te leveren, ontvangt de apotheker meestal een kleine €20, schat Hans Grobden, manager zorgverzekeraars bij Mediq Apotheken. “Dat is weinig. Van de andere kant: een apotheker kan ook besluiten deze service niet te geven en geen overeenkomst aan te gaan.” De verdiensten voor de apotheker hangen onder meer af van de bezorgkosten, want vaak moet het incontinentiemateriaal thuis worden gebracht. Dat maakt het moeilijk te bepalen hoe hoog de dagvergoeding moet zijn.

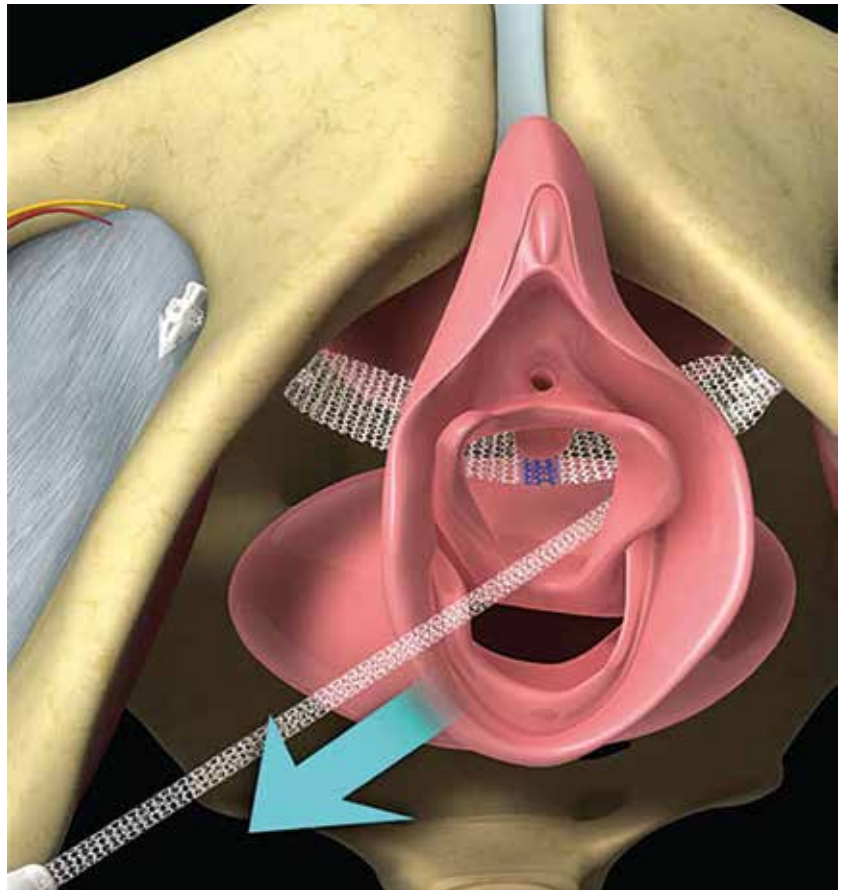
**60-70%
VAN DE
VROUWEN
ZOEKT GEEN
HULP, UIT
SCHAAMTE**

geplaatst. Van der Vaart benadrukt dat deze bandjes niet hetzelfde zijn als de bekkenbodematjes voor verzakkingen waarover onlangs ophef ontstond door soms ernstige, irreversibele complicaties zoals verklevingen.

Eerste keus

Volgens Van der Vaart zou zowel bekkenfysiotherapie als chirurgie eerste keus moeten zijn. “De arts zal samen met de patiënt besluiten – *shared decision making* – welke behandeling het beste bij haar past.”

In een studie vergeleek hij beide behandelingen bij 460 vrouwen met matige tot ernstige urine-incontinentie [3]. Van de 230 vrouwen bij wie een bandje werd geplaatst, meldde 90% een duidelijke verbetering na de studieduur van een jaar. 65% van hen werd helemaal droog. Van de 230 vrouwen die startten met bekkenfysiotherapie liet de helft zich binnen het jaar alsnog opereren. Van de vrouwen die alleen bekkenfysiotherapie ondergingen, was 37% tevreden. Van der Vaart: “Het effect van bandjes ligt dus beduidend hoger dan dat van bekkenfysiotherapie, ook op de langere termijn. Uit een Scandinavische studie onder zeventig vrouwen bleek het bandje na zeventien jaar nog effectief bij 90%, zonder bijwerkingen [4]. Het nadeel van een operatie is de kans op (milde) complicaties, zoals een over-



HET SPANNINGSVRIJE KUNSTSTOF BANDJE (AJUST, REGISTERED TRADEMARK OF C.R. BARD) WORDT NA PLAATSIING IN DE RICHTING VAN DE PIJL AANGETROKKEN. De afbeelding is met toestemming overgenomen van C.R. Bard.

entie zorg is voor de apotheker vaak onduidelijk

CZ was de eerste die de vergoedingssystematiek op basis van AIP vijf jaar geleden overboord zette en overging op dagvergoeding, Achmea volgde. Januari dit jaar is Menzis overgegaan en in de loop van dit jaar stapt VGZ over. Daardoor hebben de meeste apothekers te maken met de nieuwe systematiek, met de bijbehorende extra administratieve lasten en de vaak niet op voorhand te bepalen financiële consequenties. Bij de kleinere zorgverzekeraars is het nog niet duidelijk of ze overgaan op dagprijsvergoeding.

Voor de apothekers, in de meeste gevallen werkend vanuit het AIS, wordt het daarom steeds lastiger om de financiële afhandeling van dagvergoedingen in eigen beheer te doen en zicht te houden op kosten en opbrengsten.

Mediq heeft dit probleem opgelost door nauw te gaan samenwerken met het in hulpmiddelenzorg gespecialiseerde zusterbedrijf Mediq CombiCare.

Mediq vindt dat de apotheken betrokken moeten blijven bij de aflevering van hulpmiddelen. Daardoor kunnen patiënten aan dezelfde balie genees- en hulpmiddelen halen en hierover vragen stellen. Wel stelt Grobben vast dat zorgverzekeraars en apothekers vooraf beter moeten afstemmen welke gevolgen de overgang op een andere vergoedingssystematiek zal hebben en hoe de betrokken partijen (ook verzekerden) hiervan op de hoogte worden gesteld. Grobben: “Dat zal veel vragen en discussies aan de balie voorkomen.”

DE ARTS BESLUIT SAMEN MET DE PATIËNT WELKE BEHAN- DELING HET BEST PAST

actieve blaas (4%) en moeite met uitplassen (4%).”

Voor duloxetine – het enige geneesmiddel geregistreerd voor matige tot ernstige stress-urine-incontinentie bij vrouwen – is volgens Van der Vaart geen plaats doordat er weinig ervaring mee is. De geregistreerde doseringen voor deze indicatie (tweemaal daags 20-40 mg) zijn in Nederland niet op de markt en de vergoeding is een probleem.

Aandrangincontinentie

Bij aandrangincontinentie oftewel urgency-incontinentie treedt onwillekeurig urineverlies op tijdens of direct voorafgaand aan een plotse, onhoudbare mictiedrang. “Vaak is de oorzaak onbekend, soms ligt er een blaasontsteking aan ten grondslag of een overactieve (hypertone) bekkenbodem. Wanneer deze te veel wordt aangespannen, moet de blaas harder werken”, vertelt Van der Vaart.

De eerste stap van de behandeling bestaat uit fysiotherapie: blaastraining of relaxatetherapie. Bij onvoldoende effect kan na zes weken een anticholinergicum worden toegevoegd [2]. Van der Vaart kiest vaak voor gelijktijdig starten van medicatie omdat dit sneller effect geeft, hoewel het effect van anticholinergica beperkt is. “Na zes maanden gebruikt slechts 30% het nog. Het merendeel stopt door bijwerkingen of onvoldoende effect.”

Tot de anticholinergica behoren: oxybutynine, tolterodine, solifenacine, darifenacine en fesoterodine. De laatste vier blokkeren selectief de M_3 -receptor. Dat leidt tot minder contracties van de musculus detrusor (blaaspier). Oxybutynine blokkeert ook de M_1 -receptor waardoor anticholinerge bijwerkingen zoals een droge mond vaker optreden dan bij de selectievere middelen [5].

Bij ouderen is terughoudendheid met anticholinergica geboden.

Sinds kort is mirabegron (Betmiga) – een selectieve β_3 -agonist – beschikbaar. Stimulatie van de β_3 -receptor leidt tot relaxatie van het gladde spierweefsel van de blaas. Anticholinerge bijwerkingen treden hierbij niet op [5]. Van der Vaart: “Mirabegron is een nieuw geneesmiddel waar we voorzichtig mee moeten zijn. Op dit moment passen wij

het toe als tweede keus – bijvoorbeeld bij patiënten die onvoldoende reageren op anticholinergica of er bijwerkingen van krijgen – totdat wij meer weten over langetermijneffecten en -resultaten.”

Wanneer zowel fysiotherapie als medicatie tot onvoldoende resultaat leidt, kan een blaasfunctie-onderzoek worden verricht. Bij een normale activiteit tot lichte overactiviteit van de blaaspier komt percutane tibiale zenuwstimulatie (PTNS) in aanmerking, gedurende een aantal weken. Ter hoogte van de enkel wordt de nervus tibialis posterior (onderbeenzenuw) elektrisch gestimuleerd.

Bij hyperactiviteit van de blaaspier kan botulinum toxine intravesicaal worden ingespoten. Het remt de afgifte van acetylcholine waardoor een irreversibele blokkade bij de motorische eindplaatjes ontstaat. De musculus detrusor wordt gedurende ongeveer zes maanden verslapt of verlamd [5]. Dat leidt volgens Van der Vaart bij ongeveer 10% van de patiënten tot urineretentie waardoor drie tot vier keer per dag zelf katheteriseren nodig is. “Maar voor patiënten met een refractaire vorm die de deur niet meer uit durven, kan dit een verbetering zijn.”

Gemengde incontinentie

Bij gemengde incontinentie is zowel sprake van stress- als aandrangincontinentie. De vorm die het meest op de voorgrond staat, wordt als eerste behandeld. Van der Vaart: “Maar bij het behandelen van stressincontinentie bij de gemengde vorm zijn we terughoudender met opereren vanwege het risico op een overactieve blaas.” ■

Zie voor de literatuurreferenties de digitale versie van dit artikel op pw.nl.



BIJ OUDEREN IS TERUGHOUDENDHEID MET ANTICHOLINERGICA GEBODEN

MIRABEGRON IS EEN NIEUW GENEESMIDDEL VOOR DE BEHANDELING VAN AANDRANGINCONTINENTIEZONDER ANTICHOLINERGE BIJWERKINGEN.

- 1 NHG-Standaard Incontinentie voor urine. 2006. www.nhg.org, geraadpleegd op 25 april 2014
- 2 Richtlijn Urine-incontinentie bij vrouwen. februari 2012. www.cbo.nl, geraadpleegd 18 april 2014
- 3 Labrie, J, Berghmans, LCM, Fischer, K et al. Chirurgie of fysiotherapie voor stressincontinentie. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2014; 158(12):512-18.
- 4 Nilsson CG, Palva K, Aarnio R et al. Seventeen years' follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2013; 24(8):1265-9.
- 5 KNMP Kennisbank. Informatorium Medicamentorum, geraadpleegd 2 mei 2014