

URINE-INCONTINENTIE

Versie 1.0

Verantwoording

NVOG

Omschrijving van het probleem

Urine-incontinentie als symptoom komt voor bij meer dan de helft van de thuiswonende Nederlandse vrouwen van 45 jaar en ouder. De negatieve invloed op de kwaliteit van leven wordt bepaald door de hoeveelheid en de frequentie van optreden. De prevalentie in verschillende studies varieert tussen de 25% en 57%^{1 2 3 4}. Dagelijks optredend urineverlies wordt vastgesteld bij 5,9%; in de leeftijdsgroep boven de 60 jaar is dit 14%. Incontinentieverband wordt gebruikt door 46% van de vrouwen met urine-incontinentie. Matige tot ernstige beperking van het dagelijks functioneren door urineverlies treedt op bij 13%; boven de leeftijd van 60 jaar kan dit oplopen tot 65%. Ondanks het feit dat urine-incontinentie tot een sociale handicap kan leiden, vraagt slechts 28% hulp. De belangrijkste reden om geen hulp te vragen is het gegeven dat de klachten niet als ernstig genoeg worden ervaren⁵.

Definities

Urine-incontinentie wordt door de International Continence Society (ICS) gedefinieerd als objectief aantoonbaar ongewild urineverlies, dat een sociaal en/of hygiënisch probleem vormt⁶. Urine-incontinentie als *symptoom* heeft betrekking op de klacht van ieder ongewild urineverlies, als *teken* op de objectieve vaststelling van het urineverlies door de arts en op de instrumenten waarmee de symptomen kunnen worden geverifieerd en gekwantificeerd zoals mictiedagboek en kwaliteit-van-levenvragenlijst. Onder *urodynamische observatie* worden de waarnemingen tijdens het urodynamisch onderzoek verstaan. De *conditie* heeft betrekking op de pathofysiologie van urine-incontinentie vastgesteld op grond van de urodynamische observatie tezamen met de karakteristieke symptomen en tekens, of op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek⁶. Als uitgangspunt voor de behandeling geldt de conditie c.q. de onderliggende aandoening. De volgende symptomen van urine-incontinentie worden onderscheiden:

Stress-incontinentie als symptoom betekent ongewild urineverlies dat optreedt bij fysieke inspanning, hoesten en niezen. De hoogste prevalentie wordt gezien in de leeftijd tussen 35 en 55 jaar^{3 4 5}.

Urge-incontinentie als symptoom betekent ongewild verlies van urine voorafgegaan door een sterke aandrang tot mictie. In plaats van urge-incontinentie wordt vaak de term overactieve blaas gebruikt. De prevalentie van urge-incontinentie is tot de leeftijd van ca. 64 jaar betrekkelijk stabiel (5 à 10%).

Gemengde incontinentie als symptoom betekent ongewild verlies van urine geassocieerd met aandrang tot mictie alsook met lichamelijke inspanning, hoesten en niezen. De prevalentie bedraagt 2-10%.

Urgency is de klacht van plotseling optredende sterke aandrang tot mictie die moeilijk te onderdrukken is.

Frequente mictie of pollakisurie is de klacht van de patiënte dat ze overdag te vaak moet plassen (mictiefrequentie > 8 keer per dag).

Nocturnal enuresis is de klacht van ongewild urineverlies tijdens de slaap.

Doel van de richtlijn

Deze richtlijn beschrijft de mogelijkheden tot diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende vormen van urine-incontinentie door gynaecologen. Het opstellen van de richtlijn voor urine-incontinentie wordt bemoeilijkt door het ontbreken van wetenschappelijke evidentie over de diagnostiek van urine-incontinentie en - in mindere mate - over de behandeling. Dit heeft tot gevolg dat in de paragraaf 'Analyse van de beschikbare kennis' de aanbevelingen vaak niet zijn gebaseerd op wetenschappelijke studies maar veelal op de mening van deskundigen⁷.

Huisartsen hebben een eigen (NHG) standaard⁸, evenals de urologen (NVU)^{9 10} en de fysiotherapeuten (KNGF)¹¹. Voor voorlichtingsaspecten over urine-incontinentie wordt verwezen naar de brochure *Bekkenbodempromblematiek* van de NVOG-Commissie Patiëntenvoorlichting¹².

Analyse van de beschikbare kennis

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

Diagnostiek

De klinische beoordeling van een patiënt met ongewild urineverlies begint met een gedetailleerde anamnese en lichamelijk onderzoek. De validiteit van de anamnese bij de diagnostiek van incontinentie is in een groot aantal studies onderzocht. Stress-incontinentie als dominant symptoom heeft een positief voorspellende waarde voor urodynamische stress-incontinentie van gemiddeld 70% (dit varieert in de literatuur tussen de 56% en 86%)¹³.

De positief voorspellende waarde van urge-klachten (urgency, frequency en urge-incontinentie) voor detrusoroveractiviteit bedraagt 54%^{14 15}. Omdat de anamnese vaak onvolledig en subjectief is, wordt aangeraden deze aan te vullen met een klinische vragenlijst die als meet- of diagnostisch classificatie-instrument kan worden gebruikt¹⁶ (addendum 1 en 2). Dit geldt ook voor het mictie/incontinentiedagboek, dat inzicht geeft in de mictiegewoonten en de frequentie van het urineverlies¹⁷. Het lichamelijk onderzoek omvat buikonderzoek, gynaecologisch onderzoek voor de beoordeling van de mobiliteit van de vaginavorwand, urethrovesicale overgang inclusief de urethra, evenals het objectiveren van onwillekeurig urineverlies tijdens stress, b.v. hoesten met redelijk gevulde blaas. Bij verdenking op neurologische afwijkingen wordt het onderzoek aangevuld met sensibiliteitsonderzoek van de S2-S4-dermatomen. Tevens worden de mate van prolaps en kwaliteit van de bekkenbodem zo goed mogelijk geobjectiveerd. Er zijn verschillende prolapsclassificatiesystemen. Een veel gebruikt classificatiesysteem is het halfway-profiel van Baden en Walker¹⁸ (addendum 3). In 1996 heeft de ICS een semikwantitatief meetsysteem geïntroduceerd voor standaardisatie en classificatie van het gynaecologisch onderzoek bij bekkenbodembifunctie (Pelvic Organ Prolapse Quantification: POP-Q)¹⁹ (addendum 3). Aanbevolen wordt om een vaginale prolaps volgens dit internationaal geaccepteerde POP-Q-systeem te beoordelen en te beschrijven.

Bij een forse genitale prolaps kan er een gemaskeerde stress-incontinentie bestaan die lastig te objectiveren is²⁰.

Anamnese en lichamelijk onderzoek worden aangevuld met residumeting na mictie en urinesediment.

Bij twijfel over de ernst van het urineverlies kan met de verbandweegtest - z.g. padtest - het urineverlies worden geobjectiveerd en de mate van urineverlies worden gekwantificeerd^{21 22}.

Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek wordt aanbevolen in de volgende situaties:

- bij onzekerheid omtrent de aard van de incontinentie,
- indien een operatieve ingreep wordt overwogen (bewijskracht D),
- bij recidief-incontinentie na voorgaande operatie,
- bij verdenking op neurologische afwijkingen.

Urodynamisch onderzoek (UDO)

Het urodynamisch onderzoek heeft tot doel beter inzicht te krijgen in de onderliggende conditie en daarmee voor de patiënt de juiste behandeling van de incontinentie te kunnen kiezen.

UDO omvat meerdere functietesten: niet alle testen zijn noodzakelijk om de oorzaak van de incontinentie vast te stellen. Ondanks het belang dat wordt toegekend aan UDO is de bewijskracht voor iedere functietest afzonderlijk beperkt (bewijskracht B en C)²³. De resultaten moeten worden geïnterpreteerd in relatie met de overige klinische bevindingen. UDO dient plaats te vinden volgens de richtlijnen van de ICS; volledig UDO omvat de volgende functietesten²⁴:

- *spontane flowmetrie en residubepaling* door middel van katheterisatie of echoscopische meting;
- *vullingscystometrie*: het meten van de blaasdruk in relatie tot volume/tijd (cystometrie is een onderzoek naar detrusorfunctie: detrusorcompliantie, contractiliteit, blaascapaciteit en meting van de sterkte van onwillekeurige detrusorcontracties bij provocatietesten; deze provocatietesten kunnen tevens dienen als stresstest voor het beoordelen van stress-incontinentie);
- *urethradrukprofiel*: registratie van de afsluitdruk over de gehele lengte van de urethra, zowel statisch als dynamisch, in relatie tot de intravesicale druk;
 - ♦ *meting van de Valsalva-leakpoint pressure*: de intra-abdominale druktoename die nodig is om urineverlies te veroorzaken in afwezigheid van detrusoractiviteit,

- ♦ *detrusor-leak point pressure*: de laagste detrusordruk waarbij urineverlies optreedt in afwezigheid van een detrusorcontractie,
- *pressure flow-onderzoek*: registratie van de stroomsterkte tijdens de mictie in relatie tot detrusoractiviteit; differentiatie tussen urethra-obstructie en/of contractiliteitsstoornis van de blaas;
- *EMG-meting van de bekkenbodemspieren*; beoordeling van de bekkenbodemactiviteit.

Urethro-cystoscopie

Het nut van routinematige urethro-cystoscopie bij de diagnostiek van urine-incontinentie is niet aangetoond; dit onderzoek wordt derhalve alleen in specifieke situaties aanbevolen, b.v. bij therapieresistente detrusorinstabiliteit (bewijskracht D).

Beeldvormende technieken

Met beeldvorming van de lagere urinewegen wordt de anatomie van blaas en urethra beoordeeld. Beeldvorming kan bijdragen tot een beter begrip van de onderliggende oorzaak van het urineverlies. De volgende beeldvormende technieken worden door sommigen toegepast, alhoewel we niet weten of dit nuttig is.

Video-urodynamisch onderzoek wordt gebruikt ter beoordeling van de urethrovesicale overgang, de mobiliteit van de vaginavorwand en 'funneling' van blaashals in relatie tot het urodynamisch onderzoek (bewijskracht D).

Echografisch onderzoek is een alternatief voor video-urethrocystografie. Echografie is niet belastend en met name waardevol voor residumeting. De waarde van het echografisch onderzoek bij incontinentieklachten is nog onduidelijk en beperkt (bewijskracht D).

Het aanvullend onderzoek resulteert in een diagnose met daaraan verbonden de conditie en onderliggende oorzaak.

Tabel 1

Urodynamische observatie, definitie en oorzaak

symptoom	teken	urodynamische observatie	definitie	oorzaak
stress-incontinentie: urineverlies bij lichamelijke inspanning	druppels/scheutje urineverlies bij hoesten	urodynamische stress-incontinentie	onwillekeurig verlies van urine tijdens abdominale drukverhoging, in afwezigheid van detrusorcontractie	onvoldoende functioneren van het urethrasfincter-mechanisme als gevolg van hypermobiliteit van de blaashals of door intrinsiek sfincterdefect
frequente mictiedrang, urgency en nycturie urge-incontinentie: urineverlies voorafgegaan door plotseling een gevoel van sterke aandrang	meestal geen urineverlies bij onderzoek; soms een krachtige straal urineverlies bij hoesten	detrusor-overactiviteit	spontane of uitgelokte onwillekeurige detrusorcontracties tijdens de vullingfase	meestal idiopathisch (idiopathische detrusoroveractiviteit). neurologische conditie (neurogene detrusoroveractiviteit)
		terminale detrusor-overactiviteit	een enkele onwillekeurige detrusorcontractie bij volle blaas als gemeten bij cystometrische blaascapaciteit	psychosomatisch cystitis (infectie, maligniteit, interstitieel, bestraling)
		detrusor-overactiviteit incontinentie	incontinentie als gevolg van	kleine capaciteit(fibrose)

Therapie

Deze paragraaf is onderverdeeld in subparagrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subparagraaftitel.

Algemene maatregelen

Obesitas is een onafhankelijke risicofactor voor het optreden van urine-incontinentie. Gewichtsverlies bij ernstig obese patiënten leidt tot afname van de incontinentie (bewijskracht B)^{25 26}. Ook chronisch drukverhoging - b.v. COPD, persen bij constipatie - is een risicofactor voor incontinentie en prolapsklachten (RR 1.7-1.9)²⁷. Er zijn tot op heden onvoldoende aanwijzingen voor een causaal verband tussen zware lichamelijke arbeid (tillen), roken, cafeïnegebruik, alcohol en incontinentie⁷. Beperking van de vochtinname tot ca. 1,5 liter per dag leidt tot vermindering van de hoeveelheid urineverlies. Het is niet aangetoond dat 'klokplassen' leidt tot verlichting van de incontinentieklachten²⁸.

Bekkenbodetraining

Bekkenbodetraining (PFMT: pelvic floor muscle training) en mictietraining zijn effectief bij incontinentieklachten (zowel stress-, urge- als gemengde vormen van incontinentie) en zijn derhalve de behandeling van keuze bij patiënten met incontinentieproblematiek (bewijskracht A bij stress-incontinentie en gemengde incontinentie)²⁹. Het doel van deze oefeningen is de patiënte aan te leren hoe zij de bekkenbodemspieren moet gebruiken en de spierkracht kan verbeteren. Begeleiding door een gespecialiseerde hulpverlener en voldoende motivatie zijn essentieel. De resultaten van bekkenbodetherapie lopen in de literatuur uiteen van 27-90% succes (vermindering of verdwijnen van de incontinentie-episoden)³⁰. Vaginale kegels, elektrostimulatie en/of biofeedback lijken - op termijn - het resultaat van PFMT-behandeling niet significant te beïnvloeden, maar kunnen van nut zijn bij het instrueren en motiveren van de patiënten gedurende de behandeling. Er is nog onvoldoende bewijs dat PMFT het optreden van incontinentie kan voorkomen.

Chirurgische therapie

Bij het bestuderen van de literatuur valt op dat er slechts weinig gerandomiseerde, vergelijkende studies zijn met voldoende power om duidelijke conclusies te kunnen trekken over de langetermijn-effecten van diverse chirurgische technieken; dit maakt dat onderlinge vergelijking van de verschillende chirurgische behandelingen niet goed mogelijk is.

Er zijn zes technieken: de abdominale retropubische suspensie, Tensionfree Vaginal Tape (TVT), slingprocedures, vaginale naaldsuspensies, vaginavoorwandplastiek met Kelly-hechtingen, en peri-urethrale injecties. Met de op dit moment beschikbare kennis bieden de retropubische suspensie volgens Burch en de TVT-procedure de beste kans op genezing of sterke verbetering van de stress-incontinentie.

De *open Burch-colposuspensie* geeft 82% genezing na vijf jaar follow-up met slechts geleidelijke afname in het verdere verloop van tijd: 69% na twaalf jaar. De ingreep kon tot voor kort beschouwd worden als de meest efficiënte anti-incontinentieprocedure. Als complicaties worden genoemd: mictieproblematiek 13%, de novo detrusoroveractiviteit 17%, en op termijn entero- en/of rectokèle 14%^{31 32}. De plaats van andere retropubische ingrepen, zoals MMK, paravaginale herstelprocedure en laparoscopische colposuspensie is onduidelijk. Er zijn aanwijzingen dat genoemde procedures gepaard gaan met meer complicaties en een lager succespercentage (bewijskracht C).

TVT, een minimaal invasieve procedure waarbij een proleenbandje spanningsvrij onder de urethra wordt aangebracht, werd geïntroduceerd in 1996. Uit twee RCT's mag geconcludeerd worden dat de effectiviteit van de TVT voor urodynamische stress-incontinentie ten minste vergelijkbaar, zo niet beter is dan die van de Burch-colposuspensie (objectief genezingspercentage na twee jaar van 63% in de TVT-groep en 51% in de colposuspensiegroep). Als meest voorkomende (tijdelijke) complicatie wordt blaasperforatie genoemd bij 3-9 % van de ingrepen. In de gepubliceerde vijfjaars-cijfers over deze techniek blijken de genezings- en verbeteringspercentages niet te dalen en complicaties op langere termijn niet toe te nemen (bewijskracht

A)^{33 34 35 36}.

Slingprocedures (met autoloog of synthetisch materiaal): de resultaten van de slingprocedures zijn vergelijkbaar met die van de retropubische suspensieoperaties: vijfjaars genezingspercentage van ca. 80% en verbetering bij nog eens ca. 10% (bewijskracht A). De procedure gaat echter samen met een hoger complicatierisico: obstructieve mictie en retentie (2-8%), de novo detrusorinstabiliteit (3-23%), slingrevisie of -verwijdering (1,8-35%)³⁷. De slingprocedure is in Nederland, zeker bij gynaecologen, niet de operatieve correctie van voorkeur; hij komt vooral in aanmerking bij patiënten met lage urethra-afsluitdruk (MUCP < 20 cm) of lage leakpoint pressure (< 60 cm H₂O), gefixeerde of 'frozen urethra, en na een mislukte voorgaande operatie.

Vaginale naaldsuspensies: Pereyra, Stamey, Gittes, Raz. De aanvankelijke gunstige kortetermijnresultaten nemen op termijn af met een genezingspercentage van 65% na vijf jaar. De ingreep gaat gepaard met meer perioperatieve complicaties dan de open retropubische suspensieprocedures (bewijskracht A)³².

Voorwandplastiek met Kelly-hechtingen: de resultaten van de voorwandplastiek als primaire behandeling van stress-incontinentie zijn in het algemeen teleurstellend met een vijfjaars genezingspercentage van 53% (bewijskracht A)³⁸. De plaats van de voorwandplastiek in het kader van prolapscorrectie en stressincontinentie is vooralsnog niet duidelijk.

Peri-urethrale injectie van bulkmateriaal (collageen, teflon, macroplastique, duraspheres) beoogt verbetering van de coaptatie van het urethraslijmvlies waardoor de urethrale weerstand toeneemt. Gecombineerde gegevens van vijf studies tonen genezing bij 59% en verbetering bij 16% (bewijskracht B)³⁹. Peri-urethrale injecties zijn niet een primaire chirurgische behandeling maar worden toegepast bij recidief-incontinentie en lage urethra-afsluitfunctie. De ingreep vereist de nodige (cystoscopische) ervaring om het bulkmateriaal op de gewenste plek in de submucosa van de proximale urethra aan te brengen en is in het algemeen voorbehouden aan urologen. Complicaties zijn urineweginfecties, urgency, urineretentie en soms migratie van het ingespoten materiaal.

Lokale hulpmiddelen

Voor de behandeling van stress-incontinentie zijn diverse hulpmiddelen ontwikkeld: verscheidene soorten pessaria en vaginale tampons. Enkele klinische onderzoeken tonen een verbetering van 40-80% van de patiënten. Plaatsingsproblemen en vaginale irritatie leiden tot verminderde acceptatie en uitval^{40 41 42}. Klinische ervaring leert dat gebruik van pessaria bij (lichte) incontinentie en prolapsklachten voor veel oudere patiënten een acceptabele respectievelijk adequate vorm van behandeling is. Er zijn echter geen goede langetermijnstudies met onderzoek naar kwaliteit van leven die het belang en de plaats van deze vorm van behandeling preciseren.

Toepassing van urethrale hulpmiddelen gaat gepaard met veel complicaties en lage acceptatie⁴². Het gebruik wordt in de praktijk niet aanbevolen.

Medicamenteuze therapie

Meta-analyse van de effectiviteit van oestrogeenbehandeling bij incontinentieklachten toont geen verbetering van de incontinentie na oestrogeentherapie (bewijskracht A).

Bij patiënten met herkenbare urogenitale atrofie en klachten van urgency, frequency en nycturie geeft kortdurende behandeling van lokaal toegediende oestrogeenmedicatie duidelijk vermindering van de klachten (bewijskracht A2)^{44 45}.

• Stress-incontinentie

Sinds kort is er een nieuw medicament tegen stress-incontinentie, Duloxetine, op de markt. Duloxetine is een serotonine- en noradrenaline-reuptake inhibitor in de nucleus van Onuf. Het stimuleert de activiteit van de nervus pudendus en verhoogt daardoor de contractiekracht van het dwarsgestreepte spierweefsel van de urethrale sfincter. Het geeft een dosisafhankelijke afname van de frequentie van de incontinentie-episodes (bewijskracht A)^{46 47}. De belangrijkste bijwerking is misselijkheid, die van voorbijgaande aard is.

• Urge-incontinentie

Bij urge-incontinentie zijn conservatieve en/of medicamenteuze maatregelen de behandeling van keuze. Slechts bij zeer ernstige, niet conservatief of medicamenteus te behandelen urge-incontinentie valt

chirurgische behandeling (b.v. het aanleggen van een continue deviatie of blaasaugmentatie) te overwegen. Research naar de effecten van neuromodulatie is in volle gang en lijkt voor deze patiëntengroep veelbelovend. Neuromodulatie wordt verricht in een daartoe gespecialiseerd centrum.

Mictietraining

Blaastraining bestaat uit het aanleren van het vergroten van het tijdsinterval tussen de micties. Het streven is om stapsgewijs het interval vergroten door bij aandrang te trachten mictie uit te stellen. Er wordt een uiteindelijk interval van ongeveer 3 uur nagestreefd. Tijdens deze training is het raadzaam nauwkeurig een mictiedagboekje bij te houden. De meeste patiënten zullen een vermindering van hun urge-episoden kunnen bereiken en ongeveer 10-15% zal genezen⁴⁸. Fysiotherapeutische begeleiding voor het aanleren van adequaat aanspannen van bekkenbodem, al of niet ondersteund met biofeedback, is wenselijk.

Medicamenteuze behandeling

Anticholinergica zijn de medicamenten van eerste keus (oxybutynine, tolterodine). De werking berust op het blokkeren van de contracties van de m. detrusor door blokkade van prikkeloverdrachten in perifere parasympathische ganglia. De bijwerkingen (droge mond, visusstoornissen, obstipatie) maken langdurig gebruik voor veel patiënten niet acceptabel. De effectiviteit van de anticholinergica is beperkt; de genezing bedraagt ca. 60%.

Zwangerschap en urine-incontinentie

In de zwangerschap wordt er een toegenomen frequentie van stress-incontinentie gezien⁴⁹. Post partum is bekkenbodemtherapie - in groepsverband, individueel onder leiding van de fysiotherapeut of trainen met vaginale kegels - de aangewezen behandeling⁵⁰ (bewijskracht B). Door de vele veranderingen die vrouwen post partum ondergaan (hormonale veranderingen, herstel van de n. pudendus, gewichtsverlies enz.) is het effect van de behandeling moeilijk te evalueren. Bij een vijfde van de vrouwen met stress-incontinentie in de zwangerschap ontwikkelt zich blijvende stress-incontinentie⁵¹.

Minimale vereiste zorg

De psychosociale gevolgen van urine-incontinentie lopen sterk uiteen en zijn niet altijd in overeenstemming met de objectief gemeten ernst van het urineverlies. Onderzoek is erop gericht de aanwezigheid van incontinentiesymptomen vast te stellen, inzicht te verkrijgen in de aard en ernst van het urineverlies en de psychosociale gevolgen voor de patiënte in het dagelijks leven.

1. Met behulp van gerichte anamnese, bij voorkeur gebruik makend van een gestandaardiseerde vragenlijst, is het goed mogelijk een oordeel te vormen over de aard van de incontinentie, de ernst en de psychosociale consequenties^{52 53}.
2. Het gynaecologisch onderzoek omvat het vaststellen van afwijkingen in het kleine bekken, de mate van mobiliteit van urethra en prolaps, beoordeling van de kwaliteit van de bekkenbodemspieren en van het vermogen tot willekeurig aanspannen van de bekkenbodemspiermusculatuur.
3. Provocatietesten (hoesten) bij redelijke blaasvulling, bij voorkeur in staande houding, bieden de mogelijkheid de diagnose stress-incontinentie en de ernst van het urineverlies te objectiveren.
4. Aanvullend onderzoek is wenselijk bij patiënten bij wie onzekerheid bestaat omtrent de aard van de urine-incontinentie, voorafgaand aan een operatieve behandeling voor urine-incontinentie, en bij recidief-incontinentie na operatie.

Aanbevelingen

1. Incontinentie is een symptoom; de behandeling is gericht op het opheffen van de onderliggende oorzaak.
2. Met zorgvuldige anamnese, standaardvragenlijst en lichamelijk onderzoek, bij voorkeur in staande houding, kan vaak een goede indruk worden verkregen over de ernst van het urineverlies en de functieafwijking.

3. Aanvullende diagnostiek wordt aangeraden 1 bij twijfel over de aard van de incontinentie, 2 voorafgaand aan een operatieve behandeling, en 3 bij recidief urine-incontinentie na operatieve behandeling.
4. Als primaire behandeling van stress-incontinentie worden bekkenbodemoefeningen door een gespecialiseerde fysiotherapeut aanbevolen.
5. Operatieve behandelingen voor urine-incontinentie moeten worden verricht door operateurs die na adequate training een afdoende aanbod hebben om voldoende ervaring te verkrijgen en te behouden.
6. Bij de behandeling van detrusorinstabiliteit (urge-incontinentie) zijn algemene maatregelen zoals gedragsbeïnvloeding de eerste keus, eventueel ondersteund met medicamenteuze therapie.
7. Urodynamisch onderzoek wordt aanbevolen voorafgaand aan een operatieve behandeling voor primaire urine-incontinentie; het is geïndiceerd voorafgaand aan een operatieve behandeling voor recidief-stressincontinentie.
8. Bij patiënten met kinderwens is terughoudendheid met operatieve behandeling geboden.

Addenda

De onderstaande addenda zijn via onderstaande links te downloaden.

[Addendum 1: Vragenlijst eerste consult](#)

[Addendum 2: Vragenlijst nacontrole](#)

[Addendum 3: Vaginaal profiel Baden en Walker POP-Q classificatie systeem](#)

Colofon

© 2004 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Deze richtlijn, ontwikkeld door de NVOG-Werkgroep Bekkenbodem onder auspiciën van de Commissie Richtlijnen NVOG en onder eindverantwoordelijkheid van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, is vastgesteld in de 580e ledenvergadering d.d. 22 september 2004 te Utrecht. Deze richtlijn is namens de Werkgroep Bekkenbodem opgesteld door mw. drs. A.G. Groenendijk, dr. H.A.M. Vervest, drs. C.H. van der Vaart en dr. J.M. van Geelen.

NVOG-richtlijnen beschrijven een minimum van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter. Een gynaecoloog kan geargumenteed afwijken van een richtlijn wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn niet mogelijk is. De geldigheid van deze richtlijn eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening.

Dagtekening september 2004

NVOG

Postbus 20075

3502 LB Utrecht

www.nvog.nl/

Referenties

1 - [Van der Vaart CH](#)

[Van der Vaart CH, De Leeuw JRJ, Roovers JPWR, Heintz APM. De invloed van urine-incontinentie op de kwaliteit van leven bij thuiswonende Nederlandse vrouwen van 45-70 jaar. Ned Tijdschr Geneeskd 2000; 144: 894-7.](#)

2 - [Lagro-Janssen ALM](#)

Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartsenpraktijk. Proefschrift. Nijmegen, 1991.

3 - [Hannestad YS](#)

Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol 2002; 53: 1150-7.

4 - Rekers H

Rekers H, Drogendijk AC, Valkenburg HA, Riphagen F. The menopause, urinary incontinence and other symptoms of the genito-urinary tract. Maturitas 1992; 15: 101-11.

5 - Yarnell JWG

Yarnell JWG, Voyle GJ, Richards CJ, Stephenson TP. The prevalence and severity of urinary incontinence in women. J Epidemiol and Comm Health 1981; 35: 71-4.

6 - Abrams P

Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(1): 116-26.

7 - Abrams P

Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Second International Consultation on Incontinence, Paris 2001. Plymouth: Plymbridge, 2001. ISBN 1 898452555.

8 - Lagro-Janssen ALM

Lagro-Janssen ALM, et al. NHG-Standaard Incontinentie voor urine. In Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj, red. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996.

9 - NVU

NVU. Stress-incontinentie bij de vrouw. Richtlijn nr 15, mei 2003.

10 - NVU

NVU. Urge en urge-incontinentie bij de vrouw. Richtlijn nr 13, oktober 2002.

11 - KNGF

KNGF. Richtlijn stress-urine-incontinentie. Suppl Ned Tijdschr Fysiother 1998; 108: nr 4.

12 - NVOG

Bekkenbodempromblematiek. Conceptbrochure NVOG Commissie Patiëntenvoorlichting. Utrecht, 1999.

13 - Harvey MA

Harvey MA, Versi E. Predictive value of clinical evaluation of stress urinary incontinence: a summary of the published literature. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction 2001; 12 (1): 31-7.

14 - Digesu GA

Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, Salvator S. Overactive bladder symptoms: do we need urodynamics? Neurourol Urodyn 2003; 22(4): 356.

15 - Jensen Jk

Jensen Jk, Niesen FR, Ostergard DR. The role of patient history in the diagnosis of urinary incontinence. Obstet Gynecol 1994; 83: 904-10.

16 - Van Der Vaart CH

Van Der Vaart CH, De Leeuw JR, Roovers JP, Heintz AP. Measuring health related quality of life in women with urogenital dysfunction: The urogenital distress inventory and incontinence impact questionnaire revisited. Neurourol Urodyn 2003; 22 (2): 97-104.

17 - Fink D

Fink D, Perucchini D, Schaer GN, Haller U. The role of the frequency-volume chart in the differential diagnosis of female urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 78: 254-7.

18 - Baden WF

Baden WF, Walker T, Lindsey JH. The vaginal profile. Tex Med 1968; 64: 56-8.

19 - Bump RC

Bump RC, Mattiasson A, Bö K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 10-7.

20 - Chaiken DC

Chaiken DC, Groutz A, Blaivas JG. Predicting the need for anti-incontinence surgery in continent women undergoing repair of severe urogenital prolapse. J Urology 2000; 163: 531-4.

21 - Sutherst J

[Sutherst J, Brown M, Shawer M. Assessing the severity of urinary incontinence in women by weighing perineal pads. Lancet 1981; 1128-30.](#)

22 - Aslan E

[Aslan E, Beji NK, Yalcin O. An assessment of the importance of pad testing in stress urinary incontinence and the effects of incontinence on the life quality of women. Int Urogynecol J 2003; 14: 316-20.](#)

23 - Glazener CMA

Glazener CMA, Lapitan MC. Urodynamic investigations for management of urinary incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 1, 2003.

24 - Schäfer W

[Schäfer W, Abrams P, Liao L, et al. International Continence Society. Good urodynamic practices: uroflowmetry, filling cystometry, and pressure-flow studies. Neurourol Urodyn 2002. 21\(3\): 261-74.](#)

25 - Brown JS

Brown JS, Gady D, Ouslander JG, et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in postmenopausal women. Obstet Gynecol 1999; 94: 66.

26 - Wyman JF

[Wyman JF, Fantl JA, McClisch DK, Bump RC. Comparative efficacy of behavioral interventions in the management of female urinary incontinence. Continence Program for Women Research Group. Am J Obstet Gynecol 1998; 179 \(40\): 999-1007.](#)

27 - Spence-Jones C

Spence-Jones C, Kamm MA, Henry MM, Hudson CN. Bowel dysfunction: a pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence. Br J Obstet Gynecol 1994; vol 101: 147-52.

28 - Godec CJ

Godec CJ. 'Timed voiding' a useful tool in the treatment of urinary incontinence. Urology 1984; 23: 97-100.

29 - Hay-Smith EJC

[Hay-Smith EJC, Bø K, Berghmans LCM, et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women \(Cochrane Review\). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003.](#)

30 - Gavind K

[Gavind K, Noehr S, Walter S. Biofeedback and physiotherapy versus physiotherapy alone in the treatment of genuine stress urinary incontinence. Int Urogynecol J 1996; 7: 339-43.](#)

31 - Lapitan MC

[Lapitan MC, Cody DJ, Grant AM. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women \(Cochrane Review\). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003.](#)

32 - Black NA

Black NA, Downs SH. The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review. Br J Urol 1996; 78: 497-510.

33 - Ward KL

Ward KL, Hilton P, Browning J. A randomized trial of colposuspension and TVT for primary genuine stress incontinence. Neurourol Urodyn 2000; 19: 386-7.

34 - Ward K

[Ward K, Hilton P, on behalf of the United Kingdom and Ireland Tension-free Vaginal Tape Trial Group.](#)

[Prospective multicentre randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress-incontinence. BMJ 2002; 325: 1-7.](#)

35 - [Ward KL](#)

[Ward KL, Hilton P, UK and Ireland TVT Trial Group. A prospective multicentered randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stress-incontinence: two year follow-up. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 324-31.](#)

36 - [RCOG](#)

RCOG. Surgical treatment of urodynamic stress incontinence. Guideline no 35. October 2003.

37 - [Bezerra CA](#)

[Bezerra CA, Bruschini H. Suburethral sling operations for urinary stress-incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2001; \(3\): CD001754 Review.](#)

38 - [Glazener CMA](#)

[Glazener CMA, Cooper K. Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women \(Cochrane Review\). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003.](#)

39 - [Gorton E](#)

Gorton E, Stanton S, Mongo A, et al. Peri-urethral collagen injection: a long-term follow-up study. BJU Int 1999; 84: 966-71.

40 - [Davila GW](#)

[Davila GW, Neal D, Horbach N, et al. A bladder-neck support prothesis with stress and mixed incontinence. Obstet Gynecol 1999; 171: 206-11.](#)

41 - [Bhatia NN](#)

Bhatia NN, Bergman A, Gunning JE. Urodynamic effects of vaginal pessary in women with stress incontinence. Am J Obstet Gynecol 1983; 147: 876-84.

42 - [Thyssen H](#)

[Thyssen H, Lose G. New disposable vaginal device \(continence guard\) in the treatment of female stress incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 1996; 75: 170-3.](#)

43 - [Tincello DG](#)

[Tincello DG, Adams EJ, Bolderson J, Richmond DH. A urinary control device for management of femal stress incontinence. Obstet Gynecol 2000; 95: 417-20.](#)

44 - [Walter S](#)

Walter S, Kjaergaard B, Lose G, et al. Stress urinary incontinence in postmenopausal women treated with oral estrogen (estriol) and an alpha-adrenoreceptor-stimulating agent (phenylpropanolamine): a randomized double-blind placebo-controlled study. Int Urogynecol J 1990; 1: 74-9.

45 - [Fantl JF](#)

Fantl JF, Bump RC, Robinson D, et al. Efficacy of estrogen supplementation in the treatment of urinary incontinence. The Continence Program for Women Research Group. Obstet Gynecol 1996; 88 (50): 745-9.

46 - [Northon PA](#)

[Northon PA, Zinner NR, Yalcin I, Bump R, for the Duloxetine Urinary Incontinence Study Group. Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 2002; 187: 40-8.](#)

47 - [Van Kerrebroeck P](#)

Van Kerrebroeck P, Abrams P, Lange P, et al, Duloxetine Urinary Incontinence Study Group. Duloxetine versus placebo in the treatment of European and Canadian women with stress urinary incontinence. BJOG 2004; 111: 249-57.

48 - [Jarvis GT](#)

Jarvis GT, Millar DR. Controlled trial of bladder drill for detrusor instability. Br Med J 1980; 281: 1322-3.

49 - [Thorp JM sr](#)

Thorp JM sr, Norton PA, Wall LL, et al. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium; a prospective

study. Am J Obstet Gynecol 1999; 181 (2): 266-73.

50 - Samselle C

Samselle C, et al. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth. Obstet Gynecol 1998; 91: 406-12.

51 - McArthur C

McArthur C, Lewis M, Knox EG. Health after childbirth. London: HSMO, 1991.

52 - Lagro-Janssen ALM

Lagro-Janssen ALM, Debruyne FMJ, Van Weel C. Diagnostiek in de huisartspraktijk van incontinentia urinae bij vrouwen goed mogelijk door gerichte anamnese. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 1441-4.

53 - Vierhout ME

Vierhout ME. Meting van ongewenst urineverlies bij de vrouw. Ned Tijdschr Geneesk 1990; 34: 1837-40.

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).