

AANPAK VAN URINE-INCONTINENTIE IN DE EERSTE LIJN

De aanpak van urine-incontinentie in de eerste lijn bestaat in de eerste plaats uit niet-medicamenteuze maatregelen (zoals blaas training, bekkenbodembrevalidatie). Bij “urge”-incontinentie en gemengde incontinentie kan een medicamenteuze behandeling overwogen worden indien de niet-medicamenteuze aanpak onvoldoende doeltreffend is; dikwijls worden anticholinerge spasmolytica gebruikt. De doeltreffendheid van deze spasmolytica is vergelijkbaar, en het placebo-effect is belangrijk. Er dient eveneens rekening te worden gehouden met de talrijke ongewenste (vooral anticholinerge) effecten van deze middelen, en ook met hun kostprijs. Bij inspanningsincontinentie en overloopincontinentie heeft medicatie zeker slechts een beperkte plaats.

Urine-incontinentie is een frequent probleem, met een belangrijke impact op de levenskwaliteit. Verschillende mechanismen kunnen aan de oorsprong liggen: blaashyperactiviteit, verminderde blaascontractiliteit, hyperactiviteit van de sfincter en/of het perineum, sfincter- en/of perineumdeficiëntie. Klassiek onderscheidt men vier types urine-incontinentie: “urge”-incontinentie (of aandrangincontinentie), inspanningsincontinentie (of “stress”-incontinentie), gemengde incontinentie en overloopincontinentie.

Urine-incontinentie kan ook reversibele oorzaken hebben zoals urineweginfectie, fecalomen of inname van bepaalde geneesmiddelen (bv. diuretica, lithium, anti-psychotica...).

Urine-incontinentie kan gewoonlijk in de eerste lijn behandeld worden. Een gespecialiseerde aanpak is slechts nodig bij falen van de aanpak in de eerste lijn en wanneer een chirurgische behandeling te overwegen is.

Algemene maatregelen, zoals beperken van de vochtinname (maximum 1,5 l per dag), vermijden van coffeïne- of alcoholhoudende dranken, behandeling van obstipatie,

stoppen met roken en bestrijden van obesitas, kunnen nuttig zijn, onafhankelijk van het type urine-incontinentie.

“Urge”-incontinentie

“Urge”-incontinentie (of aandrangincontinentie) wordt veroorzaakt door blaashyperactiviteit (hyperactiviteit van de musculus detrusor) [zie Folia maart 2002]. Blaashyperactiviteit wordt gekenmerkt door mictiedrang, pollakisurie en nycturie, al of niet geassocieerd aan urine-incontinentie. De blaashyperactiviteit is meestal idiopathisch, maar begunstigende factoren zijn gevorderde leeftijd, neurologische aantasting of blaasirritatie.

Naast de hierboven vermelde algemene maatregelen bestaat de aanpak van “urge”-incontinentie in de eerste plaats uit blaas training, met als doel de mictiedrang beter te kunnen controleren, de blaas capaciteit te verhogen en de continëntie te verbeteren. Indien deze maatregelen onvoldoende doeltreffend zijn, is het soms nuttig over te gaan naar een medicamenteuze behandeling.

- De anticholinerge spasmolytica *darifenacine*, *oxybutynine*, *solifenacine* en *tolterodine* zijn

in België geregistreerd voor de behandeling van blaashyperactiviteit en “urge”-incontinentie. De doeltreffendheid van deze middelen is vergelijkbaar, en het placebo-effect is belangrijk. Ongewenste effecten (vooral anticholinerge) kunnen optreden, en er dient ook rekening te worden gehouden met hun kostprijs, met eventuele comorbiditeit en met de mogelijkheid van medicamenteuze interacties [bv. ter hoogte van bepaalde CYP-iso-enzymen, zie tabel in de Inleiding van het Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium].

Oxybutinine is ook beschikbaar als transdermale pleister, maar er is geen evidentie dat deze toedieningsweg voordelen biedt in termen van doeltreffendheid of ongewenste effecten, ten opzichte van de orale vormen. Darifenacine en solifenacine zijn meer selectieve antagonisten van de M3-muscarinereceptoren, aanwezig o.a. ter hoogte van de blaas, maar er is geen evidentie dat deze grotere selectiviteit een klinisch significante impact heeft in termen van doeltreffendheid of ongewenste effecten. Deze nieuwe geneesmiddelen zijn echter veel duurder.

- *Flavoxaat* heeft een direct relaxerend effect op de gladde spiercellen van de urinewegen. De gegevens over de doeltreffendheid van flavoxaat bij “urge”-incontinentie zijn niet overtuigend, en laten niet toe de plaats van flavoxaat te situeren ten opzichte van de anticholinerge spasmolytica.

Inspanningsincontinentie

Inspanningsincontinentie wordt veroorzaakt door sfincter- en/of perineumdeficiëntie, en wordt gekenmerkt door urine-incontinentie in geval van verhoogde intra-abdominale druk (bv. bij hoesten). De aanpak van inspanningsincontinentie berust in de eerste

plaats op algemene maatregelen (zie hoger) en bekkenbodemrevalidatie. Bij een goede indicatiestelling biedt chirurgische aanpak een hoge graad van genezing. Hoewel medicatie geen belangrijke rol speelt bij inspanningsincontinentie, worden bepaalde geneesmiddelen soms gebruikt in associatie met de niet-medicamenteuze aanpak.

- *Duloxetine*, een noradrenaline- en serotonine-heropnameremmer die eveneens gebruikt wordt als antidepressivum, is het enige geneesmiddel dat in België geregistreerd is voor de behandeling van inspanningsincontinentie bij de vrouw. De plaats ervan in de aanpak op lange termijn is niet duidelijk. Indien een dergelijke behandeling wordt gestart, dienen de te verwachten voordelen en het risico van ongewenste effecten zoals nausea, monddroogte, moeheid, slapeloosheid en obstipatie goed afgewogen te worden [zie Folia januari 2006 en juli 2006].

- De gegevens over de doeltreffendheid van *imipramine* bij inspanningsincontinentie zijn zeer beperkt. Imipramine is zeker niet aanbevolen bij ouderen omwille van zijn ongewenste effecten (anticholinerge effecten, orthostatische hypotensie en, bij overdosering, hartaritmieën die fataal kunnen zijn).

- Er zijn slechts weinig gegevens beschikbaar in verband met de plaats van alfa-adrenerge geneesmiddelen zoals *pseudo-efedrine*. Ongewenste effecten (arteriële hypertensie, aritmieën) die soms ernstig zijn, kunnen niet uitgesloten worden.

Gemengde incontinentie

Gemengde incontinentie wordt veroorzaakt zowel door blaashyperactiviteit als sfincterinsufficiëntie; de aanpak is deze van “urge”-incontinentie en inspanningsincontinentie.

Overloopincontinentie

Overloopincontinentie wordt veroorzaakt door verminderde blaascontractiliteit (eventueel verergerd door inname van bepaalde geneesmiddelen zoals tricyclische antidepressiva, urinaire spasmolytica ...) en/of door obstructie van de urethra (bv. veroorzaakt door prostaathypertrofie of een genito-urinaire prolaps). Deze vorm van incontinentie wordt gekenmerkt door “druppel per druppel”-urine-incontinentie, geassocieerd aan dysurie en aanwezigheid van een belangrijk urineresidu door onvolledige blaaslediging. Het kan de nierfunctie van de patiënt in het gedrang brengen.

- De aanpak van overloopincontinentie gebeurt in functie van de etiologie en vergt

dikwijls een chirurgische ingreep. Bij benigne prostaathypertrofie kan medicamenteuze behandeling nuttig zijn [zie Folia december 2003 en de Transparantiefiche « Aanpak van benigne prostaathypertrofie » met updates].

- *Betanechol*, een cholinomimeticum met muscarinerge werking, wordt in bepaalde omstandigheden voorgesteld om de blaascontractiliteit te verbeteren, bv. bij postoperatoire urineretentie of bij blaasatonie van neurologische oorsprong [zie Folia januari 2006].

Nota

De referenties bij dit artikel zijn te vinden op onze website.

Recente informatie

- **Natriumsitaxentan (Thelin®▼)** is een endotheline-receptorantagonist die sinds februari 2008 beschikbaar is voor de behandeling van bepaalde vormen van arteriële pulmonale hypertensie. De voornaamste ongewenste effecten zijn leverstoornissen. Het gaat om een weesgeneesmiddel.

- In de Folia van februari 2008 wordt vermeld dat **sitagliptine (Januvia®▼)**, een DPP4-inhibitor, kan gebruikt worden bij de behandeling van type 2-diabetes in associatie met metformine of een glitazon.

Recent werd ook het gebruik van sitagliptine in associatie met een hypoglykemiërend sulfamide (met of zonder metformine) als indicatie aanvaard door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA); deze indicatie wordt niet vermeld bij de terugbetalingscriteria van het RIZIV. Zoals reeds opgemerkt voor sitagliptine, zijn de doeltreffendheid en veiligheid op lange termijn niet bekend, en is de plaats bij de aanpak van type 2-diabetes beperkt.