

DEEL 2 Klinische aspecten

Incontinentie en andere
urologische problemen

Incontinentie &
andere urologische problemen



Incontinentie en andere urologische problemen

J. Petermans

- *De frequentste urologische problemen op hoge leeftijd zijn prostaataandoeningen bij de man en incontinentie bij de vrouw.*
- *Urineweginfecties worden in een ander hoofdstuk besproken.*

A. Aandoeningen van de prostaat

Toename van het volume van de prostaat met de leeftijd is normaal, maar de functionele gevolgen ervan variëren en zijn bovendien moeilijk te voorspellen.

Het rectaal onderzoek moet systematisch deel uitmaken van het klinisch onderzoek bij ouderen.

PSA (prostaatspecifiek antigeen)-bepaling moet jaarlijks plaatsvinden vanaf 50.

Een regelmatige klinische en biologische controle is aangewezen zolang de patiënt zelfstandig en fysiologisch gezond is. Vanaf 80 jaar wordt, wegens de geringe invloed van prostaatkanker op de mortaliteit op deze leeftijd, PSA-bepaling voorbehouden voor symptomatische patiënten.

Een systematische anamnese is noodzakelijk om de klachten te preciseren en de ernst van de vesico-urethrale obstructie na te gaan (tabel 1).

Tabel 1 Negen vragen bij mictiestoornissen

| | |
|----|--|
| 1. | Moet u persen bij het urineren? |
| 2. | Is het begin van de mictie vertraagd? |
| 3. | Hebt u tijdens de mictie een brandend gevoel? |
| 4. | Denkt u dat uw straal zwakker is dan vroeger? |
| 5. | Hebt u meer tijd nodig om te urineren? |
| 6. | Hebt u druppels in uw slip na de mictie? |
| 7. | Denkt u dat uw blaas na de mictie goed leeg is? |
| 8. | Hoe vaak staat u 's nachts op om te urineren? |
| 9. | Hebt u soms een onbedwingbare mictiedrang (in welke omstandigheden)? |

Het klinisch onderzoek bestaat uit:

- een rectaal onderzoek ter beoordeling van de kwaliteit van de prostaat (vergroot, week, nodulair, hard...);
- suprapubische en transrectale echografie van de prostaat ter evaluatie van het volume, de structuur en de weerslag op de blaasfunctie;
- een biopsie, indien een verdachte zone is vastgesteld bij rectaal onderzoek of bij echografie;
- een volledig urineonderzoek met cultuur.

De twee meest frequente aandoeningen zijn:

- benigne prostaathyperplasie
- prostaatkanker.

Zeldzamer: prostatitis

Benigne prostaathyperplasie

Bij een klein adenoom van minder dan 40 g met weinig functionele klachten volstaat, tot de leeftijd van 80 jaar, een medische follow-up met een rectaal onderzoek, een urinesediment om de zes maanden, en een echografie van de prostaat met PSA-bepaling om het jaar.

Een medicamenteuze behandeling (alfablokkers, decongestiva voor het bekken...) zal de groei van het adenoom niet tegenhouden, maar kan soms wel de inflammatoire reactie en de symptomen verbeteren.

Maatregelen zoals minder drinken en het stoppen van diuretica zullen de pollakisurie geenszins verminderen. In geval van een volumineus adenoom en vooral in aanwezigheid van functionele klachten dient een chirurgische behandeling overwogen te worden.

De chirurgische indicaties zijn:

- blaasretentie
- paradoxale incontinentie
- uretero-hydronefrose met nierinsufficiëntie
- recidiverende urineweginfecties.

Het type van chirurgie hangt af van het volume van het adenoom en van de algemene en 'fysiologische' toestand van de patiënt.

- Indien het adenoom minder dan 60 g weegt, zal bij een 80-jarige patiënt een transurethrale resectie voorgesteld worden. De ablatie van het adenoom zal onvermijdelijk onvolledig zijn, maar maakt het opheffen van de symptomen gedurende 5 tot 10 jaar mogelijk. Die ingreep vereist de plaatsing van een blaassonde gedurende drie dagen en vervolgens een controle op het hernemen van de normale mictie gedurende nog ten minste 24 uur.
- Indien het adenoom meer dan 60 g weegt en de patiënt in goede algemene toestand verkeert, kan een transabdominale ingreep met volledige resectie van de prostaat overwogen worden. Het gaat hier om een zwaardere ingreep die een langere hospitalisatie vereist.

Verwikkelingen van een heelkundige ingreep komen vooral voor bij transurethrale resecties:

- urethrastrictuur die soms een urethraplastiek en een verblijfcatheter gedurende 14 dagen vereist;
- instabiliteit van de blaas, vooral in de hand gewerkt door infecties en onvolledige genezing van de prostaat loge;
- retrograde ejaculatie is normaal, maar erectie en orgasme worden door de ingreep niet gewijzigd;
- hernemen van de groei van het adenoom na 5 tot 10 jaar.

Prostaatanker

Meer dan 50% van de mannen ouder dan 75 jaar vertonen een histologisch aantoonbare prostaatanker.

Minder dan 3% van deze patiënten sterven hieraan.

Systematische opsporing van prostaatanker in de bevolking boven 75 jaar is bijgevolg weinig nuttig. In meer dan de helft van de gevallen wordt de diagnose laattijdig gesteld, in het stadium van een gemetastaseerde kanker.

De mortaliteit hangt meer af van de histologische typering dan van de omvang van de tumor:

- minder dan 10% overlijdens op 10 jaar voor goed gedifferentieerde adenocarcinomen;
- 10 tot 20% overlijdens op 10 jaar voor matig gedifferentieerde adenocarcinomen;
- 30 tot 60% overlijdens op 10 jaar voor weinig gedifferentieerde adenocarcinomen.

Prostaatanker dient te worden vermoed bij een oudere patiënt met prostatismeklachten en achteruitgang van zijn algemene toestand, rugpijn of onverklaard oedeem van de onderste ledematen.

De diagnose wordt gesteld door:

- het rectaal onderzoek wijzend op een harde, nodulaire prostaat;
- suprapubische en transrectale echografieën die niet altijd rechtstreeks bijdragen tot de diagnose, maar wel richtinggevend zijn voor de biopsie;
- de PSA-bepaling:
 - een PSA < 10 ng/l is meestal zonder betekenis
 - bij een PSA > 40 ng/l is de diagnose zo goed als zeker
 - bij een PSA 10-40 ng/l kan het gaan om een volumineus goedaardig adenoom; een recent rectaal onderzoek (minder dan drie weken) of prostatitis kunnen de concentratie van het circulerende PSA verhogen;
- de prostaatbiopsie geeft de zekerheidsdiagnose en de prognose.

De PSA-waarden nemen toe met de leeftijd.

Therapeutische behandeling

De uitbreiding van een prostaatkanker moet steeds worden nagegaan met een intraveneuze urografie, een thoraxradiografie en een botscintigrafie.

- Indien de tumor nog steeds gelokaliseerd is in de prostaatloge, dient men voor patiënten in goede algemene toestand en jonger dan 80 jaar een radicale chirurgie voor te stellen. Die gevallen zijn zeldzaam. Het alternatief is een pulpectomie of de toediening van een LHRH-analoog. Dat leidt zeer vaak tot impotentie.
- In geval van een lokale of algemene uitbreiding zijn alleen anti-androgene hormoontherapie en/of chirurgische castratie geïndiceerd.

Therapeutische doeltreffendheid

De effectiviteit van de behandeling wordt geëvalueerd door de daling van de PSA-concentratie, de verweking van de bij het rectaal onderzoek vastgestelde letsels en de regressie van de botmetastasen bij de scintigrafie.

Een klinische en biologische controle om de zes maanden is aangewezen.

Men kan de evolutie van een prostaatkanker na de leeftijd van 75 jaar niet voorspellen; het is niet evident of behandeling op deze leeftijd de levensverwachting nog verbetert; vaak vermindert ze de levenskwaliteit en de behandeling moet dus individueel beoordeeld worden.

Men geneest nooit een prostaatkanker (behalve de zeer zelden gediagnosticeerde 'in situ' tumor); men vertraagt de evolutie, maar resistenties tegen de behandeling kunnen onverwacht opduiken.

Prostatitis

De prevalentie van prostatitis in de ouderenpopulatie is niet bekend. De diagnose is dikwijls niet duidelijk.

Bevorderende factoren zijn een verblijfcatheter, urethrastrictuur of urologische ingrepen.

Prostatitis veroorzaakt bij ouderen, in tegenstelling tot bij jongeren, weinig symptomen.

Het rectaal onderzoek toont een pijnlijke en gezwollen prostaat met echografisch goed zichtbare calcificaties.

Een toename van het PSA is frequent, vooral na een rectaal onderzoek.

De behandeling bestaat uit langdurige toediening, ten minste twee maanden, van een antibioticum met een goede prostaatpenetratie; prostatitis is een goede indicatie voor de quinolones.

B. Urine-incontinentie

Deze aandoening treft 15 tot 30% van de ouderen, en meer dan 50% van de langdurig geïnstitutionaliseerde patiënten. Om anatomische redenen worden vooral de vrouwen getroffen, maar met de leeftijd neemt de incidentie toe bij beide geslachten.

Incontinentie leidt tot zelfstandigheidsverlies; de patiënt is beschaamd, sluit zich af van de buitenwereld en vermijdt sociale contacten. Hij is bovendien blootgesteld aan medische verwikkelingen zoals recidiverende urineweginfecties, septikemie, lokale irritatie die kan leiden tot doorligwonden, valpartijen, fracturen en alle mogelijke geassocieerde aandoeningen.

Het gaat dus om een echt volksgezondheidsprobleem; urine-incontinentie dient dan ook systematisch opgespoord te worden, want oplossingen zijn mogelijk.

Urine-incontinentie is echter niet altijd enkel te wijten aan een disfunctie van de urinewegen, maar kan ook verband houden met een slecht aangepaste omgeving (WC op een andere verdieping, motorische handicap, diuretica...).

Fysiologie van urine-incontinentie

(figuur 1)

De continentie wordt verzekerd door

- een sfinctersysteem
- het zenuwstelsel

Het *sfinctersysteem*, gesitueerd aan de basis van de blaas, omvat de blaashals, de gladde urethrasfincter en de gestreepte sfincter. Het sfinctersysteem oefent een druk uit, waardoor de blaas gesloten blijft en de continentie

verzekerd wordt; elke druktoename in de blaas ten gevolge van vulling of contractie van de blaas (detrusor) wordt gecompenseerd door een toename van de druk ter hoogte van de gestreepte sfincter. Bij de man draagt de prostaat, die rechtstreeks met de gestreepte sfincter in contact staat, bij tot de continentie.

Het centraal zenuwstelsel controleert, via het sympathisch en parasymphatisch zenuwstelsel, de detrusor, de blaas-hals en de gladde sfincter; het willekeurig zenuwstelsel controleert de gestreepte sfincter.

Met de leeftijd ontstaat:

- een vermindering van het aantal spiervezels in de detrusor;
- een vermindering van de tonus van de gladde en de gestreepte sfincter en een vermindering van de contractie van de bekkenbodemspieren;
- een toename van de 'rigiditeit' van de urethra en een verharding van de prostaat, die het verlies van de sfincter-tonus bij de man enigszins compenseert;
- een wijziging van de anatomische verhoudingen tussen de organen gelegen in het kleine bekken, waar door de drukoverbrengende mechanismen kunnen veranderen;
- een wijziging van het autonoom zenuwstelsel en een verzwakking van de corticale doeltreffendheid op de willekeurige controle.

De leeftijd predisponeert dus tot incontinentie en verhoogt de gevoeligheid voor uitlokkende factoren; hij vermindert het aanpassingsvermogen van het urinair stelsel voor deze factoren.

Onderzoek van een incontinentie

a) *Opsporen van de uitlokkende factoren* (tabel 2)

- omgevingsfactoren
- irritatie van de blaas
- verlies van corticale controle

Tabel 2 Factoren die incontinentie uitlokken

| | |
|--|---|
| Ecologische factoren | <input type="checkbox"/> recente wijziging van omgeving <input type="checkbox"/> onaangepaste omgeving <input type="checkbox"/> mobiliteitsverlies (pijn, kortademigheid, orthostatische hypotensie...) |
| Blaasirritatie | <input type="checkbox"/> recente verwijdering van een verblijfcatheter <input type="checkbox"/> urineweginfectie, lithiase <input type="checkbox"/> fecaloom |
| Verlies van corticale doeltreffendheid | <input type="checkbox"/> delirium, verwardheid, depressie <input type="checkbox"/> vooral recent voorgeschreven geneesmiddelen (<i>psychofarmaca, anticholinergica, diuretica, calciumantagonisten, antiparkinsonmiddelen, antihypertensiva</i>) <input type="checkbox"/> metabole stoornissen <input type="checkbox"/> water- en elektrolytenstoornissen <input type="checkbox"/> gestoorde glykemieregeling <input type="checkbox"/> hypoxie |

b) *Anamnese en zorgvuldig klinisch onderzoek*

Het doel van de anamnese bestaat erin de omstandigheden te preciseren waarin de incontinentie is ontstaan, alsook het type van incontinentie, het mictiepatroon, de symptomen en de klinische antecedenten van de patiënt (neurologische pathologie, diabetes, medicamenteuze behandeling, hogere corticale functies...). Het klinisch on-

derzoek wordt eerst uitgevoerd bij een volle blaas ter opsporing van lekken of dwangmatige micties, vervolgens bij een lege blaas ter opsporing van een belangrijk residu.

Met een rectaal onderzoek beoordeelt men de kwaliteit van de mm. levatores ani, het bestaan van een eventueel fecaloom en, bij de man, de toestand van de prostaat.

Een gynaecologisch onderzoek wordt uitgevoerd ter opsporing van een genitale prolaps en ter evaluatie van de perineale reflexen.

Een blaasechografie meet het blaasresidu en evalueert de blaaslediging. Deze eenvoudige, snelle en goedkope techniek omzeilt de oncomfortabele en tijdrovende blaassondes die het risico op infectie verhogen.

c) Op biologisch vlak dienen urineweginfecties, vooral frequent bij vrouwen, alsook nierinsufficiëntie en hyperglykemie uitgesloten te worden.

d) Specialistisch urologisch, gynaecologisch en neurologisch advies dient te worden aangevraagd indien de oorzaak en het type van de incontinentie niet duidelijk zijn.

Men onderscheidt vier typen van incontinentie die de therapeutische houding, curatief of palliatief, zullen bepalen:

- transiënte incontinentie
- definitieve incontinentie
- instabiliteit van de blaas
- retentie-incontinentie

Therapeutische objectieven en behandeling

Men dient de continëntie zo vlug mogelijk te herstellen op de meest doeltreffende en minst traumatiserende wijze. Dat objectief wordt niet altijd bereikt, want bij de oudere patiënt zijn somatische aandoeningen steeds verweven met verouderingsprocessen en met psychologische en sociale factoren.

Een globale en pluridisciplinaire aanpak is noodzakelijk, om het probleem te identificeren, het klinisch juist te kaderen en een revalidatieprogramma op te stellen. Medische en chirurgische behandelingen dienen te worden voorbehouden voor welbepaalde indicaties.

Revalidatie

De revalidatie heeft tot doel om door perineale gymnastiek een goede contractie van de gestreepte urethrasfincter en een goede ontspanning van de detrusor te bekomen. Ze dient de bekkenbodem te versterken, hetgeen een betere transmissie van de druk ter hoogte van het kleine bekken mogelijk maakt.

De biofeedback-techniek maakt een optimalisering van de revalidatie mogelijk, door de patiënt bewust te maken van zijn drukwaarden en blaasvolumes. Ze is uiteraard niet geschikt voor patiënten met ernstige cognitieve stoornissen.

Elektrostimulering versterkt de spiercontractie en maakt vooral de patiënt bewust van het bestaan van de perineale functie.

Menselijke relaties zijn belangrijk; blaaseducatie door middel van mictieschemata en een goede levenshygiëne behoren eveneens tot de behandeling.

Medicamenteuze behandelingen

- Bij urineweginfectie: antibiotica of antiseptica.
- Bij instabiliteit van de blaas: parasympholytica, maar met risico voor retentie.
- Bij retentie-incontinentie: men kan de detrusor stimuleren door herhaaldelijk sonderen en vullen met ijs koud fysiologisch vocht.
- Bij een prostaatadenoom: alfablokkers indien er geen cardio-vasculaire contra-indicaties bestaan.

Algemene en lokale oestrogeenbehandeling is nuttig bij de oudere vrouw, om een goede vaginale en sfinctertonus te herstellen, wat kan bijdragen tot de revalidatie.

Chirurgische behandeling

Chirurgie kan nuttig zijn indien de incontinentie geassocieerd is met één of meerdere van de volgende aandoeningen:

- prostaatvergroting
- blaashals- of urethrastrictuur
- blaasstenen of blaastumor
- vesicale of genitale prolaps
- gynaecologische tumoren (fibroom, carcinoom).

Palliatieve maatregelen

Condoomcatheters zijn moeilijk te plaatsen bij ouderen en kunnen maceratie veroorzaken.

Periodieke banden en incontinentieluiers zijn vaak duur; ze werken demoraliserend en worden door goed georiënteerde patiënten psychologisch slecht verdragen. Indien ze slecht aangebracht, onaangepast of onvoldoende vaak verversd worden, kunnen ze irritaties, necrose en infecties veroorzaken.

Verblijfcatheters verhogen het risico voor opstijgende urineweginfecties en steenvorming.

De blaassonde is geen behandeling voor incontinentie.

Aanpassing van de omgeving aan de handicap van de patiënt is zeer belangrijk en laat soms toe de ontwikkeling van incontinentie te vermijden of te vertragen. Verschillende technische hulpmiddelen zijn beschikbaar, zoals de toiletstoel, een verhoogde toiletbril en een muursteun die de patiënt toelaat om zich recht te trekken.

C. Nier- en blaasziekten

De incidentie van nierinsufficiëntie neemt toe met de leeftijd, ten gevolge van atrofie van glomeruli en chronische aandoeningen. Ook toxische effecten van geneesmiddelen op nieren die reeds een verminderde creatinineklaring hebben, spelen een belangrijke rol.

Toch is het beeld van de nierziekten bij ouderen niet verschillend van dat bij jongeren.

Wel zal de oude nier zich minder goed aanpassen aan de hemodynamische wijzigingen, bijvoorbeeld bij hartinsufficiëntie of dehydratie. De dosering van geneesmiddelen die via de nieren worden uitgescheiden, dient steeds aangepast te worden aan de nierfunctie.

Op gevorderde leeftijd worden de indicaties voor hemodialyse steeds frequenter. Er zijn ook steeds meer dialysepatiënten die de vierde leeftijd bereiken. Een ethische reflectie over de verdere behandeling van deze patiënten is noodzakelijk met de huisarts, de geriater, de nefroloog, het verzorgingsteam en de familie. Elke indicatie voor nierdialyse moet getoetst worden aan de levenskwaliteit. De behandeling van deze patiënten moet worden geoptimaliseerd met behulp van evaluatiemiddelen die gebaseerd zijn op het 'geriatric assessment'.

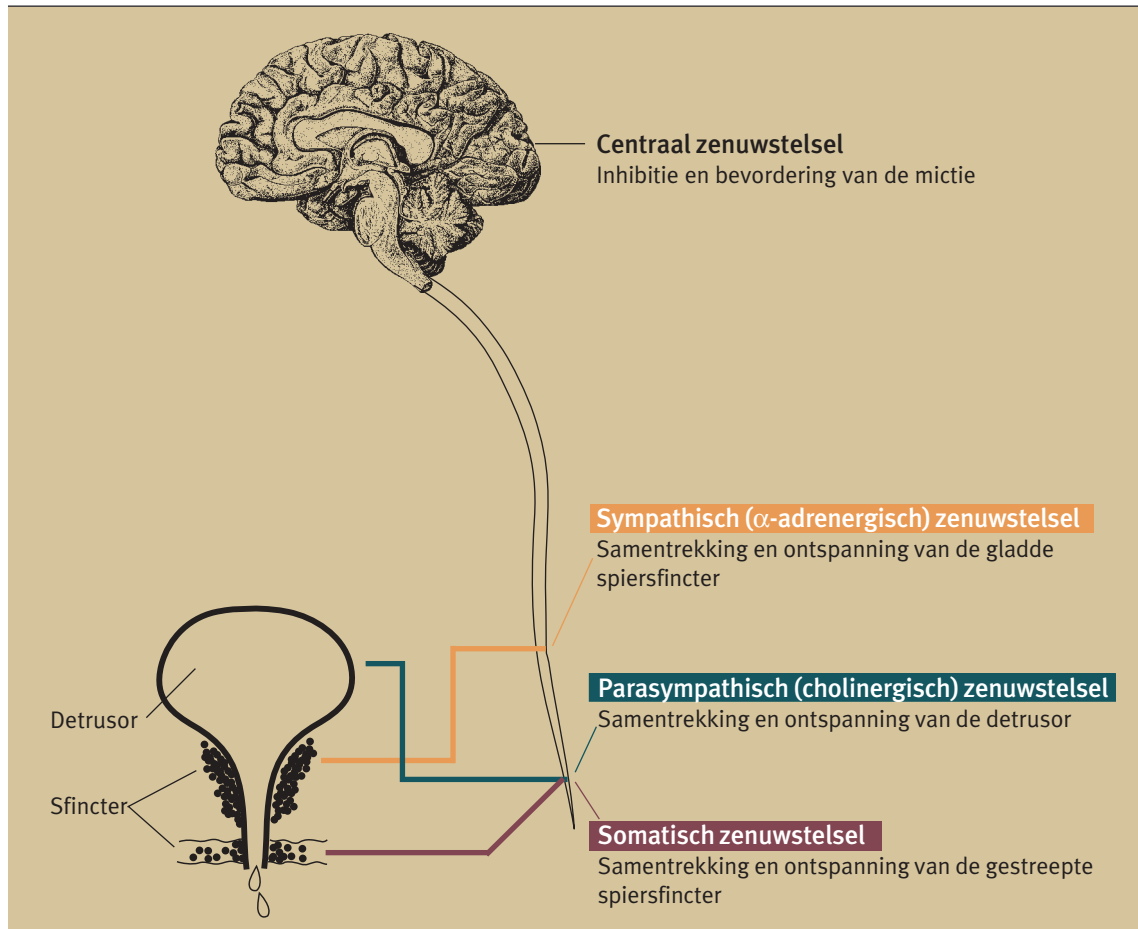
Behalve voor cystitis (zie elders) wordt de blaaspathologie gedomineerd door kanker.

De incidentie van blaaskanker neemt toe na de leeftijd van 40 jaar.

De diagnose dient te worden overwogen bij elke micro- of macroscopische hematurie in afwezigheid van een urineweginfectie.

Ongeveer 70% van de blaastumoren bij personen ouder dan 75 jaar zijn oppervlakkig en kunnen endoscopisch behandeld worden. Toch is de spontane evolutie van deze tumoren niet voorspelbaar. Cystectomie is een zware ingreep met complicaties op korte en lange termijn, en heeft bijgevolg een beperkte indicatie bij de oudere patiënt.

Figuur 1



naar Merck, *Manual of Geriatrics*, 2^e druk, 1995, blz. 179.

Een normale mictie heeft plaats bij gelijktijdige contractie van de blaas en ontspanning van de urethrasfincter. Vier componenten van het zenuwstelsel spelen daarbij een rol.

- Het centraal zenuwstelsel inhibeert de mictie tot op het gepaste ogenblik. Het coördineert en bevordert de input van de blaas om de mictie te beginnen en te beëindigen.*
- Het sympathisch zenuwstelsel doet de gladde spiersfincter contraheren via de α -adrenerge vezels van de nervus hypogastricus.*
- Het parasympathisch zenuwstelsel zorgt voor de contractie van de detrusorspier via de cholinerge vezels van de nervus pelvicus.*
- Het somatisch zenuwstelsel bezenuwt de gestreepte sfincter via de cholinerge vezels van de nervus pudendus.*

(Naar DuBeau CE, Resnick NM, en de medewerkers van het Massachusetts Department of Health EDUCATE project. *Urinary Incontinence in the Older Adult: An Annotated Speaker/Teacher Kit*, 1993; met de toestemming van de auteurs.)