

# Richtlijn Urine-incontinentie

---

In deze samenvatting worden de aanbevelingen voor de benadering van de patiënt met urine-incontinentie (UI) beschreven uit de Richtlijn Urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg. De tekst van deze richtlijn is gebaseerd op de EAU Guidelines on Urinary Incontinence uit 2014 en is toegesneden op de Nederlandse situatie, met waar nodig extra informatie, overwegingen en updates.

De richtlijn is van toepassing op volwassen mannen en vrouwen (> 18 jaar) zonder neurogeen blaaslijden.

Aanbevelingen zijn gegradeerd als A, B en C, waarbij A de sterkst mogelijke aanbeveling is en C de zwakste. De aanbevelingen zijn zoveel mogelijk *'action-based'* geformuleerd: ze nodigen niet zozeer uit tot overwegen maar eerder tot handelen. Ook kan er soms een aanbeveling gegeven worden om juist niet te handelen. Het niveau van aanbeveling is niet altijd overeenkomstig met de hoeveelheid en het type bewijs. Zo kan er vrijwel geen bewijs zijn voor een handeling (zoals lichamelijk onderzoek als onderdeel van de diagnostiek), maar is dit toch een sterke aanbeveling omdat de Werkgroep Richtlijn Urine-Incontinentie dat bij consensus heeft besloten. Hier spelen dan ook andere overwegingen mee, zoals het kostenaspect, belasting voor de patiënt en het al dan niet voor handen zijn van alternatieven.

## Lijst van gebruikte afkortingen

ACT	Adjustable continence therapy
BFT	Bekkenfysiotherapie
A/B/C	Graad A/B/C-aanbeveling (in algoritmes)
MUI	Mixed urinary incontinence (gemengde incontinentie)
NVU	Nederlandse Vereniging voor Urologie
PROM's	Patient reported outcome measures
PPI	Post-prostatectomie incontinentie
PTNS	Percutaneous tibial nerve stimulation
SNS	Sacrale neurostimulatie
SUI	Stress urine-incontinentie
UCS	Urethrocystoscopie
UDO	Urodynamisch onderzoek
UI	Urine-incontinentie
UUI	Urge urine-incontinentie
UWI	Urinerweginfectie

Verder kunnen de volgende tekens nog achter een aanbeveling staan (ook in de algoritmes):

- \* Werkgroepconsensus bij gebrek aan goed bewijs
- † Hierover is alleen bewijs voor vrouwen

# Diagnostiek

## *Anamnese en lichamelijk onderzoek*

Hoewel er geen bewijs voor bestaat, is er absolute consensus dat een gedegen anamnese en lichamelijk onderzoek een standaardonderdeel van de evaluatie van urine-incontinentie zouden moeten zijn.

Aanbevelingen 1	GR
<b>Vraag bij de anamnese tenminste naar het volgende:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Type incontinentie (stress, urge of gemengd)</li><li>• Frequentie en ernst</li><li>• Geassocieerde urologische symptomen</li><li>• Obstetrische en gynaecologische voorgeschiedenis</li><li>• Comorbiditeit</li><li>• Medicatiegebruik</li></ul>	A
<b>Doe een lichamelijk onderzoek met de volgende onderdelen:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Palpatie abdomen voor het detecteren van blaasvergroting of een massa in het abdomen/bekken</li><li>• Onderzoek van het perineum</li><li>• Rectaal toucher of vaginaal toucher</li><li>• Evalueer de oestrogenstatus (bij de vrouw)</li><li>• Evalueer vrijwillige contracties van de bekkenbodern.</li></ul>	A
<b>Overweeg verdere verwijzing/evaluatie indien:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• De urine-incontinentie gepaard gaat met pijn</li><li>• Er sprake is van hematurie</li><li>• Er een voorgeschiedenis is van recidiverende urineweginfecties</li><li>• Er radiotherapie of chirurgie in het kleine bekken heeft plaatsgevonden</li><li>• Er verdenking op een fistel bestaat (bij constante lekkage)</li><li>• Er problemen met de blaaslediging zijn</li><li>• Er verdenking op neurologische comorbiditeit is.</li></ul>	A

## Vragenlijsten

### Aanbevelingen 2

GR

Gebruik een gevalideerde vragenlijst als een gestandaardiseerde beoordeling van de ernst en het monitoren van behandel-effecten nodig is, zoals in trials of bij audits.

C

## Mictiedagboeken

### Aanbevelingen 3

GR

Gebruik mictiedagboeken bij patiënten met UI voor de evaluatie van opslag- en ontledigingstoornissen van de blaas, zowel in de klinische praktijk als in onderzoekssetting.

A

Een mictiedagboek dient 3-7 dagen te worden bijgehouden.

B

## Urineonderzoek

### Aanbevelingen 4

GR

Verricht urineonderzoek bij iedere patiënt met (klachten van ) UI.

A\*

Behandel symptomatische UWI's adequaat bij patiënten met UI (zie tevens 'Richtlijn Bacteriële urineweginfecties bij adolescenten en volwassenen').

B

Behandel asymptomatische bacteriurie bij geïnstitutionaliseerde ouderen niet wanneer het doel is om de klachten van UI te verbeteren.

B

\*Gebaseerd op expert opinion.

## Residumeting

### Aanbevelingen 5

GR

Meet bij voorkeur het residu na mictie met behulp van echografie.

A

Meet het residu na mictie bij iedere patiënt met urine-incontinentie.	B
Volg het residu na mictie bij patiënten die behandelingen krijgen die blaasontledigingsstoornissen kunnen verergeren of veroorzaken.	B

## *Urodynamica*

Aanbevelingen 6	GR
<p>Clinici die UDO's verrichten bij patiënten met UI dienen zich er van te vergewissen dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het UDO de symptomen van de patiënt reproduceert;</li> <li>• De resultaten in de klinische context worden geïnterpreteerd;</li> <li>• De kwaliteit van de metingen wordt gecontroleerd op eventuele technische fouten;</li> <li>• Er fysiologische variabiliteit binnen één individu kan bestaan.</li> </ul>	C
Vertel de patiënt dat de resultaten van een UDO nuttig kunnen zijn bij het bespreken van mogelijke behandelopties, maar dat er maar weinig bewijs is dat het verrichten van een UDO het resultaat van de behandeling ook echt verbetert.	C
Verricht niet routinematig een UDO bij patiënten die conservatief behandeld gaan worden.	B
Verricht een UDO als de resultaten van de test de keuze van invasieve behandeling kunnen veranderen.	C
Gebruik geen urethradrukprofielbepaling of meting van lekpuntdrukken om de ernst van de incontinentie te bepalen of om het resultaat van de behandeling te voorspellen.	C

## Pad tests

Een goed ontworpen *pad* (inlegger of luier) zal alle urine die in een bepaald tijdsbestek wordt verloren, bevatten en kan daardoor worden gebruikt om urineverlies te kwantificeren. Hoewel de *International Continence Society* heeft geprobeerd om de *pad test* te standaardiseren blijven er verschillen bestaan in de manier waarop patiënten worden geïnstrueerd (met name met betrekking tot de lichamelijke inspanning die ze tijdens de *pad test* moeten verrichten).

### Aanbevelingen 7

GR

Gebruik een *pad test* als kwantificering van de UI gewenst is.

A

Gebruik herhaalde *pad tests* als het resultaat van een therapie objectief gevolgd moet worden.

A

## Beeldvorming

### Aanbevelingen 8

GR

Voer geen routinematige beeldvorming uit bij de diagnostiek van ongecompliceerde SUI bij vrouwen.

A

## Conservatieve behandeling (niet-medicamenteus)

In de algemene medische praktijk is het gebruikelijk om eerst eenvoudige, relatief onschuldige interventies uit te proberen voordat meer risicovolle behandelingen worden toegepast.

### *Eenvoudige klinische interventies*

#### *Behandeling van onderliggende ziekte/cognitieve dysfunctie*

Veel aandoeningen kunnen incontinentie uitlokken of verergeren, of ze nu een rol spelen in de pathofysiologie van de lekkage of niet. Dergelijke aandoeningen zijn bijvoorbeeld:

- Hartfalen
- Chronische nierinsufficiëntie
- Diabetes
- Chronische obstructieve longziekten (COPD)
- Neurologische aandoeningen zoals
  - Cerebrovasculair accident (CVA)
  - Dementie
  - Multiple sclerose
- Algehele cognitieve dysfunctie
- Slaapstoornissen (zoals slaap apneu)

### *Aanpassing van de medicatie (die niet voor de incontinentie was voorgeschreven)*

Weinig studies bewijzen dat het aanpassen van medicatie een gunstig effect op urine-incontinentie zou kunnen hebben. Theoretisch bestaat overigens ook het risico dat het stoppen van medicatie meer kwaad dan goed brengt.

Aanbevelingen 9	GR
Breng het medicijngebruik in kaart bij alle patiënten met UI.	A
Informeer vrouwen die starten met systemische oestrogensuppletie dat hierdoor incontinentie kan ontstaan of verergeren.	A
Kijk kritisch naar ieder nieuw voorgeschreven medicijn en of het eventueel in verband gebracht kan worden met het optreden of verergeren van UI.	C

### *Obstipatie*

Verscheidene studies laten een sterke associatie zien tussen obstipatie, urine-incontinentie en overactieve blaas. Obstipatie kan worden verbeterd met gedragstherapeutische en medicamenteuze interventies.

Aanbevelingen 10	GR
Behandel co-existente obstipatie bij patiënten met UI.	C

### *Opvangmaterialen en mechanische hulpmiddelen*

Aanbevelingen 11	GR
Bied verbandmaterialen aan als het opvangen van urine nodig is; laat de patiënt informeren door een ter zake deskundige.	A*
Pas de keuze van het type verbandmateriaal aan naar gelang de ernst van de incontinentie en de specifieke behoeften van de patiënt.	A
Bied een verblijfskatheter als behandeling van UI alleen aan als andere behandelmethoden niet afdoende helpen.	B
Bied condoomkatheters aan bij mannen met incontinentie zonder significant residu na de mictie (indien anatomisch mogelijk).	A
Bied het aanleren van zelfkatheterisatie aan bij patiënten met UI en urineretentie.	A



Bied intravaginale hulpmiddelen (zoals tampons) niet routinematig aan voor de behandeling van UI bij vrouwen.	B
Vermijd penisklemmen voor de behandeling van UI bij mannen.	B

\* Aanbeveling is gebaseerd op een expert opinion.

### *Leefstijlaanpassingen*

Voorbeelden van leefstijlfactoren die in verband worden gebracht met UI zijn obesitas, roken, (een gebrek aan) lichamelijke inspanning en dieet. Daarom zou het mogelijk kunnen zijn om incontinentie te verbeteren met leefstijlaanpassingen zoals gewichtsverlies, vochtbeperking, reductie van alcohol- en cafeïne inname, het beperken van zware lichamelijke inspanning en stoppen met roken.

<b>Aanbevelingen 12</b>	<b>GR</b>
Moedig obese vrouwen met UI aan om af te vallen (>5%)	A
Leg volwassenenen met incontinentie uit dat het verminderen van het cafeïnegebruik, symptomen van toegenomen aandrang en mictiefrequentie kan verminderen, maar niet de incontinentie.	B
Adviseer patiënten met abnormaal hoge of lage vochtintake om hun vochtintake te normaliseren.	C
Leg vrouwelijke sporters met louter urineverlies tijdens lichamelijke inspanning (en niet in het dagelijks leven) die zich zorgen maken om het beloop van de UI, uit dat dit urineverlies niet predisponeert tot UI op latere leeftijd.	C
Adviseer patiënten die roken te stoppen vanwege algemene gezondheidsredenen, niet met het doel UI te verbeteren.	A

Aanbevelingen 13	GR
Bied gesuperviseerde BFT met een duur van tenminste 3 maanden aan als eerstelijns therapie bij vrouwen met milde SUI of MUI .	A
Bespreek als primaire behandeling bij vrouwen met matige tot ernstige (predominante) stress-incontinentie zowel BFT als MUS.	A
BFT programma's moeten zo intensief mogelijk zijn.	A
Bied BFT aan bij oudere vrouwen met UI.	B
Neem biofeedback als extra behandeling bij vrouwen met SUI in overweging.	A
Hoewel er bewijs is dat gesuperviseerde BFT tijdens de zwangerschap de kans op post-partum UI kan verminderen, adviseert de Werkgroep toch om dit niet routinematig aan te bieden.	A
Bied bij mannen die een radicale prostatectomie ondergaan instructies over BFT aan om het postoperatieve herstel van de continentie te bespoedigen.	B
Bied aan volwassenen met UUI of MUI blaastraining aan als eerstelijns therapie.	A
Bied 'op de klok plassen' aan bij volwassenen met UI en een cognitieve beperking.	A
Bied bij UI geen elektrostimulatie aan als monotherapie met oppervlakte elektroden (huid, vaginaal, anaal).	A
Bied geen magnetische stimulatie aan voor de behandeling van UI of OAB bij volwassen vrouwen.	B
Bied, indien voorhanden, PTNS aan als optie voor verbetering van de klachten van UUI bij vrouwen die geen baat hebben gehad van anticholinerge medicatie of deze medicatie niet konden verdragen.	B

Bied PTNS niet aan aan mannen of vrouwen die een genezing van hun UUI willen bereiken	A
Moedig andere zorgverleners aan tot het gebruik van revalidatieprogramma's met daarin plassen op aansporing voor zorgbehoevende mensen met UI.	A
Licht zwangeren met UI in over het natuurlijk beloop van urine-incontinentie.	A
Bied bij zwangere vrouwen met UI niet standaard BFT aan naast de gebruikelijke zorg.	B

## Medicamenteuze behandeling

### *Antimuscarinica (anticholinergica)*

Aanbevelingen 14	GR
Bied antimuscarinica in IR of ER preparaten aan als initiële medicamenteuze therapie aan volwassenen met UUI.	A
Als IR-preparaten niet succesvol zijn bij volwassenen met UUI kunnen ER of langwerkende antimuscarinica worden aangeboden.	A
Overweeg oxybutynine pleisters als orale antimuscarinica niet worden verdragen vanwege droge mond.	B
Bied alle patiënten met antimuscarinica een snelle evaluatie van de werkzaamheid en de bijwerkingen aan (< 30 dagen).	A

### *Bèta-3-receptoragonisten (sympathicomimetica)*

Aanbevelingen 15	GR
Bied patiënten met UUI met enige terughoudendheid behandeling met mirabegron aan, en waarschuw patiënten dat over eventuele bijwerkingen op de langere termijn nog onzekerheid bestaat. De aanbevolen dosering is 50 mg eenmaal daags.	B

## *Oestrogeensuppletie*

<b>Aanbevelingen 16</b>	<b>GR</b>
Vertel vrouwen die systemische oestrogeensuppletie krijgen dat ze een verhoogd risico hebben op het krijgen dan wel verergeren van reeds bestaande SUI en UUI.	A
Bied post-menopauzale vrouwen met UI lokale oestrogeentherapie aan, in het bijzonder als er ook sprake is van vaginale atrofie, ook al is de ideale behandelduur en het exacte middel van voorkeur niet bekend.	A

## *Desmopressine*

<b>Aanbevelingen 17</b>	<b>GR</b>
Bied desmopressine aan aan patiënten met nachtelijke UI die incidenteel kortdurende verbetering van hun incontinentie wensen, na de patiënt geïnformeerd te hebben dat het middel niet is geregistreerd voor deze indicatie.	B
Gebruik desmopressine niet voor de langdurige behandeling van UI.	A

## *Amitriptyline*

<b>Aanbevelingen 18</b>	<b>GR</b>
Geef geen amitriptyline aan volwassen patiënten met urine-incontinentie in een poging de klachten te verminderen.	B

## *Imipramine*

Aanbevelingen 19	GR
Geef geen imipramine bij de behandeling van SUI dan wel MUI bij vrouwen.	A
Geef geen imipramine aan mannen met stressincontinentie.	A

## *Flavoxaat*

Aanbevelingen 20	GR
Geef geen flavoxaat bij de behandeling van urine-incontinentie.	A

## Chirurgische behandeling

Enkele algemeen chirurgische principes:

- Bespreek altijd vooraf het doel van de operatie, de te verwachten gezondheidswinst en risico's met de patiënt en/of diens verzorgers.
- Bespreek alternatieve behandelingen.
- De operateur moet goed opgeleid zijn om een bepaalde ingreep te kunnen verrichten en voldoende ingrepen verrichten om de opgedane expertise te behouden.
- De operateur moet bereid zijn om zijn eigen resultaten van een bepaalde ingreep te delen met de patiënt.

## *Chirurgie voor vrouwen met ongecompliceerde stressincontinentie*

<b>Aanbevelingen 21</b>	<b>GR</b>
Bied de mid-urethrale sling aan bij vrouwen met ongecompliceerde SUI.	A
Bied open of laparoscopische colposuspensie of autologe fasciesling, aan, aan vrouwen met SUI bij wie een mid-urethrale sling geen optie is.	A
Vertel oudere vrouwen die chirurgie ondergaan voor SUI dat chirurgie op hogere leeftijd risicovoller en minder succesvol is.	B
Vertel vrouwen dat iedere vorm van vaginale chirurgie het seksueel functioneren negatief kan beïnvloeden.	C
Stel vrouwen, die een retropubisch in te brengen synthetische sling aangeboden krijgen, op de hoogte van het grotere risico van peroperatieve complicaties in vergelijking met transobturator insertie.	A
Waarschuw vrouwen die een transobturator sling aangeboden krijgen voor het grotere risico op pijn en dyspareunie op de langere termijn.	A
Waarschuw vrouwen die een autologe fasciesling krijgen dat er een hoog risico op bemoeilijkte mictie is en dat ze mogelijk na afloop moeten zelfkatheteriseren; ga na of ze bereid zijn om dat te doen.	A
Verricht peroperatief een urethrocystoscopie na het retropubisch inbrengen van een mid-urethrale sling, of bij een lastige of gecompliceerde insertie van een andere sling of bij significante cystocèle.	C
Waarschuw vrouwen die die een single-incision sling aangeboden krijgen dat de langere termijn resultaten onbekend zijn.	C

Bied <i>devices</i> , waarvoor geen niveau 1 bewijs is, alleen aan als onderdeel van een onderzoeksprogramma.	A
Bied <i>adjustable slings</i> , als primaire chirurgische behandeling van SUI, alleen aan als onderdeel van een gestructureerd onderzoeksprogramma.	C
Bied geen bulkmateriaal aan bij vrouwen die vragen om een permanente genezing van hun SUI.	A
Bespreek als primaire behandeling bij vrouwen met matige tot ernstige (predominante) stress-incontinentie zowel BFT als MUS.	A

### *Gecompliceerde stressincontinentie bij vrouwen (na eerdere gefaalde chirurgie)*

<b>Aanbevelingen 22</b>	<b>GR</b>
De keuze voor de juiste operatie bij gerecidiveerde SUI dient te geschieden na nauwgezette evaluatie (inclusief video-urodynamica) van de individuele patiënt.	C
Waarschuw vrouwen dat de resultaten van tweedelijns chirurgische ingrepen waarschijnlijk slechter zullen zijn, zowel qua functioneel resultaat als qua toename van het aantal bijwerkingen/complicaties.	C
Overweeg een secundaire synthetische sling, colposuspensie of autologe fasciesling als eerste opties bij vrouwen met gecompliceerde stress-incontinentie.	C
Een open colposuspensie kan overwogen worden bij patiënten die al meer dan twee gefaalde vaginale continetiebevorderende ingrepen hebben gehad en die geen verdere vaginale procedures meer willen ondergaan.	C
Implantatie van een sfincterprothese of ACT mag alleen aangeboden worden in centra met voldoende expertise.	C

Waarschuw vrouwen die een sfincterprothese of ACT krijgen dat er een grote kans bestaat op complicaties en op (mechanisch) falen en dat soms revisie of verwijdering nodig is, ook in centra met veel expertise.	C
--	---

*Vrouwen die chirurgie voor hun (hinderlijke) prolaps behoeven en tevens urine-incontinentie hebben*

**Aanbevelingen 23** **GR**

Bied een gecombineerde chirurgische behandeling aan van zowel de hinderlijke prolaps als de SUI.	A
--	---

Waarschuw vrouwen dat een gecombineerde behandeling een hoger risico op nadelige bijwerkingen met zich meebrengt dan alleen een prolapsbehandeling.	A
---	---

Vertel vrouwen met UUI én een prolaps die aan hun prolaps geopereerd worden dat de UUI niet altijd verdwijnt.	A
---	---

*Vrouwen die chirurgie voor hun (hinderlijke) prolaps behoeven maar géén urine-incontinentie hebben*

**Aanbevelingen 24** **GR**

Waarschuw vrouwen voorafgaand aan een prolapscorrectie dat er een risico bestaat op de novo postoperatieve SUI.	A
---	---

Informeer vrouwen dat het voordeel van profylactische continetiebevorderende chirurgie onzeker is.	C
--	---

Waarschuw vrouwen dat het toegevoegde voordeel van continetiebevorderende chirurgie bij een gecombineerde behandeling wellicht niet opweegt tegen het verhoogde risico op nadelige bijwerkingen.	A
--	---

Vertel vrouwen met een prolaps zónder UUI dat er een (geringe) kans bestaat dat zij de novo UUI ontwikkelen.	A
--	---



## Chirurgische behandeling bij mannen met SUI

Aanbevelingen 25	GR
Bied alleen bulkmateriaal aan bij mannen met milde post-prostatectomie incontinentie die een tijdelijke verlichting van hun UI-klachten wensen.	C
Bied geen bulkmateriaal aan bij mannen met ernstige post-prostatectomie incontinentie.	C
Bied een niet-verstelbare <i>male sling</i> aan bij mannen met milde tot matige post-prostatectomie incontinentie.	B
Waarschuw mannen dat ernstige incontinentie, eerdere radiotherapie van het bekken of chirurgie voor een urethrastrictuur de uitkomst van <i>male slings</i> kan verslechteren.	C
Bied een sfincterprothese aan bij mannen met matig- tot ernstige post-prostatectomie incontinentie.	B
Bied alleen niet-circumferentiële compression devices (ProACT®) en sfincterprotheses aan bij mannen met post-prostatectomie incontinentie, in centra met voldoende expertise en voldoende volume.	C
Waarschuw zowel mannen die een niet-circumferentiële compression device (ProACT®) als een sfincterprothese overwegen dat er een risico bestaat op falen en daaropvolgende noodzaak tot verwijdering, ook als deze geïmplantéerd wordt in centra met veel expertise.	C
Bied geen niet-circumferentiële <i>compression devices</i> (ProACT®) aan bij mannen die eerder bestraling van hun bekken hebben ondergaan.	C

## *Mannen met incontinentie na radiotherapie in verband met prostaatcarcinoom*

### **Aanbevelingen 26**

**GR**

Onderzoek bij mannen met incontinentie na radiotherapie van de prostaat de onderliggende bijdragende factoren anders dan sfincterzwakte.

**A**

### *Chirurgie bij refractaire UUI*

#### *Intravesicale botulinetoxine*

### **Aanbevelingen 27**

**GR**

Bied intravesicale onabotulinumtoxine A-injecties aan bij patiënten met UUI die niet reageren op antimuscarinica.

**A**

Controleer voorafgaande aan het injecteren altijd het merk van de onabotulinumtoxine-A, omdat de doseringen (eenheden) van merken onderling verschillen.

**A**

Gebruik bij de eerste onabotulinetoxine-A-injectie een dosering van 100 E; hiermee wordt het risico op urineretentie en urineweginfecties geminimaliseerd.

**A**

Waarschuw mensen voor de mogelijke noodzaak tot zelfkatheterisatie en het geassocieerde risico op UWI's; ga na of de patiënt bereid is zichzelf te katheteriseren indien nodig.

**A**

Waarschuw patiënten over de registratiestatus van onabotulinetoxine-A, en dat de langetermijneffecten onbekend zijn.

**A**

## *Sacrale zenuwstimulatie (neuromodulatie)*

<b>Aanbevelingen 28</b>	<b>GR</b>
Bied patiënten met refractaire UUI (niet reagerende op conservatieve therapie), indien beschikbaar, sacrale neuromodulatie aan voordat blaasaugmentatie of deviatie wordt overwogen.	A

## *Blaasaugmentatie/deviatie*

<b>Aanbevelingen 29</b>	<b>GR</b>
Bied alleen blaasaugmentaties aan bij patiënten met UUI die niet reageren op conservatieve therapie en met wie de mogelijkheden van onabotulinumtoxine-A-injecties en sacrale zenuwstimulatie zijn besproken.	C
Waarschuw patiënten die een blaasaugmentatie moeten ondergaan voor het hoge risico op zelfkatheterisatie; stel zeker dat patiënten bereid zijn dit te doen.	C
Bied geen detrusorectomie aan als behandeling voor UUI.	C
Bied alleen urinedeviatie aan bij patiënten bij wie minder invasieve technieken geen verbetering gaven en die bereid zijn een stoma te accepteren.	C
Waarschuw patiënten die een blaasaugmentatie ondergaan voor het hoge risico op korte- en lange termijncomplicaties, en de mogelijke, kleine kans op maligniteit.	C
Bied patiënten die een blaasaugmentatie of een urinedeviatie hebben ondergaan levenslange follow-up aan.	C

Aanbevelingen 30	GR
Raad patiënten met overgewicht en obesitas aan om af te vallen om algemene gezondheidsredenen.	A

## Gemengde urine-incontinentie (MUI)

Aanbevelingen 31	GR
Behandel bij patiënten met MUI de symptomen die het meest hinderlijk zijn eerst of kies bij twijfel eerst de minst invasieve behandelvorm.	C
Waarschuw patiënten met MUI dat de succeskans van BFT lager is dan bij zuivere SUI.	B
Bied antimuscarinica aan voor patiënten met urge-predominante MUI.	A
Waarschuw patiënten met MUI dat chirurgie minder succesvol zal zijn dan bij patiënten met zuivere SUI.	A

## Urine-incontinentie bij de kwetsbare oudere

### *Conservatieve behandeling*

Aanbevelingen 32	GR
Behandel asymptomatische bacteriurie bij oudere patiënten met UI niet met als doel hun urine-incontinentie te verbeteren.	B
Moedig andere zorgverleners aan om revalidatieprogramma's te gebruiken (met inbegrip van plassen op aansporing) bij de behandeling van oudere zorgafhankelijke patiënten met urine-incontinentie.	A

Behandel co-existente obstipatie bij patiënten met UI.	C
Bied BFT aan als behandelingsoptie bij oudere vrouwen met UI.	B

### *Medicamenteuze behandeling*

<b>Aanbevelingen 33</b>	<b>GR</b>
Kies, bij het behandelen van ouderen met UI, zoveel mogelijk voor niet-farmacologische behandelingen alvorens antimuscarinica voor te schrijven.	C
Wees terughoudend met het voorschrijven van antimuscarinica bij oudere patiënten die at risk zijn voor cognitieve disfunctie, of hier reeds last van hebben.	B
Als er toch gekozen wordt voor het geven van antimuscarinica voor UI bij ouderen, overweeg dan andere medicatie aan te passen om zo de 'anticholinergic load' te verminderen.	C
Controleer de mentale status bij oudere patiënten die antimuscarinica gebruiken als ze at risk zijn voor cognitieve disfunctie.	C

### *Chirurgische behandeling*

<b>Aanbeveling 34</b>	<b>GR</b>
Vertel oudere vrouwen die chirurgie ondergaan voor SUI dat chirurgie op hogere leeftijd risicovoller en minder succesvol is.	B

## Algoritme diagnostiek en conservatieve behandeling bij de vrouw

Vrouw met urine-incontinentie

### Initiële diagnostiek

- Anamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Vragenlijst (optioneel)
- Mictiedagboek
- Urineonderzoek
- Post-mictie residu (bij bemoeilijkte mictie)
- Pad test als men de hoeveelheid urineverlies wil objectiveren

A

A

B

A

A\*

B

A

- Hematurie
- Pijn
- Recidiverende UWI's
- Graad 3 of symptomatische prolaps
- Eerdere radiotherapie op het bekken
- Eerdere chirurgie voor UI
- Palpabele massa in het kleine bekken
- Verdinking op een fistel

Redenen voor verdere analyse (alarmsymptomen)

Bespreek behandelopties

SUI

MUI: behandel ernstigste symptoom eerst

UUI

- Advies m.b.t. stoelgang, medicatie, comorbiditeit en vochtintake
- Adviseer om af te vallen (indien overgewicht)
- Bied indien nodig opvangmateriaal aan
- Bied topische vaginale oestrogenen bij post-menopauzale vrouwen
- Bied desmopressine aan voor kortdurende symptoomverlichting
- Bied op de klok plassen aan bij cognitief beperkte ouderen en zorgbehoevenden

C

A

A\*

A

B

A

Milde SUI

Matige of ernstige SUI

UUI

Blaastraining B

Antimuscarinica A  
Óf Mirabegron B

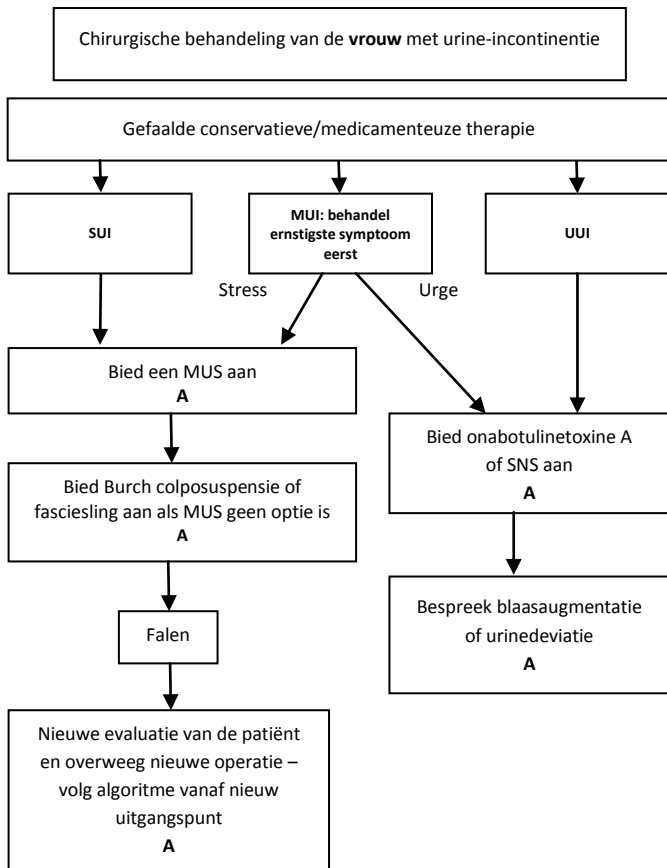
Overweeg PTNS B

Intensieve  
gesuperviseerde BFT  
+/- Biofeedback A  
+/- Blaastraining B

Als bij mild,  
maar bied óók  
MUS aan  
A

Indien conservatieve therapie faalt, zie algoritme 'Chirurgische behandeling bij de vrouw'

## Algoritme chirurgische behandeling bij de vrouw



## Algoritme diagnostiek en conservatieve behandeling bij de man

Man met urine-incontinentie

### Initiële diagnostiek

- Anamnese **A**
- Lichamelijk onderzoek **A**
- Vragenlijst (optioneel) **B**
- Mictiedagboek **A**
- Urineonderzoek **A\***
- Post-mictie residu (bij bemoeilijkte mictie) **B**
- Pad test als men de hoeveelheid urineverlies wil objectiveren **C**

- Hematurie
- Pijn
- Recidiverende UWI's
- Eerdere radiotherapie op het bekken
- Verdacht rectaal toucher
- Palpabele massa in het kleine bekken
- Symptomen en bevindingen passende bij een bemoeilijkte mictie

Redenen voor verdere analyse (alarmsymptomen)

Bespreek behandelopties

SUI

MUI: behandel ernstigste symptoom eerst

UII

- Advies m.b.t. stoelgang, medicatie, comorbiditeit en vochtintake **C**  
 Adviseer om af te vallen (indien overgewicht) **A†**  
 Bied indien nodig opvangmateriaal aan **A\***  
 Bied desmopressine aan voor kortdurende symptoomverlichting **B**  
 Bied op de klok plassen aan bij cognitief beperkte ouderen en zorgbehoevenden **A**

SUI

UII

Geef de patiënt informatie (mee) over BFT **B**

Blaastraining **B**

Antimuscarinica **A**  
 Óf Mirabegron **B**

Overweeg PTNS **B†**

Indien conservatieve therapie faalt, zie algoritme 'Chirurgische behandeling bij de man'



## Algoritme chirurgische behandeling voor de man

