

## **Incontinentie bij ouderen**

### **Prof Els Bakker**

**De prevalentie van urine-incontinentie (UI) en anale incontinentie (AI) neemt toe met de leeftijd en ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen. Ze varieert voor UI van 27% voor personen onder de 65 jaar tot 74% bij 95-plussers. Bij bedlegerige ouderen bedraagt ze zelfs 82%.<sup>(1)</sup>. Wat de prevalentie van anale incontinentie betreft, zijn er geen opmerkelijke geslachtsgebonden verschillen; de gemiddelde prevalentie bedraagt ~10%.<sup>(2)</sup>.**

Deze incontinentie-episodes gaan gepaard met gevoelens van schaamte en sociale stigmatisering<sup>(3)</sup>, een hoge comorbiditeit<sup>(4)</sup> en een zeer zware maatschappelijke kostprijs<sup>(5)</sup>. Incontinentie is trouwens de belangrijkste reden voor opname in een rusthuis. De sociale en psychologische gevolgen, die nog zwaarder zijn bij anale dan bij urinaire incontinentie, zijn zo aanzienlijk dat incontinenten personen de neiging hebben om hun sociale activiteiten en hun deelname aan fysieke activiteiten te verminderen. Dat leidt uiteindelijk niet alleen tot sociaal isolement, maar ook tot een algemene verslechtering van hun gezondheidstoestand.

#### **Veroudering is geen oorzaak van incontinentie**

De aanwezigheid van urine- en/of stoelgangverlies is een symptoom, geen diagnose, en wijst in de eerste plaats op een evenwichtsverstoring tussen de intravesicale of intrarectale druk tegenover de respectievelijke sluitingsdrukken tijdens de vullingsfase. Dit verlies kan optreden overdag (dagincontinentie) of 's nachts (nachtelijke incontinentie). De ernst wordt uitgedrukt in graad I tot 4 en hangt af van de hoeveelheid en de frequentie van de verliezen.

Ook al tasten de fysiologische verouderingsprocessen het urinaire en anorectale stelsel aan, toch is veroudering op zich geen oorzaak van incontinentie<sup>(6)</sup>. Die kan een symptoom zijn van een neurologische aandoening zoals Parkinson, MS of diabetes, maar kan ook een nevenverschijnsel zijn van een urine-infectie of een bijwerking van bepaalde geneesmiddelen. Problemen bij de blaaslediging (dysurie met onvolledige blaaslediging) en de rectumlediging (constipatie, dyschezie) kunnen weliswaar tot incontinentie leiden, maar worden in dit artikel buiten beschouwing gelaten.

#### **Classificatie volgens de International Continence Society**

Incontinentie in de geriatrische populatie wordt veroorzaakt door een complexe interactie tussen de gevolgen van veroudering en de leefgewoonten van de patiënt. Om de onderliggende pathofysiologie beter te begrijpen, is het belangrijk om de meest voorkomende vormen van incontinentie toe te lichten.

#### **Classificatie volgens de International Continence Society (ICS)**

1. Inspanningsincontinentie (stress-incontinence): urineverlies bij verhoging van de intra-abdominale druk (buikdruk);
2. Aandrangsincontinentie (urge-incontinence): urineverlies bij samentrekking van de detrusor (gladde blaaspier) tijdens de vullingsfase, zonder stijging van de buikdruk;
3. Gemengde incontinentie (mixed incontinence): combinatie van inspanningsincontinentie en aandrangsincontinentie;
4. Overloopincontinentie: de blaasdruk ligt hoger dan de sluitingsdruk, door overvulling van de blaas.

Vrouwen krijgen vooral te maken met gemengde incontinentie, waarbij het aandeel van urge-incontinentie toeneemt met de leeftijd. Bij mannen daarentegen komt urge-incontinentie meer voor

tenzij er door toedoen van een iatrogene oorzaak (bijv prostatectomie) een sterk verlaagde urethrale sluitingsdruk ontstaat.

Nachtelijke polyurie, waarbij de patiënt vaak wakker wordt om te plassen, is zowel bij mannen als bij vrouwen een aanzienlijk probleem<sup>(7)</sup>. In 2009 legden Temml et al zelfs een verband tussen nycturie en heupbreuken (OR 1.8) bij ouderen<sup>(8)</sup>.

Plots optredende urine-incontinentie is altijd verontrustender dan 'chronische' incontinentie. Het acuut karakter van het urineverlies kan wijzen op een aandoening die medisch behandeld moet worden. Alvorens te starten met kinesitherapie bestaat er ~~nog~~ een mnemotechnisch middel dat u kan helpen om de noodzaak van een medische behandeling uit te sluiten: **DRIP**<sup>(9)</sup>.

- **D**     **Delirium**
- **R**     **Retentie**
- **I**     **Infectie van de urinewegen**
- **P**     **Polyurie**

Bij aanhoudende incontinentie daarentegen kan het mnemotechnisch middel **DIAPPERS** als leidraad dienen om de oorzaak van het urineverlies te achterhalen<sup>(6)</sup>.

- **D**     **Delirium**
- **I**     **Infectie**
- **A**     **Atrofische Urethritis**
- **P**     **Pharmacologisch**
- **P**     **Psychologisch**
- **E**     **Excessief drank gedrag**
- **R**     **Restrictie qua mobiliteit**
- **S**     **Stoelgang**

### **Neurologische en niet-neurologische oorzaken**

Bij onze reëducatiemethode voor deze patiënten moeten we een onderscheid maken tussen neurologische oorzaken - die van centrale (CVA, tumoren, hersenatrofie, depressie) of supraspinale (waarbij tegelijk het autonome stelsel en het somatische stelsel zijn aangetast) oorsprong kunnen zijn - en niet-neurologische oorzaken.

Bij de niet-neurologische factoren onderscheiden we:

- I. Het effect van veroudering op de onderste urinewegen
  - a. **Blaas**: Yoshida bestudeerde de veranderingen die het verouderingsproces teweegbrengt thv de neurotransmitters van de detrusor, met blaashyperactiviteit (overactieve blaas) en urge-incontinentie tot gevolg <sup>(10,11)</sup>. Blaashypo-activiteit (eventueel in combinatie met overloopincontinentie) hangt veeleer samen met de geleidelijke vervanging van de gladde vezels van de detrusor door bindweefsel. Ze kan leiden tot een onvolledige blaasleiding, met een verhoogd risico op urine-infecties tot gevolg.
  - b. Interne en externe **urethrale sfincter** (IUS en EUS). Klauser<sup>(12)</sup>. toonde een lineaire relatie (daling ) aan tussen de diameter van de EUS , zijn sluitingsvermogen, en leeftijd. Buzelin gebruikte al in 1998 de formule “90cmH<sub>2</sub>O-leeftijd in jaren” om de sluitdruk te berekenen.
  - c. **Bekkenbodemspieren** (BBS). Zoals alle dwarsgestreepte spieren zijn ook de BBS onderhevig aan veroudering op alle niveaus, met krachtverlies tot gevolg en vooral een verminderde craniale verplaatsing bij samentrekking van de BBS<sup>(13)</sup>.
  - d. **Fasciae**. De aantasting van de bindweefselstructuren maakt ze minder elastisch, met als gevolg een overdrachtsstoornis bij drukverhoging ter hoogte van de urethra (urinebuis).

- II. Zwaarlijvigheid (obesitas). Bij vrouwen in de menopauze heeft een BMI >26 een waarschijnlijkheidsratio (OR) van 1.5 voor incontinentie <sup>(14)</sup>. (Bij vrouwen in de menopauze wordt een OR van 1.5 geassocieerd met een BMI >26)
- III. Functionele beperkingen (het verschil tussen de maatschappelijke verwachtingen en het vermogen om eraan te voldoen). Recente studies hebben een significant verband aangetoond tussen de fysieke conditie van ouderen en UI<sup>(15)</sup>.

In het kader van de bestaande incontinentiebehandelingen bij ouderen zijn de effecten van primaire, secundaire en tertiaire preventie onmiskenbaar. Onze behandeling zal dan ook altijd hiermee geassocieerd worden.

In hun recente studie van de literatuur over de effecten van bekkenbodembreëducatie vermelden Vanessa et al in 2012<sup>(16)</sup> 50 artikelen. De auteurs selecteerden er 6 op basis van methodologische kwaliteitscriteria: Spruijt J.<sup>(17)</sup>, Kim H.<sup>(18)</sup>, Aslan E.<sup>(19)</sup>, Schreiner L.<sup>(20)</sup>, Sherburn M.<sup>(21)</sup>, en Wallis MC<sup>(22)</sup>].

Deze studies wijzen op een significante verbetering van het verlies en de QoL vooral bij urge-incontinentie. De verbetering is des te groter wanneer de reëducatie gepaard gaat met:

1. Aanpassingen van de omgeving: de toegang tot het toilet, het uitkleden vergemakkelijken, een nachtlampje, het plaatsen van een verhoogde toiletbril ...
2. Gedragstherapie: regelmatig drinken en naar het toilet gaan, uitleggen hoe je correct moet plassen (niet persen, stabiele houding, ...), vermijden van constipatie.
3. Een bewegingsprogramma om het loopvermogen en het evenwicht bij ouderen te verbeteren. Daarbij moet de voorkeur gegeven worden aan oefeningen om vanuit zithouding naar staande houding te komen (en omgekeerd).
4. Intensieve oefenreeksen om de BBS actief te versterken (meer dan 30 sessies, 3 à 4 keer per week). Voor functionele elektrostimulatie of gebruik van magnetische stroom daarentegen is er geen enkel positief effect aangetoond bij deze populatie.

## Conclusie

Urine-incontinentie wordt veroorzaakt door verschillende factoren. Gebruik DRIP of DIAPPERS als mnemotechnische middelen om de oorzaken te helpen opsporen.

Bij onze reëducatie mogen we nooit uit het oog verliezen dat de onderste urinewegen in de eerste plaats als doel hebben om de bovenste te beschermen. We moeten bij elke handeling die we uitvoeren het effect op de nieren nagaan. Het is immers beter om incontinentie te aanvaarden dan de nieren te beschadigen.

Bekkenbodembreëducatie is trouwens alleen doeltreffend in combinatie met gedragstherapie en/of verbetering van de fysieke conditie.

Gespecialiseerde collega's vinden jullie op de website [www.pelvired.be](http://www.pelvired.be)

## Referenties

1. Sarkar PK et al. Management of UI. *J of Clin Pharm and Ther* 2000; 25: 251-263.
2. Teunissen T et al. Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *Internat Urogynecol J and PF Dysf* 2004; 15: 10-13
3. Bogner H. UI and physical distress in community dwelling older African American and whites. *J of Am Ger Soc* 2004; 52: 1870-1874
4. Grimby A et al. The influence of UI on the QoL of elderly women. *Age and Ageing* 22:82-89 1993
5. Fonda D. The billion dollar question: can incontinence be reduced in nursing homes?. *Medical Journal of Australia* 1992; 156: 6-7
6. Fonda D. UI and bladder dysfunction in older persons. In Abrams P et al. *Incontinence 2<sup>nd</sup> edition*. Plymouth distribution, Plymouth, UK 2002

7. Swithinbank L et al. LUTS in community dwelling women: defining diurnal and nocturnal frequency and the incontinence case. *BJU Int* 2001; 88: 18-22
8. Temml C. Nocturia is an age independent risk-factor for hip fractures in man. *Neurourol Urodyn* 2009;28 :949-52
9. Timiras PS et al. The kidney, the LUT, body fluids and the prostate. In : Timiras (ed) *Physiological basis of aging in geriatrics*, 3<sup>rd</sup> edn CRC Press, Boca Raton, 347-51 2003
10. Yoshida M et al. Age-related changes in cholinergic and purinergic neurotransmission in human isolated bladder smooth muscles. *Exp Geront* 2001; 36:99-109
11. Yoshida M et al. Management of detrusor dysfunction in the elderly: changes in Ach and adenosine triptophase release during ageing. *Urol* 2004; 63: 17-23
12. Klausner L et al. Age related rabdo-sphincter function in female SUI: assessment by intraurethral sonographie. *J of US in Medicine* 2004; 23: 631-663
13. Constantinou et al. Determining the displacement of the PF and pelvic organs during voluntary contractions using MRI in younger and older women. *BJU Int* 2002; 90:408-414
14. Sherburn M et al. Is incontinence associated with menopause? *Obstet and Gynecol* 2001;98:628-33
15. Morin M et al. Identifying deficits in lower limb muscle strength, balance and mobility in elderly women suffering from urge and UI. *Neuro Urol* 2013; 6: Abstract 562 - ICS 2013
16. Vanessa S- Pereira – Effect of physiotherapy in older women: a systematic review. *Rev Bras Fisioter* 2012 16; 463-8
17. Spruijt J et al. Vaginal electrical stimulation of the pelvic floor: a randomized feasibility study in urinary incontinent elderly women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(11):1043-8.
18. Kim H et al. Effectiveness of multidimensional exercises for the treatment of stress urinary incontinence in elderly community-dwelling Japanese women: a randomized, controlled, crossover trial. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(12):1932-9.
19. Aslan E et al. Bladder training and Kegel exercises for women with urinary complaints living in a rest home. *Gerontology.* 2008;54(4):224-31.
20. Schreiner L, et al. Randomized trial of transcutaneous tibial nerve stimulation to treat urge urinary incontinence in older women. *Int Urogynecol J.* 2010;21(9):1065-70.
21. Sherburn M et al. Incontinence improves in older women after intensive pelvic floor muscle training: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(3):317-24.
22. Wallis MC. Pelvic static magnetic stimulation to control urinary incontinence in older women: a randomized controlled trial. *Clin Med Res.* 2012;10(1):7-14.