BEKKENBODEM · EEN BLOG VAN DR. PHILIPPE ELST

Urineverlies bij hoesten is geen prijs van het moederschap

56%
genezen na bekkenbodemtraining

6%
genezen zonder behandeling

31
gerandomiseerde studies met 1.817 vrouwen

Veel vrouwen hebben het nooit aan een arts verteld. Een beetje urineverlies bij hoesten, lachen of sporten lijkt normaal na een bevalling of na de vijftig. Het komt vaak voor. Dat maakt het nog niet onvermijdelijk.

Bij stressincontinentie verliest men urine wanneer de druk in de buik plots stijgt: bij hoesten, niezen, lachen, springen of tillen. De oorzaak zit in de bekkenbodem, de laag spieren en bindweefsel die als een hangmat onder de blaas en de baarmoeder ligt.

Bij een goede werking spant die hangmat zich vlak vóór de druk stijgt, en wordt de plasbuis dichtgedrukt. Zwangerschap, bevallingen, overgewicht, chronisch hoesten en het wegvallen van oestrogeen in de overgang kunnen de spieren en het bindweefsel verzwakken. Dan reageert de bekkenbodem te laat of te zwak, en lekt er urine.

Het komt veel voor, en juist daarom wordt er weinig over gesproken. Vrouwen passen hun leven aan: ze stoppen met lopen of springen, nemen altijd een inlegkruisje mee, plannen hun uitstappen rond toiletten. Wat begint als een klein ongemak, wordt zo een beperking die stil blijft, omdat ze als normaal wordt gezien.



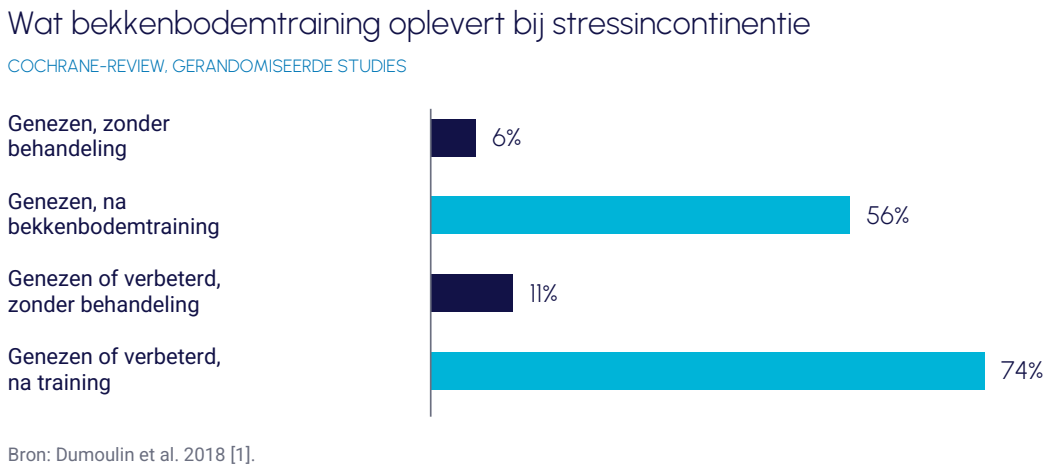
Figuur 2. Bij een hoest moet de bekkenbodem op tijd en sterk genoeg aanspannen om de plasbuis dicht te houden. Schematische voorstelling.

Wat training oplevert

Bekkenbodemtraining leert die spieren gericht en herhaald aanspannen, sterker en sneller, en ze bewust te gebruiken vlak vóór een hoest of een sprong. Het klinkt eenvoudig. De resultaten zijn dat ook, voor wie het volhoudt.

Een goede training begint met een onderzoek: welke spieren spannen er aan, hoe sterk, hoe lang, en ontspannen ze ook weer? Daarna volgt een programma van enkele maanden, met oefeningen thuis en controle van de techniek. Soms helpt het om de spierwerking zichtbaar te maken, zodat men voelt wat men moet doen.

Een Cochrane-review uit 2018 bundelde 31 gerandomiseerde studies met 1.817 vrouwen uit 14 landen. Bij vrouwen met stressincontinentie meldde 56 procent na de training dat ze genezen waren, tegenover 6 procent zonder behandeling: acht keer vaker. Genezen of duidelijk verbeterd was 74 procent, tegenover 11 procent. Bijwerkingen waren zeldzaam en licht.



Figuur 1. Aandeel vrouwen met stressincontinentie dat genezen of verbeterd was, met en zonder bekkenbodemtraining. Bron [1].

Vaak voorkomen is niet hetzelfde als normaal zijn.

Ook bij andere vormen van urineverlies, zoals plotse aandrang, hielp de training, al was het bewijs daar minder sterk. De auteurs besloten dat bekkenbodemtraining de eerste behandeling hoort te zijn bij urineverlies bij vrouwen.

De vrouwen in de trainingsgroepen waren ook tevredener, en zochten minder vaak een andere behandeling dan de vrouwen in de controlegroepen. Het effect reikt dus verder dan het aantal keer dat er urine verloren gaat: het gaat over sporten, over intimiteit, over vrij kunnen bewegen.

Waar het bewijs stopt

De meeste studies waren klein tot middelgroot, met een opvolging van minder dan een jaar, en een deel had een matig risico op vertekening. Hoe lang het effect aanhoudt, hangt af van blijven oefenen. Training werkt beter onder begeleiding dan met een folder: veel vrouwen spannen bij de eerste poging andere spieren aan dan bedoeld. En wie na training verlies blijft houden, heeft nog andere

mogelijkheden, die een eigen afweging vragen.

Wat het in de praktijk verandert

De echte vraag is dus niet of urineverlies bij een bepaalde leeftijd hoort, maar of de bekkenbodem nog doet wat hij moet doen. Dat kan onderzocht en getraind worden, na een bevalling, rond de overgang, of vele jaren later.

In Doktershuis Antwerpen werkt de gynaecoloog samen met de bekkenbodemkinesitherapeut, die de training op maat begeleidt. Een probleem waarover men zwijgt, wordt zelden kleiner.

Ook rond de overgang verdient de bekkenbodem aandacht. Het wegvallen van oestrogeen maakt het weefsel rond de blaas en de plasbuis dunner en minder veerkrachtig. Wie dan al jaren een zwakke bekkenbodem had, merkt dat vaak voor het eerst. Training blijft ook op latere leeftijd werken.

Urineverlies is vaak.

Het is zelden onvermijdelijk.

VOOR DE COLLEGA

Cochrane-review (Dumoulin, Cacciari, Hay-Smith 2018; 31 RCT's, n = 1.817, 14 landen): bij SUI symptomatische genezing 56% tegenover 6%, RR 8,38 (95% BI 3,68–19,07; 4 studies, 165 vrouwen; hoge kwaliteit); genezing of verbetering 74% tegenover 11%, RR 6,33 [1].

Ook bij alle types incontinentie vaker genezing of verbetering; bijwerkingen zeldzaam en mild [1].

Conclusie van de review: PFMT als eerstelijnsbehandeling voor urine-incontinentie bij vrouwen [1].

BRONNEN

1. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018;10:CD005654.

Dr. Philippe Elst schrijft deze blog in eigen naam. Dit artikel geeft algemene informatie en vervangt geen consultatie.