

Van alle onderzoeksmethoden voor het analyseren van urine-incontinentie bij de vrouw blijft de uitvoerige anamnese het meest verwaarloosde hulpmiddel. Dit valt zeer te betreuren, want het is en blijft het meest doorslaggevend hulpmiddel dat we kennen en bovendien is het goedkoop en overal gemakkelijk bruikbaar. Het artikel van De LAAT en MEUWISSEN (1981) in dit tijdschrift roept dan ook ernstige bedenkingen bij mij op. Het is natuurlijk wel verleidelijk om te hopen met het bedenken van enkele „ham“-vragen snel tot een afgeronde diagnose te kunnen komen, maar dat zal dan toch nooit ten koste van de kwaliteit mogen gaan.

Op de gynaecologische afdeling van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen gebruiken we reeds vele jaren een „check-list“, die een 50-tal vragen bevat, welke de patiënt zelf, eventueel met hulp van de arts, met ja/nee dient in te vullen. Veel ruimte is daarna vrij gelaten voor een zogenaamde open anamnese onder het motto „laat patiënte haar eigen verhaal vertellen en luister“. Bovendien verzoecken we patiënte enkele dagen consciëntieus een plaskalender bij te houden, waarop de mictietijden worden vermeld.

Urineverlies via de urethra berust weliswaar op het fysische principe dat de druk in de blaas de druk in de urethra overschrijdt, maar is en blijft anderzijds een samenspel van meetbare en onmeetbare factoren. Iedere medicus dient te beseffen dat pathologische symptomen van de onderste urinewegen hun basis vinden in een mengeling van structurele en functionele afwijkingen. Het is mijns inziens juist de huisarts, die het beste in staat is en ook de plicht heeft deze symptomen te ordenen. Zoals ook geldt voor vele andere gebieden in de geneeskunde geldt ook voor urine-incontinentie, dat men mag verwachten dat de anamnese op zichzelf niet tot een nauwgezette diagnose voert. Het is genoegzaam bekend, dat symptomen van blaas en urethra elkaar dikwijls overlappen en onspecifiek zijn; zij kunnen ook worden teweeggebracht door occulte, niet-urologische ziekteprocessen (diabetes, schildklierafwijkingen, seniele atrofie en psychische stoornissen).

Ongetwijfeld interessant is de waarneming van vele huisartsen en gynaecologen dat het aantal vrouwen met urine-incontinentie in de laatste jaren steeds meer toeneemt. Het veranderende cultuurpatroon en emancipatie zijn mogelijk mede verantwoordelijk. Populaire damesbladen vragen steeds meer aandacht voor typische vrouwenkwalen en ongemakken; hoogleraren in obstetrie en gynaecologie treden daarbij steeds meer op als ter zake kundige adviseurs. Als rechtgeaarde Brabander denk ik soms met enige heimwee aan vroeger, toen op vele plaatsen het „huiske“ achter op het erf gelegen was en een natuurlijke blaastraining in de hand werkte. Tegenwoordig vormt de toilet, annex badkamer, het centrale punt in huis, waaromheen woon- en slaapkamers worden gegroepeerd.

Dat de blaas zich vaak zou voordoen als een onbetrouwbare getuige is een aforistische misvatting. Een gebrekkige anamnese kan misleiden, gangbare onderzoeksmethoden kunnen te kort schieten en artefacten teweegbrengen, maar het gaat mij te ver zich daarbij te beroepen op de leugenachtigheid van het menselijke lichaam of een bepaald orgaan. Wel blijkt maar al te vaak de blaas de spiegel van het gemoed te zijn.

Het incontinentieprobleem is vooral zo groot omdat onze kennis van het fysiologisch continent zijn nog grote hiaten bevat. Wanneer we geleidelijk te weten komen waardoor gezonde vrouwen hun blaas „waterdicht“ kunnen houden, zullen we daarop onze inzichten in de pathofysiologie beter kunnen funderen. De normale blaas werkt als een biologische computer en het normale mictie-proces is het netto-

resultaat van een lange serie van fysiologische processen, waarbij cerebrum, ruggemerg, blaas en urethra nauw betrokken zijn. Voor de fysiologie van de onderste urinewegen verwijs ik naar het prospectieve onderzoek van J. M. van Geelen uit Nijmegen, (International Continence Society, X en XI bijeenkomst, 1981) die het urethra-drukprofiel heeft onderzocht bij gezonde continente vrouwen tijdens de menstruele cyclus en tijdens zwangerschap en bevalling.

Een goede anamnese vereist ook dat de arts voor de verschillende urologische begrippen een weloverwogen terminologie gebruikt. Stress-incontinentie is een ongelukkige naamgeving en heeft al tot veel verwarring aanleiding gegeven omdat het woord stress een zeer brede inhoud heeft. Wanneer inderdaad een urethra-sfincterincompetentie bij verhoogde intra-abdominale druk geïsoleerd tot uiting komt, kunnen we spreken van anatomische stress-incontinentie, echte stress-incontinentie of „pressure equalization incontinence“, omdat detrusor-activiteit ontbreekt. Maar ook de onstabiele, ongeremde en neurogene blaas kan zich uiten in vele vormen van pseudo-stress-incontinentie. De diagnose echte of genuïne anatomische stress-incontinentie mag slechts gesteld worden als elke vorm van blaas- en urethra-instabiliteit uitgesloten is; het is dus een diagnose per exclusionem. Het besluit om zonder urodynamisch onderzoek te opereren past niet meer in deze tijd, zeker niet in opleidingsklinieken.

Deze plaats is niet geschikt om verder uit te wijden over technieken uit de urodynamica, maar wel kan worden vermeld dat zij aan het licht brachten, dat het bij simpele „stress“-incontinentie lang niet altijd om zuiver anatomische veranderingen ging. MOHANY (1980) onderscheidt zelfs drie aparte types van pseudo-stress-incontinentie en legt de nadruk op een zorgvuldige anamnestiche evaluatie. Vaak is stress-incontinentie het directe gevolg van een door stress geïndiceerde partiële mictie-reflex. De snelle vorderingen op technisch gebied stellen ons nu reeds in staat om de gewone urodynamische apparatuur met haar machinekameruiterlijk van kabels, vloeistofslangen en grote recorders bij volkomen onfysiologische blaasvulling en lichaamshouding definitief vaarwel te zeggen. Op de urodynamische functie-afdeling van ons ziekenhuis wordt op het ogenblik een proefopstelling getest waarbij het mogelijk is om bij de vrouw vele uren achtereenvolgend continu in allerlei fysiologische lichaamshoudingen bij slapen, zitten, staan en lopen registraties te maken; de blaas kan zich daarbij op natuurlijke wijze vullen. Via twee Millar-catheters (4 F), gefixeerd aan een 5 ml balloncatheter (14 F) kunnen de intra-vesicale en intra-uretrale druk continu en simultaan worden vastgelegd op een kleine bandrecorder, gedragen in een lendengordeltje. Via een playback unit kan daarna de band worden uitgeschreven. Aan de horizon rijst nu het eerste doel: de patiënt zodanig causaal analyseren dat een uitgekende diagnose mogelijk wordt. Het volgende doel: het volledig herstellen van de continentie kan dan langs psychische, fysische, medicamenteuze of chirurgische weg nagestreefd worden.

Ik hoop dat mijn reactie duidelijk maakt dat de patiënt geen geïsoleerd object is, maar een mens in interactie met zijn omgeving. De huisarts, die zich actief bezighoudt met stoornissen in de communicatie stelt weinig prijs op minimaliserende anamnese-vormen. Het anamnese-model van De Laat en Meuwissen staat mijns inziens daarom haaks op wat met een zorgvuldige aanpak van de vrouw met urine-incontinentie wordt beoogd.

*Literatuur:* BRUIN, A. J. J. DE en R. I. VERECKEN (1978) *Urine-incontinentie bij man en vrouw*. Stafleu, Leiden. —

Nijmegen, november 1981

A. J. J. DE BRUIN

Het is voor schrijvers van een simpel stukje over de anamnese bij urine-incontinentie van de vrouw, geschreven voor „voor de praktijk” en als zodanig dan ook bedoeld voor de dagelijkse praktijk van de huisarts, ronduit vererend om zo uitgebreide reacties van bij uitstek deskundigen op dit gebied te mogen ontvangen. Met onze bijdrage hebben we de huisarts een, weliswaar eenvoudig, maar door zijn eenvoud goed bruikbaar, hulpmiddel willen bieden voor een algemeen oriënterende anamnestiche aanzet tot differentiatie in de vele, moeilijk onderscheidbare vormen van urine-incontinentie van de vrouw.

Wat de betekenis van de anamnese betreft kunnen we het tot op zekere hoogte zowel met de collegae Mensink en Janssens als met collega De Bruin eens zijn. Dit ondanks het feit dat de opvattingen tegenovergesteld zijn. De collegae Mensink en Janssens zijn van mening dat de anamnese slechts een klein stukje van de puzzle oplost terwijl collega De Bruin, een veel betere, maar naar onze mening voor de algemene huisartsenpraktijk nauwelijks te hanteren, checklist van een 50-tal vragen opstelde. Collega De Bruin willen we evenwel toch zeggen dat we niet geloven dat bij de lezers van ons stukje de indruk gewekt is dat we, met het bedenken van enkele „hamvragen”, tot een afgeronde diagnose kunnen komen. Daarvoor is de incontinentieproblematiek te ingewikkeld en dat is ook duidelijk tot uiting gebracht.

We mogen ten aanzien van het commentaar van collega De Bruin verder nog opmerken dat we niet geloven dat het aantal vrouwen met urine-incontinentie de laatste jaren steeds toeneemt. Veeleer is, onder andere door de lagere pariteit (?) het omgekeerde waar. Als collega De Bruin de bedoeling gehad heeft om op te merken, dat het aantal vrouwen toeneemt dat zich tot de arts wendt met urine-incontinentie als klacht, en hij daarvoor het veranderde cultuurpatroon c.q. emancipatie verantwoordelijk acht, heeft hij waarschijnlijk gelijk.

Over de plaats die urodynamisch onderzoek bij urine-incontinentie moet innemen schijnt een groot verschil inzicht mogelijk te zijn. De collegae Mensink en Janssens zijn van mening dat de juiste diagnose slechts in een klein aantal gevallen zonder urodynamisch onderzoek gesteld kan worden. Collega DE BRUIN (1980) merkt daarentegen op dat biofysische meetmethoden uit de urodynamica ongetwijfeld veel meetgegevens verschaffen, maar onvoldoende garantie bieden om te verhinderen dat men in de diagnostische voetangels en klemmen geraakt. Naar zijn mening werkt urodynamisch onderzoek onnodig kostenstimulerend en is het van geen nut voor de modale patiënten.

Als we kennis nemen van de verschillende overtuigingen van de experts die op ons stukje reageerden en vaststellen dat ook in de wereldliteratuur geen eenstemmigheid bestaat over de waarde van verschillende diagnostische procedures, over definities van de verschillende begrippen en over verschillende behandelwijzen van de verschillende vormen van urine-incontinentie, dan geloven we een gematigd standpunt in te mogen nemen.

Het is goed dat de huisarts bij een patiënt met urine-incontinentie een eenvoudige, oriënterende anamnese afneemt. Onze bijdrage had de bedoeling haar of hem daarbij te helpen. Mede op basis daarvan kan worden vastgesteld of

de klachten verwijzing naar een specialist nodig maken en zo ja, verwijzing naar uroloog of gynaecoloog. De specialist zal de anamnese kunnen uitbreiden en dan pas kan in een aantal gevallen worden vastgesteld of we al dan niet met een typische incontinentievorm te maken hebben. Zeker dient in alle gevallen waarbij de vorm van incontinentie niet onduidelijk duidelijk is, urodynamisch onderzoek aan de behandeling vooraf te gaan. Tenslotte, elk eenvoudig en goedkoop hulpmiddel dat een bijdrage kan leveren tot de oplossing van het incontinentieprobleem is waardevol. Zo kan het ook waardevol zijn te waarschuwen voor een te vroeg rationaliseren van geavanceerde diagnostische methoden.

*Literatuur:* BRUIN, A. J. J. DE (1980) *Med. Contact (Amst.)* 46, 67.

Eindhoven, november 1981

J. H. J. M. MEUWISSEN  
W. N. DE LAAT

### *Digoxine en kinidine: een klinisch belangrijke geneesmiddeleninteractie*

In het commentaar over digoxine en kinidine geeft OFFERHAUS (1981) een goed leesbaar overzicht van de inmiddels zeer uitgebreide literatuur over dit onderwerp. Niettemin willen wij een aanvulling geven ten aanzien van het mechanisme van deze interactie.

Behalve de beide genoemde interactiemechanismen, vermindering van het schijnbare verdelingsvolume en daling van de renale digoxineklaring, is er ook een belangrijk verminderde extrarenale klaring waar te nemen (HOOYMANS 1980; HOOYMANS e.a. 1980; HOOYMANS en MERKUS 1980). In ons onderzoek werd bij 11 patiënten een vermindering van de gemiddelde extrarenale digoxineklaring gevonden met 71% bij gelijktijdig gebruik van kinidine (van 35 naar 10 ml/min./1,73 m<sup>2</sup>). Ook SCHENCK-GUSTAFSSON en DAHLQVIST (1981) constateerden bij 5 patiënten een reductie van de extrarenale digoxineklaring. Deze reductie bedroeg gemiddeld 64% (van 58 naar 21 ml/min.) Vooral bij patiënten met een slechte nierfunctie, bij wie digoxine in belangrijke mate extrarenaal wordt geklaard, zal naar onze mening de vermindering van de extrarenale digoxineklaring van belang zijn.

*Literatuur:* HOOYMANS, P. M. (1980) *Bijdrage tot de kennis van de klinische farmacokinetiek van digoxine en digitoxine*. Proefschrift Amsterdam. — HOOYMANS, P. M., N. H. G. HOLFORD, B. M. MASSIE e.a. (1980) *Amer. J. Cardiol.* 45, 453. — HOOYMANS, P. M. en F. W. H. M. MERKUS (1980) *Pharmacy int.* 1, 158. — OFFERHAUS, L. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1576. — SCHENCK-GUSTAFSSON, K. en R. DAHLQVIST (1981) *Brit. J. clin. Pharmacol.* 11, 181.

Sittard,  
Amsterdam, oktober 1981

P. M. HOOYMANS  
F. W. H. M. MERKUS

De bevinding van HOOYMANS (1980) dat bij de 11 door hem onderzochte patiënten kinidine behalve de renale ook de extrarenale klaring van digoxine zou doen dalen, werd niet in extenso door mij vermeld omdat in de literatuur geen eenstemmigheid bestaat over de mate waarin digoxine buiten de nier om wordt geklaard, en evenmin over de mate waarin deze uitscheidingsweg door kinidine wordt