

Samenvatting

In dit proefschrift werden de resultaten beschreven van studies die zijn verricht bij volwassen vrouwen met symptomen van bekkenbodempysfunctie. Deze symptomen komen frequent voor en kunnen de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Het is daarom van belang risicofactoren voor het ontstaan van deze symptomen te identificeren en de gevolgen op de kwaliteit van leven in detail te onderzoeken. Het onderzoek werd verricht onder vrouwen uit de populatie en vrouwen die zich met klachten bij de gynaecoloog meldden. Dit impliceert dat de resultaten en aanbevelingen van deze studie voor zowel huisartsen als gynaecologen van belang kunnen zijn.

In **Hoofdstuk 1** introduceren wij de onderzoeksvragen aan de hand van literatuuronderzoek. Symptomen als urine incontinentie, overactieve blaas, genitale prolaps en anale incontinentie worden frequent gemeld door volwassen vrouwen. Gegevens die bekend zijn over de gevolgen van de baring en hysterectomie, twee belangrijke gebeurtenissen in het leven van de vrouw, worden gepresenteerd. Het begrip “ Aan de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven” (Health-related Quality of Life = HRQoL) wordt geïntroduceerd en de voor- en nadelen van verschillende soorten van meetinstrumenten (generiek of ziekte-specifiek) worden uiteengezet. Bij het bestuderen van de associaties tussen de ernst van de symptomen van bekkenbodempysfunctie, de gevolgen ervan op de HRQoL en hulp-zoek gedrag wordt van de begrippen Coping en Locus of Control gebruik gemaakt. De concepten Coping en Locus of Control worden toegelicht.

In **Hoofdstuk 2** worden de resultaten van een studie naar de prevalentie en consequenties van urogenitale klachten bij vrouwen uit een aselechte steekproef uit de bevolking gepresenteerd. In deze studie werd gebruik gemaakt van de Urogenital Distress Inventory (UDI) en de Incontinence Impact Questionnaire (IIQ). De UDI meet welke urogenitale symptomen aanwezig zijn en hoe hinderlijk het symptoom is. De IIQ meet de gevolgen van urogenitale symptomen op de diverse aspecten van de HRQoL. Tachtig procent van de vrouwen meldde in ieder geval één urogenitaal symptoom. Er werd een redelijk tot goede positieve correlatie gevonden tussen de UDI en de IIQ score, hetgeen impliceert dat

meerdere of ernstige urogenitale symptomen gepaard gaan met een slechtere kwaliteit van leven. De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandstalige versie van de UDI en IIQ bleken bevredigend tot goed. Factor analyse van de UDI liet zien dat deze uit vijf klinisch relevante domeinen bestaat. Uit het onderzoek van onze versie van de IIQ bleek dat er, naast de originele vier domeinen, een vijfde domein bestaat met items over schaamte. Veel vrouwen met urine incontinentie geven aan dat schaamte een belangrijke belemmerende factor is bij het aangaan van sociale contacten en in hun motivatie om hulp te zoeken. Een dergelijke schaal lijkt daarom essentieel als onderdeel van een ziekte-specifieke HRQoL vragenlijst voor urogenitale symptomen. Onze versie van de UDI en IIQ wordt daarom aanbevolen om te gebruiken in toekomstig onderzoek naar het voorkomen van urogenitaal symptomen en de effectiviteit van behandelingen.

In **Hoofdstuk 3** werden de prevalentie, risicofactoren en consequenties van stress- en urge incontinentie en van symptomen van een overactieve blaas onderzocht. Hiervoor werd een aselechte steekproef uit de populatie van jonge vrouwen gebruikt. Aangetoond werd dat één op de vier vrouwen symptomen van een overactieve blaas heeft. Tevens werd aangetoond dat symptomen van een overactieve blaas en urge incontinentie significante negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven. De prevalentie van stress incontinentie is het hoogst (40%) maar dit symptoom wordt door de meeste vrouwen niet als hinderlijk ervaren. Een opvallende bevinding is dat symptomen van een obstructieve mictie met name zijn gerelateerd aan urge incontinentie en symptomen van een overactieve blaas. Naar aanleiding van de resultaten van deze studie wordt de hypothese gepostuleerd dat langdurige onvolledige relaxatie van de bekkenbodemp tijdens de mictie bij vrouwen aanleiding kan geven tot het ontstaan van onwillekeurige detrusor contracties. Gezien de hoge prevalentie van symptomen van overactieve blaas en de negatieve gevolgen ervan op de HRQoL dient deze hypothese nader te worden onderzocht.

In **Hoofdstuk 4** werd onderzocht of er een associatie bestaat tussen de baring en anale incontinentie. In een aselechte steekproef uit de bevolking van vrouwen tussen de 20 en 70 jaar werd de prevalentie van flatus en faecale incontinentie vergeleken tussen vrouwen die

wel (para) en vrouwen die geen kinderen hebben gebaart (nullipara). Er werd geen verschil gevonden tussen para en nullipara hetgeen impliceert dat andere factoren dan de baring verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van faecale incontinentie. Desalniettemin blijven obstetrische interventies gericht op het voorkomen van complete anale sphincter rupturen zinvol. Echter, het aanpassen van het obstetrisch beleid bij een tweede zwangerschap van vrouwen die een verborgen sphincter defect hebben na een eerste partus (zoals regelmatig wordt gesuggereerd in diverse studies) lijkt niet gerechtvaardigd.

In **Hoofdstuk 5** werd de prevalentie en ernst van urine incontinentie vergeleken tussen vrouwen die op de wachtlijst staan voor een hysterectomie (klinische populatie) en gezonde vrouwen uit de bevolking. Er werd geen verschil gevonden in prevalentie van urine incontinentie, zowel van het stress als van het urge type, tussen de twee groepen. Dit suggereert dat de klachten en afwijkingen die de aanleiding zijn voor het verrichten van een hysterectomie, niet van invloed zijn op de prevalentie van urine incontinentie. Echter, als urine incontinentie symptomen aanwezig waren, had de klinische populatie daar veel meer hinder van in vergelijking met vrouwen uit de steekproef uit de populatie. Klaarblijkelijk wordt de perceptie van urine incontinentie als zijnde hinderlijk, beïnvloed door het feit dat er andere gynaecologische klachten zijn waarvoor een hysterectomie noodzakelijk is. Wij veronderstellen dat het in de literatuur vermelde percentage patiënten waarvan de symptomen van urine incontinentie na hysterectomie verdwijnen (75%), mogelijk veroorzaakt wordt door een veranderde perceptie van de urine incontinentie. Deze hypothese is thans onderwerp van studie in onze kliniek.

In **Hoofdstuk 6** zijn de lange termijn consequenties van de hysterectomie op het ontstaan van urine incontinentie onderzocht. Aangezien de pathofysiologie van stress- en urge incontinentie verschillend is, werd het effect van beide vormen van urine incontinentie onderzocht. Aangetoond werd dat een hysterectomie het risico op het ontstaan van urge incontinentie verhoogd maar niet het ontstaan van stress incontinentie.

Met name gezien het feit dat urge incontinentie de kwaliteit van leven negatief beïnvloed, dient deze bevinding meegenomen te moeten worden in de counseling van patiënten die een hysterectomie ondergaan.

In **Hoofdstuk 7** werd het effect van verschillende coping strategieën op de ervaren kwaliteit van leven gemeten bij vrouwen met symptomen van bekkenbodemp dysfunctie uit een aselecte steekproef uit de bevolking. Kwaliteit van leven werd gemeten met een generieke (RAND-36) en een ziekte-specifieke vragenlijst (IIQ). Depressieve symptomen werden gemeten met de Center of Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D). Vrouwen die vaker gebruik maakten van emotie-gerichte en passieve coping strategieën hadden, bij dezelfde symptomen, een significant slechtere kwaliteit van leven en rapporteerden meer depressieve symptomen in vergelijking met vrouwen die meer probleem-gerichte en actieve coping strategieën toepasten. Zowel de huisarts als medisch specialist dient zich ervan bewust te zijn dat de ervaren hinder van een klacht niet alleen wordt bepaald door de ernst ervan, maar ook door de wijze waarop vrouwen met de klacht omgaan. Indien de patiënt onvoldoende in staat is om efficiënte coping strategieën toe te passen kan dit het hulp-zoek gedrag en de vraag om interventies beïnvloeden.

In **Hoofdstuk 8** werd onderzocht welke factoren een rol spelen in het hulp-zoek gedrag van vrouwen met symptomen van bekkenbodemp dysfunctie. Een klinische populatie vrouwen werd vergeleken met vrouwen uit de bevolking met klachten van bekkenbodemp functie stoornissen maar die daarvoor geen hulp zochten. Op basis van de UDI score werden vrouwen geselecteerd met milde symptomen en vrouwen met ernstige symptomen. Vrouwen die hulp zochten voor milde symptomen maakten meer gebruik van emotie-gerichte, passieve coping strategieën in vergelijking met vrouwen uit de populatie met een vergelijkbare UDI score. Tevens waren zij significant vaker laag opgeleid. Vrouwen die hulp zochten bij ernstige symptomen maakten meer gebruik van probleem-gerichte, actieve coping strategieën in vergelijking met vrouwen uit de populatie met een vergelijkbare UDI score. Er bestond een tendens dat vrouwen uit de populatie met ernstige symptomen meer depressieve symptomen hadden in vergelijking met vrouwen met ernstige symptomen die

wel hulp hadden gezocht.

Deze bevindingen hebben implicaties voor zowel de huisarts als de medisch specialist. Vrouwen die hulp zoeken voor milde symptomen lopen het risico invasieve diagnostische procedures en interventies te ondergaan die niet gerechtvaardigd zijn op basis van de ernst van het symptoom. Aan de andere kant zijn er vrouwen met ernstige klachten die, waarschijnlijk mede door het onvoldoende gebruik van efficiënte coping strategieën, geen hulp zoeken en een daarmee een verhoogd risico lopen op depressieve klachten.

Hoofdstuk 9 bevat de generale discussie waarin de antwoorden op de onderzoeksvragen in detail worden besproken en aanbevelingen worden gegeven voor de dagelijkse praktijk.

