

Recht op kwaliteit

Rede uitgesproken door

Dr. A.A.B. Lycklama à Nijeholt

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar
op het vakgebied van de urologie
aan de Universiteit Leiden
gehouden op 23 juni 2000.

Mijnheer de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders

Recht op kwaliteit

De academische geschiedenis van het vakgebied Urologie is nog maar kort. Pas met de benoeming op 1 april 1968 van Prof. Donker, in Leiden, was de eerste benoeming van een gewoon hoogleraar in de Nederlandse Urologie een feit.

Toch verschaft de geschiedenis al eeuwenlang argumenten voor een duidelijk bestaansrecht voor de Urologie. Tweeduizend jaar geleden werd door de Romein Celsus uitgebreid het steensnijden beschreven. Deze operatie, waarbij een incisie werd geplaatst tussen de anus en de balzak, kan wellicht worden beschouwd als de eerste bekkenbodemoperatie. Het liep echter vaak na de operatie slecht af met de patiënt. Mocht hij de operatie overleven, dan was de kans groot op een permanent fistel. Circa 400 jaar voor Christus wilde Hippocrates al niets weten van deze, voor de medische stand belastende operatie. Daarom nam hij in zijn eed de zinsnede op 'ik zweer geen steenlijders te zullen snijden'.

Eeuwenlang werd deze operatie uitgevoerd door rondreizende steensnijders. Bij het uitvoeren van de operatie hadden deze niet-medici in hun mouw een steen verstopt. Mocht het niet lukken om bij de steensnede de patiënt van de steen te verlossen, dan lieten zij de verstopte steen uit de mouw in hun hand rollen. Zo konden ze de omstanders wijs maken dat zij een geslaagde operatie hadden uitgevoerd. Ze lieten zich snel betalen en verdwenen naar het volgende dorp.

De opvolger van Prof. Donker in Leiden was Prof. Jonas. Hij sprak op 6 maart 1981 zijn openbaar college uit. Op de voorkant van het tekstboekje van zijn oratie drukte hij een prent af waarop het steensnijden werd uitgebeeld. Een verschrikt kijkende patiënt, in een uitgezakte zithouding, met de benen omhoog, wordt door drie mannen vastgehouden terwijl een vierde de incisie plaatst.

Zijn 'recht op kwaliteit' was ver te zoeken.

Het begrip 'recht op kwaliteit' mag in de gezondheidszorg fraai klinken, het kan in de praktijk wel eens moeilijk zijn om te bepalen wat kwalitatief goede medische zorg inhoudt

Ik zal dat illustreren met een voorbeeld.

'Recht op kwaliteit' bij prostaatkanker

Prostaatkanker is een van de meest voorkomende tumoren bij de man en als zodanig een belangrijke doodsoorzaak. Met bloedonderzoek kan het Prostaat Specifiek Antigeen gehalte ofwel het PSA gehalte worden bepaald. Een verhoogde PSA waarde kan duiden op de aanwezigheid van prostaatkanker. Uit een Amerikaans onderzoek bleek dat bij een PSA waarde boven de 4ng/ml de kans op aanwezigheid van prostaatkanker 32% was.

Bij een waarde boven de 10, bleek de positief voorspellende waarde voor kanker 53%.

Maar, zijn alle vormen van prostaatkanker even bedreigend, of anders gesteld, even relevant om opgespoord en behandeld te worden? Het antwoord is nee. Bekend is dat naarmate een man ouder wordt, de kans op aanwezigheid van prostaatkanker toeneemt. Bij oudere mannen, die op een natuurlijke wijze zijn overleden, wordt nog al eens bij obductie bij toeval een beperkte vorm van prostaatkanker gevonden. Dit kan bij 80-plussers al bij meer dan de helft van de mannen zijn. Deze mannen zijn echter niet *aan* prostaatkanker overleden maar *met* prostaatkanker.

Dit gegeven zorgt in de praktijk voor lastige dilemma's.

Neem de heer P, 78 jaar oud, die ik 2 maanden geleden zag vanwege een PSA waarde van 5.2, dus verdacht voor prostaatkanker. Deze bepaling was meegenomen in een routine bloedonderzoek, urologische klachten had hij niet. Volgens tabellen heeft deze man, vanwege zijn huidige leeftijd, een geschatte levensverwachting van minder dan 10 jaar. Dit impliceert dat de kans dat zijn natuurlijke levensloop ingekort zal worden door een eventueel aanwezige kanker, klein is. Daarom had hij ook geen baat bij het vaststellen van de diagnose omdat dit, vanwege de afwezigheid van klachten, geen therapeutische consequenties zou hebben. Ik probeerde hem dit dilemma uit te leggen. Na dit gesprek heb ik meneer P terugverwezen naar zijn huisarts. Bij het afscheid nemen kon ik duidelijk zien dat ondanks een zekere opluchting, zijn bezorgdheid niet was weggenomen.

Meneer P heeft recht op kwaliteit wat betreft medische zorg. Maar heeft hij nu baat gehad bij deze, goedbedoelde, bepaling van de PSA-waarde? Nee! Nu is nodeloos onrust gezaaid!

Kwalitatief goede, maar ook vooral *optimale* medische zorg dwingt voortdurend alle betrokkenen om afwegingen te maken en is geheel iets anders dan *maximale* medische zorg.

Gezondheid, gezondheidszorg en kwaliteit van leven.

Graag wil ik een aantal algemene opmerkingen maken over gezondheid, gezondheidszorg en kwaliteit van leven.

Uit onderzoek blijkt dat Nederlanders, na Denen en Finnen, van alle inwoners in de OESO landen, het meest te spreken zijn over hun *gezondheidszorg*. Ik beschouw dit als een compliment voor de werknemers in de gezondheidszorg en dit lijkt tot tevredenheid te stemmen.

Maar hoe denken we over onze eigen *gezondheid*?

In Nederland is onderzocht in welke mate allerlei denkbare situaties ons gelukkig kunnen maken. Het hoogst scoorde de wens 'goede gezondheid' met 88%. Opvallend was evenwel dat bij de ondervraagden op het punt van 'gezondheid' de *feitelijke* situatie het meest afweek van de *gewenste* situatie. Met andere woorden: om gelukkig te zijn, vinden we onze gezondheid het belangrijkste maar van alle denkbare wensen komt juist deze wens het minst overeen met de werkelijkheid.

Als we denken aan gezondheid denken we aan een lang en gezond leven. Dit lange

leven ligt inmiddels voor ons allen aardig in het verschiet. De gemiddelde leeftijd steeg in de vorige eeuw voor vrouwen van 46 naar 81 jaar, en voor mannen naar 76 jaar. Echter, al decennia lang beginnen de eerste ziekten, gebreken of handicaps rond het 60e levensjaar.

We willen niet zo zeer *oud* worden als wel *gezond oud* worden.

En omdat we *gezond oud* willen worden vrezen we het *oud zijn*.

Het heeft geen zin om onze ogen te sluiten voor de omvang van dit dilemma. Nu nog is 13% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder, over 10 jaar is dit 18%. En in het jaar 2040, tegen de tijd dat de studenten die hier aanwezig zijn, met pensioen gaan, is dat 24%. Dan zijn er in plaats van ruim 2 miljoen, ruim 4 miljoen bejaarden waarvan 1,2 miljoen ouder dan 80 jaar. Voor een belangrijk deel is dit de verdienste van de medische wetenschap. In de vorige eeuw is goed gescoord op het punt van kwantiteit, nl. een langer leven. De consequentie is evenwel dat we meer geconfronteerd zullen worden met oudere mensen en met chronische ziekten. Zo neemt volgens schattingen tot het jaar 2015 het aantal patiënten met suikerziekte toe met 35%. Bekend is dat patiënten met suikerziekte onder andere blaasfunctiestoornissen en erectiestoornissen kunnen ontwikkelen. Ik kom hiermee op 2 veel voorkomende functiestoornissen die binnen de urologie een belangrijke plaats innemen en die bij uitstek de kwaliteit van leven kunnen aantasten. Graag wil ik u hier meer over vertellen.

Functiestoornissen binnen de urologie.

Schaamte

In 1997 werd aan 1173 Nederlanders de vraag voorgelegd: in welke mate vindt u de volgende gezondheidsproblemen, vanwege schaamte, moeilijk met uw dokter te bespreken? 14 Gezondheidsproblemen werden voorgelegd. Het hoogst scoorde seksuele dysfunctie, op de tweede plaats stond urine-incontinentie. Als u dan bedenkt dat ‘prostaatklachten’ na ‘depressie’, op de vierde plaats stonden, zult u zich realiseren dat urologen veel met deze schaamte of ‘moeilijke bespreekbaarheid’ geconfronteerd worden.

Via borrelpraat kunt u allen aardig weten hoe het gaat met de rugklachten van Jan, de slechter wordende ogen van Sjaan of de nieuwe hartpillen van Gerard. Maar dat Pim inmiddels geen erecties meer kan krijgen of dat Mien inmiddels luiers draagt, zult u niet weten.

Het zal u dan ook niet verbazen dat we in Nederland tot voor kort de omvang van deze problemen niet goed kenden, ondanks hun duidelijke impact op kwaliteit van leven. Het begrip kwaliteit van leven sluit duidelijk aan bij de formulering van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) waarin gezondheid niet alleen wordt beschouwd als afwezigheid van ziekten maar als een combinatie van fysiek, psychisch en sociaal welzijn. Kwaliteit van leven impliceert dat de impact van een ziekte of van een behandeling niet alleen geschetst kan worden met cijfers betreffende overleving en complicaties. Dit geldt met name chronische ziekten. Wij artsen moeten accepteren dat niet *wij* bepalen hoe een patiënt zich zou moeten voelen vanwege een ziekte of als gevolg van een behandeling maar dat *hij of zij* dat zelf wil uitmaken.

Prevalentie

Dankzij recent epidemiologisch onderzoek kennen we nu in Nederland enigszins het voorkomen van incontinentie en erectile dysfunctie.

Betreffende de vragenlijsten die bij deze epidemiologische onderzoeken worden gebruikt, zijn een aantal algemene punten van belang.

Onderscheid moet worden gemaakt tussen vragen die gericht zijn op de prevalentie ofwel het voorkomen van de afwijking, vragen die de ervaren ernst of hinder vastleggen en tot slot vragen die gericht zijn op de invloed van de afwijking op de dagelijkse activiteiten en op de kwaliteit van leven.

Met gevalideerde vragenlijsten kunnen kwaliteit en subjectiviteit gekwantificeerd en geobjectiveerd worden. Hoe u een vraag stelt, bepaalt voor een belangrijk deel de uitkomst: gebleken is dat de vraag 'heeft u wel eens ongewenst urineverlies' 2 maal zo vaak bevestigend wordt beantwoord als de vraag 'heeft u wel eens *last van* ongewenst urineverlies'

Erectile dysfunctie

Over erectieproblematiek en de rol van de uroloog, het volgende. De impact van seks en de seksuele daad op het dagelijks leven en überhaupt op het leven varieert nogal, zowel in het dierenrijk als bij mensen. Een mannetjeswalvis is bereid meerdere oceanen over te zwemmen om te paren met het vrouwtje van zijn dromen. Dit is een hele onderneming voor een paring die slechts bestaat uit het 1 keer tegen elkaar aanschuren. Veel bedreigender is het voor een mannetjesspin die toegeeft aan zijn natuurlijke driften. Als het veel grotere vrouwtje niet van zijn avances is gediend, wordt hij zonder pardon opgegeten. Zonder meer fataal is de seksuele daad voor de mannelijke bidsprinkhaan. Op het moment dat hij zijn zaad in haar schede schiet, bijt het vrouwtje hem met één hap letterlijk de kop af. Zo beladen is de seksuele daad voor een man niet maar toch kan hij zeer gebukt gaan onder een erectiestoornis.

Uit geschiedschrijving blijkt dat als een man voor de keus wordt gesteld te worden onthand of ontmand, hij kiest voor de eerste mogelijkheid. Door de eeuwen heen is een goed gevormd lid beschouwd als een uiting van een mannelijke, krachtige persoonlijkheid. De kunst kent hiervan vele voorbeelden, zoals de 'David' van Michelangelo.

Omdat de seksuele daad in het verleden nadrukkelijk werd gezien als onderdeel van de voortplanting, bemoeiden ook godsdiensten zich met het geslachtsverkeer. In de joodse talmud wordt aan krachtige en gezonde jongemannen, die niet gedwongen zijn hard te werken, geadviseerd één keer per dag te coïteren. Het advies voor de gewone werkmans is 2 keer per week en voor geleerden één keer per week.

Hooggeleerden konden dispensatie krijgen, zij behoeften dan slechts eenmaal per 2 jaar geslachtsverkeer te hebben.

Leonardo Da Vinci concludeerde al dat een erectie tot stand komt door ophoping van bloed in de zwellichamen. Recent, in de jaren 80, bleek dat het molecuul stikstofoxide een belangrijke rol speelt bij de kettingreactie die in deze zwellichamen moet

leiden tot een erectie. Hierbij is een goede kwaliteit van het gladde spierweefsel en het endotheel essentieel. Zo kan het optreden van erectiestoornissen bij patiënten met suikerziekte voor een deel verklaard worden met afwijkingen in dit endotheel.

Erectiestoornissen komen frequenter voor bij patiënten met hart- en vaatziekten, zoals arteriosclerose en verhoogde bloeddruk, maar ook bij neurologische stoornissen. Andere risicofactoren zijn sigaretten roken, overmatig alcoholgebruik alsmede sommige psychiatrische medicamenten en medicijnen voor hart- en vaatziekten.

80% Van de Nederlandse mannen boven de 18 beschouwt een eventuele erectiestoornis als een tamelijk groot of heel groot probleem.

De impact van deze stoornis moge hiermee duidelijk zijn.

Prevalentie erectile dysfunctie

In 1999 zijn in Nederland 3 onderzoeken gepresenteerd naar het voorkomen van erectiestoornissen. Afhankelijk van de leeftijd en de ernst van de stoornis, maar ook van de vraagstelling, die per onderzoek verschillend was, varieert de prevalentie fors. Van de veertigers meldt 3-6% een erectie die meestal of altijd gestoord is. Dit lot treft 3-10% van de vijftigers en 10-20% van de zestigers. Boven de zeventig loopt dit percentage op tot 40 %.

Wellicht geruststellend is dat mannen, naarmate ze ouder worden, zich minder gehinderd voelen door een gestoorde erectie. Gebaseerd op de gevonden prevalentiecijfers schat ik het aantal mannen tussen de 30 en 65 jaar met een *relevante* erectiestoornis op 200.000 en boven de 65 op 150.000.

Behandeling erectile dysfunctie

Injectietherapie en implantatie van een penisprothese waren voor de uroloog de belangrijkste behandelingsmogelijkheden bij een erectiestoornis. Injectietherapie, waarbij de patiënt zelf stoffen als papaverine, fentolamine of prostaglandine in het zwellichaam injecteert, is de afgelopen 20 jaar de belangrijkste behandeling geweest. Ongeveer 15 minuten na injectie resulteren deze vaatverwijdende stoffen in een erectie. Potentiële complicaties als littekenvorming in de penis en priapisme -dwz een erectie langer dan 6 uur vanwege een te hoge dosis- treden bij een paar procent van de patiënten op.

Het implanteren van een penisprothese als ultimum refugium heeft, ook vanwege financiële bezwaren, nooit een grote vlucht genomen. Jaarlijks bleef het aantal operaties in Nederland beperkt tot enkele tientallen.

Pas met de komst van een werkzame erectiepijl is de behandeling van erectiestoornissen in een stroomversnelling gekomen.

Aan de hand van verkoopcijfers kan een indruk worden gekregen van het aantal behandelde mannen.

In 1998 werden ca. 6500 Nederlandse mannen behandeld met injectietherapie. Nu, bijna 2 jaar na introductie van Sildenafil ofwel Viagra, blijkt dat het aantal mannen dat injectietherapie gebruikt, vrij constant is gebleven. Daarnaast worden inmiddels

ca. 30 duizend mannen behandeld met Viagra. Rekening houdend met het door mij geschatte aantal van 350.000 potentiële patiënten wordt nu 1 op de 10 mannen met een relevante erectiestoornis farmacologisch behandeld.

Onbekendheid met het probleem en met de behandelingsmogelijkheden vormen een forse belemmering voor een daadwerkelijke behandeling. Ook al is met de komst van Viagra het taboe voor een deel doorbroken, op het gebied van 'awareness' ofwel bewustwording valt nog genoeg te doen. 31% Van de Nederlandse mannen vindt het niet makkelijk om met de huisarts over erectiestoornissen te praten. 1 Jaar na introductie van Viagra op de Nederlandse markt was 40% van de mannen niet bekend met de behandelingsmogelijkheden.

Voormalig presidentskandidaat Bob Dole gaf in de VS het goede voorbeeld door in de media openlijk te praten over zijn erectiestoornis ontstaan na een radicale prostatectomie vanwege prostaatkanker. Naar ik aanneem niet gesponsord door de firma Pfizer sprak hij over zijn goede ervaringen met Viagra.

Kosten gezondheidszorg en 'recht op kwaliteit'

Minister Borst heeft besloten dat Viagra niet voor vergoeding in aanmerking komt. In de gezondheidszorg geldt het adagium 'de patiënt bepaalt, de verzekeraar betaalt' niet meer.

Gezondheidszorg kost veel geld. De uitgaven zijn gestegen van 32 miljard gulden in 1983 tot 64 miljard gulden, het dubbele, in 1998. Dit is per inwoner ca. 4000 gulden. Als deze uitgave wordt gerelateerd aan het Bruto Nationaal Product dan is het Nederlandse percentage, 8,5 %, duidelijk lager dan het Duitse met 10,4% en het Franse met 9,9%.

In Nederland wordt circa 10% van de totale uitgaven in de gezondheidszorg besteed aan geneesmiddelen. Dit betekende in 1998 6,4 miljard gulden. Pas sinds kort wordt in discussies over kosten van geneesmiddelen ook gekeken naar de baten. Zo draagt een doelmatige farmacotherapie onmiskenbaar bij aan de kwaliteit van onze gezondheid, zowel in het kader van preventie als van behandeling. Met een jaarlijkse uitgave per hoofd van de bevolking van 400 gulden aan medicijnen staan wij in West-Europa onder aan de lijst. In België en Duitsland wordt jaarlijks circa 650 gulden, en in Frankrijk 760 gulden uitgegeven.

Zijn deze bedragen gerechtvaardigd? De econometrist Frank Lichtenberg berekende dat in Amerika tussen 1970 en 1991 meer dan 45% van de sterfte reductie toegeschreven kon worden aan nieuwe geneesmiddelen.

Kosten farmacotherapie erectiele dysfunctie

Ik neem u weer mee naar de erectiestoornissen. De enige, in Nederland vergoedde behandeling is de, overigens zeer waardevolle, injectietherapie met het middel Androskat.

Uit internationaal onderzoek bleek Viagra effectief bij circa 80% van de patiënten die al met succes behandeld werden met injectietherapie. De helft tot 3/4 van deze

patiënten prefereerde na afloop van de vergelijkende studies door te gaan met Viagra. Van wellicht meer belang is dat Viagra ook bij 34 tot 64% van de patiënten die niet reageerden op injectietherapie, effectief bleek. Bedacht moet worden dat deze patiënten in het recente verleden kandidaat waren voor een operatieve implantatie van een dure penis prothese. Jaren geleden, voor de komst van Viagra, prefereerden al 8 op de 10 patiënten met een erectiestoornis een pil als behandeling.

Is het terecht dat de minister zo'n letterlijk en figuurlijk potent geneesmiddel in de wachtkamer laat staan? Mijn antwoord is: nee.

Ontwikkel dan, conform het advies van het CVZ, het College Voor Zorgverzekeringen, een methode voor de identificatie, begeleiding en evaluatie van patiënten met ernstige erectiele dysfunctie bij wie is aangetoond dat dit middel effectief is. En ga vervolgens bij deze patiënten over tot een restrictieve vergoeding, van een beperkt aantal tabletten per maand.

In 1998 werden vanwege injectietherapie door de 6500 gebruikers 170 duizend ampullen Androskat afgenomen. Dit komt neer op één injectie per 2 weken. De prijs van 1 Viagra pil is, afhankelijk van de sterkte, 15 tot 20 gulden; zeg maar de prijs van een bioscoopkaartje.

Als een patiënt met een erectiestoornis ook één pil Viagra per 2 weken vergoed zou krijgen, zou dit per patiënt op jaarbasis 440 gulden kosten. Als de circa 30.000 mannen die nu in Nederland Viagra gebruiken, recht zouden krijgen op deze vergoeding, zou dit jaarlijks een bedrag van 13 miljoen gulden vergen. Ik breng in herinnering de totale uitgaven in 1998 voor geneesmiddelen van ruim 6,4 miljard gulden. Natuurlijk heb ik er begrip voor dat de minister de collectieve uitgaven voor de gezondheidszorg in de hand moet houden en ik verwacht dan ook dat patiënten in de toekomst steeds vaker zullen meemaken dat niet alle kosten via de verzekeraar worden vergoed. Maar het staat haaks op innoverende initiatieven, iets wat de overheid zo bepleit, om 1 middel –Androskat- wel te vergoeden en een ander, effectief, veilig, patient-vriendelijk en eenvoudig door de 1^e lijn voor te schrijven middel *geheel* niet.

Dit is m.i. principieel onjuist.

De urineblaas.

Graag stap ik nu over naar een orgaan waar ook de vrouwelijke toehoorders zich meer in kunnen herkennen: de blaas.

Een goed functionerende urineblaas heeft 2 belangrijke functies nl. een *reservoirfunctie* gedurende de *vulfase* en een *ontledigingsfunctie* bij de *mictie* ofwel het *uitplassen*. Tussen het plassen door, in de *vulfase*, moet de gespierde blaas steeds meer urine kunnen bevatten. Hierbij mag de druk in de blaas niet noemenswaardig stijgen. De blaaswand moet meerekken zonder te contraheren.

Bij *mictie* moet, na ontspannen van de sluitspier, de blaas juist *contraheren* om zo urine door de plasbuis ofwel urethra te lozen. Voor *continentie* is een goede wisselwerking tussen blaas en sluitspier nodig. Deze sluitspier is ingebed in de bekkenbodempieren.

Een van de fenomenen die ervoor moet zorgen dat de blaas zich tijdens vulling rustig houdt, is de 'guardingreflex'. Dit impliceert dat de sluitspier en de bekkenbodemspieren bij een bepaalde spierspanning een remmende werking hebben op de blaas en zo eventuele blaascontracties kunnen voorkomen. Het woord 'guarding' omschrijft dit mooi: de sluitspier 'bewaakt' de blaas.

Functiestoornissen bij de man : prostaatklachten

Al eerder noemde ik, vanwege het schaamte-onderzoek, 2 functiestoornissen nl. urine-incontinentie en prostaatklachten. Incontinentie, dwz ongewenst urineverlies, treedt op in de vulfase, terwijl prostaatklachten zich primair manifesteren tijdens mictie.

Prostaatklachten kunnen bij een ouder wordende man optreden door prostaatvergroting. De urinestraal wordt slapper. Hoewel prostaatvergroting primair de boosdoener is, zijn veel van de klachten die dan kunnen optreden, gerelateerd aan de blaas: deze moet, om tot een goede ontleding te komen, hogere drukken ontwikkelen.

Hierdoor kunnen klachten ontstaan als een versterkt dranggevoel en een toegenomen mictiefrequentie. Tegenwoordig spreken we in dat geval van een *overactieve* blaas. Opvallend is dat veel mannen deze irritatieve klachten, vooral als ze ook 's nachts optreden, als hinderlijker ervaren dan de slappe straal. De man beleeft zo prostaatklachten als het ware als blaasklachten.

Blaasfunctiestoornissen bij de vrouw : incontinentie

Vrouwen kennen als regel weinig problemen bij de mictie waarbij urine een slechts 3cm lange plasbuis moet passeren. Bij een vrouw kan juist het *ophouden* van urine, in de vulfase problemen geven. Tijdens vulling van de blaas met 300-500ml urine, behoren geen onwillekeurige blaascontracties op te treden. Gebeurt dit wel, dan wordt dit ervaren als aandranggevoel of als blaaskramp. Als dit gebeurt met drukken die de afsluitdruk in de plasbuis overschrijden, dan leidt dit tot urge-incontinentie ofwel drangincontinentie. Denkend aan de bewakingsfunctie, de guardingreflex, van de sluitspier, kan het ook zijn dat drangincontinentie niet primair het gevolg is van overactiviteit van de blaas alswel van een tekortschieten van de sluitspier en bekkenbodembodem die de blaas onder controle moeten houden. Hierbij spelen instabiliteit van de plasbuis en insufficiëntie van de bekkenbodembodem een rol. Dat bepaalde onderzoekers en urologen de mijns inziens belangrijke invloed van de plasbuis en de bekkenbodembodem op de blaasfunctie niet onderkennen, is voor een deel verklaarbaar omdat er vaak bij onderzoek geen aandacht aan wordt geschonken. De wijze waarop in onze kliniek met urodynamisch onderzoek deze wisselwerking wordt bestudeerd, nl. door in de vulfase niet alleen te letten op blaascontracties maar ook op drukschommelingen in de plasbuis, verdient meer aandacht.

U heeft inmiddels begrepen dat urge-incontinentie te maken heeft met ongewenste contracties van de blaas of ongewenste drukdalingen in de plasbuis.

Stressincontinentie verloopt heel anders en is het gevolg van ongewenst urineverlies in de vulfase als door plotselinge drukverhoging de druk in de blaas de urethrale af-

sluitdruk overstijgt. Deze plotselinge drukverhoging treedt op bij lichamelijke activiteiten zoals hoesten, lachen, persen en springen. De hierbij optredende blaasdrukstijging gaat niet gepaard met een contractie van de blaasspier maar is het resultaat van de plotselinge druk *op* de blaas.

Bij een goede kwaliteit van de bekkenbodemspieren en de sluitspier zal hierbij geen incontinentie optreden omdat op dat moment de afsluitdruk ook met deze druk wordt verhoogd. Als door verslapping van de bekkenbodem deze extra druk zich *wel* op de blaas maar *niet* op de verzakte afsluitspier manifesteert, kan stressincontinentie ontstaan.

Prevalentie incontinentie

Hoe vaak komen urge- en stressincontinentie voor? In de regio Utrecht is dit recent bij 1905 vrouwen tussen de 45 en 70 jaar onderzocht. Twee basisvragen werden gesteld:

Heeft u wel eens ongewenst urineverlies bij hoesten, niezen of lichamelijke inspanning? , duidend op stressincontinentie.

Heeft u wel eens ongewenst urineverlies als u aandrang heeft om te plassen? , duidend op urge-incontinentie.

Meer dan de helft van de vrouwen, 57%, antwoordde ja op één of beide vragen. 29% Van de vrouwen had wel eens stressincontinentie, 6% urge-incontinentie en 23% gecombineerd urge- en stressincontinentie. Van de vrouwen met stressincontinentie gaf 10% aan hier *nogal* of *heel veel* hinder van te ondervinden. Deze mate van hinder bestond bij 17% van de vrouwen met *urge-incontinentie*. *Gecombineerde incontinentie* leverde nog vaker hinder op, bij 32% van de vrouwen. Deze hinder betrof zowel het fysieke als het mentale en sociale functioneren.

Behandeling blaasfunctiestoornissen

Over welke behandelingen beschikt de uroloog bij deze afwijkingen?

De operatieve behandeling van *stressincontinentie* berust van oudsher op het principe dat door het ophangen, het suspenderen, van de blaasuitgang, de sluitspier weer maximaal kan mee profiteren van plotselinge drukstijgingen. De laatste jaren is ook meer interesse ontstaan voor suspensietechnieken waarbij een sling of tape onder de plasbuis wordt doorgehaald. Deze sling of tape zorgt net als een hangmat voor steun waartegen de plasbuis dichtgedrukt kan worden bij drukverhoging.

Prostaatklachten worden tegenwoordig vaak in 1e instantie medicamenteus behandeld. Zo zijn er zg alfablockers die de spiertonus van de blaasuitgang en de prostaat verlagen. Daarnaast kunnen de zg 5-alpha-reductaseremmers vergrootte prostaten wat afslanken. In beide gevallen kan de urinestraal zo weer krachtiger worden.

Bij de behandeling van *urge-incontinentie* wordt ook vaak in eerste instantie gegrepen naar medicamenteuze behandeling en wel met parasympaticolytica. Deze stoffen remmen de activiteit van de blaasspier en kunnen bij urgeklachten of urge-incontinentie effectief zijn.

Bekkenbodempfysotherapie

Omdat urge-incontinentie en stressincontinentie totaal verschillende ziektebeelden zijn, is het wellicht verrassend dat voor beiden bekkenbodempfysotherapie ook een goede behandeling kan zijn. Deze behandeling omvat veel meer dan de oefentherapie die wel eens, vaak in groepsverband, in het lokale krantje wordt aangeboden aan vrouwen die na zwangerschap wat incontinentieklachten hebben overgehouden.

Bij bekkenbodempfysotherapie wordt *naast oefentherapie* zonodig gebruik gemaakt van *vaginale of anale elektrostimulatie* of van *biofeedback*. Hierbij kan de patiënt zelf waarnemen in welke mate het aanspannen van de bekkenbodempfysotherapie lukt. Bij *stressincontinentie* kan bekkenbodempfysotherapie de werking van de sfincterspier versterken. Met name door versterking van de zgn. *fast twitch* spiervezels moet bij plotselinge drukverhoging een betere urethrale afsluiting worden bereikt. Bovendien moet versterking van de bekkenbodempfysotherapie er voor zorgen dat de blaas beter worden gesteund zodat bij plotselinge drukverhoging minder verzakking van de blaasuitgang optreedt.

Bij *urge-incontinentie* kan oefentherapie, eventueel in combinatie met biofeedback, leiden tot een hogere tonus van de bekkenbodempfysotherapie. Indachtig de guardingreflex kan dit een remmende werking hebben op de blaasspier, zodat de kans op blaasinstabiliteit en urge-incontinentie vermindert. Elektrostimulatie kan dit effect versterken maar kan daarnaast een rechtstreeks remmend effect hebben op de blaas via zenuwbanen van de Nervus Pudendus of Nervus Pelvicus

Naar mijn mening verdient bekkenbodempfysotherapie bij behandeling van zowel stress- als urgeincontinentie, maar ook bij ernstige urgeklachten, waarbij juist *hypertonie* van bekkenbodempfysotherapie een belangrijke rol kan spelen, meer aandacht. Wel is behoefte aan meer gestructureerd onderzoek, gericht op de effectiviteit en het werkingsmechanisme van deze behandeling. Dergelijk onderzoek kan ook meer kennis verschaffen over de m.i. belangrijke wisselwerking tussen de bekkenbodem en de blaas.

Neuromodulatie

De aansturing van de blaas en het afsluitmechanisme verloopt via zenuwbanen die onder invloed staan van centra in de hersenen, de hersenstam en het zogenaamde sacrale mictiecentrum, laag in het ruggemerg. Het onderdeel van de urologie dat zich bezig houdt met dit besturingssysteem is de Neuro-Urologie.

De neuromodulatiebehandeling heeft een belangrijke rol gespeeld bij de rijping van dit aandachtsgebied. Dat de Sacrale zenuwen S2, S3 en S4 een belangrijke rol spelen via de Nervus Pelvicus en de Nervus Pudendus bij het functioneren van de blaas, bekkenbodem en sfincters, is al langer bekend. Bij neuromodulatiebehandeling worden deze zenuwen via openingen -foramina- in het heiligbeen (os sacrum) met een naald bereikt. Het is mogelijk gebleken om met een zwak stroompje, via de naald, de prikkeloverdracht in deze intacte zenuwen te beïnvloeden. Moduleren zorgt voor interferentie met de bestaande prikkeloverdracht met als doel het functioneren van

de betrokken organen te verbeteren.

Deze in San Francisco door Schmidt en Tanagho ontwikkelde behandeltechniek heeft inmiddels zijn bestaansrecht bewezen en wordt, zij het op beperkte schaal, ook in Nederland toegepast. Uit eigen ervaring, na het uitvoeren van meer dan 30 operaties in de afgelopen jaren, heb ik kunnen constateren dat deze behandeling soms spectaculair resultaat kan opleveren. In aanmerking komen geselecteerde patiënten met urge-incontinentie en urge- en frequencyklachten die voorheen onvoldoende baat hadden bij andere, traditionele behandelingen.

Bij deze operatie wordt, nadat met een test de effectiviteit is vastgesteld, een pacemaker geïmplanteerd die wordt aangesloten op een elektrode die via de al eerder genoemde opening in het heiligbeen wordt geschoven tot bij de Sacrale zenuw S3. Zo kan de pacemaker constant deze zenuw prikkelen en het functioneren van de blaas en plasbuis verbeteren. Instabiliteit van blaas en plasbuis kunnen geheel verdwijnen. Dit effect valt weg zodra de stimulator wordt uitgezet. Hoe het werkingsmechanisme precies verklaard moet worden, is nog niet geheel duidelijk en blijft een boeiend onderzoeksgebied voor de toekomst.

Conclusies

Ik kom tot mijn conclusies!

Meer dan de helft van de Nederlandse vrouwen heeft *wel eens* ongewenst urineverlies. 14% Van de Nederlandse mannen boven de 18 jaar heeft *soms of vaker* een gestoorde erectie.

Als rekening wordt gehouden met de ernst of hinder, zitten 8 % van de Nederlandse vrouwen en 8% van de Nederlandse mannen hier duidelijk mee. Zij willen hier graag van af, maar ze durven er vaak niet over te praten.

In de medische opleiding moet meer aandacht komen voor deze, voor de patiënt vaak beschamende klachten. Zo kunnen wij als behandelaar, onze eigen schaamte voorbij, een bijdrage leveren aan hun *recht op kwaliteit*.

Dames en heren, aan het einde van mijn rede wil ik graag nog enige woorden van dank uitspreken.

Mijnheer de Rector Magnificus, leden van het college van Bestuur van de Universiteit Leiden,

leden van de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum:

Ik dank u voor het in mij gestelde vertrouwen dat u met deze benoeming toont.

Hooggeleerde Zwartendijk, beste Jaap

We zijn begonnen in een leermeester-leerling verhouding. Inmiddels hebben we vele jaren samengewerkt in een verstandhouding die ik bijzonder waardeer. Op een natuurlijke wijze vullen we elkaar aan. Hiervoor en voor de steun die je hebt verleent om mijn benoeming mogelijk te maken, ben ik je veel dank verschuldigd.

Hooggeleerde Jonas, beste Udo

Je was mijn opleider en promotor. Ook heb je een belangrijke rol gespeeld in het aanwakkeren van mijn belangstelling voor de functiestoornissen binnen de urologie.

Waarde collegae Pelger en Du Fosse, beste Rob, beste William

Geheel in de traditie die heerst op de afdeling urologie kunnen wij op een uitstekende, collegiale wijze met elkaar samenwerken.

William jij zult binnenkort de praktijk van mijn goede vriend Willem Knol gaan versterken. Ik wens je veel succes.

Rob, ik verheug me er op dat wij deze samenwerking nog lang kunnen voortzetten.

Waarde Ouwerkerk, beste Theo

Nooit doe ik vergeefs een beroep op je steun in velerlei opzichten. Met name de door jou uitgevoerde urodynamische onderzoeken en je steun bij de neuromodulatiebehandeling zijn voor mij uiterst waardevol.

Waarde assistenten (geneeskundige in opleiding tot uroloog)

Jullie hebben gekozen voor een schitterend vak.

Als ik de huidige opleiding vergelijk met mijn opleiding, dan is er veel veranderd. En dan bedoel ik niet vak-technisch bekeken, maar meer het kader waarin het gebeurt. Er is veel regelgeving bijgekomen, denk bv aan de werktijdenregeling. Ik constateer dat ik in mijn opleiding veel meer werd geconfronteerd met mijn *verantwoordelijkheden*. Tegenwoordig lijkt, wellicht ook als symptoom van deze tijd, de keerzijde van diezelfde medaille, nl het aspect van de *bevoegdheden*, helaas meer op de voorgrond te staan. Het gaat jullie goed.

Administratieve medewerkers, secretaresses en verpleegkundigen van de urologische afdeling, polikliniek en OK

Dat ik met plezier werk in het LUMC komt *ook* voor een belangrijk deel door de goede werksfeer die ik dagelijks op de werkvloer meemaak. Hiervoor en voor jullie inzet en voor de goede zorg die jullie besteden aan de urologische patiënten, dank ik jullie hartelijk.

Waarde collegae Buyze en Delemarre, beste Marjan en Hans

De hoogleraar urologie Janknegt noemde in zijn oratie de *urineblaas de spiegel van de ziel*. Sinds ik met jullie samenwerk binnen het BekkenBodemCentrum weet ik dat dit niet juist is: *de Bekkenbodem is de spiegel van de ziel*.

Allen met wie ik in de afgelopen jaren binnen besturen, verenigingen of op de werkvloer heb samengewerkt maar die ik *nu niet* met name kan noemen: deze samenwerking is wat mij betreft gebaseerd op *waardering voor inzet* en

wederzijds respect. Verscholen voor de buitenwacht worden vele uren, vaak om niet, besteed aan allerlei activiteiten met als gemeenschappelijke noemer de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Ik dank jullie voor deze samenwerking.

Dames en heren medisch studenten.

Wie in deze materialistische tijd kiest voor de medische studie, heeft zijn hart op de goede plaats zitten. Het *inhoudelijke* van het medisch vak zal er voor zorgen dat jullie geen spijt krijgen van deze keus.

'There are things money can't buy'

Lieve mamma en kinderen: het stemt mij gelukkig dat wij samen deze speciale dag kunnen vieren.

Lisette, Fleur en Foppe: voor jullie begint het werkzame leven. Ik heb inmiddels ervaren dat het de moeite loont in die fase in jezelf te investeren.

Zonder zaaien zal je nooit kunnen oogsten.

Lieve Carolien, het is op deze kansel al zo vaak gezegd maar het is ook voor mij van toepassing:

zonder jou zou ik hier niet hebben gestaan.

Geachte toehoorders: ik dank u dat u de moeite heeft genomen bij mijn oratie aanwezig te zijn. Deze blijk van vriendschap en belangstelling wordt door mij zeer gewaardeerd.

Ik heb gezegd.

Bronvermelding

Boer PW ea : Gedenkboek Nederlandse Vereniging voor Urologie 1908-1983

Driel MF v : Het geheime deel ; De Arbeiderspers , Amsterdam 1997

Brawer MK ea : Prostate Specific Antigen : Fast Facts ; Health Press, Oxford 1998

Bruinsma J : Medicijnen slikken is geld besparen ; de Volkskrant 10 okt 1998

Elsevier Almanak 2000

Zorgnota 2000 , Nefarma , Den Haag

Embarrassment Quotient Research; Burson-Marsteller , Den Haag 1997

Viagra, een jaar later ; NIPO, Amsterdam 23 sept 1999

Pfizer files , Capelle a/d IJssel

Diagnostiek en behandeling van erectiele disfunctie : een stappenplan;
Medicom Excel, Bussum 1998

Macdonagh R : Quality of life and its assessment in urology
Br J Urol, 1996 ; 78 : 485-96

Vaart CH vd ea : De invloed van urine-incontinentie op de kwaliteit van leven bij
thuiswonende Nederlandse vrouwen van 45-70 jaar
Ned Tijdschr Geneesk, 2000 ; 144 : 894-97

Meuleman EJH ea : Erectiele disfunctie : voorkomen en kwaliteit van leven. De
Boxmeer studie
Tijdschr v Seksuologie, 1999 ; 23 : 228-29

Bosch JLHR ea : Erectile dysfunction in a community-based sample of men aged 50-
75 years: prevalence and somatic and social risk factors
Eur Urol, 1999 ; 35(suppl 2) : 66

Goldstein I ea : Oral Sildenafil in the treatment of erectile dysfunction
N Engl J Med, 1998 ; 338 : 1397-1404

McMahon CG ea : Treatment of intracorporeal injection nonresponse with Sildenafil alone or in combination with triple agent intracorporeal injection therapy
J Urol, 1999 ; 162 : 1992-98

Lycklama à Nijeholt AAB : Orale medicamenteuze behandelingen van erectiestoornissen
Modern Medicine, 1999 ; 23 : 68-73

Witjes WPJ : The efficacy and acceptance of intracavernous auto injection therapy with the combination of papaverine/phentolamine
Int J Imp Res, 1992 ; 4 : 65-72

Park JM ea : The guarding reflex revisited
Br J Urol, 1997 ; 80 : 940

Shafik A : A study of the continence mechanism of the external urethral sphincter with identification of the voluntary urinary inhibition reflex
J Urol, 1999 ; 162 : 1967-71

Berghmans LCM ea : Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials
Br J Urol, 1998 ; 82 : 181-91

Berghmans LCM ea : Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials
Br J Urol, 2000 ; 85 : 254-63

Jozwik M ea : The physiological basis of pelvic floor exercises in the treatment of stress urinary incontinence
Br J Obstet Gynaecol, 1998 ; 105 : 1046-51

Schmidt R ea : Sacral nerve stimulation for treatment of refractory urinary urge incontinence
J Urol, 1999 ; 162 : 352-57

Hassouna MM ea : Sacral neuromodulation in the treatment of urgency-frequency symptoms : a multicenter study on efficacy and safety
J. Urol, 2000 ; 163 : 1849-54

