

Osteopathie en incontinentie bij vrouwen

Thesis ter verkrijging van de titel D.O.
Annemarie Lems, I.A.O. Tiel 1996

SAMENVATTING

In **hoofdstuk 1** wordt de functionele anatomie behandeld. Ik heb hierbij getracht een antwoord te vinden op de volgende vragen:

Hoe is de urethra opgebouwd, bestaat er een interne sfincter, bestaat er een externe sfincter, en hoe werken deze functioneel gezien?

Hiernaast heb ik de osteopatische anatomische relaties gezocht in het beschrijven van de vesicale loge, de gewrichten van de blaas, en de structuren die de blaas op zijn plaats proberen te houden. De conclusies met betrekking tot de sfincters zijn als volgt: Er bestaat geen anatomische, uit gladde musculatuur bestaande interne sfincter. Het mechanisme rond het ostium urethrae internum functioneert echter wel als zodanig, en wordt daarom wel eens interne sfincter genoemd. Hier spelen spiervezels vanuit de m. detrusor, vezels van de ligamenta of musculus pubovesicalis, de venen van het slijmvlies, en de musculatuur van de uvula een rol bij de opening, terwijl bij de sluiting sluitingslussen van de ureteruitmondingen, de m. retractor uvulae, de m. pubovesicales, en de m. rectovesicalis belangrijk zijn.

Er is in de literatuur nog geen eenduidigheid over de bouw en innervatie van een "externe" sfincter. De meeste auteurs beschrijven een vesicale sfincter, die overeen komt met de hoogste concentratie gladde en dwarsgestreepte spieren van de urethra, en welke net iets proximaal van de bekkenbodem ligt, in het midden van de urethra.

De bekkenbodem heeft dus een eigen lokalisatie en innervatie, en dus waarschijnlijk ook een eigen functie in het continent zijn.

Met betrekking tot de osteopatische anatomie zijn de volgende zaken belangrijk. De "magneetfunctie" van het diafragma op de blaas is door de afstand vrij klein. Dit is een mogelijke oorzaak voor frequent voorkomen van blaasptoses. In het algemeen kan gesteld worden dat de ondersteuning door de bekkenbodem een zeer belangrijke fixerend element is.

Een belangrijke opmerking uit het beschrijven van de vesicale loge, en de fixerende elementen van de blaas en urethra, is dat er veel vezels van het ondersteuningsapparaat gemeenschappelijke vezels hebben met de m. detrusor. Dit verklaart in sommige gevallen het gedrag van de blaas bij uitrekking van zijn ligamenten, namelijk het ontstaan van aanspanningen, en mogelijk dus van urgency.

Hoofdstuk 2 behandelt de neurofysiologie van de blaas en urethra, en het normale mictieproces. De vragen die ik mij gesteld heb zijn:

Hoe en langs welke wegen verloopt de innervatie van de blaas en urethra, en wat gebeurt er neurologisch en mechanisch tijdens de mictie?

De conclusies zijn als volgt. De innervatie gebeurt door een interactie van het vegetatieve en animale zenuwstelsel, waarbij de innervatie van de urethrale sfincter nog ter discussie staat. Sommige auteurs beschrijven dat deze geïnnerveerd wordt vanuit een motorisch takje van de plexus pelvica, anderen geven aan dat de innervatie gebeurt door de n. pudendus, die onder meer ook de bekkenbodem innerveert.

In ieder geval is het zo dat de blaas geïnnerveerd wordt door de parasympaticus, die de m. detrusor laat contraheren. De parasympaticus heeft drie overschakelingsgebieden waar beïnvloeding osteopatisch mogelijk is, namelijk de hypothalamus, het sacrale mictiecentrum van Budge en de wand van de blaas.

De orthosympaticus geeft met name een verhoging van de tonus van de blaashals en de proximale urethra, hiernaast heeft de orthosympaticus een belangrijke functie bij de effectieve vascularisatie van het bindweefsel, en dus de belastbaarheid en elasticiteit van het weefsel. De orthosympaticus heeft ook drie overschakelingsgebieden waar beïnvloeding osteopatisch mogelijk is, namelijk de hypothalamus, de zijhoorn van het ruggemerg ter hoogte van de segmenten Th11-L2 voor wat betreft de blaas, en de lumbale en sacrale grensstreng.

De mictie is een complex gebeuren wat in een continentie, een aanzet-, en een ontledigingsfase is in te delen. Tijdens de aanzetfase gebeurt er inhibitie vanuit centraal gebeurt dit in eerste instantie vanuit het proximale mechanisme rond de "interne sfincter", hierna vanuit het distale sluitingsmechanisme

van de "externe sfincter" met name bij langdurige aanspanningen, en bij kortdurende drukverhogingen vanuit de bekkenbodem. Tijdens de mictie verstrijkt de achterste hoek tussen de blaas en de urethra. De blaashals verplaatst zich naar inferior en dorsaal, en de urethra verkort zich.

In **hoofdstuk 3** bespreek ik een aantal modellen met betrekking tot de continentie en mogelijke oorzaken van incontinentie.

Bij alle continentiemodellen komt naar voren dat het een complex mechanisme is, waarin verschillende anatomische, neurogene, endocrinologische, en psychogene factoren een rol spelen. DeLancey bespreekt een interessante theorie over een dwarse weefselband voor de proximale urethra welke bij aanspanning van de bekkenbodem voor sluiting van de urethra zou zorgen, terwijl bij relaxatie van de bekkenbodem het opengaan van de blaashals bevorderd wordt.

De oorzaken van stress-incontinentie moeten gezocht worden in lokale factoren. Uit de literatuur blijkt dat er intrinsieke factoren, zoals de positie en het functioneren van de "interne sfincter" en het functioneren van de urethrale of "externe sfincter" belangrijk kunnen zijn bij het ontstaan van stress-incontinentie. Ook extrinsieke factoren zoals het functioneren van de bekkenbodem of de fascia endopelvina kunnen aan deze vorm van incontinentie ten grondslag liggen.

Heel belangrijk is de functionele lengte van de urethra. Wanneer deze lengte afneemt door bijvoorbeeld een ptose neemt ook de maximale urethrasluitingsdruk af, wat de continentie negatief beïnvloedt.

Alle mogelijke musculaire en ligamentaire insufficiënties in het kleine bekken, die verantwoordelijk kunnen zijn voor extraperitoneale liggingsafwijkingen, zijn dus belangrijk bij het eventueel ontstaan van stress-incontinentie.

De oorzaken van urge-incontinentie, of urgency zonder incontinentie moeten gezocht worden in een lokale irritatie van de blaaswand die dan sensorische of motorische urgency veroorzaakt.

De lokale irritatie kan veroorzaakt worden door resturine in de posteriore-proximale urethra, door resturine in de blaas bij een cystocèle zonder urethroçèle, een onvoldoende stabiliteit en mobiliteit van de urethra, recidiverende ontstekingen, of psychische factoren. Dus net als bij stress-incontinentie speelt de lokale situatie een belangrijke rol! Heel belangrijk is dat urgency, en urge-incontinentie echter ook kunnen ontstaan bij ernstige pathologie zoals neurologische afwijkingen, blaastumoren, blaasstenen, gynaecologische gezwellen, of urethrale problematiek.

In **hoofdstuk 4** heb ik getracht de oorzaken van deze vormen van incontinentie naast de literatuur uit de reguliere geneeskunde ook vanuit de osteopatische literatuur te bekijken. Zo is bij stress- naast de insufficiëntie ook bewegingsverlies van de blaas en urethra belangrijk. Dit geldt ook voor urge-incontinentie, maar hier spelen nog meer factoren een rol. De irritatie van de blaas kan namelijk ook ontstaan door een uterus in anteversie of anteflexie, door een syndroom van het ligamentum teres, een hormonaal onevenwicht, of chronische lumbalgieën.

Ik ben naar aanleiding hiervan tot een overzicht van mogelijke oorzaken van zowel stress-, als urge-gekomen, ingedeeld in 5 aspecten. Lokale factoren in het kleine bekken. Dit houdt zowel insufficiëntie als verlies van beweeglijkheid in, en is belangrijk bij zowel stress-, als urge-incontinentie. Een van de factoren is de functie van de bekkenbodem, waar ik met betrekking tot de propriosensoriek even op in ga.

Hemodynamische aspecten. Een verstoring in de juiste drukverhouding tussen abdomen en kleine bekken door welke oorzaak in het lichaam dan ook, kan problemen geven, zoals congestie, die tot stress-, of urge-incontinentie kunnen leiden, of deze verergeren.

De neurologische dysfuncties. (Geen neurologische pathologieën). Deze leiden niet direct tot incontinentie, maar een dysfunctie van de orthosympaticus ter hoogte van het secundaire centrum TH11-L2 kan wel de elasticiteit en belastbaarheid van het bindweefsel in het bekken nadelig beïnvloeden. Dit kan dus een prédisponerende factor zijn voor het ontstaan van bijvoorbeeld liggingsafwijkingen.

De hormonale component. De oestrogenenhuishouding is een belangrijke factor in de continentie, en een hypo-oestrogenen spiegel heeft vooral gevolgen voor stressincontinentie omdat de urethrale weerstand vermindert.

De psychische factor. Deze zou met name een rol spelen bij het ontstaan van urgeincontinentie.

Deze 5 componenten heb ik gebruikt om de aspecten belangrijk bij het onderzoek en de behandeling schematisch weer te geven. Vanwege de uitgebreidheid van de osteopatische mogelijkheden, en omdat zowel bij stress-, als urge-incontinentie de lokale factoren, en dan met name de positie van de vesico-urethrale overgang, en de functionele lengte van de urethra erg belangrijk zijn, zijn alleen de intravaginale technieken volledig beschreven.

In **hoofdstuk 5** worden enkele voorbeelden beschreven van osteopathie bij patiënten met incontinentieklachten.

Conclusie 1

Uit literatuurstudie omtrent de mogelijke oorzaken voor het ontstaan van incontinentie bij vrouwen, waarbij de neurologische pathologie buiten beschouwing wordt gelaten, is gebleken dat er geen grote verschillen zijn in de osteopatische behandeling van stress-, en urge-incontinentie. Bij beide vormen is de lokale toestand en positie van de blaas en urethra in het kleine bekken erg belangrijk.

Vooraf het functioneren en de anatomische positie van het trigonum, de vesico-urethrale overgang, en de functionele lengte van de urethra zijn belangrijk.

Bij urge-incontinentie kunnen er echter ook pathologieën aanwezig zijn die contraïndicaties zijn tot osteopatisch handelen. Dit moet natuurlijk in het kader van de safety eerst onderzocht worden door een uroloog of huisarts.

Conclusie 2

Een andere belangrijke conclusie is dat het continent zijn berust op een complex mechanisme wat door veel verschillende factoren verstoord kan raken.

Naar aanleiding hiervan heb ik een onderverdeling gemaakt in 5 aandachtspunten, waar tijdens het onderzoek en behandeling rekening mee gehouden kan worden.

De lokale toestand en positie van de blaas en urethra in het kleine bekken. Dit is naar mijn mening het belangrijkste gebied om te behandelen bij de meeste patienten. Omdat de positie en functie van de vesico-urethrale overgang erg belangrijk is bij de continentie, net als de functionele lengte van de urethra zijn intravaginale technieken vaak geïndiceerd.

De hemodynamische aspecten. Een dysbalans in de drukverhouding tussen abdomen en bekken kan ook op verschillende manieren stress-, of urge-incontinentie veroorzaken. Behandeling van deze component is bij bepaalde patienten ook onontbeerlijk.

De neurologische dysfuncties. Deze zijn niet direct verantwoordelijk voor het ontstaan van incontinentie, maar kunnen bij de behandeling een essentiële rol spelen. Immers effect kan uitblijven wanneer deze dysfuncties niet behandeld worden, met name de orthosympatische dysfunctie.

De hormonale component. Deze kan zowel verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van incontinentie, en ook een belemmering zijn tijdens de behandeling. De osteopatische beïnvloeding is mogelijk, maar mijns inziens wel beperkt.

De psychische component. Ook hierbij is het zo dat psychische factoren soms verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van incontinentie, met name urge-incontinentie. Waar ook rekening mee gehouden moet worden tijdens de behandeling is het feit dat het incontinent zijn vaak voor sociale en emotionele problemen zorgt.

Conclusie 3

Hoewel het geen echte osteopatische behandelmethoden zijn, vind ik dat het toch heel belangrijk is om indien nodig aandacht te schenken aan adviezen omtrent "plasgedrag", en het herwinnen van een goede proprioceptoriek van de bekkenbodem. Gecombineerd met de juiste osteopatische behandeling zal het niet veel tijd kosten, maar het succes van de behandeling zeker vergroten.

Hoewel het mijn persoonlijke ervaring is dat osteopathie vaak zeer zinvol is bij deze vormen van incontinentie, en dit ook beschreven is in de literatuur, bijvoorbeeld door J.P. Barral, is het natuurlijk nog niet wetenschappelijk getoetst. Wellicht is dit een suggestie voor een volgende thesis.