

Incontinentie in soorten en maten

Als zelfstandig

plassen en poepen

niet lukt

Het bereiken van continëntie is complex. Fysieke-, gedrags- en omgevingsfactoren bepalen of zindelijk worden lukt. Oog hebben voor al deze verschillende factoren draagt bij aan een goede begeleiding van ouders en adequate zorg aan het kind. Alleen wordt de expertise van hulpverleners vaak onvoldoende benut.

Anka Nieuwhof-Leppink

Over incontinentie en zindelijkheid is de laatste decennia veel geschreven en gepubliceerd. Die stortvloed aan publicaties geeft al aan dat zindelijk worden geen vanzelfsprekendheid is. Daar komt nog bij dat kinderen steeds later zindelijk worden. Vooral rond de leeftijd van 4 jaar ontstaat er bij veel opvoeders stress, mede omdat basisscholen kinderen mogen weigeren als ze nog een luier dragen. Dit kan leiden tot onzekerheid en frustratie, in eerste instantie bij de opvoeders. Ook heeft het niet droog zijn impact op kwaliteit van leven van het kind.

Eén lijn trekken

De rol van hulpverleners is van essentieel belang als zindelijkheid niet vanzelf gaat. Veel fysiotherapeuten, psychologen, pedagogen, urotherapeuten en kinderartsen bieden bij urine- en/of defecatieverlies dan ook hulp aan kinderen en ouders. Hun rol varieert van het geven van simpele adviezen tot intensieve begeleiding en behandeling. De behandeling van plas- en poepproblemen is multidisciplinair en vaak complex vanwege de onderlinge verwevenheid. Herkenning van symptomen van blaas- en defecatieproblematiek, kennis, uni-

formiteit, maar ook afstemming tussen zorgverleners, kunnen voorkomen dat ouders en kind gefrustreerd raken. In de praktijk blijkt echter regelmatig dat iedere professional vanuit zijn eigen beroepsdomein werkt. Het ontbreekt nog aan duidelijke afspraken en het hanteren van dezelfde methodes. Een groot nadeel hiervan is dat ouders met hun hulpvraag bij verschillende instanties terecht kunnen en zelfs kunnen gaan shoppen als begeleiding niet direct het gewenste effect heeft.

Anatomische voorwaarden

De definitie van wat zindelijk is, verschilt. Veelal wordt ervanuit gegaan dat een kind zindelijk als het de eigen verantwoordelijkheid heeft over het toiletgebruik. De ontwikkeling van controle over de blaas/rectum hangt samen met anatomisch-fysiologische factoren, die onafhankelijk van elkaar functioneren, maar zich ook parallel moeten ontwikkelen.

Anatomische voorwaarden zijn dat er voldoende blaasvulling mogelijk moet zijn; dit hangt samen met lichaams-groei (zie Tabel 1). Ten aanzien van de sluitspier geldt dat deze dicht blijft tot

aan de lediging. Dan gaat de sluitspier open en spant de blaasspier aan. Hierbij speelt ook de ontwikkeling van een neurologisch-willekeurige controle van de sluitspier een rol; zonder de controle van het zenuwstelsel is het kind niet in staat blaasvulling en plasdrang waar te nemen. Door verdere rijping van het zenuwstelsel ontwikkelt het kind het bewustzijn van het hebben van een volle blaas. Een toename van het blaasvolume gaat dan gepaard met een efficiënte en gecoördineerde lediging. Daarnaast zijn socio-culturele factoren bepalend voor de bewuste controle van het lozen van urine of ontlasting.

Aandrangsignalen

Zindelijkheidstraining is een proces waarin het kind gaat oefenen in het herkennen van aandrangsignalen. De startleeftijd is daarbij niet het belangrijkste. Ieder kind heeft immers zijn eigen tempo waarin het zich ontwikkelt en het ene kind is motorisch en cognitief eerder rijp dan het andere kind. Vergelijk het maar met leren lezen; er zijn kinderen die in groep 2, al vloeiend kunnen lezen en er zijn kinderen in groep 4 die dat niveau niet halen.

0 - 1 jaar	Geen (of onbewuste) gewaarwording van blaas- of rectumvulling	Er is nog geen bewuste controle over de samenwerking van blaas en sluitspier. Onrust, grimassen trekken en wakker worden zijn signalen bij een baby, die gaat plassen.
1 - 2 jaar	Motorische ontwikkeling van incompleet naar compleet	Op ongeveer de leeftijd van 1 jaar, heeft het kind het vermogen om te staan, maar het duurt nog minstens een jaar om hier volledige controle over te krijgen. Initieel kan er sprake zijn van vrijwillige controle over de blaas- en sluitspier.
2 - 4 jaar	Verdere rijping van het zenuwstelsel	De meeste kinderen hebben rond 4 jaar de volledige en bewuste controle over de blaas- en sluitspier.

Tabel 1. Zindelijkheidsontwikkeling

Kunnen, begrijpen en willen

Er zijn drie belangrijke voorwaarden waaraan een kind moet voldoen om te starten met een zindelijkheidstraining: het kind moet het kunnen, begrijpen en willen (zie Tabel 2).

Verschillende studies hebben aangetoond dat de leeftijd waarop het kind de volledige controle over de blaas bereikt, varieert van 0,75 tot 5,25 jaar. Meisjes zijn meestal eerder zindelijk dan jongens. Deze variatie wordt niet alleen beïnvloed door de functionele en motorische rijping, maar ook door de omgeving waarin het kind opgroeit, in het bijzonder door de aanmoediging die het kind

krijgt. Veel ouders realiseren zich onvoldoende dat ze hierbij een cruciale rol hebben. Het kost tijd en inzet, maar juist vanwege het drukke leven vandaag de dag wordt er vaak gewacht met de zindelijkheidstraining. Wegwerpluiers zijn bovendien een gemakkelijker alternatief.

Functionele incontinentie

Onzindelijkheid en verlies van urine/defecatie zijn verschillende zaken. Kinderen die zindelijk zijn, kunnen toch urine of defecatie verliezen. Maar liefst 6-12 % van de basisschoolkinderen krijgt te maken met deze vorm van functionele incontinentie. Bij kinderen met obstipatie is er

in veruit de meeste gevallen geen sprake van een anatomische of een neurologische factor.

Genetische, omgevings-, gedragsmatige en fysieke factoren kunnen een risico zijn voor het ontwikkelen van functionele incontinentie. Er wordt onderscheid gemaakt tussen problemen met blaasopslag en blaaslediging. Op basis hiervan is er een verdeling in verschillende subtypen van incontinentie te maken, namelijk: overactieve blaas, dysfunctional voiding, hypo-actieve blaas, uitstelgedrag, stress-incontinentie, giesel-incontinentie en nachtelijk urineverlies.

Functionele incontinentie op basis van verkeerd gebruik van bekkenbodemspieren gaat bijna altijd samen met obstipatie. Door het continue aanspannen van de bekkenbodemspieren verdwijnt ook het aandranggevoel voor ontlasting, waardoor het rectum te vol wordt. De ontlastingsfrequentie gaat omlaag en vaak treedt ook fecale incontinentie op. Tevens geeft een overvol rectum minder ruimte voor de

	Voorwaarde	Uit zich in
Kunnen	Sensorische en motorische rijping	Aandrag kunnen voelen om te plassen en op de wc/po kunnen gaan zitten zonder hulp
Begrijpen	Cognitieve rijping	Taalbegrip en verbanden kunnen leggen.
Willen	Persoonlijkheid/temperament	Interesse en mee willen werken.

Tabel 2. Voorwaarden start zindelijkheidstraining



blaas om zich te vullen. Blaas- en darmprobleem houden elkaar op deze manier in stand.

Gedragsproblemen

Bekend is dat bij kinderen met gedragsstoornissen, zoals ADHD en ASS functionele incontinentie meer voorkomt. Ongeveer 20-30% van de kinderen die bedplassen, 20-40% met incontinentie overdag en 30-50% met incontinentie voor ontlasting voldoen aan de criteria voor een gedragsstoornis volgens de DSM IV.

Taak zorgverlener

Het maken van onderscheid tussen onzindelijkheid en functionele incontinentie is belangrijk voor het geven van de juiste adviezen en begeleiding. Bij zindelijkheidstraining geef je tips en adviezen aan ouders en begeleid je hen. Je leert ouders wat de rijpheidssignalen zijn en hoe ze hun kind het beste kunnen coachen.

Is er echter sprake van functionele incontinentie, dan is het vooral het kind dat de begeleiding krijgt. Deze kinderen



Geslaagd voor de training

kunnen over het algemeen goed leren plassen en droog worden met behulp van instructies, medicatie en training. Leeftijd en ontwikkelingsniveau spelen hierbij een rol. Kinderen boven de 6 jaar kunnen de instructies goed begrijpen en toepassen. Wanneer het kind jonger is, dan zullen ouders betrokken worden. Soms is het advies om af te wachten en incontinentiemateriaal te gebruiken de beste keuze. In alle gevallen geldt dat uitleg en educatie van groot belang zijn. Begrip en inzicht in de problematiek draagt bij aan het behandelresultaat en leidt tot hogere inzet en therapietrouw van kind en ouders.

Voor de zorgverlener is het cruciaal niet alleen kennis te hebben over de anatomie, fysiologie en pathofysiologie van blaas en darmen, maar ook over de verschillende vormen van functionele incontinentie. Inzicht in psychologie en gedragsbeïnvloeding van het kind zijn eveneens vereisten.

Diagnose stellen

Voor het succesvol behandelen van functionele incontinentie is een juiste diagnose noodzakelijk. Instrumenten hiervoor zijn de medische anamnese, plasdagboek, vragenlijsten, flowmetrie en echografie. De International Children's Continence Society (ICCS) adviseert urotherapie als eerstelijnsbehandeling voor alle vormen van functionele incontinentie. Urotherapie is

meestal effectief en bestaat - naast ondersteuning van kind en ouder - uit educatie, instructies, demystificatie, gedragsverandering, leefstijladvies met betrekking tot vochtinname, registratie van plasfrequentie, plasvolumes en natte incidenten. Overige problemen zoals obstipatie, urineweginfecties en gedragsproblemen moeten vooraf of tijdens de urotherapie behandeld worden met medicatie en/of gedragstherapie. Zijn er klachten van blaasoveractiviteit, dan kan medicatie helpend zijn. Kinderen die alleen last hebben van bedplassen, kunnen behandeld worden met een plaswekker of medicatie. Voor een succesvolle en effectieve uitkomst geldt de volgende behandelvolgorde: 1. obstipatie behandelen, 2. incontinentie overdag aanpakken, en 3. bedplassen begeleiden.

Wees je er als hulpverlener tot slot van bewust dat alle behandelingen tijd en inzet vragen van zowel de zorgverleners, het kind en de ouders. De 'wonderpil' voor deze problematiek bestaat helaas niet. ●

auteursinformatie

Anka Nieuwhof-Leppink is werkzaam als coördinator urotherapie afdeling in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht.

Ophoudmanoeuvre

