

Samenvattingskaart

# Richtlijn Urine-incontinentie

---

gebaseerd op de richtlijn urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE



**nvog**

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE

## **Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)**

De Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor medisch specialisten in de urologie. De vereniging heeft dan ook als doel de bevordering van de urologie en de belangenbehartiging van de leden. De NVU telt momenteel ruim 650 leden.

*Website: [www.nvu.nl](http://www.nvu.nl)*



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE

## **De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)**

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor gynaecologen. In deze hoedanigheid wil zij de kwaliteit bewaken van de vrouwengezondheidszorg in het algemeen en de gynaecologische, obstetrische en voortplantingsgeneeskundige (sub)specialismen in het bijzonder. Als belangenbehartiger stimuleert en ondersteunt zij de maatschappelijke positie van deze specialisten en hun beroepsbeoefenaren.

*Website: [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl)*

# Richtlijn Urine-incontinentie

---

In deze samenvatting worden de aanbevelingen voor de benadering van de patiënt met urine-incontinentie (UI) beschreven uit de Richtlijn Urine-incontinentie voor de tweede- en derdelijnszorg. De tekst van deze richtlijn is gebaseerd op de EAU Guidelines on Urinary Incontinence uit 2012 en is toegesneden op de Nederlandse situatie, met waar nodig extra informatie, overwegingen en updates.

De richtlijn is van toepassing op volwassen mannen en vrouwen (> 18 jaar) zonder neurogeen blaaslijden.

Aanbevelingen zijn gegradeerd als A, B en C, waarbij A de sterkst mogelijke aanbeveling is en C de zwakste. De aanbevelingen zijn zoveel mogelijk *'action-based'* geformuleerd: ze nodigen niet zozeer uit tot overwegen maar eerder tot handelen. Ook kan er soms een aanbeveling gegeven worden om juist niet te handelen. Het niveau van aanbeveling is niet altijd overeenkomstig met de hoeveelheid en het type bewijs. Zo kan er vrijwel geen bewijs zijn voor een handeling (zoals lichamelijk onderzoek als onderdeel van de diagnostiek), maar is dit toch een sterke aanbeveling omdat de Werkgroep Richtlijn Urine-Incontinentie dat bij consensus heeft besloten. Hier spelen dan ook andere overwegingen mee, zoals het kostenaspect, belasting voor de patiënt en het al dan niet voor handen zijn van alternatieven.

## Lijst van gebruikte afkortingen

---

<b>ACT</b>	Adjustable continence therapy
<b>BFT</b>	Bekkenfysiotherapie
<b>MUI</b>	Mixed urinary incontinence (gemengde incontinentie)
<b>NVU</b>	Nederlandse Vereniging voor Urologie
<b>PROM's</b>	Patient reported outcome measures
<b>PTNS</b>	Percutaneous tibial nerve stimulation
<b>SUI</b>	Stress urine-incontinentie
<b>UDO</b>	Urodynamisch onderzoek
<b>UI</b>	Urine-incontinentie
<b>UUI</b>	Urge urine-incontinentie
<b>UWI</b>	Urineweginfectie

# Diagnostiek

## *Anamnese en lichamelijk onderzoek*

Hoewel er geen bewijs voor bestaat, is er absolute consensus dat een gedegen anamnese en lichamelijk onderzoek een standaardonderdeel van de evaluatie van urine-incontinentie zouden moeten zijn.

### AANBEVELINGEN 1

GR

#### **Vraag bij de anamnese tenminste naar het volgende:**

A

- Type incontinentie (stress, urge of gemengd)
- Frequentie en ernst
- Geassocieerde urologische symptomen
- Obstetrische en gynaecologische voorgeschiedenis
- Comorbiditeit
- Medicatiegebruik

#### **Doe een lichamelijk onderzoek met de volgende onderdelen:**

A

- Palpatie abdomen voor het detecteren van blaasvergroting of een massa in het abdomen/bekken
- Onderzoek van het perineum
- Rectaal toucher of vaginaal toucher
- Evalueer de oestrogeenstatus (bij de vrouw)
- Evalueer vrijwillige contracties van de bekkenbodern.

#### **Overweeg verdere verwijzing/evaluatie indien:**

A

- De urine-incontinentie gepaard gaat met pijn
- Er sprake is van hematurie
- Er een voorgeschiedenis is van recidiverende urineweginfecties
- Er radiotherapie of chirurgie in het kleine bekken heeft plaatsgevonden
- Er verdenking op een fistel bestaat (bij constante lekkage)
- Er problemen met de blaaslediging zijn
- Er verdenking op neurologische comorbiditeit is.

## Vragenlijsten

AANBEVELINGEN 2	GR
Wees ervan bewust dat het nooit bewezen is dat het gebruik van vragenlijsten en PROM's invloed hebben op de uitkomsten bij urine-incontinentie – dit is namelijk nooit specifiek onderzocht.	C

## Mictiedagboeken

AANBEVELINGEN 3	GR
Gebruik mictiedagboeken bij patiënten met UI voor de evaluatie van opslag- en ontledigingstoornissen van de blaas, zowel in de klinische praktijk als in onderzoekssetting.	A
Een mictiedagboek dient tussen de 3 en 7 dagen te worden bijgehouden.	B

## Urineonderzoek

AANBEVELINGEN 4	GR
Verricht urineonderzoek bij iedere patiënt met (klachten van ) UI.	A
Behandel symptomatische UWI's adequaat bij patiënten met UI (zie tevens NVU Richtlijn Urineweginfecties).	B
Behandel asymptomatische bacteriurie bij geïnstitutionaliseerde ouderen niet wanneer het doel is om de klachten van UI te verbeteren.	B

## Residumeting

AANBEVELINGEN 5	GR
Meet bij voorkeur het residu na mictie met behulp van echografie.	A
Meet het residu na mictie bij iedere patiënt met urine-incontinentie.	B
Volg het residu na mictie bij patiënten die behandelingen krijgen die blaasontledigingsstoornissen kunnen verergeren of veroorzaken.	B

AANBEVELINGEN 6	GR
<p>Clinici die UDO's verrichten bij patiënten met UI dienen zich er van te vergewissen dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De test de symptomen van de patiënten reproduceert;</li> <li>• De resultaten in de klinische context worden geïnterpreteerd;</li> <li>• De kwaliteit van de metingen wordt gecontroleerd op eventuele technische fouten;</li> <li>• Er fysiologische variabiliteit binnen één individu kan bestaan.</li> </ul>	C
<p>Leg patiënten uit dat de resultaten van een UDO nuttig kunnen zijn bij het bespreken van mogelijke behandelopties, maar dat er maar weinig bewijs is dat het verrichten van een UDO de uitkomsten van de behandeling ook echt verbetert.</p>	C
<p>Verricht niet routinematig een UDO bij patiënten die conservatief behandeld gaan worden.</p>	B
<p>Verricht een UDO als de resultaten van de test de keuze van invasieve behandeling kunnen veranderen.</p>	C
<p>Verricht niet routinematig urethradrukprofielen.</p>	C

### Pad tests

Een goed ontworpen *pad* (inlegger of luijer) zal alle urine die in een bepaald tijdsbestek wordt verloren, bevatten en kan daardoor worden gebruikt om urineverlies te kwantificeren. Hoewel de *International Continence Society* heeft geprobeerd om de *pad* test te standaardiseren blijven er verschillen bestaan in de manier waarop patiënten worden geïnstrueerd (met name met betrekking tot de lichamelijke inspanning die ze tijdens de *pad* test moeten verrichten).

AANBEVELINGEN 7	GR
<p>Gebruik een <i>pad</i> test als kwantificering van de UI gewenst is.</p>	C

Gebruik herhaalde *pad tests* als het resultaat van een therapie objectief gevolgd moet worden. C

### *Beeldvorming*

#### **AANBEVELINGEN 8**

**GR**

Voer geen routinematige beeldvorming uit bij de diagnostiek van ongecompliceerde SUI bij vrouwen. A

## **Conservatieve behandeling (niet-medicamenteus)**

In de algemene medische praktijk is het gebruikelijk om eerst eenvoudige, relatief onschuldige interventies uit te proberen voordat meer risicovolle behandelingen worden toegepast.

### *Eenvoudige klinische interventies*

#### *Behandeling van onderliggende ziekte/cognitieve dysfunctie*

Veel aandoeningen kunnen incontinentie uitlokken of verergeren, of ze nu een rol spelen in de pathofysiologie van de lekkage of niet. Dergelijke aandoeningen zijn bijvoorbeeld:

- Hartfalen
- Chronische nierinsufficiëntie
- Diabetes
- Chronische obstructieve longziekten (COPD)
- Neurologische aandoeningen zoals
  - Cerebrovasculair accident (CVA)
  - Dementie
  - Multiple sclerose
- Algehele cognitieve dysfunctie
- Slaapstoornissen (zoals slaap apneu)



*Aanpassing van de medicatie (die niet voor de incontinentie was voorgeschreven)*  
Weinig studies bewijzen dat het aanpassen van medicatie een gunstig effect op urine-incontinentie zou kunnen hebben. Theoretisch bestaat overigens ook het risico dat het stoppen van medicatie meer kwaad dan goed brengt.

<b>AANBEVELINGEN 9</b>	<b>GR</b>
Breng het medicijngebruik in kaart bij alle patiënten met UI.	A
Informeer vrouwen die starten met systemische oestrogeensuppletie dat hierdoor incontinentie kan ontstaan of verergeren.	A
Kijk kritisch naar ieder nieuw voorgeschreven medicijn en of het eventueel in verband gebracht kan worden met het optreden of verergeren van UI.	C

### *Obstipatie*

Verscheidene studies laten een sterke associatie zien tussen obstipatie, urine-incontinentie en overactieve blaas. Obstipatie kan worden verbeterd met gedrags-therapeutische en medicamenteuze interventies.

<b>AANBEVELINGEN 10</b>	<b>GR</b>
Behandel co-existente obstipatie bij patiënten met UI.	C

### *Opvangmaterialen en mechanische hulpmiddelen*

<b>AANBEVELINGEN 11</b>	<b>GR</b>
Bied verbandmaterialen aan als het opvangen van urine nodig is; laat de patiënt informeren door een ter zake deskundige.	B
Pas de keuze van het type verbandmateriaal aan, aan de ernst van de incontinentie en de specifieke behoeften van de patiënt.	A
Bied een verblijfskatheter als behandeling van UI alleen aan als andere behandelmethoden niet afdoende helpen.	B

Bied condoomkatheters aan bij mannen met incontinentie zonder significant residu na de mictie (indien anatomisch mogelijk).	A
Bied het aanleren van zelfkatheterisatie aan bij patiënten met UI én urineretentie.	A
Bied intravaginale hulpmiddelen (zoals tampons) niet routinematig aan voor de behandeling van UI bij vrouwen.	B
Vermijd penisklemmen voor de behandeling van UI bij mannen.	A

### *Pessaria*

<b>AANBEVELINGEN 12</b>	<b>GR</b>
Overweeg om pessaria aan te bieden aan vrouwen met (stress) urine-incontinentie die geen operatie of bekkenfysiotherapie wensen of kunnen ondergaan.	C

### *Leefstijlaanpassingen*

Voorbeelden van leefstijlfactoren die in verband worden gebracht met UI zijn obesitas, roken, (een gebrek aan) lichamelijke inspanning en dieet. Daarom zou het mogelijk kunnen zijn om incontinentie te verbeteren met leefstijlaanpassingen zoals gewichtsverlies, vochtbeperking, reductie van alcohol- en cafeïne inname, het beperken van zware lichamelijke inspanning en stoppen met roken.

<b>AANBEVELINGEN 13</b>	<b>GR</b>
Moedig obese vrouwen met UI aan om af te vallen	A
Leg volwassenen met incontinentie uit dat het verminderen van het cafeïnegebruik, symptomen van toegenomen aandrang en mictiefrequentie kan verminderen, maar niet van incontinentie.	B
Adviseer patiënten met abnormaal hoge of lage vochtintake om hun vochtintake te normaliseren.	C

Leg vrouwelijke sporters met louter urineverlies tijdens lichamelijke inspanning (en niet in het dagelijks leven) die zich zorgen maken om het beloop van de UI, uit dat dit urineverlies niet predisponeert tot UI op latere leeftijd. C

Adviseer patiënten die roken te stoppen vanwege algemene gezondheidsredenen, niet met het doel UI te verbeteren. A

### *Gedragstherapie, BFT en elektromagnetische therapie*

#### **AANBEVELINGEN 14** **GR**

Bied gesuperviseerde BFT met een duur van tenminste 3 maanden aan als eerstelijns therapie bij vrouwen met SUI of MUI . A

BFT programma's moeten zo intensief mogelijk zijn. A

Neem biofeedback als extra behandeling bij vrouwen met SUI in overweging. A

Bied aan continente vrouwen tijdens hun eerste zwangerschap niet routinematig gesuperviseerde BFT aan om postpartum UI te voorkomen. A

Bied bij mannen die een radicale prostatectomie ondergaan instructies over BFT aan om het postoperatieve herstel van de continentie te bespoedigen. B

Bied aan volwassenen met UUI of MUI, blaastraining aan als eerstelijns therapie. A

Bied 'op de klok plassen' aan bij volwassenen met UI en een cognitieve beperking. A

Bied bij UI geen elektrostimulatie aan als monotherapie met oppervlakte elektroden (huid, vaginaal, anaal) . A

Bied geen magnetische stimulatie aan voor de behandeling van UI of OAB . B

Bied, indien voorhanden, PTNS aan als optie voor verbetering van de klachten van UUI bij vrouwen die geen baat hebben gehad van anticholinerge medicatie of deze medicatie niet konden verdragen.	B
Licht zwangeren met UI in over het natuurlijk beloop van urine-incontinentie.	A
Bied bij zwangere vrouwen met UI niet standaard BFT aan naast de gebruikelijke zorg.	B
Bied BFT aan als behandeling van UI aan vrouwen in de postpartum periode.	A

## Medicamenteuze behandeling

### *Antimuscarinica (anticholinergica)*

AANBEVELINGEN 15	GR
Bied antimuscarinica in IR of ER preparaten aan als initiële medicamenteuze therapie aan volwassenen met UUI.	A
Als IR-preparaten niet succesvol zijn bij volwassenen met UUI kunnen ER of lang werkende antimuscarinica worden aangeboden.	A
Overweeg oxybutynine pleisters als orale antimuscarinica niet worden verdragen vanwege droge mond.	B
Bied alle patiënten met antimuscarinica een snelle evaluatie van de werkzaamheid en de bijwerkingen aan (< 30 dagen).	A
Wees bewust van cognitieve bijwerkingen wanneer antimuscarinica worden voorgeschreven aan ouderen, vooral bij die patiënten die al choline-esterase remmers gebruiken.	C
Vermijd het gebruik van oxybutynine IR bij patiënten die <i>at risk</i> zijn voor cognitieve dysfunctie.	A

Wees terughoudend met solifenacine, tolterodine en darifenacine bij patiënten met cognitieve dysfunctie. B

Verricht een objectieve *assessment* van de mentale functies voor het starten met de medicamenteuze behandeling van patiënten die cognitief mogelijk *at risk* zijn. C

Controleer de mentale status bij patiënten die antimuscarinica gebruiken als ze *at risk* zijn voor cognitieve dysfunctie. C

### *Intravaginale oestrogenen*

#### **AANBEVELINGEN 16** GR

Vertel vrouwen die systemische oestrogensuppletie krijgen dat ze een verhoogd risico hebben op het krijgen dan wel verergeren van reeds bestaande SUI en UUI. A

Bied post-menopauzale vrouwen met UI lokale oestrogeentherapie aan. B

### *Desmopressine*

#### **AANBEVELINGEN 17** GR

Bied desmopressine aan aan patiënten met nachtelijke UI die incidenteel kortdurende verbetering van hun incontinentie wensen, na de patiënt geïnformeerd te hebben dat het middel niet is geregistreerd voor deze indicatie. B

Gebruik desmopressine niet voor de langdurige behandeling van UI. A

### *Amitriptyline*

#### **AANBEVELINGEN 18** GR

Geef geen amitriptyline aan volwassen patiënten met urine-incontinentie in een poging de klachten te verminderen. B

## Imipramine

AANBEVELINGEN 19	GR
Geef geen imipramine bij de behandeling van SUI dan wel MUI bij vrouwen.	A
Geef geen imipramine aan mannen met stressincontinentie.	A

## Flavoxaat

AANBEVELINGEN 20	GR
Geef geen flavoxaat bij de behandeling van urine-incontinentie.	A

## Chirurgische behandeling

Enkele algemeen chirurgische principes:

- Bespreek altijd vooraf het doel van de operatie, de te verwachten gezondheidswinst en risico's met de patiënt en/of diens verzorgers.
- Bespreek alternatieve behandelingen.
- De operateur moet goed opgeleid zijn om een bepaalde ingreep te kunnen verrichten en voldoende ingrepen verrichten om de opgedane expertise te behouden.
- De operateur moet bereid zijn om zijn eigen resultaten van een bepaalde ingreep te delen met de patiënt.,

### *Chirurgie voor vrouwen met ongecompliceerde stressincontinentie*

AANBEVELINGEN 21	GR
Bied de mid-urethrale sling aan bij vrouwen met ongecompliceerde SUI.	A
Bied open of laparoscopische colposuspensie of autologe fasciesling, aan, aan vrouwen met SUI bij wie een mid-urethrale sling geen optie is.	A

Stel vrouwen, die een retropubisch in te brengen synthetische sling aangeboden krijgen, op de hoogte van het grotere risico van peroperatieve complicaties in vergelijking met transobturator insertie.	A
Waarschuw vrouwen die een transobturator sling aangeboden krijgen voor het grotere risico op pijn en dyspareunie op de langere termijn.	A
Waarschuw vrouwen die een autologe fasciesling krijgen dat er een hoog risico op bemoeilijkte mictie is en dat ze mogelijk na afloop moeten zelfkatheteriseren; ga na of ze bereid zijn om dat te doen.	A
Verricht peroperatief een urethrocystoscopie na het retropubisch inbrengen van een mid-urethrale sling, of bij een lastige of gecompliceerde insertie van een andere sling.	C
Vrouwen die een <i>single-incision sling</i> waarvoor enig bewijs van effectiviteit bestaat aangeboden krijgen, moeten worden gewaarschuwd dat de korte termijn resultaten inferieur zijn in vergelijking met die van standaard mid-urethrale slings en dat de langere termijnresultaten onbekend zijn.	C
Bied <i>single-incision slings</i> , waarvoor geen level 1 bewijs is, alleen aan als onderdeel van een onderzoeksprogramma.	A
Bied <i>adjustable slings</i> , als primaire chirurgische behandeling van SUI, alleen aan als onderdeel van een gestructureerd onderzoeksprogramma.	C
Bied geen bulkmateriaal aan bij vrouwen die vragen om een permanente genezing van hun SUI.	A

*Gecompliceerde stressincontinentie bij vrouwen  
(na eerdere gefaalde chirurgie)*

<b>AANBEVELINGEN 22</b>	<b>GR</b>
De keuze voor de juiste operatie bij gerecidiveerde SUI dient te geschieden na nauwgezette evaluatie van de individuele patiënt.	C

Waarschuw vrouwen dat de resultaten van tweedelijns chirurgische ingrepen waarschijnlijk slechter zullen zijn, zowel qua functioneel resultaat als qua toename van het aantal bijwerkingen/complicaties.	C
Bied implantatie van sfincterprothese of ACT aan als optie bij vrouwen met gecompliceerde SUI als de materialen hiervoor beschikbaar zijn en de uitkomst goed kan worden gevolgd.	C
Waarschuw vrouwen die een sfincterprothese of ACT krijgen dat er een kans op (mechanisch) falen bestaat en dat soms revisie of verwijdering nodig is.	C

### *Chirurgische behandeling bij mannen met SUI*

<b>AANBEVELINGEN 23</b>	<b>GR</b>
Bied alleen bulkmateriaal aan bij mannen met milde post-prostatectomie incontinentie die een tijdelijke verlichting van hun UI-klachten wensen.	C
Bied geen bulkmateriaal aan bij mannen met ernstige post-prostatectomie incontinentie.	C
Bied een <i>male sling</i> aan bij mannen met milde tot matige post-prostatectomie incontinentie.	B
Waarschuw mannen dat ernstige incontinentie, eerdere radiotherapie van het bekken of chirurgie voor een urethrastrictuur de uitkomst van <i>male slings</i> kan verslechteren.	C
Bied een sfincterprothese aan bij mannen met persisterende (meer dan 6 maanden bestaande) matige tot ernstige post-prostatectomie incontinentie welke niet heeft gereageerd op conservatieve behandeling.	B
Waarschuw over de lange termijn risico's op falen en de mogelijke noodzaak tot revisie wanneer mannen een sfincterprothese overwegen.	C
Bied alleen niet-circumferentiële compression devices (ProACT®) aan bij mannen met post-prostatectomie incontinentie als de uitkomst goed vervolgd kan worden.	C



Waarschuw mannen die een niet-circumferentiële *compression device* (ProACT®) overwegen dat er een groot risico bestaat op falen. C

Bied geen niet-circumferentiële *compression devices* (ProACT®) aan bij mannen die eerder bestraling van hun bekken hebben ondergaan. C

### *Chirurgie bij refractaire UUI Intravesicale botulinetoxine*

#### **AANBEVELINGEN 24** GR

Bied intravesicale onabotulinumtoxine-injecties aan bij patiënten met UUI die niet reageren op antimuscarinica. A

Waarschuw mensen voor de mogelijke noodzaak tot zelfkatheterisatie en het geassocieerde risico op UWI's; ga na of de patiënt bereid is zichzelf te katheteriseren indien nodig. A

Waarschuw patiënten over de registratiestatus van Botox®, en dat de langetermijneffecten onbekend zijn. A

### *Sacrale zenuwstimulatie (neuromodulatie)*

#### **AANBEVELINGEN 25** GR

Bied patiënten met refractaire UUI (niet reagerende op conservatieve therapie), indien beschikbaar, sacrale neuromodulatie aan voordat blaasaugmentatie of deviatie wordt overwogen. A

### *Blaasaugmentatie/deviatie*

#### **AANBEVELINGEN 26** GR

Bied alleen blaasaugmentaties aan bij patiënten met UUI die niet reageren op conservatieve therapie en met wie de mogelijkheden van onabotulinumtoxine-injecties en sacrale zenuwstimulatie zijn besproken. C

Waarschuw patiënten die een blaasaugmentatie moeten ondergaan voor het hoge risico op zelfkatheterisatie; stel zeker dat patiënten bereid zijn dit te doen. C

Bied geen detrusorectomie aan als behandeling voor UUI.	C
Bied alleen urinedeviatie aan bij patiënten bij wie minder invasieve technieken geen verbetering gaven en die bereid zijn een stoma te accepteren.	C
Waarschuw patiënten die een blaasaugmentatie ondergaan voor het hoge risico op korte- en lange termijncomplicaties, en de mogelijke, kleine kans op maligniteit.	C
Bied patiënten die een blaasaugmentatie of een urinedeviatie hebben ondergaan levenslange follow-up aan.	C

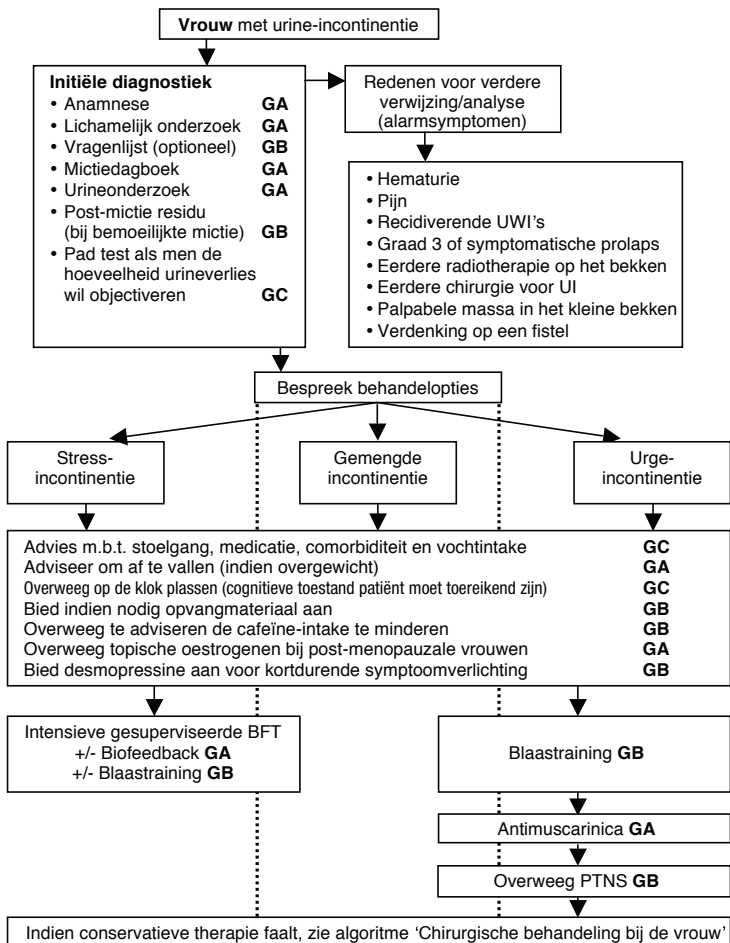
### *Chirurgie bij patiënten met obesitas*

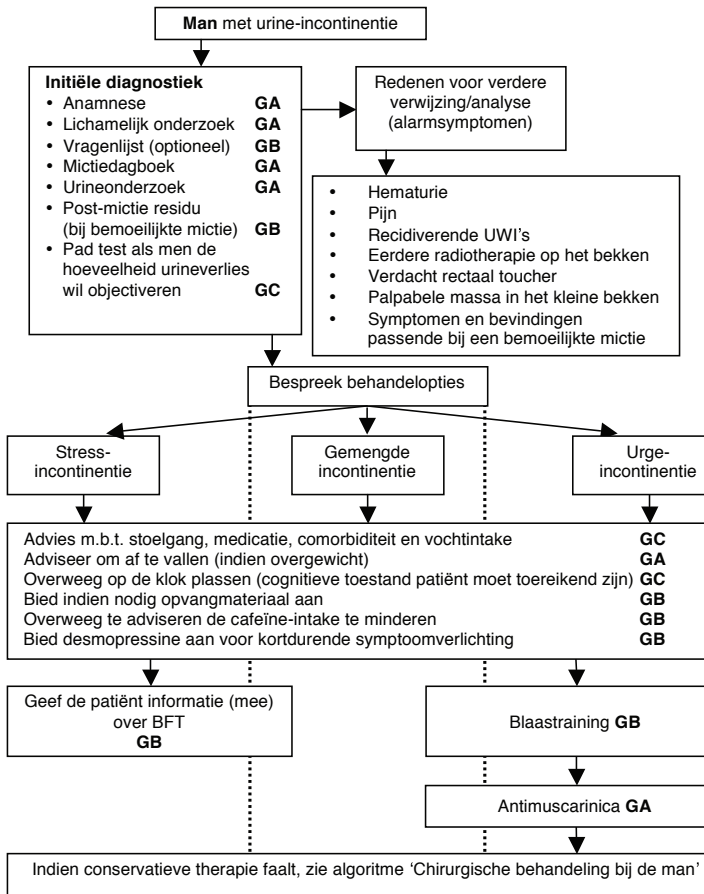
<b>AANBEVELINGEN 27</b>	<b>GR</b>
Raad patiënten met overgewicht en obesitas aan om af te vallen om algemene gezondheidsredenen.	A

### *Gemengde urine-incontinentie (MUI)*

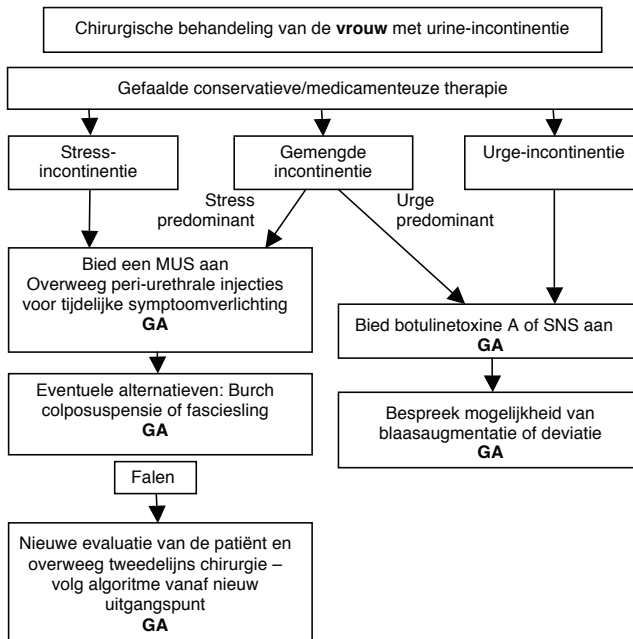
<b>AANBEVELINGEN 28</b>	<b>GR</b>
Behandel bij patiënten met MUI de symptomen die het meest hinderlijk zijn eerst of kies bij twijfel eerst de minst invasieve behandelvorm.	C
Waarschuw patiënten met MUI dat de succeskans van BFT lager is dan bij zuivere SUI.	B
Bied antimuscarinica aan voor patiënten met urge-predominante MUI.	A
Waarschuw patiënten met MUI dat chirurgie minder succesvol zal zijn dan bij patiënten met zuivere SUI.	A

# ALGORITME DIAGNOSTIEK EN CONSERVATIEVE BEHANDELING BIJ DE VROUW

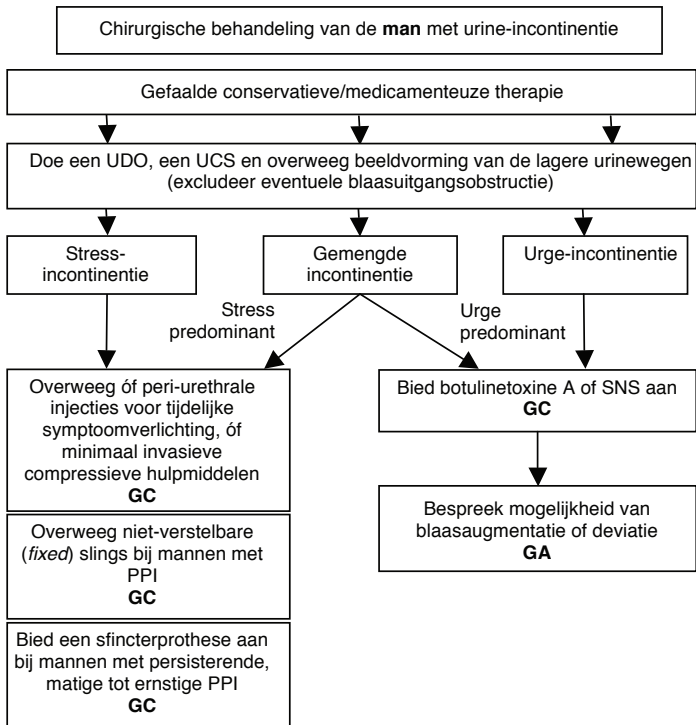




## ALGORITME CHIRURGISCHE BEHANDELING BIJ DE VROUW



## ALGORITME CHIRURGISCHE BEHANDELING VOOR DE MAN



## **SAMENSTELLING WERKGROEP**

**Prof. Dr. Ruud Bosch** (voorzitter)

*uroloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht*

**Dr. Michael van Balken**

*uroloog, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem*

**Dr. John Heesakkers**

*uroloog, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen*

**Dr. Evert Koldewijn**

*uroloog, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven*

**Dr. Laetitia de Kort,**

*uroloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht*

**Dr. Viviane Dietz**

*gynaecoloog, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven*

**Prof. Dr. Huub van der Vaart**

*gynaecoloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht*

**Dr. Paul van Houten** (adviseur)

*specialist ouderengeneeskunde; Zonnehuisgroep Amstelland, Amstelveen*

**Drs. Paul Veenboer** (facilitator)

*arts-onderzoeker, afdeling urologie, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht*

**Rinie Lammers** MSc

*kwaliteitsfunctionaris Nederlandse Vereniging van Urologie*

De volledige richtlijn is te downloaden via:  
[www.nvu.nl](http://www.nvu.nl) of [www.kwaliteitskoepel.nl](http://www.kwaliteitskoepel.nl)

Contactgegevens Nederlandse Vereniging voor Urologie  
Bureau NVU  
Postbus 20078  
3502 LB UTRECHT  
Telefoon: (030) 2823218  
[nvu@xs4all.nl](mailto:nvu@xs4all.nl)

Met dank aan:  
Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR UROLOGIE



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE