

Urininkontinens, utredning och behandling

Faktaägare:

Urininkontinens är ett stort folkhälsoproblem som påverkar kvinnors livskvalité negativt. Frekvensen är 5-50 % och ökar med kvinnans ålder. Detta utgör ett socialt och hygieniskt problem samt ett hinder för många att leva ett normalt liv. Urininkontinens har multipel etiologi och finns av olika typer.

Utredningen syftar till

- Objektivt påvisa inkontinens.
- Att fastställa sannolik typ av inkontinens.
- Att ta ställning till lämplig behandling.
- Patientens totala livssituation och symtombild avgör vilken och vilka utredningar som blir aktuella.

Första kontakt

- ”Internremiss” i form av journalkopia till uroterapeut.
- Remiss från annan vårdgivare: bedöms av läkare om patienten först ska till uroterapeut.
- Patient tar egen kontakt (som regel rådes patient i första hand ta kontakt med sin VC). De som är under 50 år kan diskuteras med uroterapeut utan remiss.
- Hos patienter med kortvarig anamnes på inkontinens/urinträngningar, om tumörmisstanke föreligger ska tid till läkare ges.

Första besök, basal utredning - uroterapeut

- Anamnesformulär - skickas till patienten tillsammans med kallelse och medtages vid besöket.
- Urinprov: glucos, leukocyter, nitrit, protein, erythrocyter, vid behov urinodling.
- Genomgång av anatomi, fysiologi allmän information (tarmfunktion, kost, vätskeintag, motion).

- Information och utdelning av 2-dygnsmätningar, miktions- vätskelistor, läckagemätning.
- Genomgång av bäckenbottenträning, skriftlig information (Nikola). Ev. kontroll av knipfunktion.
- Postmenopausala kvinnor får information och råd att börja med lokalt östrogen (vag Ovesterin).
- Vid behov information och utprovning av inkontinenshjälpmedel: iinkontinensskydd, vaginalt inlägg.
- Dokumentation i Cambio Cosmic, samtliga dokument som ingår i vårdepisoden skannas in i efterhand.

Bedömning

Genomgång av patientfall på ”urorond” :

- fortsatta besök hos uroterapeut och handläggning av detta
- ev. besök hos gynekolog

Andra besöket – uroterapeut (inom 1-3 veckor)

- Uppföljning av miktions- och vätskelistor samt hemtest. Ev. justering av vätskeintag.
- Bäckenbottenpalpation och individuella råd om bäckenbottenträning. Eventuellt remiss till fysioterapeut.
- Mätning av residualurin via ultraljud/bladderscan, vid oklarhet ev. tappning med kateter.
- Genomgång av behandlingsstrategi:
 - vid ren ansträngningsinkontinens som ej förbättrats av bäckenbottenträning överförs patienten till läkare.
 - vid blandinkontinens/trängningsinkontinens ges information/instruktion om olika behandlingsalternativ till exempel blåsträning, (skriftlig information, Nikola, akupunktur, elstimulering, perkutan tibial nervstimulering (PTNS) och Botox).
- Ev. utskrivning av hjälpmedel.
- Ev. recept på antikolinergika (läkare).

Nästkommande besök

Planeras efter diagnos och behandlingsstrategi. Individuell handlingsplan med två till flera besök då utvärdering av behandlingsresultat och följsamhet görs.

Konsultation - läkare

- Insättning av antikolinergika
- Ev. recept på lokalöstroger

Besök – läkare (efter adekvat utredning hos uroterapeut eller inkontinenssjuksköterska på vårdcentral)

- Anamnes: allmänt, gynekologiskt, obstetriskt, urologiskt, psykosocialt och neurologisk anamnes.
- Tidigare gynekologisk operation.
- Genomgång av aktuella läkemedel - diuretika, antikolinergika/psykofarmaka, adrenergika.
- Gynstatus - ultraljud: atrofi, slapphet, hypermobilitet uretra/främre vaginalvägg, prolaps, bedömning av knipförmågan, bäckentumör, sensibilitetsnedsättning, vulvareflexer och tonus i analsfinkter.
- Residualurin.
- Urinprov: glucos, leukocyter, nitrit, protein, erythrocyter.
- Bedömning av tidigare miktionslista, hemtest och vätskelista tillsammans med patienten. Nya listor vid behov.
- Ev. recept lokal hormonbehandling pre- och postmenopausalt (vag Ovesterin).
- Stress/provokationstest – eventuell cystoskopi – valsalmamanöver och ensidig Bonnys test.
- Ev. urodynamisk undersökning.
- Vid grav urinretention: kreatinin.

Hemtest – Vägning av inkontinensskydd

| Totalt läckage/dygn | Grad av inkontinens |
|---------------------|-------------------------|
| <10 g | Lätt inkontinens |
| 11-50 g | Medelsvår inkontinens |
| 51-100 g | Svår inkontinens |
| >100 g | Mycket svår inkontinens |

OBS! Viktökning under 8 g/dygn eller under 2 g/skydd kan bero på svettning och/eller flytning om läckage inte uppges.

Miktionslista

| Variabler som registreras | Normalt | Överaktiv blåsa |
|----------------------------|----------------------|-----------------|
| Dygnsmängd dryck | 1500-2500 ml normalt | |
| Dyggsmand urin | 1500-200 ml normalt | |
| Antal miktioner/dygn | 5-7 | >7 |
| Största enskilda urinmängd | 300-500 ml | <300 ml |
| Medelvolym/miktion | 250-300 ml | <200 ml |

Typ av inkontinens med behandling

Ansträngningsinkontinens

Orsak

Risikfaktorer är genomgången graviditet/förlossning, uttalad övervikt, bäckenoperationer, svag bindväv, kronisk hosta, kronisk förstoppning och sysselsättning som innebär ökad belastning på bäckenbotten.

Symtom

Urinläckage i samband med fysisk ansträngning till exempel hosta, hopp, tunga lyft. Läckaget kommer ofta droppvis eller i små skvättar.

Behandling

Bäckenbottenträning (BBT) - vid lätta inkontinensbesvär kan man med fördel börja med detta.

Ev. vaginala koner eller kulor som hjälp att knipa rätt eller som komplement till BBT.

Lokal hormonbehandling pre-och postmenopausalt. Vaginala bågar eller kontinensringar.

Kirurgisk behandling TVT eller TVT-O om ingen effekt av annan behandling.

Vid medelsvår ansträngningsinkontinens kan man ev. planera kirurgisk behandling direkt. Under väntetiden till operation kan patienten följa andra moment i behandlingen.

Trängningsinkontinens (överaktiv blåsa)

Orsak

Orsakas av ofrivillig spasm (kontraktion) i urinblåsan. Det finns flera utlösande faktorer.

Symtom

Urinläckage förekommer i samband med trängningar och detrusoraktivitet. Patienten får ett plötsligt och intensivt behov av att urinera och hinner inte alltid i tid till toaletten. Läckaget kan variera från små droppar till avgång av hela blåsans innehåll. Täta trängningar, täta miktationer och eventuellt inkontinens utgör tillsammans begreppet ”överaktiv blåsa”.

Behandling

Beteendeterapi: viktigaste inledande behandlingsmomentet vid denna form av inkontinens, därefter blåsträning.

Lokal hormonbehandling

Bäckenbottenträning.

Antimuskarin medikamentell behandling: Tolterodin 4mg, Betmiga 50mg,

Vesicare 5-10mg.

Akupunktur, elektrostimulering, PTNS, Botox (lugnar blåsan genom att hämma nervernas reflexmekanism).

Blandinkontinens

Orsak

Blandning av ansträngnings- och trängningsinkontinens. Urinläckaget kan utlösas i samband med den ena eller båda typerna.

Symtom

Som vid ansträngning- och trängningsinkontinens.

Behandling

Svår grupp, inte alltid lämpad för kirurgisk behandling. Utred vilken komponent som dominerar och välj behandling därefter. Det är viktigt att patienten kan kontrollera signalerna till urinblåsan innan man överväger kirurgisk åtgärd.

Överflödesinkontinens

Orsak

Stor mängd residualurin som orsakas av avflödeshinder eller detrusorsvaghet. Urinläckage kan förekomma som komplikation till bäckenbotten kirurgi, medicinering till exempel antidepressiva eller neurogen skada.

Symtom

Urinläckage sekundärt till blåstömningssvårigheter. Patienten kan klaga över ansträngnings, trängnings, eller kontinuerligläckage samt upprepade UVI.

Behandling

Genomgång och ev. utsättande av läkemedel som kan orsaka urinretention (främst antidepressiva, psykofarmaka samt antikolinerga).

RIK (ren intermittent katetisering).

KAD (träning dagtid, öppen på natten).

Obs! Cauda equina-syndrom vid plötsligt uppkomna besvär. Om misstanke; sätt KAD + akutremiss.

Funktionell och intermittent inkontinens

Orsak

Förekommer ofta hos äldre, UVI, nedsatt mobilitet, svår obstipation, läkemedel (diuretika, antipsykotika). Vid psykologisk och kognitiv insufficiens.

Behandling

Kompensera funktionshandikappet hos äldre som ger mer nytta än att göra åtgärder för inkontinens (försämrad motorik och nedsatt syn enskilt eller i kombination med farmaka/metabola orsaker kan upphov till inkontinens).

Mindre vanliga urininkontinens

Orsak

Uretradivertikel, urogenitalfistel, missbildning till exempel ektopisk uretra, detrusor hyperreflexi med nedsatt kontraktibilitet.

Behandling

Till specialist.

Neurogen inkontinens

Orsak

Urinläckage till följd av neurogena skador eller sjukdomar.

Behandling

Symtomatisk behandling beroende på grad och nivån av skadan och hur mycket residualurin patienten har i blåsan.

I de fall det inte går att behandla orsaken till neurogen inkontinens får behandlingen i stället inrikta sig på att häva eller lindra läckaget.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare