

*Nr. 12 2001*

## Udredning og behandling af urininkontinens hos kvinder

*Udarbejdet af et fællesudvalg nedsat af  
Dansk Urologisk Selskab og  
Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi*

Udvalgets medlemmer:

Gunnar Lose

Jens Thorup Andersen

John Bugge Nielsen

Wiggo Fischer-Rasmussen

Hans Madsen

Steen Walter

*Nr. 12 2001*

## Udredning og behandling af urininkontinens hos kvinder

*Udarbejdet af et fællesudvalg nedsat af  
Dansk Urologisk Selskab og  
Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi*

Udvalgets medlemmer:  
Gunnar Lose  
Jens Thorup Andersen  
John Bugge Nielsen  
Wiggo Fischer-Rasmussen  
Hans Madsen  
Steen Walter

Prævalensen af urininkontinens hos kvinder over 30 år er gennemsnitlig 25% (spændvidde 14-41%), men afhænger af definition, population og undersøgelsesmetode (1). Hos kvinder på plejehjem, langtidsmedicinske og geriatriske afdelinger angives prævalensen ofte at være større end 50% (2-4).

Urininkontinens hører til en af de mest omkostningskrævende lidelser (5). De økonomiske ressourcer, der anvendes til udredning og behandling af urininkontinens i Danmark, kendes ikke. I Sverige anslås udgifterne til at udgøre ca. 2% af sundhedsudgifterne, hvilket i 1990 svarede til ca. 2 mia. SEK (6). Kun en relativt lille del af patienter med urininkontinens søger læge bl.a. på grund af generthed og manglende forventning til sundhedsvæsenet (7). Med øget information, ændret holdning hos patienterne og en stigende gennemsnitsalder blandt den kvindelige del af befolkningen må man forvente et øget behov for udredning og behandling af urininkontinens hos kvinder.

Tidligere udenlandsk information tyder på, at kvaliteten af diagnostik og behandling af inkontinens hos kvinder er utilfredsstillende (8). Medvirkende årsager er a) insufficiens udannelse af sundhedspersonale, inkl. læger, b) manglende konsensus vedrørende god klinisk praksis inden for området, c) manglende teknologivurdering i forbindelse med indføring af ny teknik, specielt nye operationsmetoder, d) manglende konsensus vedrørende måling af »outcome« efter intervention og e) u hensigtsmæssig spredning af specielt den kirurgiske behandling på et meget stort antal gynækologiske/urologiske og kirurgiske afdelinger.

På den baggrund har fællesudvalget for Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi og Dansk Urologisk Selskab fundet det vigtigt at angive rekommandationer vedrørende udredning og behandling af urininkontinens hos kvinder samt organisation heraf.

Udredning og behandling af urininkontinens hos kvinder kan opdeles og organiseres i tre niveauer.

## NIVEAU 1

### Basal udredning

En vis udredning er nødvendig, men også tilstrækkelig som grundlag for at påbegynde behandling eller viderehenvise (9).

Formålet med den basale udredning er, at:

- 1) verificere diagnosen
- 2) klassificere patienten i en af følgende tre grupper:
  - a) funktionel inkontinens
  - b) simpel inkontinens
  - c) kompliceret inkontinens (Fig. 1)

### Basal undersøgelsesprogram (9-12)

a) *Anamnese* med henblik på debuttidspunkt, inkontinens-type, sværhedsgrad, vandladningsvaner, art og forbrug af inkontinens-hjælpemidler samt sygdomme og medicin, som kan påvirke nedre urinveje.

b) *Objektiv undersøgelse* inkl. gynækologisk undersøgelse med henblik på atrofi af slimhinder, genital descensus, sen-

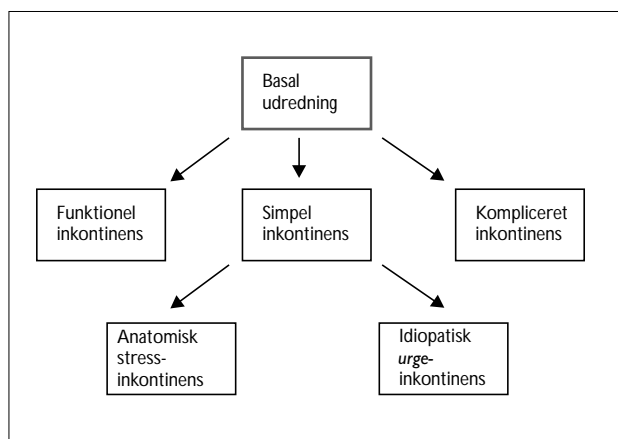


Fig. 1. Diagnostiske kategorier for patienter med urininkontinens.

sibilitet i perineum og knibefunktion, samt udfyldninger i det lille bækken.

c) *Urinundersøgelse* med henblik på infektion, hæmaturi og glukosuri.

d) *Supplerende undersøgelser* må afhænge af situationen, men som regel bør der føres et væske/vandladningsskema over 2-3 repræsentative døgn og blevejningstest til kvantitering af lækagen.

I forbindelse med basal udredning bør påvirkning af den sygdomsrelaterede livskvalitet vurderes og patientens behandlingsbehov afdækkes.

Hos patienter med funktionel og/eller simpel inkontinens kan der på basis af det basale udredningsprogram umiddelbart iværksættes behandling, hvorimod patienter med kompliceret inkontinens ofte bør henvises til speciallæge eller sygehus.

## Behandling

### 1) Funktionel inkontinens (10)

En række faktorer kan give anledning til eller medvirke til urininkontinens. Det gælder:

*Tilstande, som påvirker nedre urinveje*

- a) urivejsinfektion
- b) atrofisk vaginitis/urethritis
- c) graviditet/fødsel
- d) obstipation
- e) overvægt
- f) kronisk hoste

*Bivirkning til anden medicinsk behandling*

En række farmaka kan påvirke nedre urinveje og give anledning til urininkontinens (13, 14).

*Øget urinproduktion*

- a) diuretika
- b) stor væskeindtagelse
- c) ødemudskillelse

- d) natlig polyuri, dvs. at natdiuresen er større end 30% af døgndiuresen (væske/vandladningsskema) (15)
- e) metabolisk (hyperglykæmi, hypercalcæmi)

*Uhensigtsmæssige toiletforhold og vanskelighed ved at nå toilettet i tide*

- a) senilitet
- b) sygdomme, der påvirker mobiliteten
- c) arkitektoniske forhold

Korrektion af ovennævnte forhold og simple pædagogiske foranstaltninger som regelmæssige vandladningsintervaller (3-4 timer) vil ofte kunne reducere inkontinensen (10, 16).

### *II) Behandling af simpel inkontinens*

Anatomisk stressinkontinens (10, 12, 16)

- Bækkenbundstræning evt. suppleret med biofeedback eller vaginalvægte
- Blæretræning
- Intravaginale hjælpemidler
- Elektrostimulation af bækkenbunden (?)
- Farmakologisk behandling
- Passende inkontinenshjælpemidler (iht. lov om social service § 97)

Idiopatisk *urge*-inkontinens (10, 12, 16)

Når der er foretaget korrektion af funktionelle årsager, og mistanke om specifikke årsager er udelukket (blæretumorer, neurologisk sygdom, ovarietumorer m.m.), er der mulighed for at mindske/eliminere symptomet ved

- Blæretræning
- Bækkenbundstræning evt. suppleret med biofeedback
- Farmakologisk behandling
- Elektrostimulation (?)
- Passende inkontinenshjælpemidler (iht. lov om social service § 97)

Hypnose og akupunktur har også været rapporteret at kunne bedre tilstanden.

I dag udføres basal såvel som mere avanceret udredning af inkontinens hos kvinder overvejende på sygehus eller hos speciallæge. Udenlandske og danske undersøgelser har vist, at hovedparten af inkontinente kvinder med ukompliceret stress- og *urge*-inkontinens kan udredes og behandles i almen praksis på basis af et simpelt basalt undersøgelsesprogram og non-kirurgiske behandlingsprincipper (17, 18).

### *III) Kompliceret urininkontinens*

I forbindelse med den basale udredning er det muligt at identificere en række tilstande, som bør medføre henvisning til speciallæge eller sygehus. Det drejer sig om:

- a) tumorer i det lille bækken
- b) diabetes mellitus med neurologiske symptomer
- c) neurologisk sygdom
- d) hæmaturi
- e) tidligere inkontinensoperation

- f) ekstensive operationer i det lille bækken, såsom rectumamputation og radikal hysterektomi
- g) blæretømningsbesvær
- h) hurtigt progredierende symptomer

## **NIVEAU 2**

### **Udredning**

Niveau 2-udredning vil typisk foregå på sygehus med et passende stort optageområde. Det kan dreje sig om patienter, hos hvem basal udredning ikke tidligere er foretaget, eller hvis der ikke er opnået tilfredsstillende resultat ved non-kirurgisk behandling, samt patienter med kompliceret urininkontinens.

Der bør her være mulighed for at foretage en nærmere vurdering af blærens reservoir- og tømme-funktion, hvilket forudsætter nøje kendskab/ekspertise, hvad angår følgende undersøgelsesmetoder:

- a) bletest
- b) uroflowmetri og residualurinbestemmelse
- c) cystometri, evt. uretrocystometri
- d) tryk-flow-undersøgelse
- e) uretral trykmåling
- f) evt. cystoskopi ved mistanke om intravesikal lidelse
- g) evt. billeddiagnostisk undersøgelse

Hos patienter med ledsagende genital prolaps vil der være indikation for vurdering ved speciallæge med urogynækologisk ekspertise. Der kan være indikation for at oplægge støt-tepessar kortvarigt for at afdække skjult inkontinens eller vurdere blærehalsmobiliteten ved UL-undersøgelse.

På basis af disse undersøgelser vil det være muligt yderligere at afklare patienter henvist fra niveau 1 samt vurdere patienters egnethed til kirurgisk behandling for anatomisk stress-inkontinens.

Til et sygehus, som varetager niveau 2-udredning og -behandling, bør der være tilknyttet speciallæger med speciel urogynækologisk ekspertise. Der forudsættes et tilstrækkeligt stort antal patienter, således at den nødvendige rutine opnås, både hvad angår udredning, urodynamisk funktion og operativ behandling samt pleje. En enhed bør typisk have mindst to faste læger, som kan udføre inkontinenskirurgi, vedligeholde den operative rutine og uddanne kommende speciallæger.

## **NIVEAU 3**

### **Udredning**

Niveau 3 svarer til de nuværende lands-/landsdelsfunktioner. Her findes ekspertise i avancerede undersøgelsesmetoder. Patientkategorierne vil typisk omfatte: recidiv af stressinkontinens, stressinkontinens på grund af sphincterinsufficiens (»intrinsic sphincter deficiency«) og vanskeligt behandlet *urge*-inkontinens. Endvidere bør patienter med kombineret inkontinens og blæretømningsbesvær behandles på niveau 3.

### **Behandling**

Behandling af recidiv af stressinkontinens omfatter uretro-

peksi (fx colposuspension a.m. Burch), slyngplastikker, uretral injektionsbehandling, urinafledning (kontinent reservoar og blæresubstitution) og artificiel sphincter.

Behandling af *urge*-inkontinens, som ikke har responderet på konventionel behandling, omfatter urofarmakologisk behandling (oralt/intravesikalt), blære-augmentation, urinafledning og sakral neuromodulation.

Med det beskedne antal komplicerede patienter, vil det være mest hensigtsmæssigt at samle disse på få afdelinger. For at dække hele spektret af undersøgelses- og behandlingsmetoder bør der være mulighed for et tæt samarbejde mellem gynækologer, urologer og tilgrænsende specialer.

### Litteratur

- Hampel C, Wienhold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997; 32 (suppl 2): 3-12.
- Axelsen U. Urininkontinens blandt patienter, der indlægges på geriatrisk afdeling. *Ugeskr Læger* 1998; 160: 4890-3.
- Hansen FR, Thiessen KA, Krakauer R. Urinvejsgener hos gamle plejehjemsboende kvinder. *Ugeskr Læger* 1990; 152: 3242-4.
- Kristrup K, Klintorp S. Urininkontinens. Prævalens og behandling på en langtidsmedicinsk afdeling. *Ugeskr Læger* 1986; 148: 161-3.
- Wagner TH, Hu T-W. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology* 1998; 51: 355-61.
- Milsom I, Fall M, Ekelund P. Urininkontinens – en kostnadskrævende folkesjukdom. *Läkartidningen* 1992; 89: 1772-4.
- Fonda D. Promoting continence as a health issue. *Eur Urol* 1997; 32 (suppl 2): 28-32.
- Cardozo L. Urinary incontinence in women: have we anything new to offer? *BMJ* 1991; 303: 1453-7.
- Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis. Klaringsrapport. *Ugeskr Læger* 2000; 162: (suppl 1).
- Mouritsen L, Lose G, Glavind K. Assessment of women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988; 77: 361-71.
- Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. U.S. Dept. of Health and Human Services, 1996.
- Assessment and treatment of urinary incontinence. *Lancet* 2000; 355: 2153-8.
- Lose G, Andersen T. Den nedre urinvejs fysiologi og kliniske farmakologi. Nye aspekter. *Ugeskr Læger* 1986; 148: 163-7.
- Andersson K-E, Appell R, Cardozo LD, Chapple C, Drutz HP, Finzbeiner AE et al. The pharmacological treatment of urinary incontinence. *Br J Med* 1999; 84: 923-47.
- Cannon A, Carter PG, McConnell AA, Abrams P. Desmopressin in the treatment of nocturnal polyuria in the male. *Br J Med* 1999; 84: 20-4.
- Glavind K, Mouritsen AL, Lose G. Behandling af stress- og urge-inkontinens hos kvinder. *Ugeskr Læger* 1998; 160: 157-62.
- Seim A, Sivertsen B, Eriksen BC, Hunszaar S. Treatment of urinary incontinence in general practice: Observational study. *BMJ* 1996; 312: 1459-62.
- Sander P, Mouritsen L, Andersen JT, Fischer-Rasmussen W. Evaluation of a simple, non-surgical concept for management of urinary incontinence (minimal care) in an open-access, interdisciplinary incontinence clinic. *Neurourol Urodyn* 2000; 1: 3-8.

© Den Almindelige Danske Lægeforening

ISSN: 1398-1560

**Løssalg af Klaringsrapporter**

kr. 40,00 + porto

Lægeforeningens forlag

Esplanaden 8A

1263 København K

Telefon 35 44 83 01

E-post forlaget@dadl.dk

**Produktion**

Lægeforeningens forlag, København

**Tryk**

Scanprint a/s, Viby J.