

Urininkontinens – utredning och behandling – KK HS

Hitta i dokumentet

[Bakgrund](#)
[Remissbedömning/intern hänvisning](#)
[Utredning](#)
[Status:](#)
[Miktionslistor](#)
[Behandling](#)
[Trängningsinkontinens](#)
[Ansträngningsinkontinens](#)

[Blandinkontinens](#)
[Överflyllnadsinkontinens](#)
[Nattliga trängningar/läckage](#)
[Hematuri](#)
[Referenser:](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Bakgrund

Urinträngningar och urininkontinens är inte en enhetlig sjukdom utan ett symtom på bakomliggande störning. Diures och miktions styrs av ett komplext system av signaler för fyllnad och tömning av urinblåsan, från pontina miktionscentrum i hjärnan, via ryggmärgen, till blåsmuskel, blåshals och uretrasfinkter där koordinationen dem emellan är mycket viktig.

För att kunna särskilja dessa tillstånd och därmed veta hur man ska behandla och hjälpa patienten bäst, krävs en noggrann genomgång av patientens hela livssituation.

Remissbedömning/intern hänvisning

Inför besök på inkontinensmottagningen krävs:

- Anamnesformulär
- Miktionslistor med 2 dygns registreringar

I Halmstad dessutom:

- Urinsticka och odling
- Klamydiadiagnostik om lämpligt
- Gynekologisk undersökning: Prolaps? Resurin?

HSH: extern remiss eller intern hänvisning inom kliniken vidarebefordras via GE4, eller via diktat till sekreterare, att lägga patienten på uroterapeuts väntelista, för bedömning i teamet. Vid avsaknad av frågeformulär, miktionslistor och blöjvågningstest, skickas detta till patienten innan besök hos uroterapeut eller läkare.

HSV: Egenremisser och externa remisser bedöms av inkontinensansvarig läkare. Intern hänvisning inom kliniken görs till inkontinensansvarig läkare, personligen eller via JO20.

Utredning

Anamnes:

- *AT*: Symptomens duration? Orkar patienten med utredning och tänkt behandling? Behandlingsbar hosta? Arkitektonisk inkontinens (t ex sovrum övervåning-toa nedervåningåhinner inte). Påverkan på livskvalitet?
- *Tidigare sjukdomar*: Operationer i området? Strålning? Neurologiska symtom/sjukdomar? Obstipation? Hjärtsvikt?
- *Aktuell medicinering*: Diuretika. Bör diskutera nödvändigheten med ansvarig läkare då stor urinvolym ger ökad risk för läckage. Annan medicinering som påverkar miktionen?

Status:

- *AT*: Klar och kan medverka? Rörlighet. Längd och vikt. Ödem perifert? Andra hjärtsviktstecken? Spänningstillstånd?
- *Buk*: Inklusiv rektalpalpation
- *Gynstatus inklusive vaginalt ultraljud*. Resurin? Prolaps? Knipförmåga. Myom/ovariatumör? Atrofisk slemhinna? Urinsticka.

Miktionslistor

(Sök "dryck- och urinmättningslista" på Intranätet)

Uteslut först riklig dryck, det vill säga >2 liter per dygn, och stor diskrepans mellan dryck och diures. Eftersträva dryck ca 15 dl/dygn hos patient med inkontinensbesvär.

För ansträngningsinkontinens talar:

- Maxvolym >3 dl.
- Frånvaro av nattligt läckage eller trängning.
- Skvättar av läckage utan föregående trängning, utlöst av t.ex. hosta eller fysisk ansträngning.

För trängningsinkontinens talar:

- Maxvolym <3dl och miktionsfrekvens >8 ggr/dygn.
- Nokturi >1-2 beroende på ålder.
- Varierande läckagevolym, "hela blåsan tömmer sig".

Överflyllnadsinkontinens kan imitera båda.

Blandinkontinens: Behandla trängningarna först.

Behandling

Prolaps

Om samtidig prolaps bör denna åtgärdas först. 30-40% blir då av med sin inkontinens. Viktigt att informera patienten om att inkontinens kan kvarstå eller bli försämrade. Inkontinensutredning tidigast 6 mån post op om kvarstående inkontinens.

Trängningsinkontinens

Trängningar med eller utan inkontinens

- **Uteslut bakomliggande faktorer:** infektion? Tumör? Polyuri? Atrofisk slemhinna? Tömningssvårighet? Stroke/MS?
- Utreds med miktionslista, blöjvågningstest och anamnesformulär. Uppstart av blåsträning och med läkemedel mot överaktiv blåsa, kan ske i primärvården.
- Vid utebliven effekt remitteras patienten till KK.
- Urodynamik är ett viktigt instrument för att påvisa och karakterisera en blåsfunktionsstörning. Remiss till urologiklinik.
- Elstimulering - Peristim i Vbg. PTNS (percutan tibialis nervstimulering) i Hstd - hos fysioterapeut eller uroterapeut.
Om utebliven effekt av ovanstående behandlingar, remiss till urologiklinik för bedömning och ställningstagande till ex. Botoxinjektioner. Remiss ska innehålla att patienten fått information om risk för självkateterisering och fått upplärning i RIK.
- **Blåsträning.** Går ut på att tänja blåsan till att tåla volym 3 dl, öka miktionsportionerna, minska frekvensen. Instruktionsbroschyr finns på mottagning eller hos uroterapeut.
- **Vaginal östrogenbehandling** till postmenopausala kvinnor (sedvanliga kontraindikationer). Gärna Oestrin med tanke på kontinuitet och högre östrogenhalt.
- **Antikolinergika (eventuellt tillsammans med blåsträning).** För detaljer var god se teraporekommendationer eller FASS. Följ upp behandlingseffekt.
- **Betmiga (Mirabegron)** ingår i högkostnadsskydd om patienten fått biverkningar av antikolinergika eller bedöms inte kunna klara av sådan behandling. Rel. kontraindikation: Svårreglerat högt blodtryck, hjärtarytmier, hjärtsvikt.

Det finns vetenskapligt underlag för att kombinationen solifenacin (Solifenacin 5 mg) och mirabegro (Betmiga 50 mg), är mer effektivt än monoterapi för behandling av överaktiv blåsa och att den har en likadan säkerhetsprofil som monoterapi.

Om utebliven bättring: Samråd med inkontinenssteam kring fortsatt utredning/behandling. Vanligen remiss till urologiklinik för urodynamisk undersökning.

Specialfall:

De novo urge kan uppstå hos tidigare slyngopererade patienter: kontakt med operatören för ställningstagande till utredning. De novo urge efter slyngplastik rapporteras i studien till 15%.

Riskgrupper:

- Kvinnor med blandinkontinens med trängningar/trängningsinkontinens som dominerande faktor.
- Äldre kvinnor.

- Detrusor överaktivitet och låg blåskapacitet.

Trängningskomponenten ska alltid först behandlas före kirurgi.

Ansträngningsinkontinens

- **Bäckenbottenträning**
Instruktion via uroterapeut eller sjukgymnast (om meningsfullt).
Uroterapeutkontakt enligt ovan. Sjukgymnastkontakt via remiss.
Instruktionsbroschyr finns på mottagning eller hos uroterapeut.
- **Inkontinensring eller vaginalinlägg** att använda vid behov.
Rekommendera extra plus tampong som ger liknande effekt.
- **[TVT-plastik vid ansträngningsinkontinens](#)**
Pat ska inges realistiska förväntningar på ingreppet och bör helst ha avslutat sitt barnafödande. Vid övervikt rekommenderas viktnedgång före operationen.
- Operation ger bäst resultat om det rör sig om en ren ansträngningsinkontinens. Hos en kvinna i 40-årsåldern utan andra predisponerande faktorer kan man förvänta sig att hon blir helt bra eller bättre i mer än 90% av fallen, medan en patient som är överviktig, över 70 år, har blandinkontinens med trängningar dagligen och som har genomgått urologiska / gynekologiska operationer tidigare, blir bra efter operation i endast 35% av fallen.
Förväntningarna på resultat måste anpassas.
Det finns inte evidens för att lokal östrogenbehandling fungerar vid denna typ av inkontinens, men det stärker slemhinnorna inför eventuell operation och har inga negativa sidoeffekter.
- Bedömning skall göras av inkontinensoperatör, innan patienten anmäls för operation.

Blandinkontinens

- Behandla trängningarna först då operationsresultatet är betydligt sämre i denna grupp.

Överflyllnadsinkontinens

RIK= Ren Intermittent Kateterisering, det vill säga tömning av blåsan vid regelbundna tidpunkter innan läckage hinner uppstå.

Indikation: Stor resurin och tömningssvårigheter. Om ej prolaps finns ofta bakomliggande sjukdomar: diabetes, neurologiska sjukdomar som MS med mera. Kan följas upp i primärvården inklusive RIK-instruktioner. Internt kan överlämnas till uroterapeut för instruktion.

Nattliga trängningar/läckage

- Identifieras via miktionslistan. Natlig polyuri = natlig diures $>1/3$ av dygnets urinvolymer. Tömning >2 ggr per natt. Ger sömnstörning och är mycket plågsamt. Identifiera primär sömnstörning och att man då kissar "för säkerhets skull".
- Ödem som mobiliseras nattetid?
- Överväg **Desmopressin** (Nocdurna alternativt Minirin). Ge instruktion om minskad dryck på grund av risk för övervätskning. Informera om att urinvolymer bara omfördelas till dagtid. OBS kontroll av serum-natrium hos äldre (≥ 65 år) vid inledning av behandling, 4-8 dagar efter påbörjad behandling och återigen efter en månad – eller remiss till distriktsläkare för ställningstagande till denna behandling. Kontraindicerat vid måttlig eller svår njurinsufficiens.

Hematuri

- 2+ erythrocyter på urinsticka eller makroskopisk. Remiss till urolog.

Referenser:

Region Halland, Läke-medelskommittén Terapirekommendationer 2016.
Information från Läke-medelsverket, nummer 2 april 2011; Behandling av urinträngningar och trängningsinkontinens-överaktiv blåsa.
Nationella medicinska indikationer, rapport 2011:06; Indikation för operation vid ansträngningsinkontinens hos kvinnor.

Uppdaterat från föregående version

2022-04-19: Reviderad utan ändringar.

2020-11-20: Flertal tillägg, bör läsas i sin helhet.

2016-02-08: Ny vårdriktlinje.

Ersätter Slynplastik vid ansträngningsinkontinens TVT-, TVT-O, TOT – KK Halmstad och Urininkontinens – utredning – KK Varberg