

Kvinnlig urininkontinens

SAMARBETSMÖTE

230927

Kvinnor med urininkontinens som kan bli aktuella att remittera till en Kvinnoklinik

- ▶ Ansträngningsinkontinens
- ▶ Trängningsinkontinens
- ▶ Blandinkontinens
- ▶ Överaktiv blåsa

Ansträngningsinkontinens

- ▶ Besvär med ofrivilligt urinläckage vid ansträngning, nysning eller hosta (utan föregående trängningskänsla)
- ▶ Besvär dagtid, i stående, läckaget är oftast droppvis eller mindre skvättar
- ▶ Orsaker; Bristande stöd av urinröret, dåligt fungerande urinrör (ISD: intrinsic sphincter deficiency)

Trängningsinkontinens

- ▶ Besvär av ofrivilligt urinläckage tillsammans med eller omedelbart föregånget urinträngningar till miktion
- ▶ Situationer som utlöser trängningarna och läckaget, plötsligt bråttom, stora läckage, läckage även nattetid
- ▶ Orsaker: stigande ålder, östrogenbrist, UVI, konkrement i urinvägar, tumör i urinvägar eller i inre genitalia, neurogen störning

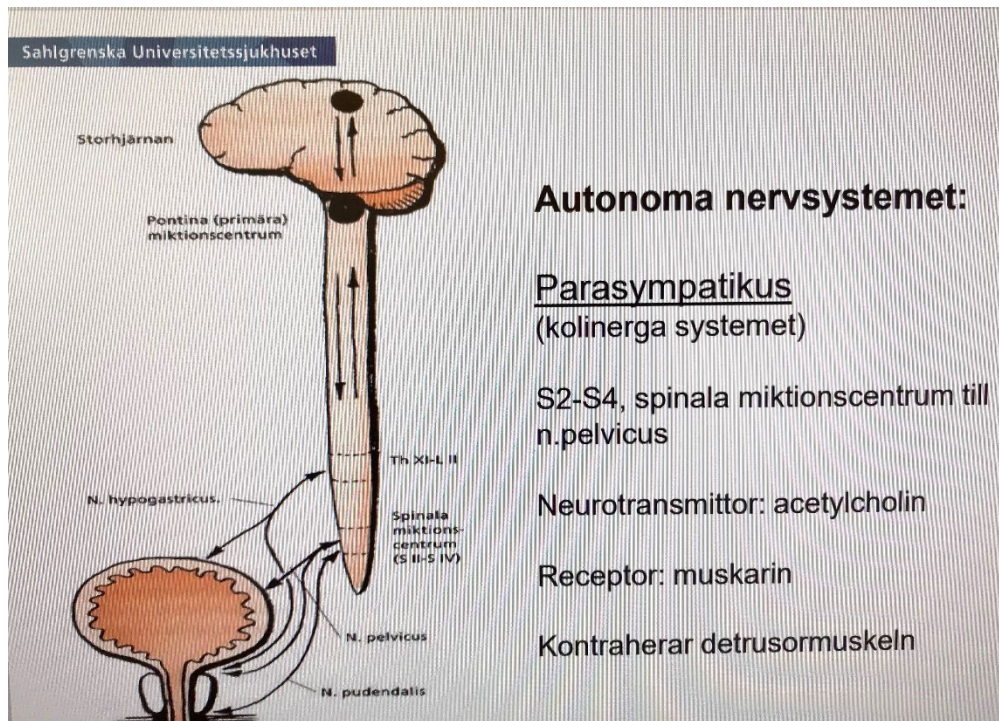
Ofta är orsaken okänd

Överaktiv blåsa

- ▶ – Tvingande trängningar med eller utan läckage ofta i kombination med ökad miktionsfrekvens och behov av miktera mer än 2 ggr nattetid.

Bakgrund

- ▶ Kontinens förutsätter ett komplext samspel mellan detrusomuskulatur, blåshals, uretra och bäckenbotten som måste fungera för att ett normalt miktionsmönster ska uppnås
- ▶ Autonoma nervsystemet:
 - Parasympatikus (kolinerga systemet)
 - Sympatiska
- ▶ Somatiska nervsystemet



Autonoma nervsystemet:

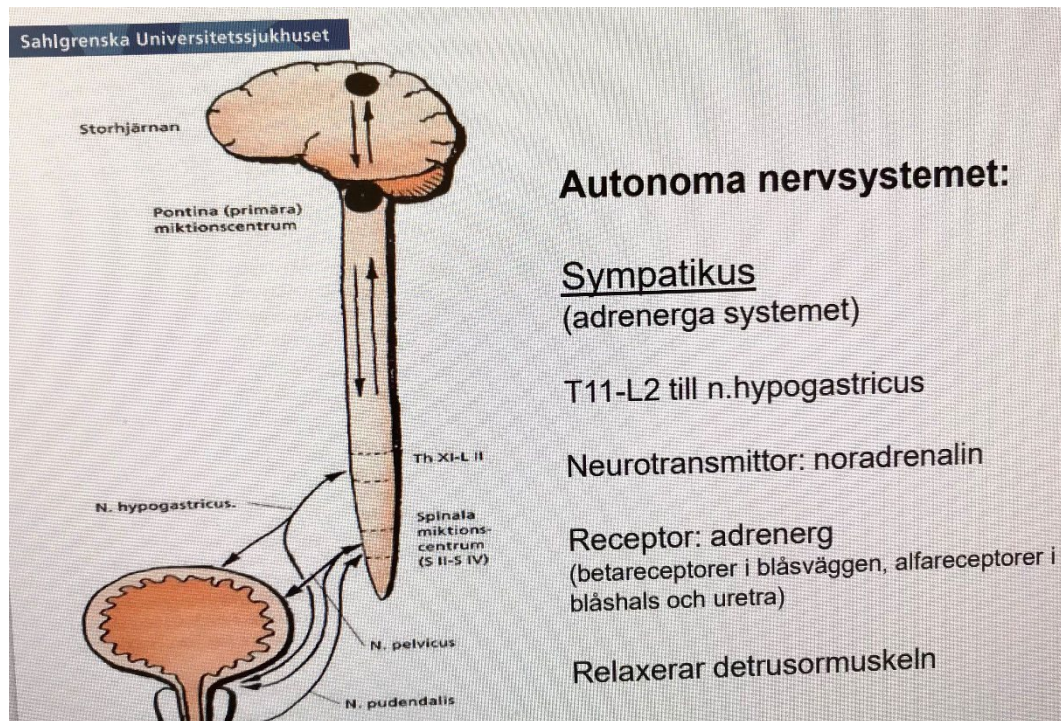
Parasympatikus
(kolinerga systemet)

S2-S4, spinala miktionscentrum till
n.pelvicus

Neurotransmittor: acetylcholin

Receptor: muskarin

Kontraherar detrusormuskeln



Autonoma nervsystemet:

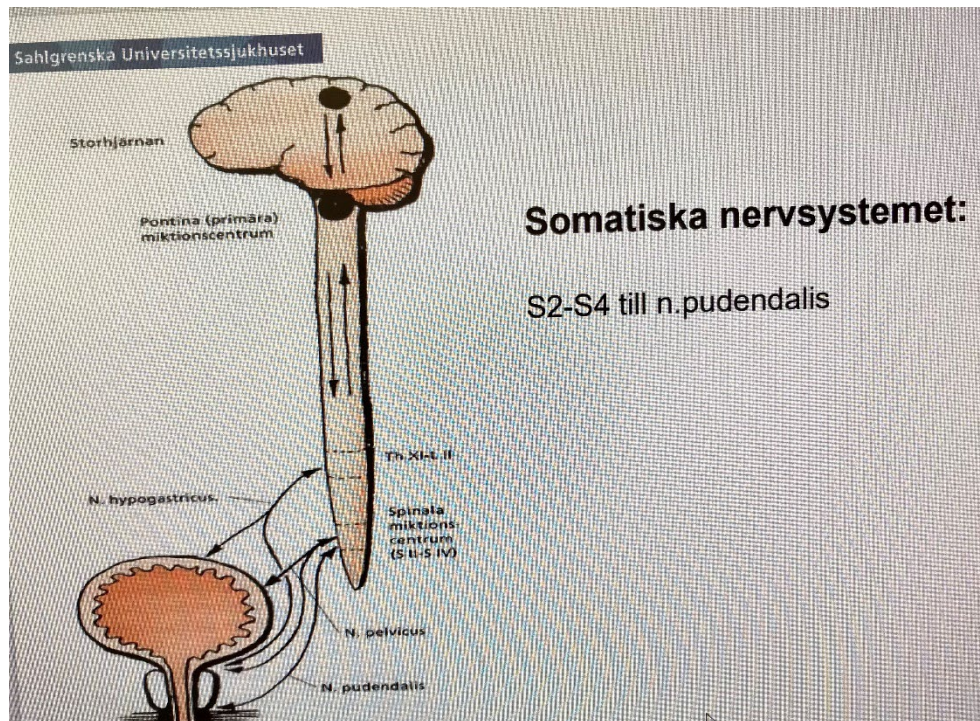
Sympatikus (adrenerga systemet)

T11-L2 till n.hypogastricus

Neurotransmittor: noradrenalin

Receptor: adrenerg
(betareceptorer i blåsväggen, alfareceptorer i blåshals och uretra)

Relaxerar detrusormuskeln



Somatiska nervsystemet:

S2-S4 till n.pudendalis

Vårdnivå och samverkan

- ▶ Primärvård

Urininkontinens hos kvinnor handläggs företrädesvis i primärvården (Distriktssköterska eller läkare utgör första kontakten)

- ▶ Specialistmottagning

Kvinnosjukvård – vissa fall av ansträngningsinkontinens eller blandinkontinens

Urologisk mottagning – urininkontinens orsakad av neurologisk sjukdom/skada
- vid inkontinens och upprepade urin-
vägsinfektioner, hematuri

Vad kan distriktssköterska göra

Basalutredning

- ▶ Frågeformulär om inkontinensen (anamnes) – sammanställa och tolka
- ▶ Miktionslista, 2 dygn + bindvägningstest
- ▶ Kontroll RES-urin (Bladder)
- ▶ Urinsticka, ev urinodling
- ▶ Behandla vaginal atrofi – utvärdera efter 2-3 månader om effekt.
- ▶ Ge råd om att kontakta specialutbildad fysioterapeut
- ▶ Blåsträning
- ▶ Tarmregim

Efter utredning samtal med läkare om fortsatta åtgärder

Prevention

- ▶ Regelbunden bäckenbottenträning är den viktigaste förebyggande åtgärden
- ▶ Vid stigande ålder minskar blåskapaciteten. Regelbundna toalettbesök/hjälp till toalett

Läkare i primärvården

Diagnostik och utredning

- ▶ Anamnes
- ▶ Korrigering av medicinering
- ▶ Behandla vaginal atrofi/obstipation
- ▶ Utföra gynekologisk status, gynekologisk undersökning – slemhinnor, prolaps, bäckenbottenmuskulatur, tumor
- ▶ Utföra neurologstatus
- ▶ Överväga remiss till specialistvård

Vad kan distriktsläkare göra?

- ▶ Ansträngningsinkontinens – om inte god effekt av bäckenbottenträning skickas remiss till KK (inkludera miktionsutredning)
- ▶ Trängningsinkontinens – blåsträning +/- eller läkemedel -2-3 månaders behandling – utvärdera – remittera till specialistvård
- ▶ Blandinkontines – Behandla först den dominerande inkontinens typen, individualisera kombinations behandling

Läkemedels om används vid överaktiv blåsa:

- ex solifenacin (Vesicare) kompetetiv specifik kolinerg receptorantagonist
- ex mirabegron (Betmiga) selektiv beta 3 adrenoreceptoragonist

Remiss till Kvinnoklinik urininkontinens/urinträngningar

- ▶ **I följande fall finns indikation för remiss till kvinnokliniken. Viktigt att bifoga utredningsresultat (inkl miktion/vätske-listor + bindvägningstest)**
 - vid misstanke om malignitet i de kvinnliga könsorganen
 - vid kort anamnes på urinträngningar i (< 3-6 mån)
 - vid tydliga framfall och inkontinens
 - vid blåstömningsbesvär eller resurin (Urolog/KK)
 - om patienten tidigare genomgått strålbehandling eller kirurgi i lilla bäckenet
 - misstanke om malignitet i urinvägar – remiss direkt till Urolog klinik

Efter utredning/behandling på KK kan återremiss till primärvården vara aktuell

Remissinnehåll till KK

- ▶ Anamnes inkl ev tidigare behandlingsförsök
- ▶ Status (allmäntillstånd, buk- och gynekologstatus)
- ▶ Dryck/miktionslista och bindvägningstest
- ▶ Läkemedel
- ▶ Patientens förväntningar
- ▶ Bedömning av inkontinentstyp

Bedömning av remisser från primärvården

- ▶ Ren ansträngningsinkontinens – till läkarbedömning/uroterapeut – om utredning är klar t ex hos privat gynekolog, kan patienten planeras direkt till operation. I annat fall komplettering, vanligtvis hostprovokationstest.
- ▶ Trängnings-och blandinkontinens - till uroterapeut/läkare –utredning och behandling och till läkare för gyn us och ultraljud

Behandling hos uroterapeut

- ▶ Typen av inkontinens styr behandlingen.
- ▶ Ansträngningsinkontinens – inkontinensbåge, bäckenbottenträning till fysioterapeut med specialutbildning för BB – 6 mån behandling
- ▶ Trängningsinkontinens – blåsträning i 6 veckor - utvärdera, syfte att lära sig ett nytt blåstömningmönster, läkemedel(anticholinergica, betmiga) 2-3 månader – utvärdera. Elstimulering.
- ▶ Blandinkontinens – behandla primärt den dominerande inkontinensstypen
- ▶ Vaginalt östrogen till samtliga typer om vaginal atrofi och inga kontraindikationer
- ▶ UVI – behandla
- ▶ Lära ut RIK

Kirurgisk behandling

Ren ansträngningsinkontinens :

- ▶ Blandinkontinens där den dominerande faktorn är ansträngningsinkontinens – preop utredning kompletteras vid tveksamhet via KK med urodynamik (Dominerande komponent?)
- ▶ TVT/TVT-O – efter op kontrolleras RES urin som ska vara < 150ml

Detrusorinstabilitet:

- ▶ Sacralstimulering – specialistremiss till universitetssjukhus som utför denna behandling. Vid utebliven effekt av blåsträning och läkemedel.
- ▶ Botox behandling – Urologklinik Region Halland

Remissindikation till primärvården

Om läkemedelsbehandling och utprovade inkontinensskydd och kontinensbåge fungerar väl, ska fortsatt förskrivning göras via primärvården

Remissinnehåll:

- ▶ Anamnes och utvärdering av behandlingseffekt
- ▶ Aktuell pågående behandling och kontinensskydd
- ▶ Behov av uppföljning och kontroller
- ▶ Indikation för ny bedömning inom specialiserad vård

TVT op

TVT

