

GynObstetrik



Inkontinens

Health Department

the33 ©

Innehållsförteckning

Urininkontinens	2
Allmänt.....	2
Klassifikation.....	2
<i>Stressinkontinens</i>	
<i>Trängningsinkontinens</i>	
<i>Blandinkontinens</i>	
<i>Ständig flöde (äkte inkontinens)</i>	
<i>Enuresis nocturna</i>	
Utredning.....	4
<i>Anamnes</i>	
<i>Status</i>	
<i>Ultraljud undersökning</i>	
<i>Miktionslistor (under minst 2 dygn)</i>	
<i>Lab.</i>	
Indikation för cystoskopi/Urodynamisk undersökning.....	5
<i>Gynekologisk undersökning</i>	
Bonneys test.....	6
Behandling av urininkontinens.....	7
<i>Konservativ behandling</i>	
<i>Kirurgisk behandling</i>	
Analinkontinens	8
Allmänt	
<i>Patogenes</i>	
<i>Grad av analinkontinens</i>	
<i>Komplikationer och handläggning</i>	
Referenser.....	9

Urininkontinens

Allmänt

Urininkontinens är ett relativt begrepp och kvinnans besvär bör i möjligaste mån ställas i relation till levnadssättet.

Klassificering av urininkontinens

Hos kvinnan kan urskiljas fem olika typer av urininkontinens:

1. Stress- eller ansträngningsinkontinens

Definition→ Stressinkontinens är den vanligaste urininkontinens typen som förekommer hos hälften av alla inkontinens fall och besvären anses bli mer uttalad efter menopausen (hormonell relaterade).

Symptom

Ganska litet urinläckage (jämfört med den andra vanliga typen, trängningsinkontinens) som sker oftast dagtid och i samband med ansträngning som medför ett hastigt ökat intraabdominallt tryck exempelvis vid hosta, skratt, nysning eller tunga lyft.

Läckaget kan vara sparsamt i början för att mot slutet bli alltmer höggradigt.

Patienten känner inga trängningar till miktion före urinläckaget.

Stressinkontinens kan enkel graderas i tre grad:

- Grad I→ Urinläckage endast i stående ställning vid kraftiga aktiviteter ex. hosta.
- Grad II→ Urinläckage endast i stående ställning vid normala aktiviteter ex. gång i trappor.
- Grad III→ Urinläckage så fort kvinnan står upp men är tät vid liggande ^[1].

Patogenes

En viss uttrötningseffekt i uretras slutningsmekanism som förekommer oftast hos äldre kvinnor ^[1]. Bakom denna oförmåga att stå emot blåstrycket ligger mekanismer som samverkar och är ännu till stor del okända eller spekulativa.

Anatomiska orsaker→ påfrestningar på bäckenbottenmuskulaturen som kvinnan gå genom underlivet som leder till att delar av dess strukturer tänja sig ut, ändra läge, brister eller på annat sätt få sämre funktion.

Genetiska orsaker→ dålig kvalitet på bindvävnaden som samverkar med muskulaturen.

Hormonella orsaker→ Stressinkontinens är vanligare hos kvinnor som har varit gravida (oavsett förlossningsformen) än hos de som inte varit gravida samt att östrogenbehandling enligt vissa studier kunde ge en lindring mot stressinkontinens [2].

2. Urge- eller trängningsinkontinens

Definition→ Irritabilitet i blåsmuskulaturen (över aktiv blåsa, **ÖAB**) som benämns ibland för instabilblåsa. Vid en liten fyllnadsgrad genomgå kvinnan okontrollerbara trängningar som snabbt leder till stora mängder urinläckage.

Symptom

Ett typiskt tecken för urge inkontinens är att blåsan töms helt (**stor läckage**) när urinavgång har börjat, vilket gör att kvinnan måste rusa till närmaste toalett.

Kraftiga trängningar förekommer innan urinavgång (framfört hos äldre). Trängningarna kan ge en infektionsbild vilket måste alltid uteslutas. Mindre vanligt än stressinkontinens.

Patogenes

Irritabilitet i blåsmuskulaturen som är i stort sett av oklara orsaker.

Åldersförändringar och hormonbortfallet vid menopausen kan ge en gradvis nedsättning av blåsans elasticitet.

MS och andra neurologiska sjukdomar kan vara bakomliggande orsak.

Det kan vara tillstånd utanför urinblåsan som orsaka urge inkontinens som till exempel tumörer, cystor eller myom (se avsnittet om gynekologiska tumörer).

3. Blandinkontinens

Definition→ Blandinkontinens ger en symptom både på stress- och urge inkontinens vilket gör att kvinnor med blandinkontinens till dem mest svårutredda och därefter mest svårbehandlade.

Utredning av blandinkontinens görs på ett speciellt laboratorium där försöker man fastställa vilken komponent som ligger bakom inkontinensen dvs. stress eller urge som dominerar patientens besvär.

Ca 30 % av alla kvinnliga inkontinens fall är blandinkontinens.

4. Ständigflöde

Definition→ Ständigt flöde eller också kallas för *Äkta inkontinens* som karakteriseras med ett urinläckage utan föregående stressprovokation eller trängningar till miktion.

Patogenes

Iatrogena fistlar bör misstänkas hos kvinnor som är tidigare opererat i urogenitalorganen.

Hos yngre kvinnor med ständigt urin flöde förekommer ibland en ektopiskt mynnande uretär som är oftast svår diagnostiserad.

Diagnos

Kvinnor med iatrogena fistlar eller missbildningar skall remiteras till gynekologen eller urologen för röntgen undersökning och uretrocystoskopi.

Den röntgenologiska undersökningen startar ofta med urografi men en miktions bild.

Faktaruta 1.

Om missbildningar inom urinvägarna upptäcks bör dessa alltid föranleda misstanke om missbildningar även inom genitalapparaten eftersom de både organsystemen har ett gemensamt embryologisk ursprung.

5. Enuresis nocturna

Allmänt

Sängvätning hos barn >4 år, som oftast saknar en somatisk orsak och har i de flesta fallen en god prognos.

Den psykoterapi som behövs klaras som regel av kloka och förstående föräldrar om man ger tid att instruera dessa.

Utredning och behandling av urininkontinens

Det viktigaste vid utredning av urininkontinens oavsett formen är en skicklig anamnes upptagande som i de flesta fallen leder direkt till klassificering och graden av urininkontinens.

Det är viktigt för undersökaren att vara tålmodig och förstå att anamnes tagandet vid inkontinens kan vara tidskrävande eftersom kvinnorna med inkontinensbesvär har svårt att definiera om, när och hur det läcker urin.

I anamnesen bör ingå:

Anamnes

- Förekomsten av trängningar innan urinläckage?
- Förekomsten av täta trängningar utan läckage (*frequency*)?
- Hur mycket och hur ofta hon läcka?
- Vilka tillfällen och när under dygnet läcker hon?
- Antalet graviditeter och förlossningar?
- Upprepade UVI:er?
- Hur många gånger behöver hon besöka toaletten på natten?
- Hinner hon till toaletten eller kissar hon på sig på vägen dit?
- Smärta/värk?
- Smärtlindring eller annat läkemedel?
- Ofrivillig viktnedgång?
- Förändrat buk omfång?

Det är viktigt att kvinnan fylla i självskattnings formulär (miktionslistor) innan vidare utredningar på urogynekologiska mottagningen.

Status

Ett fullständigt gynekologiskundersökning med spekulum och bimanuell palpation för attutreda:

- Yttre genitala (prolaps, sprikor, sår, maligniteter, körtlar)
- Slemhinnor i vulva/vagina (atrofi, hyperplasi, blödning, prolaps mm)
- Palpation (resistenser, ömhet, maligniteter)
- PR (sfinkter tonus)
- Bonneys test ([se nedan](#))

Ultraljud

Miktionslistor (under minst 2 dygn)

Lab.

Krea och p-glukos (risk för ÖAB på grund av den ökade urinnmängden vid diabetes)

Urinsticka och ev. urinodling.

Ev. residualurin mätning

Ev. blöjvägningstest

Indikationer för:

- *Cystoskopi*→ Hematuri, tidigare inkontinens op., misstänkt fistel, upprepade UVI:er.
- *Urodynamisk undersökning*→ Blandinkontinens, tömningssvårigheter, neurologiskt symptom, tidigare opererad mm.

Det är viktigt att gradera hur mycket inkontinensbesvären påverka livskvaliteten hos kvinnan. Detta görs också genom en självskattnings frågeformulär som kan fylls av kvinnan själv.

Det är också viktigt att patienten skall fylla i miktionslistor under minst två dygn, att dokumentera läckaget och vätskeintaget enligt speciellt protokoll innan patienten remitteras vidare till speciell kliniken.

Gynekologisk undersökning

Kvinna bör komma med blåsan fylld och i gyn-stolen ombeds hon att hosta så att ett eventuellt urinläckage kan noteras.

En skvätt är typisk för stressinkontinens och diagnosen kan verifieras med hjälp av *Bonneys test*.

Bonneys test

Om läckage konstateras vid hostprovokation görs en Bonneys test. Detta görs genom att undersökaren föra in två fingrar i vaginan, ett på vardera sidan om uretra. Därefter understöds uretra utan att komprimeras mot symfyssen och patienten uppmanas att hosta på nytt.

Om inget läckage kan provoceras i detta läge görs Bonnys test igen i stående läge.

Neurologisk undersökning

Grovt neurologisk status för att testa de vanliga reflexer eftersom sjukdomar som MS, kan debutera med symtom på urininkontinens.

Efter dessa undersökningar får kvinnan tömma blåsan och eventuell residualurin noteras samt urinodling skickas iväg.

Med ovan nämnda åtgärder skulle det vara möjligt att klassificera inkontinensen antingen stress-, urge inkontinens eller blandinkontinens. Om inte så är fallet och misstanken om missbildningar eller iatrogena fistlar förekommer så remitteras patienten vidare till gynekolog- eller urologkliniken ex. urodynamiska- och morfologiska undersökningar (**OBS!** patienten bör ha fyllt i miktionslistor under minst 2 dygn innan remitteras till urodynamisk undersökning).

Behandling av inkontinens

Konservativ behandling

Måttlig till lindrigt besvär:

Sjukgymnastik, farmaka, elektrostimulering, akupunktur, TENS eller kombinerad.

Genom träning av bäckenbottenmuskulaturen hos sjukgymnasten och uroterapeuten i ett försök att återställa elasticiteten i främre vaginalväggen och av tensionen i de viktiga pubouretrala ligamenten. Nackdelen med denna behandling strategi är information till patienten och patientkomplians är inte alltid optimala.

Efedrinderivat som är en alfa-receptor agonist, antidiuretiska ex. *Minirin*[®] eller antikolinerga ex. *Vesicare*[®] kan användas som konservativ behandling och har ganska bra resultat vid måttlig till lindrigt inkontinensbesvär eftersom uretra har en riklig sympatisk innervation.

Dessa medel är inte receptor selektiva därför kommer deras biverkan som är dos beroende att noteras i form av blodtryckshöjning, oro och insomningssvårigheter.

Östrogenbehandling (lokalt) kan lindra symtomen vid inkontinens, framför allt lättare former av stressinkontinens men den är inte botande. Östrogenbehandling kan ges också adjuvant vid kirurgisk innervation av mer uttalade former av ansträngningsinkontinens.

Elektrostimulering

Elektrostimulering av aktuella muskelgrupper via vaginal- eller rektal probe.

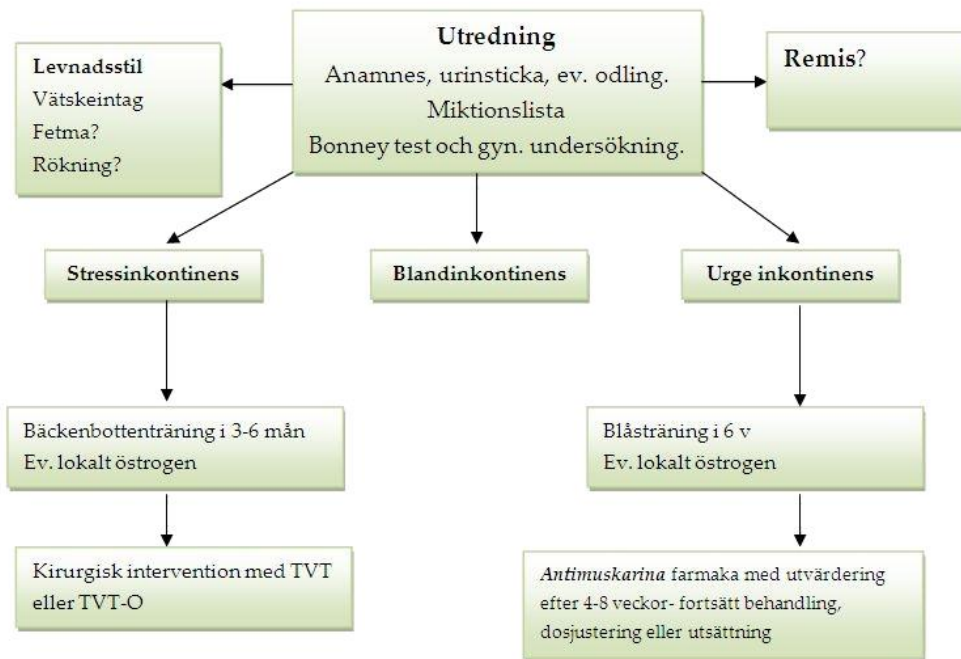
Akupunktur

Indikationen för akupunktur behandling vid urninkontinens är kvinna > 50 år med urge inkontinens och hypertoni och som inte är intresserad av farmaka behandling för sitt besvär ^[3].

Kirurgisk behandling

Den kirurgiska behandlingen av inkontinensen bör rikta sig mot den dysfunktion som ligger bakom patientens besvär.

Stressinkontinens och blandinkontinens kan behandlas med det så kallad TVT- eller TVT-O plastik (figur 1).



Figur 1. Flödesschema för inkontinens behandling.

Analinkontinens

Allmänt

Analinkontinens är mindre vanligt hos yngre och medelålders kvinnor än urininkontinens.

Patogenes

Bristande funktion hos slutmuskulaturen runt anus, oftast iatrogen orsakad på grund av bristfälligt suturerade eller obeaktade förlossningsskador.

Grad av analinkontinens

- Grad I → Ofrivilligt gasläckage
- Grad II → Tillfällig oförmåga att hålla tätt vid diarré
- Grad III → Dagligt läckage.

Komplikationer och handläggning

Analinkontinens leder främst till problem med hygien, höga kostnader för bindor och krav på täta byten av underkläder med återföljande kostnader för tvätt.

Utredning och behandling utgörs av nedregastoklinken och behandling är oftast kirurgisk.

Referenser

1. Claes Gottlieb et al. Öppenvårdsgynekologi, 2:a upplagan 2004. Sid 98.
2. Borgfeldt, C. et all. Obstetrik och gynekologi, upplaga 4:1 2010, 329-344.
3. Landstinget i Östergötland, Akupunktur vid behandling av trängningsinkontinens.