

# Urogynækologiske guidelines

## Urininkontinens

### Medlemmer

Gunnar Lose "Tovholder"

Karl Møller Bek

Vibeke Ersbak

Wiggo Fischer-Rasmussen

Karin Glavind

Karen-Elise Højberg

Hans Madsen

Lone Mouritsen

Lars Alling Møller

Marianne Ottesen

Martin Rudnicki

Pia Sander

Tine Tetzschner

## Indledning

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, 3, 4).

Urininkontinens er en omkostningskrævende lidelse (5). De økonomiske ressourcer der anvendes til udredning og behandling af urininkontinens i Danmark kendes ikke. I Sverige anslås udgifterne til at udgøre 2-3% af sundhedsudgifterne, hvilket svarede til 2,8-4 mia. SEK. (6). Kun en relativt lille del af patienter med urininkontinens søger læge bl.a. på grund af generthed og manglende forventning til sundhedsvæsnet (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) insufficient uddannelse 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) uhensigtsmæssig spredning af specielt den kirurgiske behandling på et meget stort antal gynækologiske/urologiske og kirurgiske afdelinger.

## Guidelines

Udredning og behandling af urininkontinens hos kvinder kan opdeles og organiseres i tre niveau'er.

### 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 3 grupper:
  - A) funktionel inkontinens
  - B) simpel inkontinens
  - C) kompliceret inkontinens (fig. 1)

BASALT UNDERSØGELSESPROGRAM (9, 10, 11, 12).

Anamnese med henblik på debuttidspunkt, inkontinensstype, sværhedsgrad, vandladningsvaner, art og forbrug af inkontinenshjælpemidler samt sygdomme og medicin som kan påvirke nedre urinveje.

Objektiv undersøgelse inkl. gynækologisk undersøgelse med henblik på atrofi af slimhinder, genital descensus, sensibilitet i perineum og knibefunktion, samt udfyldninger i det lille

bækken.

Urinundersøgelse med henblik på infektion, hæmaturi og glukosuri.

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. Ved mistanke om blæretømningsbesvær vil residualurinmåling være relevant.

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) urinvejsinfektion
- 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) diuretica
- 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 (evidens Ib)*

- *Blæretræning (evidens Ib)*
- *Intravaginale hjælpemidler (evidens B)*
- *Elektrostimulation af bækkenbunden (Evidens IV, B?)*
- *Farmakologisk behandling (evidens B-C)*
- *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 (evidens Ib)*
- *Bækkenbundstræning evt. suppleret med biofeedback (evidens Ib)*
- *Farmakologisk behandling (evidens Ib)*
- *Elektrostimulation (evidens IV, B?)*
- *Passende inkontinenshjælpemidler (iht. lov om social service § 97)*

Hypnose og akupunktur har også været rapporteret at kunne bedre tilstanden, men graden er videnskabelig evidens er lav (IV).

I dag udføres basal såvel som mere avanceret udredning af inkontinente 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) Komliceret 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, så som 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, hvor basal udredning ikke tidligere er foretaget, eller hvis der ikke er opnået tilfredsstillende resultat ved non-kirurgisk behandling, og 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. urethrocystometri
- a) Tryk-flowundersøgelse
- b) Urethral trykmåling
- c) Evt. cystoskopi ved mistanke om intravesikal lidelse
- g) Evt. billeddiagnostisk undersøgelse

### Urodynamik

Urodynamisk undersøgelse har til formål at vurdere nedre urinvejes funktion/dysfunktion og tilstræber at reproducere patientens symptomer og/eller dysfunktion for at afdække den patofysiologiske årsag. Urodynamisk undersøgelse er indiceret for at (19):

- ◆ Identificere de faktorer, som bidrager til inkontinens og deres relative betydning specielt ved blandingstilstande.
- ◆ At få information om andre forhold vedrørende øvre og nedre urinvejes dysfunktion.
- ◆ At prædiktere udfald af behandling, incl. utilsigtede sidevirkninger af en planlagt behandling.
- ◆ At konfirmere effekten af behandling eller klarlægge årsagen til manglende effekt af intervention.

- ◆ At vurdere virkningsmekanismer i forbindelse med introduktion af nye behandlingsformer specielt i videnskabeligt sammenhæng.

Urodynamiske undersøgelser skal udføres og rapporteres i henhold til International Continence Society's rekommandationer (20.).

Der er ikke altid korrelation mellem symptomer og den urodynamiske diagnose. Når det er af afgørende betydning at bestemme typen af dysfunktion, er urodynamisk vurdering essentiel.

WHO's arbejdsgruppe rekommanderer for følgende kliniske problemstillinger (19).

### **Stress-inkontinens**

Hvis konservativ behandling planlægges, er klinisk vurdering tilstrækkelig.

Hvis kirurgisk intervention planlægges, tilrådes urodynamisk undersøgelse ikke blot for at confirmere diagnosen, men snarere for at afsløre forhold som kan påvirke udfaldet f.eks. detrusorinstabilitet, en svag detrusor og/eller obstruktion, som kan medføre postoperativ tømningsbesvær. Om vurdering af sphincterfunktionen (urethraltryk) har betydning for valg af operationsmetode er fortsat uklart.

### **Urge-inkontinens**

Hvis konservativ behandling planlægges, er klinisk vurdering tilstrækkelig. Urodynamisk undersøgelse er specielt indiceret i forbindelse med videnskabelige undersøgelser, hvis invasiv behandling overvejes samt efter fejlslagen konservativ behandling.

### **Blandet stress- og urge-inkontinens**

Når konservativ behandling planlægges, er klinisk vurdering tilstrækkelig. Ved manglende effekt af konservativ behandling er urodynamisk udredning indiceret.

### **Symptomer og tegn på blæretømningsbesvær**

Hos patienter med symptomer eller tegn på blæretømningsbesvær er urodynamisk udredning indiceret. Flow og residualurinsmåling er first line-undersøgelser, medens tryk-flow tillader differentiering mellem obstruktion og hypoaktiv detrusor.

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

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.

### Kirurgisk behandling

Kirurgisk behandling af primærtålfælde af stress-inkontinens omfatter 1) anterior kolporrhaphi, 2) urethropexi, 3) nålesuspension, 4) slyngoperation og 5) urethral injektionsbehandling. Den patofysiologiske årsag til stress-inkontinens har klassisk været inddelt i 2 hovetyper: 1) anatomisk stress-inkontinens, som skyldes urethral hypermobilitet og manglende anatomisk støtte af blærehalsen og 2) "intrinsic sphincter deficiency (ISD)" dvs. ødelagt urethral sphinctermekanisme evt. forårsaget af fibrose. Ideelt bør det kirurgiske indgreb vælges på basis af en individuel vurdering af de patofysiologiske forhold samt andre individuelle faktorer (alder, urodynamiske fund, tidligere operation, samtidig prolaps, anden sygdom osv.). Den foreliggende litteratur giver ikke noget klart svar på, hvilken strategi der bør følges ved valg af operationsmetode. Flere randomiserede studier viser, at anterior kolporrhaphi og nålesuspensionsoperation giver dårligere cure rate end kolposuspension (21). TVT og colposuspension synes at give samme korttids helbredelse (22). Der er en klar tendens til at anvende mindre invasive metoder, som kan udføres i lokal anæstesi evt. i sammedagskirurgisk regi f.eks. TVT/IVS-procedure og urethral injektionsbehandling. Ved valg af metode bør kirurgisk rutine og komplikationsprofil for den valgte procedure også tages i betragtning.

Til et sygehus, som varetager niveau 2 udredning og behandling, bør der være tilknyttet speciallæger med speciel urogynækologisk ekspertise. Der forudsættes et tilstrækkelig stort volumen af patienter, således at den nødvendige rutine opnås, både hvad angår udredning, urodynamisk funktion og operativ behandling samt pleje. En enhed bør typisk have mindst 2 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 stress-inkontinens, stress-inkontinens på grund af sphincterinsufficiens ("Intrinsic sphincter deficiency") og vanskeligt behandlelig urge-inkontinens. Endvidere bør patienter med kombineret inkontinens og blæretømningsbesvær behandles på niveau 3.

### **Behandling**

Behandling af recidiv stress-inkontinens omfatter urethropexi (eks. colposuspension a.m. Burch), slyngplastikker, urethral injektionsbehandling, urinafledning (kontinent reservoir 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.

### **Bemærkninger**

## Referenceliste

1. 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.
2. Axelsen U. Urininkontinens blandt patienter, der indlægges på geriatrisk afdeling. *Ugeskr Læg* 1998; 160: 4890-3.
3. Hansen FR, Thiessen KA, Krakauer R. Urinvejsgener hos gamle plejehjemsboende kvinder. *Ugeskr Læg* 1990; 152: 3242-4.
4. Kristrup K, Klintorp S. Urininkontinens. Prævalens og behandling på en langtidsmedicinsk afdeling. *Ugeskr Læg* 1986; 148: 161-3.
5. Wagner TH, Hu T-W. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology* 1998; 51: 355-61.
6. Hälseoekonomi. Behandling af urininkontinens. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering (SBU). Stockholm 2000.
7. Fonda D. Promoting continence as a health issue. *Eur Urol* 1997; 32 (suppl 2): 28-32.
8. Cardozo L. Urinary incontinence in women: Have we anything new to offer? *BMJ* 1991; 303: 1453-7.
9. Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis. Klaringsrapport, *Ugeskr Læg*; 2000 Nr. 1.
10. Mouritsen L, Lose G, Glavind K. Assessment of women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988; 77: 361-71.
11. Urinary incontinence in adults: Acute and chronic management. U.S. Dept. of Health and Human Services, 1996.
12. Assessment and treatment of urinary incontinence. *Lancet* 2000; 355: 2153-58.

13. Lose G, Andersen T. Den nedre urinvejs fysiologi og kliniske farmakologi. Nye aspekter. Ugeskr Læg 1986; 148: 163-7.
14. Andersson K-E, Appell R, Cardozo LD et al. The pharmacological treatment of urinary incontinence. BJU International 1999; 84: 923-47.
15. Cannon A, Carter PG, McConnell AA, Abrams P. Desmopressin in the treatment of nocturnal polyuria in the male. BJU International 1999; 84: 20-4.
16. Glavind K, Mouritsen AL, Lose G. Management of stress and urge urinary incontinence in women. Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 78: 75-81.
17. Seim A et al. Treatment of urinary incontinence in general practice: Observational study. BMJ 1996; 312: 1459-62.
18. 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, interdisciplinatory incontinence clinic. Neurourol Urodyn 2000; 1: 3-8.
19. Homme Y, Griffiths DJ, Hilton P, Kramer G, Lose G, Rosier PFWM. Urodynamics. In: Abrams P, Khoury S, Wein A: Incontinence. 2<sup>nd</sup> International Consultation on Incontinence, Paris 2001, Plymbridge Distributors Ltd. (in press).
20. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. Scand J Urol Nephrol, Suppl. 114 1988; 5-19.
21. Jarvis GJ et al. Surgical treatment incontinence in adult women. In: Abrams P, Khoury S, Wein A: Incontinence. 1<sup>st</sup> International consultation on incontinence. Plymbridge Distributors Ltd. Monaco 1998.
22. Ward KL, Hilton P, Browning J. A randomised trial of colposuspension and Tension-free vaginal tape (TVT) for primary genuine stress incontinence. Neurourol Urodyn 2000; 19: 386-88.