

| | |
|--|---------------------------------------|
| Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3 | Gyldig fra/til: 15.04.2021/15.04.2024 |
| Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Gynekologisk seksjon generell | Versjon: 1.05 |
| Godkjenner: Albrechtsen, Susanne | Prosedyre |
| Dok. ansvarlig: Thornhill, Heidi | Dok.id: D36647 |

Definisjoner

Urininkontinens

- Enhver lekkasje
- Enurese: enhver uvilkårlig lekkasje
- Noktural enurese: nattlig inkontinens, skjer under søvn

Stressinkontinens

- Lekkasje synkront med anstrengelse, hoste og nys
- Lekkasje når det intravesikale trykk overstiger maksimalt uretratrikk og trykkøkningen i blæren ikke skyldes detrusorkontraksjon

Urgency

- Hurtig innsettende uimotståelig trang til å late vannet

Urgeinkontinens

- Lekkasje som forutgår av, eller oppstår samtidig med sterk vannlatingstrang

Inkontinens ved detrusoroveraktivitet

- Skyldes detrusorkontraksjon
 - Nevrogen - nevrogen årsak påvist
 - Idiopatisk - årsak ikke påvist

Blandingsinkontinens

- Stress- og urgeinkontinens samtidig

Overaktiv blære

- Vannlating > 8 ganger daglig, med eller uten urgency eller urgeinkontinens

Detrusor/sfinkterdyssynergi

- Detrusorkontraksjon samtidig med ufrivillig uretral tverrstripet muskel kontraksjon. I enkelte tilfelle kan urintømmingen hindres

Overløpinkontinens

- Begrepet anbefales ikke brukt

Ekstrauretral inkontinens

- Lekkasje fra fistler

Iatrogen inkontinens

- Medikamenter f.eks:
 - Alfablokkere, *doxazosin* (Carduran[®], Doxazosin[®])
 - Alfa- og betablokkere, *labetalol* (Trandate[®])
 - *Karvedilol* (Carvedilol[®])

Lavt lukketrykk

- Lukketrykk ≤ 20 cm H₂O

Forekomst

- Alvorlig til lett grad 7 - 30 % (III)
- Stress-, urge- og blandingsinkontinens hos henholdsvis. 50, 20 og 30 % (IV)

Etiologi og risikofaktorer

- Alder, svangerskap, fødsel, høy BMI (IV)

Stressinkontinens

- Skyldes ofte en svekkelse eller skade i festet av skjeden i forhold til bekkenveggen (IV) og/eller skade av pudendusnerven som innnerverer musklene i bekkenbunnen og urinrøret ved fødsel, forekommer hos para 0 (IV)

Urgeinkontinens

- Oftest ukjent
- Kan skyldes skade av inhibitoriske sentra i hjernen ved apopleksi, demens
- Parkinsons sykdom, multippel sklerose
- Overfølsomhet av blærens afferente nerver (IV)
- Lokale forhold i blæren, akutt cystitt, blæretumor og blærestein

Andre forhold

- Ryggmargsskader
- Kirurgi og cancer kan gi fistler fra blære og urinrør
- Genitale misdannelser, f. eks ektopisk ureter

Diagnostikk**Generelt**

- Anamnese, f. eks NKIR -skjema
- Miksjonsskjema
- 24-timers bleietest
- Gynekologisk undersøkelse
- Urinstix
 - Evt. bakteriologisk dyrkning

Anamnestisk ren stressinkontinens

- Resturin
- Standardisert stresstest: 300 ml urin i blæren (bruk blærescanner)
 - Bleievekt før og etter 20 splitthopp og tre kraftige host (< 2 g normalt)
- Knipekraft i bekkenbunnsmuskulatur, perineal sensibilitet og anokutan refleks
- Før operativ behandling:
 - Maksimal flow, flowmetri ved minimum 200 ml miksjonsvolum
 - Ved eventuell reoperasjon eller ved tvil om diagnose:
Uretratrikkprofil: gjennomsnitt av tre maksimale uretratrikk, blæretrykk og lukketrykk registreres

Anamnestisk ren urgeinkontinens

- Er nevrologisk lidelse utelukket (normal perineal sensibilitet, anokutan refleks, flowmetri og ingen resturin) kan behandling prøves uten videre utredning
- Ved manglende effekt, cystoskopi for å finne evt. årsak i blæren. Cystouretrometri (stasjonær) stående, hoste og helstøt provokasjoner (pasienten står gjentatte ganger på tærne og lar seg falle ned på helen)
 - Lekkasjeøyeblikk avmerkes på kurven
 - Ved negative funn, kan ambulatorisk uretra-, cysto-, vaginometriundersøkelse prøves
- 24-timers miksjonsskjema og bleieveining viser hyppig vannlating med små volumina dag og natt og lekkasje ved trang. Obs normalt væskeinntak 1–1,5 l

Anamnestisk blandingsinkontinens

- Utred dominerende komponent
- OBS. Pasienter med overaktiv blære kan også lekke ved host og løft. Lekkasjen vedvarer ofte etter provokasjonen

Behandling**Generelt**

- Bind, refusjon § 5.1
- Østrogener per os eller lokalt reduserer antall urinveisinfeksjoner, ikke dokumentert effekt på urininkontinens

Stressinkontinens

- Bekkenbunnstrening (IV)
- Vaginale innlegg: Conveen kontinensbue (IV) eller Milex inkontinensring (IV) Ladycon
- Tensjonsfri vaginal tape operasjon (TVT) (Ia)
- Obturator operasjoner (TVT-O/TOT) (Ia)
- Retropubisk kolposuspensjon (Burch) (III)
- Periuretrale injeksjoner (Bulkamid)

Risikofaktorer

- Lavt lukketrykk: kolposuspensjon og TVT mindre vellykket hos pasienter med lavt lukketrykk (IV)
- Pasienter med blærepåse kan få total urinretensjon dersom urinrøret løftes mye ved inkontinensoperasjon (IV)
- Overvekt: Ved BMI 30–34: vurderes individuelt, >34: bør oppnå vekttap preoperativt.

Komplikasjoner ved operasjon

- Hematom, infeksjon, smerter, vaginalerosjon og skade på uretra, blære, kar og nerver (Ia)
- Overkorreksjon med påfølgende resturin, hyppig UVI, økt eller nyoppstått urgeinkontinens (III)

Postoperativt:

- Pasienten kan reise hjem når det kan dokumenteres spontan vannlating, og resturin måles med blærescanner til <150 ml.
- Ved resturin >150 ml anbefales selvkateterisering til resturin er mindre enn 150 ml., evt. Cystofix
- Suprapubisk kateter (Cystofix) gir mulighet for enkel resturinbedømmelse, fjernes ved resturin < 150 ml.
- *Metenaminhippurat*, Hiprex® 1 tabl 2 x daglig minsker trolig UVI-risiko (Ib)
- Ved betydelig resturin kan man de første dagene etter en TVT justere båndet ved å åpne vaginalsnittet og trekke båndet ned. Dette bør gjøres under rene forhold på operasjonsstuen.

Oppfølging

- Sykmelding 1 uke
- Samleie etter 3 uker
- Kontroll 6 måneder og 3 år

Stressinkontinens og cystocele

- Samtidig operasjon av cystocele og stressinkontinens hos pasienter med prolaps og stressurininkontinens synes å være forsvarlig (Ib)
- Kontinente pasienter med cystocele/descens kan bli inkontinente etter kirurgi

Urgeinkontinens

- Blæretrening (IV)
- Maksimal elektrostimulering 20 minutter, minimum en gang pr uke og minst 10 ganger (5-10 Hz) (IV)
- Medikamenter
 - *Tolterodin* (Detrusitol SR®) 4 mg x 1. § 2, ref. kode N39.4 15 (I)
 - *Oksxybutininclorid* (*Drydase*®) 2,5-5 mg x 3 (registreringsfritak) § 2, ref. kode N39.4 16 (I)
 - *Oksxybutininclorid* (*Kentera*®), ett plaster 2 ganger per uke § 2, ref. kode N39.4. (I)17
 - *Solifenacin* (*Vesicare*®) 5–10 mg x 1 § 2, ref. kode N39.4 18
 - *Darifenacin* (*Emsalex*®) 7,5–15 mg x 1 § 2, ref. kode N39.4
 - *Fesoterodinfumarat* (*Toviaz*®) 4 mg og 8 mg, § 2, ref. kode N39.4
 - Botoxinjeksjoner i blæreveggen (I)
- Sakralnevromodulering
- Entero-cysto-plastikk (urologi)
- Urinavledning (kontinent kutan urostomi, urologi)

Oppfølging**All behandling**

- Anamnese (NKIR skjema) (III)
- Miksjonsskjema
- 24 timers bleietest (IV)

Stressinkontinens

- Anamnese (NKIR-skjema) (III)
- Stresstest

- Flowmetri, minimum 15 ml/s (IV)

Urgeinkontinens

- Antikolinerg medikasjon evt. justere dosering, skifte medikament eller videre utredning

Prognose

- TVT: 80-90 % kontinente (IV)
- Obturator teknikker: Korttidsresultater noe dårligere enn ved TVT, men økt bruk av smertestillende og lyskesmerter
- Periuretrale injeksjoner: 50 % kontinente, effekten avtar. Lite dokumentasjon

Informasjon

- NHS- National Institute for Health and Clinical Excellence
- **Litteratur**
Abrams P, Freeman R, Anderstrom C, Mattiasson A. Tolterodine, a new antimuscarinic agent: as effective but better tolerated than oxybutynin in patients with overactive bladder. *Br J Urol* 1998; 8: 801-10 I B
Black NA Downs SH. The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review. *Brit J Urol* 1996; 78: 497-510. III B
Borstad E et al. An incontinence procedure performed at the time of prolapse repair might be an unnecessary surgery. *Neurourol Urodyn* 2006; 25: 551 – 552 III B
Bø K et al. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of female stress urinary incontinence III. Effects of two different degrees of pelvic floor muscle exercises. *Neurourol Urodyn* 1990; 9; 489-502 IV C
Andersson KE, Chapple CR. Oxybutynin and the overactive bladder. *World J Urol.* 2001 Nov;19(5):319-23. I B
Chapple CR, Rechberger T, Al-Shukri S, Meffan P, Everaert K, Huang M, Ridder A; Randomized, double-blind placebo- and tolterodine-controlled trial of the once-daily antimuscarinic agent solifenacin in patients with symptomatic overactive bladder. *BJU Int.* 2004 Feb;93(3):303-10YM-905 Study Group IB
De Groat WC. A neurologic basis for the overactive bladder. *Urology* 1997; 50: (6A suppl) 36-52. IV C
DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynaecol* 1994; 170 (6) 1713-23 IV C
Dmochowski RR, Sand PK, Zinner NR, Gittelman MC, Davila GW, Sanders SW; Transdermal Oxybutynin Study Group. Comparative efficacy and safety of transdermal oxybutynin and oral tolterodine versus placebo in previously treated patients with urge and mixed urinary incontinence. *Urology.* 2003 Aug;62(2):237-42 IB
Duthie J, Wilson DI, Herbison GP, Wilson D. Botulinum toxin injections for adults with overactive bladder syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD005493.
Dwyer P, Desmedt E. Impaired bladder emptying in women *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1994; 34: 73-8. IV C

- Fantl JA et al. Efficacy of bladder training in older women with urinary incontinence. *JAMA* 1991; 265: 609-13 IV C
- Hampel C et al. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997; 32 (Suppl 2): 3-12. IV C
- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence. The Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiology* 2000; 11: 1150-7 III B
- Holst K, Wilson. PD The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. *N Z Med J* 1988; 101: 756 III
- Haab F, Corcos J, Siam P, Glavind K, Dwyer P, Steels M, Kawakamis F, Lheritiers K, Steers W Long-term treatment with darifenacin for overactive bladder: results of a 2-year, open-label extension study *BJU Int.* 2006 Nov;98(5):1025-32. Epub 2006 Jul 28
- Keegan PE, Atiemo K, Cody J, McClinton S, Pickard R. Periurethral injection therapy for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):CD003881 III
- Kulseng-Hanssen S, Borstad E. The development of a questionnaire to measure the severity of symptoms and the quality of life before and after surgery for stress incontinence. *BJOG.* 2003 Nov;110(11):983-8. IIb B
- Kulseng-Hanssen S. Tension free vaginal tape operation. Results and possible problems. *Nevrourol Urodynam* 1999; 18 (4): 300-1 IV C
- Latthe PM, Foon R, Toozs-Hobson P. Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *BJOG* 2007 May;114(5):522-31. Epub 2007 Mar 16. Review. Erratum in: *BJOG* 2007 Oct;114(10):1311. I A
- Lose G. Uroflowmetry and pressure/flow study of voiding in women *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997 (suppl. 166): 76: 43-7 IV C
- Moore KN, Flood C, Griffiths D. Pessary use for stress urinary incontinence. *Journ Soc Obstet Gyn Canada* 1994; 16: 2231-7 IV C.
- Nilsson CG, Falconer C, Rezapour M. *Obstet Gynecol.* 2004 Dec;104(6):1259-62. Seven-year follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of urinary incontinence.
- Novara G, Ficarra V, Boscolo-Berto R, Secco S, Cavalleri S, Artibani W. Tension-free midurethral slings in the treatment of female stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of effectiveness. *Eur Urol* 2007 Sep;52(3):663-78. Epub 2007 Jun 21 I A
- Novara G, Galfano A, Boscolo-Berto R, Secco S, Cavalleri S, Ficarra V, Artibani W. Complication Rates of Tension-Free Midurethral Slings in the Treatment of Female Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Comparing Tension-Free Midurethral Tapes to Other Surgical Procedures and Different Devices *Eur Urol.* 2007 Nov 8; [Epub ahead of print] IA
- Rasmussen A, Mouritsen L, Dalgaard A, Frimodt-Møller C. Twenty-four hour pad weighing test: reproducibility and dependency of activity level and fluid intake. *Neurourol Urodyn.* 1994;13(3):261-5. IV
- Sand PK et al. The low pressure urethra as a factor in failed retropubic urethropexy. *Obset Gynecol* 1987; 69: 399-402 IV C
- Schiøtz HA, Guttu K. Value of urinary prophylaxis with methenamine in gynecologic surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002 Aug;81(8):743-6.
- Snooks SJ et al. Perineal nerve damage in the etiology of genuine stress incontinence in women. *Br J Urol* 1985; 57: 422, IV C

The standardisation of terminology in lower urinary tract function.

Nevrourol Urodynam 21; 167-178 2002 IV C

Thyssen H. and Lose G. New disposable vaginal device (continence guard) in the treatment of female stress incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 1996; 75: 170-3. IV C

Vierhout ME, Mulder AF. De novo detrusor instability after Burch colposuspension; Acta Obstet Gynecol Scand 1992; 71: 414-6 III.

Vodusek D.B. Therapeutic electrical stimulation in incontinence. Int. J Proctol and Perineal Dis. 1997; 1; 2: 281-8. IV C.

-
- Lenker til NUGG skjema, miksjonslister etc