

UTREDNING AV URINLEKKASJE HOS KVINNER

Anamnese:

- **I hvilke situasjoner oppstår lekkasjen?**
 - Ved hoste, nys, fysisk aktivitet = stressinkontinens eller blandingsinkontinens
 - I ro, om natten, når de reiser seg fra seng eller stol = overaktiv blære eller blandingsinkontinens
- **Får de vannlatingstrang som et varselsignal før lekkasje-episoden?**
 - Hvis JA = Overaktiv blære
- **Hvor mange lekkasje-episoder har de om dagen, i uken, eller sjeldnere?**
- **Hvor mye lekker de hver gang? Antall bind, hvor våte/tunge er disse?**
 - Dråpelekkasje i det daglige, men større volumer ved trening = oftest stressinkontinens
 - Store volumer i det daglige uten mønster, gjerne koblet mot trang = oftest overaktiv blære
- **Hvordan er vannlatingsmønsteret – tømmes blæren 5 ganger i døgnet eller 50? Tømmer kvinnen blæren kun ved trang eller også noen ganger for sikkerhets skyld?**
 - Normale miksjoner, dvs < 8 på dagen og < 2 om natten, og lekkasje = trolig stressinkontinens
 - Pollakisuri, dvs > 8 miksjoner på dagtid og > 1 miksjon på natten, og lekkasje = trolig overaktiv blære eller blandingsinkontinens
- **Har kvinnen urinveisinfeksjoner, nevrologiske symptomer eller fremfallssymptomer?**

Undersøkelse

- **Urinstix/dyrkning: Nitritt, hvite blodceller, blod? Hvis hematuri uten infeksjon: henvis til urolog)**
- **Abdominal palpasjon og gynekologisk undersøkelse er obligatorisk:**
 - Abdominaltumor f. eks myomer/bekkentumor/ fremfall, som klemmer på blæren
 - Tenk på muligheten for fistel ved kontinuerlig lekkasje av urin?
 - Vurdere knipefunksjon av bekkenmuskulatur
- **Resturin ved usikkerhet om blæretømming. Resturin måles med et lite kateter etter spontan tømning på toalettet. Resturin over 100ml er ikke normalt hos unge, friske kvinner**
- **Grovnevrologisk undersøkelse med ano-genital sensibilitet (hvis unormal: vurder henvisning til nevrolog)**
- **Stresstest i benk: hoste med velfylt blære. Hostesyknron lekkasje?**
- **Miksjonsliste over minimum 1 døgn**
 - Hyppige små volumer = trolig overaktiv blære eller blandingsinkontinens
 - Normal miksjonsfrekvens med normale volumer = trolig stressinkontinens
 - Stor døgn-diurese = trolig for stort daglig væskeinntak (vanligst) alternativt Diabetes Mellitus eller Incipidus (sjeldent)
 - > 30 % diurese på natten = trolig nocturnal polyuri. Dette kan behandles med Nocurna/Minirin, men vær OBS på hyponatremi. Natrium må måles før og etter oppstart.

BEHANDLING HOS ALLMENNPRAKTIKER OG/ELLER PRIVAT SPESIALIST I GYNEKOLOGI

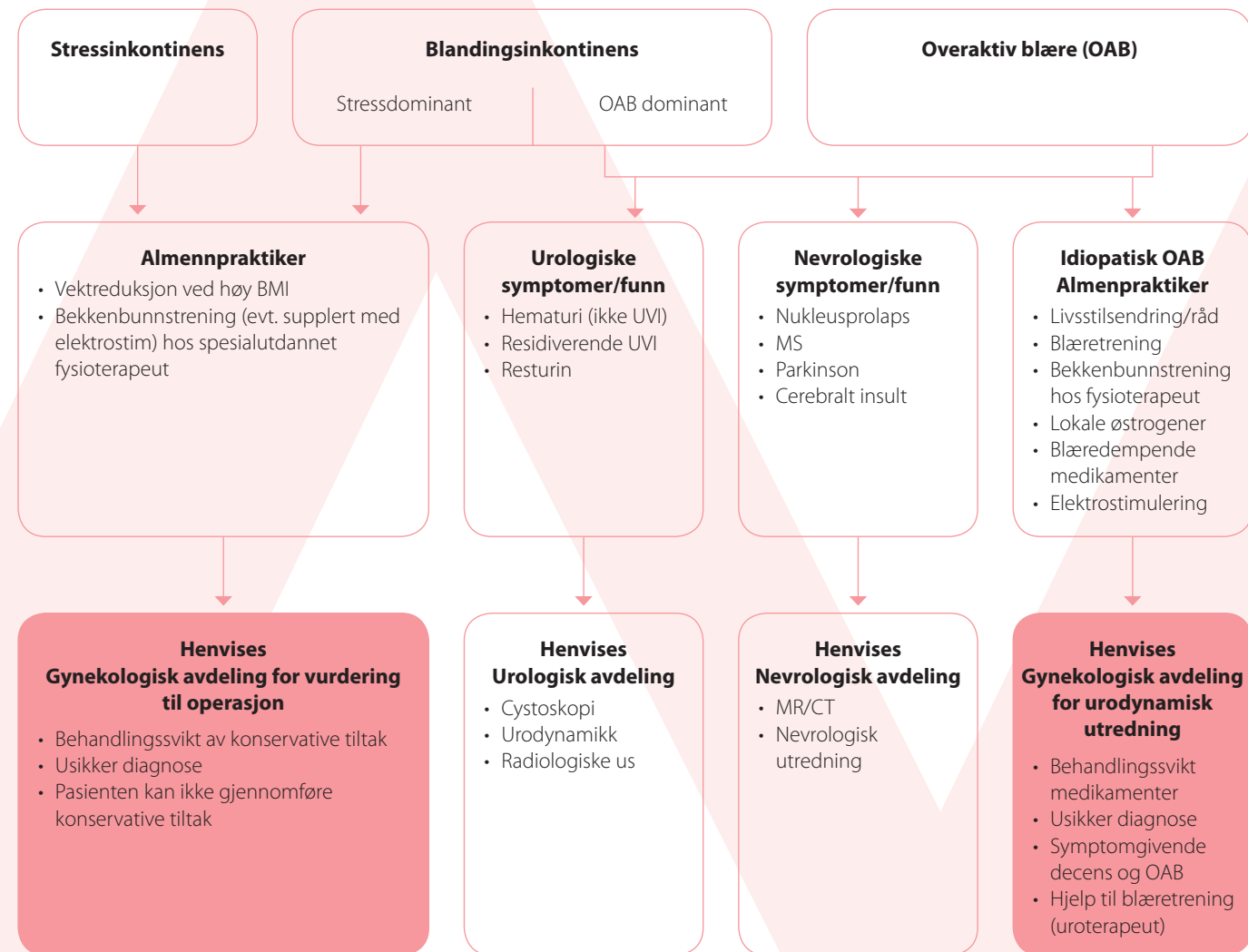
- **Stressinkontinens eller stress dominant blandingsinkontinens:**
 - Vektreduksjon dersom høy BMI
 - Lokal (vaginal) østrogen-behandling dersom postmenopausal (Brukes ikke dersom behandlet for østrogen sensitiv brystkreft)
 - Bekkenbunnstrening (evt supplert med elektrostimulering) hos spesialutdannet fysioterapeut (liste over disse finnes på quintet.no)
- **Overaktiv blære (OAB) eller OAB dominant blandingsinkontinens:**
 - Dersom ingen nevrologiske symptomer, hematuri eller infeksjon startes behandling hos allmenpraktiker/ privatpraktiserende spesialist i gynekologi:
 - Livsstilsendring er førstevalg alene eller i kombinasjon med et blæredempende medikament (se under)
 - Begrense væskeinntak (drikkelister kan være til hjelp)
 - Redusere vekt dersom høy BMI
 - Redusere kaffe-, te- og alkohol inntak
 - Røykestopp
 - Enkel veiledning i blæretrening: Målet er å gjenvinne normal blærefunksjon: Unngå å tømme blæren ved første trang, men forsøk å gradvis øke intervallene mellom tidspunkt for blæretømming. Ikke tøm blæren for sikkerhets skyld. Blæren tilvenner seg tømning på små volumer og pasienten føler etterhvert at hun MÅ tømme blæren hele tiden
 - Blæredempende medikasjon ved mistanke om idiopatisk OAB (refusjon gis etter §2, diagnose U04/N39.4)
 - Beta3-reseptor agonist (Betmiga®) anbefales som førstevalg grunnet gunstig bivirkningsprofil – bør forsøkes i 3 mnd da noen pasienter er «slow-responders»
 - Et antikolinergt preparat kan benyttes som andrevalg ved behandlingssvikt på Betmiga (Vesicare®, Detrusitol®, Toviaz®, Emsalex® evt Kentera® plaster). Bør forsøkes i 3 mnd dersom det tolereres godt da noen pasienter er «slow-responders»
 - NB: Forsiktighet utvises hos eldre med begynnende kognitiv svikt.
 - Vær oppmerksom på antikolinerge bivirkninger som munntørrhet og obstipasjon – bør administreres på kveldstid i opptrappende doser.

UTREDNING OG BEHANDLING AV URININKONTINENS MED ANTATT GYNEKOLOGISK ÅRSÅK

for allmennpraktikere
og privatpraktiserende gynekologer

URINLEKKASJE: HVEM, NÅR OG HVOR SKAL MAN HENVISE MED TANKE PÅ OPERASJON ELLER URODYNAMISK UTREDNING?

Flytskjema



Husk at alle pasienter med lekkasjeplager over 3 måneder har krav på bind og hjelpemidler på blå resept.

SJEKKLISTE SOM SKAL MEDFØLGE VED HENVISNING TIL URODYNAMISK UTREDNING OG/ELLER OPERATIV BEHANDLING AV URINLEKKASJE

Hvorfor sjekklister: Vi erfarer at stadig flere kvinner med urinlekkasje henvises til vurdering for operasjon og urodynamisk utredning, der enkle, primære behandlingstiltak ikke er forsøkt i primærhelsetjenesten eller hos privatpraktiserende gynekolog.

Operasjon

Skal i utgangspunktet vurderes først etter at konservative tiltak ikke har ført frem. Dette fordi alle kirurgiske inngrep innebærer en viss risiko for komplikasjoner. Inkontinensinngrep innebærer også ofte implantasjon av et syntetisk graft-materiale som hos noen kvinner kan gi sårdannelse (erosjoner) mot skjedevegg og omkringliggende organer (blære, urinrør) samt obstruksjon med tømningssvanser (residiverende UVI) og ny-tilkommet overaktiv blære som resultat.

Urodynamisk utredning

Ofte gjøres invasiv utredning med bruk av trykk-katetre og innstilling av vann i blæren. Undersøkelsen er ubehagelig (ikke direkte smertefull) og innebærer en liten risiko for urinveisinfeksjon.

Sjekklisten nedenfor skal sendes sammen med ordinær henvisning til gynekologisk avdeling dersom årsak til henvisningen er urinlekkasje

Henvisning til vurdering for operasjon (stressinkontinens eller stressdominant blandingsinkontinens)			
Tiltak som er forsøkt	Ja (sett X)	Nei (sett X)	Begrunnelse hvis nei
Vektreduksjon ved høy BMI			
Bekkenbunnstrening hos fysioterapeut			
Henvisning til Urodynamisk utredning grunnet idiopatisk OAB eller uklar inkontinensmekanisme			
Tiltak som er forsøkt	Ja (sett X)	Nei (sett X)	Begrunnelse hvis nei
Råd om væskereduksjon			
Vektreduksjon ved høy BMI			
Reduksjon av kaffe, te og alkohol evt røykestopp			
Råd om blæretrening gitt			
Betmiga®			
Antikolinergt preparat forsøkt (Vesicare®, Toviaz®, Detrusitol®, Emsalex®, Kentera®)			

KATEGORISERING AV DE VANLIGSTE FORMENE FOR URINLEKKASJE HOS KVINNER

- **Stressinkontinens:** Kvinnen lekker urin **synkront** med abdominal trykkstigning forårsaket av hoste, nys, trening og annen fysisk aktivitet. Stressinkontinens blir også kalt anstrengelsesutløst urinlekkasje.
- **Overaktiv blære (OAB) = Urgency urininkontinens:** : Urinlekkasje som forutgår av sterk vannlatingstrang som ikke kan undertrykkes, ofte forbundet med større lekkasjevolum (noen ganger hele blærevolumet). Typisk skjer lekkasjen når kvinnen forsøker å nå toalettet, såkalt hastverkslekkasje. Lekkasjen er ikke forårsaket av fysisk anstrengelse og kan komme både ved fysisk anstrengelse, når hun sitter i ro, reiser seg opp, samt om natten når hun sover.
- **Blandingsinkontinens:** Kvinnen har lekkasje-episoder knyttet til både fysisk aktivitet (abdominal trykkstigning: som ved stressinkontinens) samt episoder med hastverkslekkasje (urgency urininkontinens) forutgått av sterk vannlatingstrang (urgency). Deles gjerne inn i:
 - **Stress-dominant blandingsinkontinens:** Skal behandles som stressinkontinens
 - **Urgency-dominant blandingsinkontinens:** Skal behandles som overaktiv blære/Urgency urininkontinens
- **Andre sjeldne urinlekkasjetyper:** Fistler, blæreparese med over-flow lekkasje, skadet/stiv non-compliant blære, medfødte misdannelser. Av disse behandles bare fistler av gynekologer, resten av andre fagekspertter).

ÅRSAKER TIL DE VANLIGSTE FORMENE FOR URINLEKKASJE HOS KVINNER

- **Stressinkontinens:** Redusert lukkefunksjon grunnet skade på muskulatur og bindevev rundt urinrøret, gjerne som følge av fødsler. Dette medfører for stor bevegelighet av urinrøret under anstrengelse som hosting og trening, og dermed lekkasje. Noen kvinner kan også ha redusert funksjon i lukkemuskelen rundt urinrøret (eldre kvinner evt kvinner med nevrologisk skade/sykdom).
- **Overaktiv blære (OAB) = Urgency urininkontinens:** Årsakene deles gjerne inn i 3 kategorier:
 1. **Sekundært til lokalisert patologi i blære/genitalia (Sekundær OAB):** Urinveisinfeksjon, underlivsfremfall (obstruksjon), blæresten, blæretumor (cancer) etc. Det er kun pasienter med fremfall og evt samtidig OAB som skal henvises gynekolog. De øvrige OAB-pasienter (for eksempel OAB med hematuri) henvises urolog.
 2. **Nevrologisk årsak (nevrogen OAB):** Midtstilt nukleusprolaps, cerebralt insult, Parkinson, MS, diabetes neuropati. **NB: Kvinner med antatt nevrologisk årsak skal ikke henvises til gynekolog, men til nevrolog**
 3. **Idiopatisk OAB:** Ukjent årsak, men antatt betinget av dysfunksjon i den nevro-muskulære reguleringen av blærens fyllingsfase grunnet økende alder. Denne gruppen skal behandles primært av allmennleger evt gynekologer/urologer i privatpraksis utenfor sykehus.