

# URININKONTINENS Q

**Tors 10 Nov 2022**

**Maria Bertilsson, Uroterapeut,**

**Mats Stenberg, läkare Kvinnokliniken  
Västerås**

**Allmänläkardagarna**

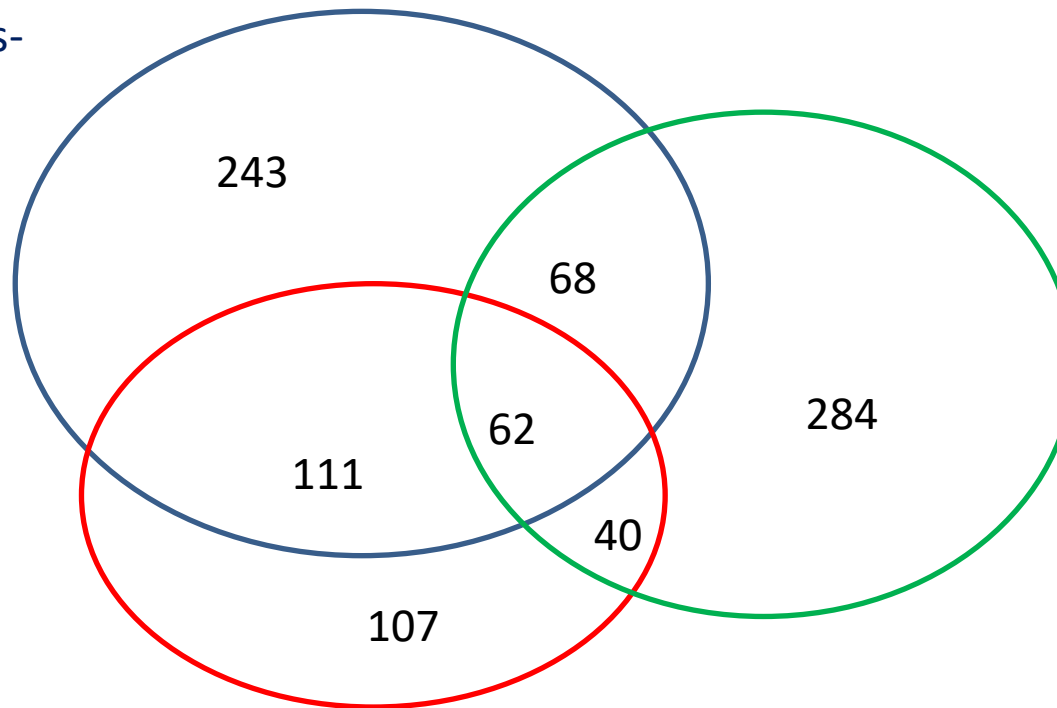
# Varför bry sig om urininkontinens

- **Folkhälsoproblem:** 1/2 miljon svenskar, 3 gånger så vanligt hos kvinnor
- **Medicinskt och socialt handikapp**
- **Dyrt** cirka 3-4 miljarder (SBU 2013) (Cirka 5 miljarder med låg uppräknig)
- Jämför kostnad pga Alkohol-Sjukvård 7,4 miljarder 2017 (men totalkostnad i samhället förstås MYCKET mer) (Systembolaget)

# Förekomst av frekvent inkontinens och symptomatiskt framfall bland 5489 kvinnor 30-79 år

*Tegerstedt et al 2005*

Ansträngnings-  
Inkontinens  
n=484 (8,9 %)



Symptomatiskt  
framfall  
n=454 (8,3%)

Trängningsinkontinens  
n=320 (5,9%)

# Terminologi

- **Urininkontinens:** Varje klagomål på urinläckage, ICS 2012
- **Trängningar:** Tvingande stark känsla av kissnödighet = Urgency
- **Frequency:** Ökat antal vattenkastn dag o natt
- **Pollakisuri:** Ökat antal vattenkastn på dagen
- **Nocturi:** Uppvaknande en eller flera gånger på natten pga urinträngningar

# Terminologi

- **Enures:** Ofrivillig urinavgång (Nocturn enures: under sömnen)
- **Polyuri:** Ökad dygnsurinvolymer (över 2,8 l)
- **Nattlig polyuri** ( $> 1/3$  av dygnets urinproduktion under natt, yngre  $>1/5$ )

# Urininkontinens, typer

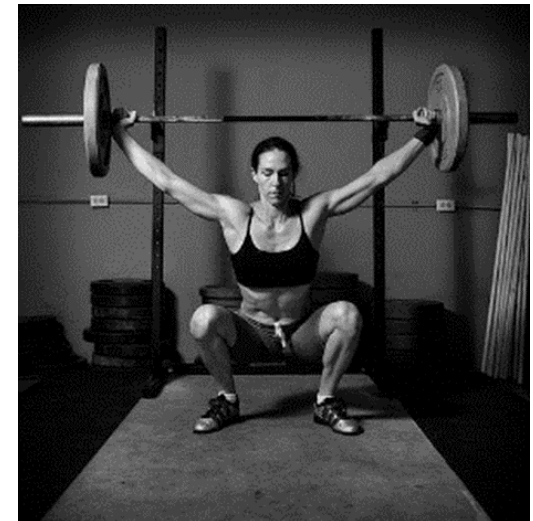
- **Ansträngningsinkontinens** (stress urinary incontinence) SUI
- **Trängningsinkontinens** (Urge urinary incontinence) UUI
- **Blandinkontinens** (Mixed urinary incontinence) MUI = SUI & UUI i olika proportioner.
- **Överflyllnadsinkontinens** (kan tolkas som SUI, MUI, UUI)
- **Neurologiskt betingad inkontinens**

# Samverkande faktorer

- Anatomiska, fysiologiska, metabola, neurologiska, farmakologiska, kognitiva och sociala orsaker.

# Ansträngningsinkontinens

- Läckage vid ökat intraabdominellt tryck som tex hosta, nysning, hopp, löpning, gång.
- Normalt miktionsmönster i övrigt
- 4-35% (8,9% Tegerstedt, 2005)
- Bindväv – arv - påfrestning – förlossning - Ålder. Övervikt.
- Vanligare hos “yngre”





# Patofysiologi, ansträngningsinkontinent

- Hypermobilitet
  - Yngre-medelålders kvinnor
  - Bäckensvagheter
- Intrinsic sphincter deficiency (ISD)
  - Äldre
  - Stelt/glappat urinrör med lågt slutningstryck

# Trängningsinkontinens OAB

- Läckage föregått av eller samtidigt med urinträngning. Oftast täta miktationer med små urinmängder. Totalläckage kan vara stora.
- Tvingande urinträngningar =urge
- 5,9% (Tegerstedt 2005)
- Överaktiv blåsa = ÖAB (OAB). Urge med eller utan urininkontinens. Ofta nokturi.
- OAB wet 1/3 (OAB dry 2/3)
- Vanligare hos “äldre”

# Orsaker till detrusoröveraktivitet – blåsöveraktivitet

- Idiopatisk
- Non-neurogen (UVI, obstruktion tex POP, divertikel-tumör-sten, åldrande)
- Urotel (ålder, blåskapacitet, cystit)
- Neurologisk (DM, Neurolojsjd, tumor, trauma)

# Överfyllnadsinkontinens,

kan anamnestiskt uppfattas som SUI, MUI, UUI

## Lagringsfas

- För stora blåsvolymer
  - Excessivt vätskeintag
  - Diuretika
  - Oreglerad diabetes
- Övertänjd blåsa
  - Postpartum
  - Postoperativt
  - Smärta
  - Smärtlindring m opiater
- Neurologiska orsaker

## Tömningsfas

- Framväggsprolaps – fysiskt hinder
- Postoperativt efter inkontinenskirurgi
- Myom eller tumör i lilla bäckenet
- Neurologiska orsaker

# Skillnader mellan Ansträngningsinkontinens och OAB

Symtom	Ansträngningsinkontinens	Överaktiv blåsa
Täta tömningar/trängningar (>8/d)	Nej	Ja
Nokturi	Ovanligt	Vanligt
Hinner till toa i tid	Ja	Nej
Urinläckagets volym	Liten	Stor
Läckage vid ansträngning	Ja	Nej

Utredning

# Miktionslista (Urinmätningslista)

- För att kartlägga läckage, miktions- och eventuellt dryckesvanor helst under 2 "olika" d

Datum: 5 / 9 2013		
Tidpunkt (kl)	Mängd (dl)	Läckage
06.15	4,2	-
07.45	1,2	-
12.00	2,0	-
15.30	1,5	-
19.00	2,2	-
21.15	1,2	-
23.10	1,8	-
02.00	2,5	-
04.15	1,3	-
Totalvolym	18	dl
Frekvens	9	st
Medelvolymer	2	dl
Maximal volym	4,2	dl

Datum: 6 / 9 2013		
Tidpunkt (kl)	Mängd (dl)	Läckage
06.30	3,7	-
08.00	2,4	-
11.45	3,2	-
16.00	3,8	-
17.30	1,2	-
19.00	2,4	-
21.00	1,4	-
22.40	1,2	-
01.50	2,8	-
04.40	2,0	-
Totalvolym	24	dl
Frekvens	10	st
Medelvolymer	2,4	dl
Maximal volym	3,7	dl

## Miktionslista



# Handläggning urininkontinens i primärvården

## 1. ANAMNES

- Typ urinläckage
- Tidigare sjukdomar
- Aktuella mediciner
- Längd o vikt
- Alarmsymtom
- Använd gärna frågeformulär

## 2 MIKTIONSLISTA

- Urinmättningslista
- Läckagemätning
- Residualurin
- Ev vätskelista

## 3 URINPROV

- U-sticka
- Ev u-odling

## 4 GYNU undersökning

- Prolaps
- Bäckren resistens
- Atrofi
- Knipförmåga

## ANSTRÄNGNINGSINKONTINENS

- Typisk anamnes:  
Läckage vid fysisk ansträngning t.ex gympa, hosta, nysning – ofta sparsamt men upprepat
- Typ miktionslista:  
Dygnsvolym <2l  
Medelvolym, maxvolym >250ml

### ÅTGÄRDER

1. Behandla ev övervikt, rökning, hosta, förstoppning
2. Bäckbottenträning – gärna med stöd av bm el fysioterapeut
3. Östrogen lokalt
4. Kontinensbåge
5. Utvärdera effekt efter 3-6 mån

## BLANDINKONTINENS

- Behandla båda, främst den dominerande

## OKLAR DIAGNOS – MALIGNITETSMISSTANKE

- Kort anamnes ffa vid trängningsinkontinens
  - Hematuri
- UTRED PÅ LÄMPLIGT SÄTT

## TRÄNGNINGSINKONTINENS (överaktiv blåsa)

- Typisk anamnes:  
Plötsliga trängningar, nattliga trängningar, "nyckeln i låset" trängning, stora läckage – "kissar ner sig". OAB-dry ca 2/3
- Typisk miktionslista:  
Medelvolym < 200 ml  
Miktionsfrekvens > 7 ggr/dygn

### ÅTGÄRDER

1. Genomgång av miktions (o ev vätskelista)
2. Blåsträning ca 6 v
3. Östrogen lokalt
4. BB-träning (komplement)
5. Antikolinergikum-  
muskarinreceptorantagonist/Beta-3-  
adrenoreceptoragonist (utvärderad efter 4-8 v)





### **Remiss till kvinnoklinik vid**

- Gynekologisk malignitetsmisstanke
- Symtomgivande framfall med inkontinens och/eller blåstömningssvårigheter
- Oklar diagnos, symtom (främst gynekologiska) och undersökningsfynd överensstämmer ej
- Otillräckligt svar på bäckenbottenträning och annan behandling vid ansträngningsinkontinens och patienten önskar ställning till operation eller prova behandling med Diveen-intravaginalt hjälpmedel alt. inkontinensring
- Otillräckligt svar på behandling vid annan typ av inkontinens.

### **Remiss till urologklinik vid**

- Urologisk malignitetsmisstanke
- Upprepade och svårbehandlade urinvägsinfektioner med läckage
- Oklar diagnos, symtom (t ex smärta) och undersökningsfynd överensstämmer ej
- Svåra terapiresistenta trängningar med eller utan läckage
- Svårt att tömma blåsan och stor residualurin
- Neurologisk sjukdom eller ryggmärgsskada.

# Miktionslista

- Normalvärden
  - Totalvolym 1-2 liter
  - Frekvens 4-7 gg/dygn (vid trängningar  $\geq 8$  ggr)
  - Medelvolym 3 dl (vid trängningar  $\leq 2$  dl)
  - Maximalvolym 5 dl (vid trängningar  $< 3$  dl)
  - Nocturi 0-1

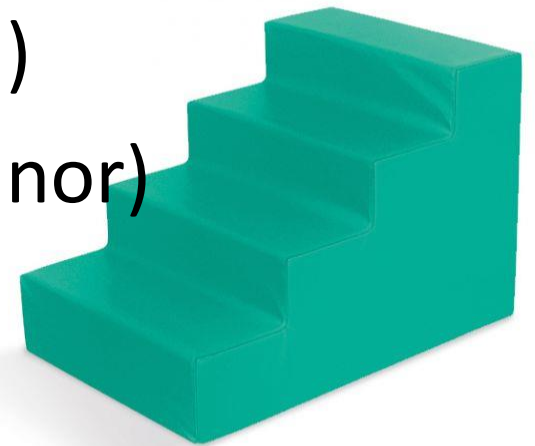
# Miktionslista tips

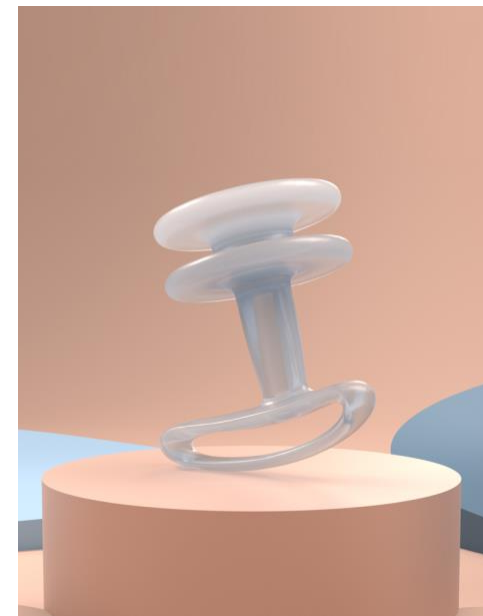
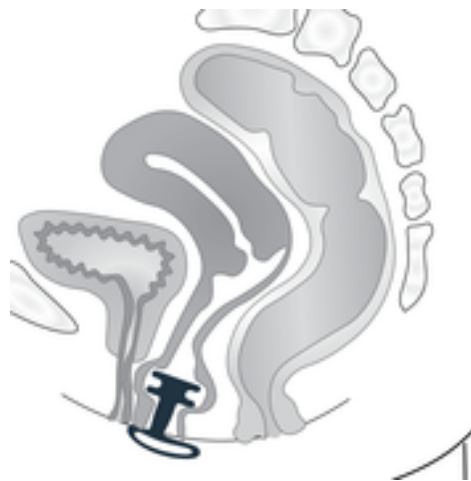
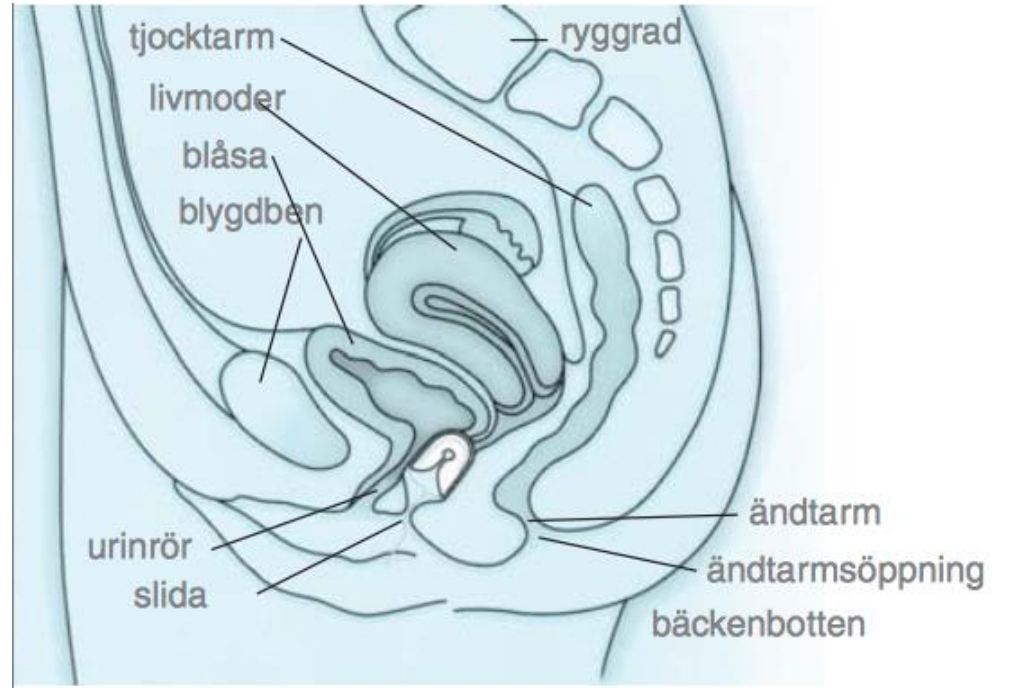
- Täta blåstömningar med normal medelvolym – tänk högt vätskeintag
- Täta blåstömningar med låg medelvolym – tyder på OAB (överaktiv blåsa)
- Patienter med ansträngningsinkontinens kan ha ökad frekvens och gränslåga medelvolymmer pga ”kissar för säkerhets skull”.
- Nocturi – typiskt för OAB men kan bero på störd nattsömn av andra anledningar eller nocturn polyuri
- Till nattvolymen räknas första blåstömning efter insomnande och första blåstömning på morgonen

**BEHANDLING**

# Behandling ansträngningsinkontinens

- Livsstilsfaktorer (vikt, tarm)
- Bäckententräning
- Kontinensbåge (Contrelle, Efemia, Diveen )
- Kirurgi (TVT, TVT-O,TOT)
- Injektionsbehandling (periuretral)
- (Östrogen postmenopausala kvinnor)





# TVT komplikationsfritt?

- Blåsp perforation 2,7-3,9% (Cochrane 2015)
- 8,8% besvär vid 1 årsuppföljning (urinvägsbesvär vanligast, smärta, infektion, sårruptur/banderosion)
- Urinvägsbesvär 6,6% (bland dessa de novo urge 30%, tömningssvårigheter 27%, ökat urinläckage 23% och urinretention 18%)
- Ca 20 st (0,5% av total, svårt smärta vid samlag)



# Behandling Överaktiv blåsa

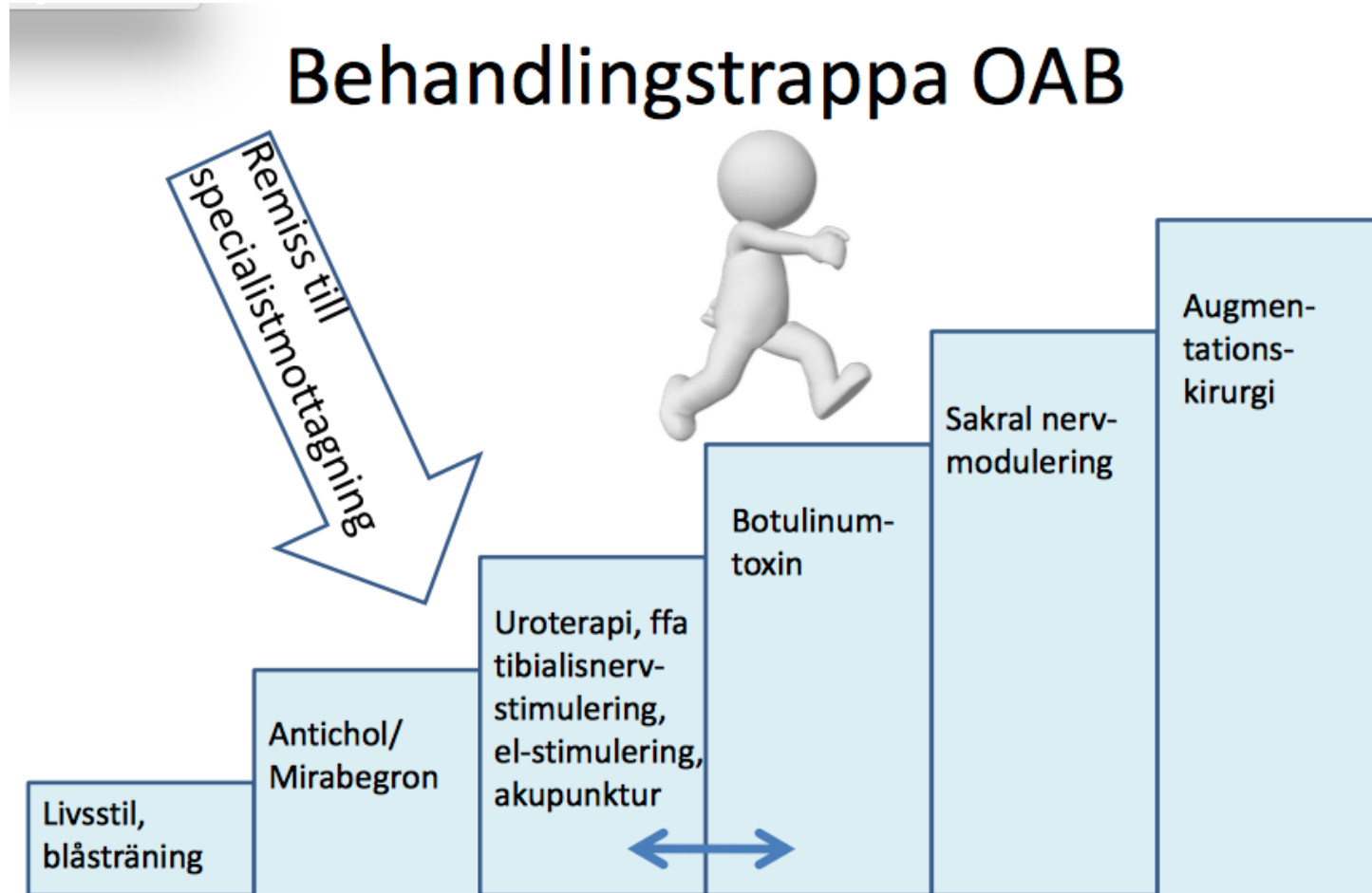
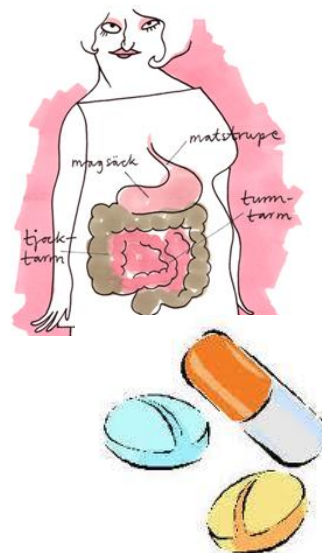


Bild: Caroline Elmér, Sth Urogyn



# Behandling ÖAB Livsstils

- Reglera vätskeintag
- Minska övervikt
- Behandla tarmsymtom
- Se över läkemedel ev byta ut diuretika



- Blåsträning/blåsrehabilitering – succesivt öka miktionsintervallen
- Bäckententräning – muskelkontraktion tros kunna hämma miktionsreflex
- RIK om residualurin

# Farmakologisk behandling

- **Lokala östrogener:** om atrofiska slemhinnor (rek trots svagt vetenskapligt stöd)
- **Antikolinergika:** Specifik muskarinreceptor antagonist - Dämpar tömningsreflex
- **Mirabegron (Betmiga):** Beta3 adrenoreceptoragonist – slappnar av blåsa, förbättrar lagring

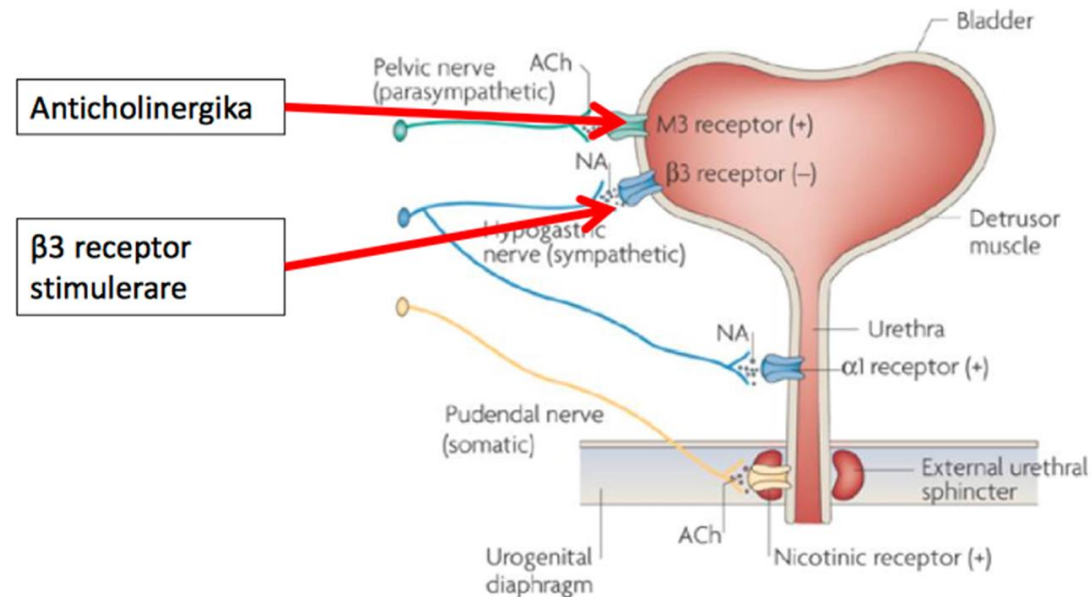


Bild: Caroline Elmér, Sth Urogyn

# Antikolinergika

- Prova 1-2 sorter, utvärdera efter en månad, upptitrering biverkan
- Biverkningar: Muntorrhet, obstipation (ev klåda, yrsel, synrubbningar). Kognition
- Många avbryter – effekt kontra biverkan (8% compliance 2 år, M Chancellor Clin Ther 2013)
- Tolterodin
- Sällan interaktion

# Mirabegron

- Betmiga: Beta3-stimulerare, stimulerar sympatikus – avslappning av blåsa i fyllnadsfas
  - Ej till pat med instabil hypertoni (följa bltr)
  - Effekt likvärdig – kostnad – biverkan mindre
  - Compliance sannolikt högre ( 39%/ 14-35%, Wagg, Can Urol Assoc 2015)
  - Kan **kombineras** med antikolinergika

**TACK!**