

Urininkontinens hos kvinnor

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2017–00607) giltigt till december 2019

Utarbetad av sektorsrådet för kvinnosjukvård och sektorsrådet för allmänmedicin

Syfte

Standardisering av utredning, behandling och uppföljning av kvinnor med urininkontinens inom primär- och specialistvård samt att tydliggöra vårdnivå och gränssnitt mot andra specialiteter.

Bakgrund

Urinläckage är ett vanligt problem hos kvinnor. Prevalensen ligger på 12 procent hos 50 åriga kvinnor men ökar till 25 procent hos de äldsta. Genomgången vaginal förlossning, högt BMI och gynekologisk kirurgi (prolapskirurgi och hysterektomi) är oberoende riskfaktorer för ansträngningsinkontinens. Hög ålder, övervikt och kronisk obstipation ökar risken för trängningsinkontinens.

Utredning och behandling

Urinläckage är sällan tecken på allvarlig bakomliggande sjukdom men "alarmsymtom" skall utredas skyndsamt. **Vid alarmsymtom remittera direkt till gynekologisk/urologisk specialistsjukvård!**

Alarmsymtom

Remiss till gynekolog:

- Nyttillkomna trängningar (<1/2 år utan förekomst av UVI)
- Smärtsamma trängningar
- Blåstömningssvårigheter
- Symtom från urinvägarna och tidigare malignitet i underliv eller urinvägar

Remiss till urolog:

- Makroskopisk hematuri

Vid alarmsymtom: [Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna Primärvårdsversion av standardiserat vårdförlopp](#)

Basal utredning i primärvården

1. Anamnes	2. Miktionslista 2 dygn	3. Urinprov	4. Gynundersökning
<ul style="list-style-type: none"> • Typ av urinläckage • Sjukhistoria • Aktuell medicinering 	<ul style="list-style-type: none"> • Medelvolym • Maxvolym • Frekvens • Vätskeintag 	<ul style="list-style-type: none"> • Urinsticka • Uteslut UVI • Resturin 	<ul style="list-style-type: none"> • Bäckens resistens • Prolaps • Atrofi • Knipförmåga • Hosttest



Ansträngningsinkontinens	Blandinkontinens	Trängningsinkontinens
<ul style="list-style-type: none"> • Ofta sparsamt läckage vid fysisk ansträngning • Dygnsvolym <2 l • Medelmiktionsvolym 200–350 ml • Frekvens <8 ggr/dygn vid normal dygnsvolym 	<ul style="list-style-type: none"> • Läckage vid urinträngning och vid ansträngning 	<ul style="list-style-type: none"> • Plötsliga oprovocerade trängningar, "nyckel i låset" • Medelmiktionsvolym <200 ml • Frekvens >8 ggr/dygn vid normal dygnsvolym

Utvidgad utredning i specialistsjukvården

Läckagemätning	<ul style="list-style-type: none">• Inför inkontinenskirurgi ska läckaget verifieras objektivt med läckagemätning, hostprovokation eller någon form av kvantifieringstest.
Cystoskopi	<ul style="list-style-type: none">• Utförs vid kort anamnes på trängningssymtom och/eller oklara smärtor i blåstrakten för att utesluta malign process i urinblåsan.
Urodynamik	<ul style="list-style-type: none">• Cystometri kan vara av värde vid kraftigt avvikande miktionslista, misstanke om neurologisk sjukdom och inför ställningstagande till inkontinenskirurgi i komplicerade fall.• Tryck/flödesmätning kan användas för att säkerställa normal tömningsförmåga inför inkontinenskirurgi.

Behandling

Behandling av ansträngningsinkontinens

Åtgärder i primär-/öppenvården

- **Medicinjustering:** ex KOL/astmabehandling
- **Livsstil:** viktreduktion, rökstopp
- **Lokalt östrogen**
- **Bäckenbottenträning** - utvärdering efter tre månader
- **Inkontinensbåge**

Åtgärder i specialistsjukvården

Kirurgi

- **Klassisk TVT, obturatorimetod** eller "minislyngor". Läckaget ska vara objektivt verifierat.
- **Särskilda patientkategorier:**
 - **Kraftig obesitas:** Ingen strikt BMI-gräns, men obesitas ger ökad operationsrisk och sämre resultat.
 - **Hög ålder:** korrelerar till sämre operationsresultat men patientens besvär med hänsyn tagen till allmän hälsa är avgörande för beslut.
 - **Prolaps:** Vid samtidigt cystocele bör detta opereras först och ev kvarvarande inkontinens värderas. Rektocele kan ev opereras samtidigt som TVT.
- **Sjukskrivning:** 0–14 dagar beroende på arbetsuppgifter
- **Utvärdering** av kirurgen: via gyn.op-registret.

Transuretral injektion med bulkmedel

Kan vara ett alternativ i utvalda fall. Har lägre lyckandefrekvens än TVT och kortare duration, därför mindre kostnadseffektivt.

Inkontinensring

Om kompetens för utprovning saknas i primärvården.

Farmaka

Använd inte Duloxetin (Yentreve®), har mycket biverkningar, är dyrt och tolereras dåligt.

Behandling av trängningsinkontinens

Åtgärder i primär-/öppenvården

- **Genomgång av miktionslistan:** ev vätskerestriktion
- **Medicinjustering:** sedativa, diuretika, laxantia, antidiuretika
- **Lokalt östrogen**
- **Blåsträning**
- **Bäckenbottenträning**
- **Farmakologisk behandling:** Val av preparat enligt [REKlistan](#): se Gynekologi – Inkontinens. **Antikolinergika.** Förstahandspreparat. Vanligt med muntorrhet och förstoppning. Kontraindikationer är trångvinkelglaukom, myastenia gravis, vissa mag-tarmsjukdomar. Försiktighet till äldre. **β3-stimulerare.** Färre biverkningar. Kontraindikation är svår okontrollerad hypertoni.

Åtgärder i specialistsjukvården

Om **blåsträning, bäckenbottenträning** och **farmakologisk behandling** inte är tillräckligt eller acceptabelt:

- **Elektrostimulering:** Elektroder vaginalt eller rektalt. Ges av uroterapeut. Vid god effekt kan patienten fortsätta hemma.
- **Stimulering av nervus tibialis:** kan prövas.
- **Botulinumtoxin (Botox):** Injektioner i blåsan. Behöver upprepas regelbundet. Patienten måste kunna hantera RIK i händelse av urinretention. Cystoskopi och cystometri bör göras preoperativt.

Åtgärder hos urolog

- **Sacral nervrotsstimulering**
- **Clamcystoplastik:** blåsförstorande ingrepp med inläggande av tarmsegment.
- **Urindeviation:** urostomi eller Brickerblåsa.

Behandling av blandinkontinens

Åtgärder i primär-/öppenvården

Noggrann utredning. Behandla den dominerande delen först. Om kirurgi är aktuell bör patienten ha genomgått adekvat bäckenbottenträning och behandlat trängningskomponenten så att blåskapaciteten är minst 300 ml.

Åtgärder i specialistsjukvården

Vid dominerande ansträngningsinkontinens kan operation bli aktuell utan ytterligare utredning. Då trängningar dominerar görs behandlingsförsök först, därefter cystometri och ev cystoskopi innan operation. Vid uttalade trängningsbesvär bör man inte operera.

Uppföljning

Ansträngningsinkontinens

Uppföljning via det nationella operationsregistret Gynop efter 8 veckor respektive ett år. Om patienten inte blivit bra/nöjd skall fullständig utredning göras inklusive urodynamik.

Trängningsinkontinens

Telefonuppföljning 4–6 veckor efter insatt medicinsk behandling. Om patienten inte blivit bra/nöjd med behandlingen sker byte av farmakologisk behandling. Om patienten inte blivit bra/nöjd skall fullständig utredning göras inklusive urodynamik innan ställningstagande till invasiv behandling.

Blandinkontinens

Enligt ovan

Blåstömningsproblem

Överflödesinkontinens ses vid stora residualurinmängder. **Avflödeshinder** är ovanligt hos kvinnor, kan ses vid stort cystocele. **Detrusorinsufficiens** kan bero på övertänjning, ex.vis efter förlossnings-EDA eller långvarig medvetlöshet utan KAD. Kan även bero på antikolinerga läkemedel. **Neurologisk sjukdom** (MS, diabetesneuropati, cerebral vaskulär lesion etc.) handläggs av urolog/neurolog.

Åtgärder

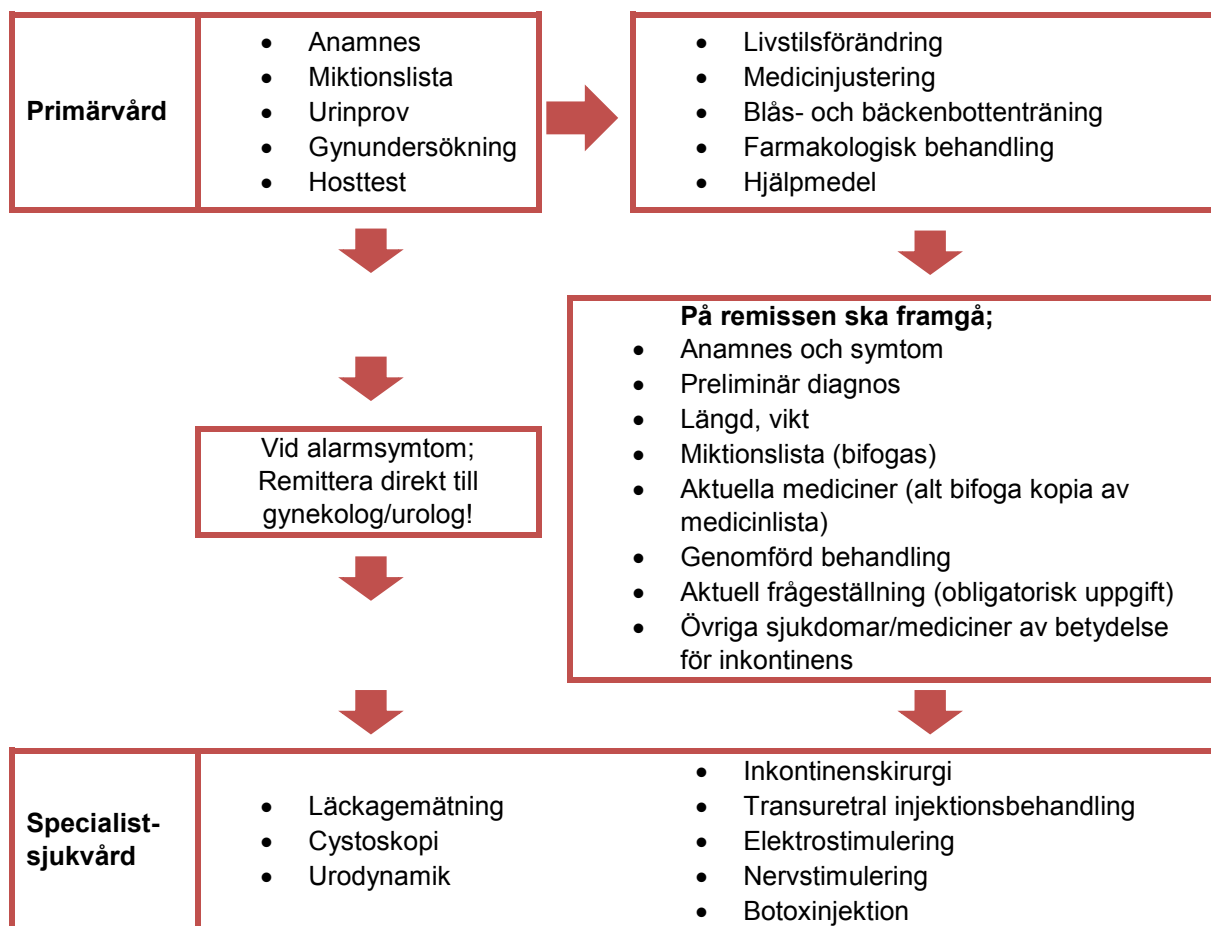
Vid kroniska besvär: Kissa på bestämda tider, tillämpa **triple voiding**. Blåsan töms tre gånger vid varje miktionsstillfälle med mellanliggande lägesändring.

Kateter bör användas endast tillfälligt.

RIK vid neurologiskt handikapp eller uttalad detrusorsvaghet. Även vid temporära besvär som efter TVT eller andra ingrepp.

Öppetstående kateter vid uttänjd blåsa. Några dagar vid residualurin över 700 ml, 1–3 veckor vid residualurin >1000 ml.

Vårdprocess – vårdnivå



Uppföljning av denna riktlinje

Uppföljning sker genom kvalitetsregister (Gynop) med återkoppling mot satta mål.

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.