

Behandling av trängnings- och blandinkontinens hos kvinnor

Berörda enheter

Samtliga enheter, VO Obstetrik och gynekologi, Region Norrbotten samt som stöd för remitterande enheter

Syfte

Enhetliga riktlinjer för behandling av trängnings- och blandinkontinens hos kvinnor.

Bakgrund, definitioner

De vanligaste formerna av urininkontinens hos kvinnor är ansträngningsinkontinens och trängningsinkontinens. Studier har visat att 25-35% av den kvinnliga befolkningen över 18 år har någon form av inkontinens.

Ansträngningsinkontinens innebär att det sker urinläckage när man skrattar, hostar, nyser, lyfter eller på annat sätt ökar trycket på urinblåsan.

Trängningsinkontinens innebär att man har en överaktiv blåsa och drabbas av plötsliga svåra trängningar som följs av urinläckage.

Samtidig förekomst av ansträngnings- och trängningsinkontinens kallas blandinkontinens. Man räknar med att ca 50% av alla kvinnor med inkontinensbesvär har både ansträngnings- och trängningsinkontinens i varierande grad.

Initial utredning och behandling

Se separat rutin [Utredning och initial behandling av urininkontinens hos kvinnor](#).

Icke-farmakologisk behandling

Grunden i all behandling av trängningsinkontinens är att lära kvinnan att ta kontroll över sin blåsa, istället för tvärt om.

Blåsträning

Hos kvinnor med trängningsinkontinens är blåsträning grunden i behandlingen. Fysioterapi bör inriktas på att förlänga intervallen mellan blåstömningsarna, för att successivt öka blåskapaciteten. Liksom för bäckenbottenmuskelträning, initieras blåsträning med fördel av uroterapeut, specialutbildad sjukgymnast eller distriktssköterska.

Bäckenbottenträning

Utöver blåsträning behöver kvinnan också bäckenbottenträning. Detta är särskilt viktigt vid blandinkontinens.

Att aktivt knipa emot en trängning kan häva den och underlättar blåsträningen.

Elstimulering

Behandling med elektrostimulering initieras av uroterapeut men kan därefter i vissa fall skötas av patienten i hemmet. Via en vaginal eller anal elektrod får patienten elektrisk stimulering efter ett lämpligt mönster. Metoden går ut på att aktivera sfinktermekanismen och inhibera detrusorn. Den kan även prövas vid ansträngningsinkontinens.

Farmakologisk behandling

Lokal hormonbehandling

Lokal östrogenbehandling har i flera studier visat sig ha effekt på urinträngningar och trängningsinkontinens men definitiv evidens saknas från randomiserade studier. Postmenopausala kvinnor som behandlas med elstimulering ska alltid få östrogenbehandling för att förbättra slemhinnorna. Peroral substitutionsbehandling är inte indicerat vid inkontinens.

Antimuskarina läkemedel

Förstahandsval vid behandling av trängningar, med eller utan efterföljande läckage, utgörs av muskarinreceptorhämmare (antikolinerga läkemedel). De blockerar överföringen av nervimpulser från centrala nervsystemet till urinblåsans detrusormuskulatur.

På basis av de jämförande studier som finns är inget läkemedel att föredra. De kan tolereras något olika, varför byte mellan olika läkemedel kan ha betydelse vid dosbegränsande biverkningar. Av denna anledning finns också skäl till att börja i lägre dosintervall, för att senare öka dosen om tolerabiliteten varit god men ytterligare effekt önskas. Bland rapporterade biverkningar dominerar muntorrhet, reducerat tårflöde, mydriasis, dyspepsi, takykardi, yrsel, somnolens och obstipation. Framförallt äldre patienter kan drabbas av konfusion, orostillstånd och kognitiva störningar.

För val av läkemedel, se i första hand [Rekommenderade läkemedel](#)

Beta-3- adrenoreceptoragonist

Om antimuskarin/antikolinerg läkemedelsbehandling inte tolererats eller ger otillräcklig effekt vid behandling av överaktiv blåsa kan man istället pröva med beta-3-adrenoreceptoragonist. Mirabegron (Betmiga) är idag det enda godkända preparatet i läkemedelsklassen och subventioneras till patienter som provat men inte tolererar antikolinergika. Se separat hanteringsordning, <https://www.nllplus.se/upload/IB/lg/hse/Norrbottens%201%c3%a4kemedelskommitt%c3%a9/Hanteringsordningar/Hanteringsordning%20Betmiga.pdf>

Beta-3-adrenoreceptoragonister verkar genom att relaxera blåsans detrusormuskulatur under fyllnadsfasen och har i kliniska prövningar visat på symptomlindring likvärdig med antikolinerga läkemedel. En skonsammare biverkningsprofil, och en verkningsmekanism som inte bygger på blockering av muskarinreceptorn, medför att även patienter som tidigare beskrivit dosbegränsande biverkningar med antikolinergika kan erfara symptomlindring

vid överaktiv blåsa. Vanligast förekommande biverkningar i kliniska provningar är takykardi och urinvägsinfektioner.

Bortsett från överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne finns idag inga kända kontraindikationer för behandling med beta-3-adrenoreceptoragonist, däremot finns varningar och försiktighet att beakta. Eftersom mirabegron stimulerar betareceptorer och erfarenhet av behandling av patienter med hjärtkärlsjukdom är begränsad bör förskrivning till denna patientkategori ske med försiktighet.

Intravesikal injektion av botulinumtoxin

Vid otillräckligt svar eller biverkningar vid peroral behandling av idiopatisk överaktiv urinblåsa kan man överväga intravesikal botulinumtoxinbehandling. De patienter som kan övervägas för detta remitteras till Urologmottagningen för bedömning och handläggning.

Behandling av blandinkontinens med kontinensbåge

I de fall med blandinkontinens där besvären med ansträngningsinkontinens är lindriga till måttliga och utgör ett mindre problem än trängningsinkontinensen kan kontinensbåge provas i första hand. Denna provas ut av uroterapeut/kontinenssköterska. Dessa kvinnor kan tyvärr inte förväntas dra särskilt stor nytta av inkontinenskirurgi. Kirurgi mot ansträngningskomponenten i blandinkontinens skall BARA övervägas om ansträngningsläckaget är det huvudsakliga problemet.

Uppföljning

Utvärdering av behandlingsresultatet sker via telefonuppföljning efter 4 veckor, vanligen med uroterapeut. Vid fungerande behandling kan kvinnan återremitteras till hälsocentralen för fortsatt förskrivning av ev läkemedel. Observera att aktiv återremittering med remiss i VAS är att rekommendera, för att kvinnans behov skall vara kända på hälsocentralen.

Recidivinkontinens

Nya inkontinensbesvär efter tidigare inkontinenskirurgi ska utredas i samråd med erfaren urogynekolog. Se vidare rutin [Utredning och initial behandling av urininkontinens hos kvinnor](#).

KÄLLA:

[Rapport 2011:06 från samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer: Indikation för operation vid ansträngningsinkontinens hos kvinnor](#)