

Nr. 10 2001

Klinisk vejledning i

Udredning og behandling af urininkontinens hos geriatriske patienter

Dansk Selskab for Geriatri – 2000

Arbejdsgruppen bestod af:

Suzanne Sanders, Dansk Selskab for Geriatri

Marianne Kirchhoff, Dansk Selskab for Geriatri

Gorm Jensen, Dansk selskab for almen medicin

Anne Vibeke Schiødt, Dansk selskab for almen medicin

Annette Nordenbo, Dansk Neurologisk Selskab

Wiggo Fischer-Rasmussen,

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Gunnar Lose,

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Hans Madsen,

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Fin Biering-Sørensen, Dansk Selskab for Rehabilitering

Jens Thorup Andersen, Dansk Urologisk Selskab

John Bugge Nielsen, Dansk Urologisk Selskab

Steen Walter, Dansk Urologisk Selskab

Nr. 10 2001

Klinisk vejledning i

Udredning og behandling af urininkontinens hos geriatriske patienter

Dansk Selskab for Geriatri – 2000

Arbejdsgruppen bestod af:

Suzanne Sanders, Dansk Selskab for Geriatri

Marianne Kirchhoff, Dansk Selskab for Geriatri

Gorm Jensen, Dansk selskab for almen medicin

Anne Vibeke Schiødt, Dansk selskab for almen medicin

Annette Nordenbo, Dansk Neurologisk Selskab

Wiggo Fischer-Rasmussen,

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Gunnar Lose,

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Hans Madsen,

Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi

Fin Biering-Sørensen, Dansk Selskab for Rehabilitering

Jens Thorup Andersen, Dansk Urologisk Selskab

John Bugge Nielsen, Dansk Urologisk Selskab

Steen Walter, Dansk Urologisk Selskab

© Den Almindelige Danske Lægeforening

ISSN: 1398-1560

Løssalg af Klaringsrapporter

kr. 40,00 + porto

Lægeforeningens forlag

Esplanaden 8A

1263 København K

Telefon 35 44 83 01

E-post forlaget@dadl.dk

Produktion

Lægeforeningens forlag, København

Tryk

Scanprint a/s, Viby J.

FORMÅL OG DEFINITION

Denne vejledning er udarbejdet som en hjælp til håndtering og behandling af urininkontinens hos geriatriske patienter.

Definition på urininkontinens er ifølge International Continence Society (ICS):

Ufrivillig urinlækage der kan påvises objektivt, og som opfattes som et socialt og/eller hygiejnisk problem.

FOREKOMST

Prævalensen af urininkontinens (UI) stiger med alderen.

For ældre raske: kvinder 25%
mænd 10%.

Det vil sige, at prævalensen er højere hos kvinder end hos mænd og hyppigere hos personer på institutioner, fx plejehjem eller hospitalsafdelinger, i forhold til hjemmeboende ældre. Førnævnte prævalenstal baserer sig ikke på ICS's definition, idet det ikke er krævet, at urininkontinensen er »objektivt demonstreret«.

Aldring medfører ikke i sig selv inkontinens, men mange raske ældre oplever ændringer i deres vandladning som følge af strukturelle og funktionelle forandringer, der tilkommer som led i den normale aldring: blærens kontraktionskraft reduceres med alderen med tendens til residualurin. Elasticiteten aftager og dermed blærekapaciteten (som yderligere reduceres ved residualurin). Ufrivillige blærekontraktioner med imperøsitet forekommer med stigende hyppighed, uden tegn på neurologisk lidelse i øvrigt.

Døgncurven af antidiuretisk hormon udflades og nyrernes koncentreringsevne aftager, medførende ødemudskillelse om natten. Da østrogen influerer på epiteltykkelse, muskeltonus og vaskularitet i urogenitalt væv, ses hos kvinder efter menopausen tendens til inkontinens, irritative symptomer, øget risiko for prolaps samt ændring i vaginalfloraen.

Hos mænd ses tendens til afløbsproblemer pga. prostatahypertrofi. Afløbsproblemerne indvirker på detrusorfunktionen med ufrivillige blærekontraktioner og dermed urge-symptomer.

Ældre patienter skal derfor hyppigere af med vandet, tåler dårligere at vente, og har tendens til nykturi.

Når der oven i disse aldersforandringer tilkommer sygdomme, der indvirker på vandladningen, på evnen til at registrere/handle eller på mobiliteten, er der risiko for manifest inkontinens.

Mange ældre omtaler ikke inkontinens over for deres praktiserende læge, fordi de skammer sig over problemet, eller fordi de tror, der er tale om normale aldersforandringer, som ingen kan gøre noget ved. Ved kontakt er det derfor vigtigt regelmæssigt at spørge ældre patienter ud om eventuel inkontinens og notere det som et problem, fordi mange ældre urininkontinente patienter kan bedres, specielt de patienter, der har velbevaret fysisk og kognitiv funktion. Men hos de øvrige inkontinente ældre kan en fornuftig håndtering af problemet øge patienternes livskvalitet betydeligt, være afgørende for de pårørende og nedsætte antallet af komplikationer og udgifter til inkontinens.

ANATOMI OG FYSIOLOGI

De nedre urinveje består af blæren med reservoirkapaciteten og urinrøret med afløbsfunktionen. Lukkefunktionen varetages af den glatte og tværstribe urethrae sphincter, og understøttes af bækkenbundsmuskulaturen. De nedre urinveje er innerveret af både motoriske og sensoriske nerver. Det autonome nervesystem er dominerende, men reflekserne kan både hæmmes og fremmes voluntært. Den normale blære fyldes, uden at det intravesikale tryk øges. Den normale miktions aktiviteres ved sphincterrelaksation, og herefter får parasympatisk stimulation blæren (musculus detrusor vesicae) til at trække sig sammen med vandladning til følge. Normalt tømmer blæren sig fuldstændigt.

Andre faktorer kan påvirke blæretømningen som fx sygdomme i nervesystemet, medicin, tidligere operationer i det lille bækken, adipositas, obstipation og tumorer.

INDELING

Inkontinens hos ældre kan inddeles i akut reversibel og kronisk inkontinens.

Akut reversibel inkontinens

Opstår pludseligt og er normalt relateret til en akut sygdom eller iatrogen udløst.

Tilstanden forsvinder igen, når den akutte sygdom eller det medikamentelle problem mv. er overstået. Flere årsager eller medvirkende årsager til akut inkontinens kan også være medvirkende til kronisk inkontinens, og der kan ses en glidende overgang mellem de to tilstande.

Akut inkontinens kan ses hos ældre med nedsat mobilitet, der rammes af en akut sygdom som pneumoni, kardial inkompensation, apopleksi eller collum femoris-fraktur. Den ældre med nedsat mobilitet arrangerer sine aktiviteter på en måde, så hun/han normalt er tæt på et toilet. Når den akutte sygdom indtræder, kan denne fine balance brydes, og patienten bliver inkontinent.

Indlæggelse på hospital eller anden institution med de fysiske og psykiske barrierer som findes her, som dårlig belysning, langt til toilettet, skiftende personale, mv., kan også fremkalde inkontinens.

Et hyppigt problem både ved akut og kronisk inkontinens er rektal obstipation, uden at mekanismen bag dette er helt klar.

Andre årsager til akut inkontinens kan være urinvejsinfektion, urinretention med overløbsinkontinens samt forskellige former for farmaka, først og fremmest hurtigt virkende loop-diuretika, antikolinergika, parkinsonmedicin, antidepressiva, neuroleptika, sedativa/hypnotika, analgetika, calciumblokkere, mv.

Behandling af akut inkontinens er ud over behandling af den udløsende årsag, minimering af fysiske og psykiske barrierer, faste toilettider og anvendelse af hjælpemidler som bleer, kolber, bækkenstole mv. i den periode, hvor den akutte urininkontinens varer. Hos nogle af patienterne vil inkontinensen persistere i adskillige uger efter den akutte udløsende årsag er forsvundet, og disse patienter bør undersøges yderligere for årsager til kronisk inkontinens.

KRONISK INKONTINENS

Urge-, stress-, blandings- og overløbsinkontinens, efterdryp og falsk inkontinens

Hos ældre kvinder er urgeinkontinens hyppigst, ca. halvdel, stressinkontinens ca. en tredjedel, og blandingsinkontinens hos ca. en femtedel af de ældre kvinder.

Hos ældre mænd er urgeinkontinens, efterdryp og overløbsinkontinens hyppigst.

Urgeinkontinens: Herved forstås ufrivilligt tab af urin i forbindelse med en pludselig stærk vandladningstrang.

Urgeinkontinens hos ældre forekommer hyppigst hos patienter med neurologiske lidelser som apopleksi, demenslidelser, parkinsonisme og andre neurologiske lidelser, hvor den cerebrale hæmning af vandladningsreflexen er kompromitteret. Endvidere ses det ved irritative tilstande i blæren som urinvejsinfektion, kateter i blæren eller atrofiske vaginalslimhinder (øget sensorisk input).

Stressinkontinens: Herved forstås patientens angivelse af et ufrivilligt tab af urin under fysisk aktivitet.

Objektivt kan der observeres ufrivilligt tab af urin fra urethra umiddelbart efter en øgning af det intraabdominale tryk, som fx ved hoste, uden at der er aktivitet i detrusor.

Stressinkontinens ses hos overvægtige, patienter med en slap/dårligt fungerende bækkenbund, patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse, efter cystocele-operationer og mange fødsler.

Optræder også hos mænd efter transuretral prostataresektion med sphincterskade.

Overløbsinkontinens: Herved forstås ufrivilligt tab af urin fra en overudspilet blære, som enten skyldes kompromitteret afløb, fx hos mænd med prostatahypertrofi og kvinder med stor genital prolaps eller insufficient detrusor-kontraktilitet eller med følger efter større bækkenoperationer.

Forekommer hos patienter, hvor blæren igennem lang tid er blevet udspilet på grund af en kompromitteret tømning-funktion, således at urinen løber over. Ses hyppigst hos mænd med prostatahypertrofi.

Efterdryp: Herved forstås afgang af enkelte dråber urin efter at den egentlige vandladning er ophørt.

Optræder hyppigst hos mænd, hvor en portion urin kan samle sig i bage urethra (pars bulbosa).

Falsk inkontinens: Herved forstås ufrivilligt tab af urin på grund af kompromitteret evne til at registrere/erkende behov for toiletbesøg eller til hurtigt at kunne nå toilettet/klare tøjet.

Hos de fleste geriatriske patienter med inkontinens vil man kunne finde flere konkurrerende årsager.

UNDERSØGELSER

1. Anamnese

Det er vigtigt med en detaljeret sygehistorie, Tabel 1.

Den subjektive angivelse af symptomernes sværhedsgrad kan ske på en visuel analog skala, Fig. 1.

Der ses stor intra- og interindividuel variation i vandladningen hos ældre mennesker.

Vandladningshyppigheden og evt. nykturi kan variere hos den samme patient, og både vandladningsvolumen og fornemmelsen af imperiositet kan variere betydeligt hos samme patient.

Nogle ældre patienter taler meget nødtigt åbent om urininkontinens. Her kan det være nødvendigt at udspørge patienten med forsigtighed og takt. Henvendelser fra fx patientens kontaktsygeplejerske kan ofte supplere anamnesen.

Underbehandling kan også skyldes tilbageholdenhed hos lægen, som kan være mindre motiveret for at gå ind på problemet pga. manglende viden om undersøgelses- og behandlingsprocedurer. Der kan således, både hos læge og den ældre patient, være en indstilling om, at »det er noget, der hører alderen til«, eller »det er der ikke noget at gøre ved«.

Hos mange inkontinente ældre udleveres der blot bleer af hjemmesygeplejersken. Måske er der brug for færre bleer og mere diagnostik og behandling.

2. Objektiv undersøgelse

Skøn over ernærings- og almentilstanden, specielt psykisk funktionsnedsættelse som demens, akut konfusion og depression er af betydning for muligheden for undersøgelse og behandling af patienten. Ødemer kan resultere i nykturi.

Herudover skal der udføres en problemorienteret undersøgelse som palpation af abdomen, rektal eksploration hos mænd og gynækologisk undersøgelse hos kvinder.

Tabel 1. Ældre med urininkontinens. Vigtige punkter i anamnesen hos ældre med urininkontinens er: vandladning, inkontinens, andre symptomer, komplicerende lidelser, o.a.

Vandladning	Inkontinens	Andre symptomer	Komplicerende lidelser	Andet
Hyppighed	Hyppighed	Vaginale smerter	Recidiverende cystitter	Medicinindtagelse, inklusive håndkøbspræparater
Fordeling på døgnet	Socialt problem	Tørhedsfornemmelse	Obstipation	Fysiske og psykiske barrierer
Imperiositet	Hygiejnisk problem	Kløe	Descensus/polapsus genitalis	på vej til toilettet
Udløst ved fysisk aktivitet		Udflod	Nedsat mobilitet	
Manglende vandladningstrang		Dyspareuni	Tidligere relevante operationer	
Dysuri		Tyngdefornemmelser	Diabetes mellitus	
Igangsætningsbesvær			Neurologiske lidelser	
Efterdryp			Hjerte-kar-lidelser mv.	
Anvendelse af bugpressen				
Retentionstilfælde				

3. Laboratorieprøver

Urin for blod, sukker, leukocytter og bakterier.

Midtstråleurin. Denne kan være svær at opnå, specielt hos skrøbelige ældre inkontinente kvinder. Bækkenurin har vist sig at være et sufficient alternativ hos immobile, ældre inkontinente patienter.

S-creatinin, blodsukker, kobalamin (methylmaleonat) og folat.

4. Væske- og vandladningsskema

Føres over tre ikke nødvendigvis sammenhængende døgn. Skemaerne, der kan hentes på www.dsam.dk, giver oplysninger om:

- tidspunkt og volumen for såvel væskeindtagelse som vandladning.
- antallet af vandladninger per 24 timer
- døgndiurese, samt det gennemsnitlige enkeltvolumen
- inkontinens og relation til større fysiske udfyldelser, hvor når patienten går i seng eller står op, skift af ble eller bind.
- nykturi
- natlig polyuri (natdiurese større end 30% af døgndiuresen)

Det er normalt at lade vandet op til 7 gange om dagen og 2 gange om natten.

Dette skema er også velegnet til at følge effekten af evt. behandling.

Erfaringen viser, at psykisk velfungerende ældre patienter uden problemer selv kan udfylde væske- og vandladningsskemaer.

Andre ældre må have hjælp i varierende grad. Hvis patienten ikke magter gennemførelse af registreringen fuldt ud, kan skemaet modificeres til en registrering, patienten kan magte.

5. Blevjningstest

Denne foretages, hvis væske- og vandladningsskemaet har vist inkontinens.

Blevjningstesten har til formål at bestemme inkontinensvolumen over et givet tidsrum, fx 24 timer. Den objektiviserer tilstanden, og er især velegnet til at følge et behandlingsforløb.

Blevjningstesten udføres i praksis ved at forveje en vandtæt plasticpose med fx ti bleer. Efter 24 timers brug vejes posen med bleerne igen, og vægtøgningen er inkontinensvolumet på 24 timer.

Grænsen for inkontinens er sat ved en vægtøgning på >8 g/24 timer.

6. Residualurin

Skal hos ældre patienter bestemmes tidligt i evalueringen, idet hverken anamnesen eller den objektive undersøgelse er tilstrækkelig til at belyse dette område hos den ældre patient, hvor infravesikal obstruktion ofte ses samtidigt med en overaktiv blære.

Residualurin kan bestemmes ved ultralydsskanning eller kateterisation efter bedst mulig blæretømning.

Der kan ikke angives faste grænser for en acceptabel re-

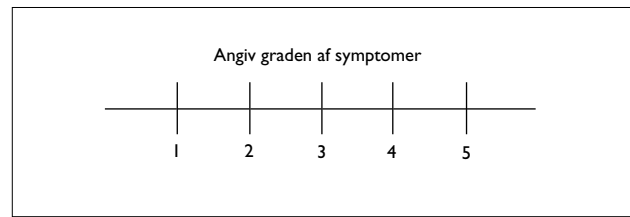


Fig. 1. Visuel analog skala.

sidualurin for ældre. Nogle ældre kan fx have en residualurin på omkring 100 ml, uden at dette giver anledning til symptomer, herunder recidiverende urinvejsinfektioner.

Residualurin hos ældre kan ikke diagnosticeres på basis af en undersøgelse.

Når resultatet af sygehistorien, den objektive undersøgelse, urinundersøgelse, væske- og vandladningsskemaet samt evt. residualurinundersøgelse og blevjningstest foreligger, vil det i de fleste tilfælde være muligt at diagnosticere årsagen til inkontinens hos ældre patienter.

Ved mistanke om tumorer i det lille bækken, hæmaturi, tidligere operationer i det lille bækken, eller blæretømningsbesvær, henvises til nærmere urologisk/gynækologisk udredning.

Medicinske lidelser som diabetes mellitus, apopleksi og kardiopulmonale lidelser behandles eller henvises videre afhængig af den normale rutine.

7. Undtagelser fra det almindelige undersøgelsesprogram hos ældre

Hos ældre patienter med svært nedsat psykisk funktionsniveau, som fx demens, vil det ikke være hensigtsmæssigt med større udrednings- eller behandlingsprogrammer.

Visse anamnesticke oplysninger vil altid kunne opnås hos de pårørende.

Det vil også være muligt at foretage en objektiv undersøgelse, specielt med henblik på diagnostik af urinretention og obstipation. Disse lidelser skal altid udelukkes hos ældre patienter med akut konfusion og demens.

Når det drejer sig om udredning og behandling af geriatriske patienter, er man nødt til også at tage patientens egne ressourcer i betragtning, især når det drejer sig om et ømtåleligt emne som vandladningsproblemer.

Geriatriske patienter kan generelt inddeles i:

1. de patienter, der mentalt og fysisk har overskud til aktivt at medvirke i udredning og behandling.
2. den skrøbelige gamle, der på grund af mental eller fysisk svækkelse ikke magter at følge flere anvisninger, og derfor har behov for hjælp og støtte.
3. de helt personafhængige ældre, som fx demente.

Både udredningsprogram og behandling må indrettes efter dette. Dvs. man nøje må overveje, hvad man kan byde fx demente eller svækkede patienter.

BEHANDLING

Almen behandling

Ved alle former for urininkontinens skal evt. udløsende års-

ger behandles, specielt urinvejsinfektion, obstipation, urinretention, og endvidere skal medicinen revideres.

Det drejer sig først og fremmest om hurtigt virkende loop-diuretika, sedativa og hypnotika, samt antikolinergika.

Herudover er det vigtigt med hjælpemidler som fx en tom kolbe og klokke inden for rækkevidde, toiletstol og bækken ved sengen, korrekt sengehøjde, god belysning, fjernelse af løse tæpper og møbler der står i vejen på vej ud til toilettet.

Toiletsædet skal have korrekt højde, passende håndgreb, og gulvet skal være skridsikkert.

Det færdigt udfyldte væske- og vandladningsskema danner basis for en dialog om normale drikke- og vandladningsvaner. Indtagelse af 1½ liter væske dækker normalt kroppens udskillelsesbehov.

Ofte har man anbefalet en større væskeindtagelse, og måske derfor drikker en del patienter op til 3-4 liter per døgn.

Hvis der er nykturi, skal væskeindtagelsen begrænses om aftenen, men ikke helt ophøre, da nyrernes koncentreringsevne falder med alderen. Indtagelse af større mængder te/kaffe eller vandholdig frugt om aftenen, er ikke hensigtsmæssigt, da det dels er vanddrivende, og dels virker blæreirriterende.

Hos patienter med svært nedsat kognitiv funktion kan faste toilettider medføre, at patienterne bliver kontinente i alt fald om dagen. Hos de samme patienter kan væsketilførslen fortrinsvis ske om dagen, så stor væskeindtagelsen sent på aftenen undgås.

Ovennævnte behandlingsprincipper vil medføre et faldende behov for bleer/bind til patienterne. Dette kan være en betydelig personlig, social og økonomisk gevinst.

Husk altid at anvende så lille en ble som muligt. Undgå anvendelse af store natbleer døgnet rundt.

Natlig polyuri

Normalt produceres mindre end 30% af den samlede døgn-diurese om natten. Diagnosen er relativ let, baseret på væske- og vandladningsskemaet. Hos mænd er det en vigtig differentialdiagnose til prostatahypertrofi.

Det kan dreje sig om patienter med ødemer der elimineres, når patienterne om natten lejres horisontalt. Endvidere kan der være tale om manglende eller invers stigning om natten af antidiuretisk hormon.

Disse patienter kan behandles med en mindre dosis loop-diuretika, som fx 20-40 mg furosemid, ca. 6 timer før sengetid.

Er der ikke tilstrækkelig effekt af den diuretiske behandling, kan gives Desmopressin (Minirin) 0,1-0,2 mg 1 time før sengetid. Her skal risikoen for kardial inkompenstation erindres.

Husk vægtkontrol og måling af S-natrium.

Hos diabetespatienter skal man huske muligheden for glukosuribetinget polyuri.

Hos patienter med venøs insufficiens klares problemet med kompressionsstrømper, hvis der ikke samtidig er arteriel insufficiens.

Urgeinkontinens

Blæretræning: Målet er at opnå større urinportioner og

et passende interval mellem portionerne (vurderet ud fra væske-/vandladningsskemaet) eller at mindske residualurin.

a. Nogle patienter lader vandet hyppigt. På grund af frygt for stressinkontinens vil nogle patienter søge at lade vandet ved enhver given mulighed, og vænner sig derved til hyppige vandladninger med små volumina. Målet med blæretræningen er at opnå større urinportioner og længere tidsinterval mellem vandladningerne. Her er det afgørende at føre væske- og vandladningsskema under hele træningen. Hvis skemaet fx viser vandladning indtil flere gange hver time i starten, tilstræbes det først kun at have vandladning én gang i timen.

Vandladningstrang før der er gået 1 time, skal undertrykkes. Når dette er muligt for patienten i nogle dage op til 1 uge, øges intervallet til 1½ time, og senere til 2 timer, osv. afhængig af opnåelse af det for denne patient højst muligt interval.

Hos ældre patienter er det sjældent muligt at opnå et interval på 3-4 timer. Her vil et interval på 2-2½ time være en betydeligt forbedring af den tidligere pollakisuri og nykturi.

b. Nogle patienter lader vandet for sjældent. Det kan dreje sig om patienter, der pga. demens ikke registrerer behov for vandladning, eller om patienter med sensorisk neuropati (på grund af diabetes/alkoholisme) eller følger efter uhensigtsmæssige toiletvaner med undertrykt vandladningstrang. Blæretræning anvendes fx hos demente, og hos patienter med stressinkontinens med langt interval imellem vandladningerne, »infrequent voiders«. Målet for træningen er at opnå et kortere interval mellem vandladningerne.

Double/triple voiding (flertaktsvandladning): Ved residualurin trænes blæretømning ved double eller triple voiding, dvs. vandet først lades så fuldstændigt som muligt, hvorefter patienten rejser sig et kort stykke tid, forsøger så atter vandladning, evt. gentages proceduren.

Det er vigtigt, at tømme blæren så fuldstændigt som muligt. Residualurin giver risiko for urinvejsinfektion, og reducerer blærekapacitet.

Bækkenbundstræning understøtter og øger sphincterfunktionen.

Ved behandlingens start skal patienten instrueres grundigt. Behandleren kontrollerer med to fingre i vagina, at patienten foretager kontraktionerne korrekt. Dette er nødvendigt, da ældre kvinder ofte har en meget vag fornemmelse af kroppens anatomi.

Undersøgelser har vist, at over 50% af patienterne ikke udfører øvelserne korrekt.

Bækkenbundens muskler kontraheres uden brug af bugpressen, fx 20 kontraktioner af 6 sekunders varighed 2-3 gange dagligt.

Træningen skal udføres dagligt, og fuld effekt opnås først efter ca. tre måneder og fortsættes livslangt for at vedligeholde virkningen. Det er derfor kun patienter med mentalt

og fysisk overskud til at deltage aktivt, der vil kunne have glæde af bækkenbundstræning.

Mænd med stressinkontinens kan også opnå effekt af bækkenbundstræning. Her kan man med en finger i rectum kontrollere, om patienten foretager kontraktionerne korrekt.

Afspændingspædagog *Helle Gotved* har udgivet en instruktiv bog med forklaring om og instruktion i bækkenbundsøvelser, samt et videobånd til hjemmebrug. Danske fysioterapeuter har udgivet en lille pjece: »Husk bækkenbunden«.

Farmakologisk behandling: Østrogenbehandling af urgeinkontinens forbedrer symptomerne hos ca. $\frac{2}{3}$ af patienterne. Det samme gælder østrogenbehandling af inkontinens af blandet type, dvs. både stress- og urgeinkontinens.

Østrogenbehandling bør derfor altid indgå også i behandling af urgeinkontinens, se under stressinkontinens.

Hos kvinder med recidiverende urinvejsinfektioner med samtidigt forekommende residualurin, bør behandling med østrogener ligeledes forsøges. Er der ikke effekt heraf, kan man overveje forekomsten af infravesikal obstruktion og evt. undersøgelse og behandling af dette.

Antikolinergika: Tolterodin (Detrusitol) hæmmer den hyperaktive blære.

Doseringen er 0,7 mg til 1,4 mg×2 dgl.

Hos patienter med prostatahypertrofi eller mistænkt afløbsproblem skal residualurin kontrolleres efter nogle ugers behandling. Det kan være en kontraindikation.

Tricycliske antidepressiva:

Eksempelvis Imipramin i små doser, 10 mg dagligt stigende hver uge til 10 mg×3. I denne lille dosering er der meget sjældent kardiovaskulær bivirkninger.

Hjælpemidler: Bind og bleer er et hjælpemiddel til urinabsorption. Behovet vurderes, hjælpemidlet tilpasses og der skal gives grundig instruktion i anvendelse samt behovet skal løbende vurderes.

Alt for mange patienter er udstyret med forkert/dårligt passende ble. Bleer skal afpasses individuelt, dvs. efter lækagens størrelse, og der kan ofte være særlige forhold der skal tages højde for hos den enkelte.

Det er hensigtsmæssigt, hvis der i afdelingen er plejepersonale med særlig interesse og viden om bleer og andre inkontinenshjælpemidler.

Kateter á demeure er kontraindiceret pga. bivirkninger i form af infektion, imperiøs vandladningstrang og inkontinens ved siden af kateteret, blødninger med videre.

Hvis der er behov for permanent kateter fx ved urinretention er det hensigtsmæssigt med et suprapupisk kateter.

Stressinkontinens

Det er væsentligt at mindske trykket på blæren ved at undgå obstipation, overvægt og hoste (bl.a. rygeophør)

Bækkenbundstræning: som ved urgeinkontinens.

Blæretæning: Anvendes også i forbindelse med stressinkontinens, specielt hos patienter, som har langt interval mellem vandladningerne, »infrequent voider«. Dette er en oplysning, der kan fås på basis af væske- og vandladningsskemaet. Målet for træningen er et kortere interval mellem vandladningerne, se endvidere under blæretæning ved urgeinkontinens.

Farmakologisk behandling: Østrogenbehandling modvirker atrofi af uretralslimhinden. Hjælper således mod stressinkontinens ved at bedre lukkefunktionen.

Samme resultat kan opnås med lokalbehandling (creme eller vagitorier), eller som systemisk behandling. Sexadien vagitorier er ikke receptpligtige.

Estring er en vaginalring fremstillet af silikone med en kerne indeholdende estradiol.

Efter opsætning af vaginalringen frigøres estradiol til lokal påvirkning af vaginalslimhinden i mindst 90 dage. Er en velegnet behandling til ældre patienter, som er kede af selv at føre noget op i vagina, eller hvor man kan forvente nedsat compliance.

Ved effekt anbefales livslang behandling.

Kan anvendes til visse typer af stressinkontinens, fx den type stressinkontinens, som kan opstå efter en forvægsplastik.

Operation: Hos fysisk og psykisk velbevarede ældre (kvinder) vil symptomgivende descensus kombineret med inkontinens oftest skulle opereres, hvis bækkenbundstræningen ikke har hjulpet. Patienten henvises til videre undersøgelse på gynækologisk afdeling.

Selv hos ældre med svært nedsat fysisk og psykisk funktion er kirurgisk behandling sjældent kontraindiceret, fx ved en svær prolapsus uteri.

Hjælpemidler: Støttepessar. Såfremt operation ikke ønskes eller er mulig, henvises patienten til gynækologisk afdeling eller speciallæge med henblik på støttepessar.

Behandlingen skal altid, medmindre dette er kontraindiceret, kombineres med østrogenbehandling. De moderne pessarer kan ligge op til 6 måneder før skiftning.

Intravaginal tampon. Der findes en tampon (Contrelle) til opsætning i vagina. Rationalet er, at tamponen skal understøtte skedens forvæg og dermed urethra hvorved sphincterfunktionen understøttes. Disse tamponer behøver ikke at skiftes ved vandladning. De skal dog skiftes dagligt.

Behandlingen bør kombineres med lokal østrogen.

Bind og bleer som ved urgeinkontinens.

Kateter á demeure som ved urgeinkontinens.

Overløbsinkontinens

Udred årsagen.

Ved overløbsinkontinens og betydelig residualurin skal årsagen altid overvejes, og patienterne henvises til urolog/gynækolog, idet det kan være nødvendigt med flow un-

dersøgelse og evt. urodynamisk undersøgelse for at afgøre, om det drejer sig om en insufficient detrusor, om kompromitteret afløb eller en kombination.

Insufficient detrusor kan skyldes en sensorisk neuropati som fx diabetisk/alkoholisk/B₁₂-folatmangel, rygmarvspåvirkning, tidligere operationer eller evt. processer i det lille bækken.

Kompromitteret afløb kan ses pga. infravesikal obstruktion ved prostatahypertrofi, svær descensus, ved dyssynergi af detrusor-sphincter koordinationen pga. rygmarvspåvirkning (hos ældre fx degenerativ- eller osteoporotisk ryglidelse).

Kompromitteret afløb kan give både akut og kronisk postrenal uræmi, hvorfor aflastning af obstruktionen er vigtig.

Blæretræning: Disse patienter skal lære at lade vandet hyppigere, mindst hver 3. time. Her kan også anvendes double og triple voiding. Vækkeur eller lignende kan anvendes for at overholde vandladningstider om dagen.

Hovedbehandlingen er dog behandling af den kompromitterede tømningfunktion.

Ren Intermitterende Kateterisation (RIK) og steril intermitterende kateterisation (SIK): Også ældre patienter med kroniske, specielt neurogene lidelser og urintention, fx hos prostatikere kan lære sig selvkateterisation, hvor ved de tømmer blæren flere gange dagligt. Kirurgisk behandling af afløbshindring må overvejes.

Modstanden mod RIK-behandlingen hos ældre dækker oftest personalets holdninger. Dialog og undervisning kan overvinde denne modstand. Det er dog nødvendigt, at patienten er mentalt velfungerende og fysisk i stand til at kunne udføre handlingen.

Hos nogle patienter kan blæretræning, triple voiding suppleret med en α -blokker bevirke, at man kan undgå RIK. Disse patienter bør konfereres med urologerne/gynækologerne.

Hvis der er ikke mulighed for at lære de ældre patienter selvkateterisation, kan i stedet anvendes steril intermitterende kateterisation (SIK).

Modstanden mod SIK-behandling hos ældre dækker også ofte holdninger hos personalet, som synes, det er lettere med kateter a demeure, end at de skal kateterisere patienten intermitterende.

Hjælpemidler: Se under stress- og urgeinkontinens.

Farmakologisk behandling: Alfa-blokkere bedrer afløbet via relaxsation af urethras glatte muskulatur og derved nedsættelse af modstanden. Bruges primært til patienter med prostatahypertrofi. Kan også bruges ved nedsat detrusorkraft og stor residualurin. Risiko for ortostatisk hypotension.

Finasterid (Proscar) formindsker prostatastørrelse over måneder.

Efterdryp

Behandlingen må rette sig mod årsagen.

Nogle mænd har efterdryp pga. at en portion urin samler sig i bagre urethra og senere udtømmes, specielt når patienten sætter sig ned. Behandles med kompression, så urethra tømmes ved at stryge perinerum fra bag scrotum og fremad.

Urinvejsinfektion

Asymptomatisk bakteriuri forekommer hyppigt blandt ældre og findes hos 10-15% af hjemmeboende og op mod 50% af ældre på institution.

Hos ældre er hyppigheden af forskellige vandladningssymptomer høj, og det kan være svært at gennemskue, hvornår en patients symptomer skyldes urinvejsinfektion, og hvornår symptomerne har en anden årsag. Ved en positiv urindyrkning kan det på den ene side dreje sig om asymptomatisk bakteriuri hos en patient med kroniske vandladningssymptomer. På den anden side kan bakteriuri give eller forværre eksisterende vandladningssymptomer, og som led i udredning af inkontinens, er der derfor indikation for et behandlingsforsøg i tilfælde af bakteriuri.

Sædvanligvis regnes 100.000 bakterier per ml urin for signifikant vækst, men nogle ældre kan have symptomer som følge af færre bakterier per ml. Hvis der er oplagte cystitisymptomer, er der indikation for behandling af bakteriuri, selvom der kun findes 1.000 bakterier per ml (kræver konference med mikrobiolog). Urinopsamlingsmetoden influerer på testresultaterne.

Behandling sker efter resistensbestemmelse.

Supplerende læsning

- Björnsdóttir LT et al. Urinary incontinence and urinary tract infections in octogenarian women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 105-9.
- Bogren MA et al. Urinary incontinence among a 65-year old Swedish population: medical history and psychosocial consequences. *Vard Nord Utveckl Forsk* 1997; 17: 21-4.
- Brietai KR et al. Stroke and incontinence. *Stroke* 1998; 29: 524-8.
- Ghoniem GM, Hassouna M. Alternatives for the pharmacological management of urge and stress urinary incontinence in the elderly. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1997; 24: 311-8.
- Hansen CP & Klarskov P. The accuracy of the frequency-volumen chart: comparison of self-reported and measured volumes. *Br J Urol* 1998; 81: 709-11.
- Koskimaki J et al. Prevalence of lower tract symptoms in Finnish men: a population-based study. *Br J Urol* 1998; 81: 364-9.
- Molander U. Urinary Incontinence and related Urogenital Symptoms in Elderly Women. *Disputats*, Göteborg 1992.
- Molander U et al. An Epidemiological Study of Urinary Incontinence and related Urogenital Symptoms in Elderly Women. *Maturitas*, 1990; 12: 51-60.
- O'Donnell PD. Special considerations in elderly individuals with urinary incontinence. *Urology* 1998; 51(2A suppl): 20-3.
- Payne CK. Epidemiology, pathophysiology and evaluation of urinary incontinence and overactive bladder. *Urology* 1998; 58(2A suppl): 3-10.
- Publicover C, Bear M. The effect of bladder training on urinary incontinence in community - dwelling older women. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 1997; 24: 319-24.
- Sgadari A et al. Urinary incontinence in nursing home residents: a cross-national comparison. *Age and Ageing* 1997; 26(suppl 2): 49-54.
- Skelly J & Flint AJ. Urinary incontinence associated with dementia. *JAGS*, 1995; 43: 286-94.
- Walter S. Natlig vandladning. *Ugeskr Læg* 1998; 160: 6984.
- Wyman JF et al. Quality of life following bladder training in older women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1997; 8: 223-9.