

## Udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder



## Udredning og behandling af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder

### *Arbejdsgruppens medlemmer*

Bjarne Lühr Hansen (formand for arbejdsgruppen), praktiserende læge, ph.d., lektor ved Syddansk Universitet. Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin.

Gunnar Lose, professor, overlæge, dr.med., speciallæge i gynækologi og obstetrik ved Glostrup Universitetshospital. Udpeget af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi.

Søren Barton McNair, praktiserende læge. Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin.

Steen Walter, professor, overlæge, dr.med., speciallæge i urologi ved Odense Universitetshospital. Udpeget af Dansk Urologisk Selskab.

### *Sekretariatsbistand*

Anette Lindblad, projektkoordinator, sekretær

Janus Laust Thomsen (lægelig konsulent for DSAM's kliniske vejledninger), lektor, ph.d., praktiserende læge.

Forsideillustration: Ole Bjørn Gundermann

Sats: Lægeforeningens forlag

Tryk: Scanprint, Viby J

Oplag: 5.000

ISBN: 978-87-91244-12-4

Udgivet af Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegering.

1. udgave, 1. oplag

© DSAM, 2009

Vejledningen og ekstra plastark kan købes hos Månedsskrift for Praktisk Lægegering, [www.mpl.dk](http://www.mpl.dk), tlf. 35 26 67 85, eller downloades fra DSAM's hjemmeside, [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk).

Vandladningsskemaet, DAN-PSS og ICIQ kan udprintes fra DSAM's hjemmeside.

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	4
<b>Evidensniveauer og anbefalingers styrke</b> .....	6
<b>Formål og strategi</b> .....	7
Hvad er formålet med udredning og behandling af patienter med nedre urinvejssymptomer? .....	7
Hvad er den overordnede strategi ved udredning og behandling af patienter med nedre urinvejssymptomer? .....	7
<b>Nedre urinvejssymptomer – hyppige og generende symptomer</b> .....	8
Hvor hyppigt er det? .....	8
Hvordan opleves det? .....	8
Hvilke symptomer findes der? .....	9
Hvordan registreres nedre urinvejssymptomer? .....	10
Dansk Prostata Symptom Scoringsskema (DAN-PSS)	
– hvad kan det bruges til? .....	10
International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)	
– hvad kan det bruges til? .....	11
<b>Første konsultation</b> .....	12
Hvad skal afklares ved første konsultation? .....	12
<b>Anden konsultation</b> .....	13
Hvad er hovedformålet med anden konsultation? .....	13
Hvem skal henvises, behandles eller alene informeres og vejledes? .....	13
Hvilke muligheder for behandling har almen praksis? .....	14
Hvilken farmakologisk behandling kan vælges? .....	16
<b>Tredje konsultation</b> .....	18
Hvilke undersøgelser anbefales ved tredje konsultation? .....	18
<b>Hvilke sociale ydelser er patienten berettiget til?</b> .....	19
<b>Hvilke problemer er der i behandlingssystemet?</b> .....	20
<b>Mikroskopisk hæmaturi – urinstiks eller mikroskopi?</b> .....	21
<b>Prostata Specifikt Antigen (PSA) – hvad kan PSA bruges til?</b> .....	22
<b>Bilag 1: Væske- og vandladningsskema</b> .....	23
<b>Bilag 2: Symptomscoringsskemaer</b> .....	27
Dansk Prostata Symptom Scoringsskema (DAN-PSS) .....	27
International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) .....	29
<b>Litteraturliste</b> .....	30

## Forord

### DSAM

I DSAM er vi glade for at kunne præsentere en tiltrængt opdatering af den tidligere vejledning fra 1999 om urininkontinens. Meget har ændret sig i de forløbne 10 år, ny viden er kommet til, og kendt viden er blevet dokumenteret. Vi besluttede tidligt i forløbet, at opdateringen skulle udbygges til at omfatte alle nedre urinvejssymptomer – og ikke kun inkontinens – hos mænd og kvinder.

Reelt er der derfor tale om en helt ny vejledning. Vejledningen indleder samtidig en ny epoke for DSAM's kliniske vejledninger. Speciallæger i almen medicin har nu fået så megen ekspertviden inden for mange sygdomsområder, at vi kan sammensætte mindre arbejdsgrupper bestående af almenmedicinere med interesse og viden inden for området suppleret med kolleger inden for relevante specialer.

Vi tror, at anbefalingerne i vejledningen vil blive efterspurgt. Efter 60-års-alderen oplever 10-15% af både mænd og kvinder nedre urinvejssymptomer i varierende omfang, og andelen af gener stiger med alderen. I en travl hverdag i almen praksis er det fx vigtigt for lægen og klinikpersonalet at få klar besked om, hvorvidt urinen skal undersøges med stiks eller mikroskopi, og hvornår der skal tages en PSA – og ikke mindst hvornår denne prøve ikke skal tages.

Der skal lyde en stor tak til skrivegruppen for vejledningen!

*Roar Maagaard*

Formand for DSAM

## Arbejdsgruppen

Formålet med denne vejledning, som er udarbejdet af en tværfaglig arbejdsgruppe, har været at udarbejde en evidensbaseret klinisk vejledning for almen praksis om udredning og behandling af nedre urinvejs symptomer hos mænd og kvinder. Vejledningen er baseret på klinisk evidens, i det omfang der er fundet valide kilder hertil. På områder, hvor der ikke fandtes god evidens, er vejledningen suppleret med arbejdsgruppens forslag til bedste kliniske praksis.

Dansk Selskab for Almen Medicin udgav i 1999 en klinisk vejledning om udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis. Nærværende vejledning er en opdatering og udbygning af denne.

Fleere afsnit er opbygget med udgangspunkt i et veldefineret klinisk relevant spørgsmål efterfulgt af en besvarelse med angivelse af baggrunden for besvarelsen.

Det er påvist, at 70-80% af de patienter, der henvender sig i almen praksis med nedre urinvejs symptomer, kan udredes og færdigbehandles i almen praksis med tilfredsstillende resultat [1]. Udredningen og behandlingen vil for de fleste patienters vedkommende foregå i almen praksis, men ofte i tæt samarbejde med andre dele af sundhedsvæsenet.

Vejledningen har været i høring hos kolleger, faglige selskaber og centrale sundhedsmyndigheder og organisationer<sup>1</sup>. Arbejdsgruppen takker for de konstruktive kommentarer, vi har fået.

*Bjarne Lühr Hansen*

Formand for arbejdsgruppen

---

1) 50 tilfældigt udvalgte praktiserende læger, 10 tilfældigt udvalgte yngre læger samt afdelinger og forskningsenheder for almen medicin i Kbh, Århus og Odense, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Urologisk Selskab, Velfærdsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, Institut for Rationel Farmakoterapi, Kommunernes Landsforening, Lægemiddelstyrelsen, DAK-E, RIV-Kbh.

## Evidensniveauer og anbefalingers styrke

Vejledningens anbefalinger bygger på en systematisk litteraturgennemgang i databasen Medline. Samtidig er tilgængelige konsensusrapporter og kliniske guidelines samt tilgængelige nationale anbefalinger gennemgået. Der er kun medtaget litteratur på engelsk eller på skandinaviske sprog. Formålet med at angive anbefalingeres styrke er at give læseren mulighed for at vurdere, hvilken grad af evidens anbefalingerne bygger på. I tilfælde af uoverensstemmelse internt i arbejdsgruppen vedrørende formulering af en konkret anbefalings styrke er den tilgrundliggende evidens diskuteret.

Styrken er graderet fra A (mest valid) til D (mindst valid). Kategorien √ udtrykker skrivegruppens anbefaling af god klinisk praksis.

Anbefaling	Vidensområde
A	Randomiserede kontrollerede forsøg
B	Kohortestudier, databasestudier, case-kontrol-undersøgelser
C	Kasuistikker
D	Ekspertudtalelser, studier baseret på patofysiologi eller laboratorieforskning
√	Anbefalet af skrivegruppen som god klinisk praksis

# Formål og strategi

## Hvad er formålet med udredning og behandling af patienter med nedre urinvejssymptomer?

- Lindring eller fjernelse af symptomer
- Forbedring af livskvaliteten
- Opsporing og henvisning af patienter med alvorlige sygdomme.

## Hvad er den overordnede strategi ved udredning og behandling af patienter med nedre urinvejssymptomer?

- Udredning og behandling bør tilpasses den enkelte patient med udgangspunkt i patientens egne ønsker. Der bør samtidig inddrages risikovurdering under hensyntagen til patientens alder og niveauet af risikofaktorer.
- Udredning og behandling vil for langt de fleste patienters vedkommende kunne foregå i almen praksis (B).
- Udredningen består af anamnese inklusive symptomscoringsskema, væske- og vandladningsskema, objektiv undersøgelse, urinundersøgelse og eventuelt blodprøver (V).
- Udredningen i almen praksis har til formål at opdele patienterne i tre grupper:
  - Patienter uden et behandlingsbehov
  - Patienter med et behandlingsbehov, som kan håndteres i almen praksis
  - Patienter, der skal henvises til sekundærsektoren.

Behandlingen i almen praksis vil ofte bestå af en kombination af konservativ og farmakologisk behandling.

Patienter med alarmsymptomer (se side 13) bør henvises tidligst muligt.

# Nedre urinvejssymptomer – hyppige og generende symptomer

## Hvor hyppigt er det?

### Kvinder [2]

- Prævalens af nedre urinvejssymptomer mindst 1 gang om ugen hos 40-60-årige er 28%.
- Prævalens af inkontinens mindst 1 gang om ugen hos 40-60-årige er 16%.
- Fordeling af inkontinens på typer:
  - Stressinkontinens: 40%
  - Urgeinkontinens: 20%
  - Blandingsinkontinens: 30%
  - Kan ikke klassificeres: 10%.

### Mænd

- Prævalens af nedre urinvejssymptomer hos 60-64-årige er 11%.
- Prævalens af nedre urinvejssymptomer hos + 85-årige er 31%.

Urininkontinens er et almindeligt symptom hos kvinder i alle aldersgrupper – men ses specielt hos ældre kvinder. Prævalensen af urininkontinens varierer fra 25% til 45%, afhængigt af hvordan symptomet afgrænses, hvilke undersøgelsesmetoder der anvendes, og hvilken population der undersøges. Et dansk studie fra 2000 [3;4] viste en prævalens af urininkontinens mindst 1 gang om ugen på 16%.

En relativ fordeling på forskellige inkontinens typer afhænger af alderen. Stressinkontinens optræder sædvanligvis hos omkring 40% af kvinderne, mens 20% har urgeinkontinens, og 30% har blandingsinkontinens. Hos omkring 10% kan inkontinens typen ikke klassificeres.

Mange mænd får problemer med vandladningen som følge af ændringer i prostatas størrelse og påvirkning af urinflowet. På et tidspunkt påvirkes blærens funktion, og der opstår symptomer i form af besværet vandladning og urininkontinens. Generne begynder dog først at blive udtalte efter 50-årsalderen. Efter 50-årsalderen sker der en stigning i hyppigheden af urininkontinens, mest i form af kraftig vandladningstrang og specielt efterdryp.

## Hvordan opleves det?

- Påvirket livskvalitet, fx en lavere grad af psykisk velbefindende
- Dårligere seksualliv
- Dårligere nattesøvn
- Påvirkning af arbejdsevne
- Påvirkning af sociale relationer.

Vandladningsproblemer har store konsekvenser for både mænd og kvinders livskvalitet. Natlig vandladning påvirker søvnen med efterfølgende træthed og nedsat arbejdsfunktion til følge. Graden af negativ indvirkning på livskvaliteten afhænger af sværhedsgraden af vandladningsproblemerne [3].

En dansk undersøgelse har dokumenteret sammenhæng mellem vandladningsproblemer og seksuel dysfunktion – for både mænd og kvinder [5].

Som mål for sværhedsgraden af nedre urinvejssymptomer og for graden af



påvirkning af livskvalitet kan symptomscoringsskemaer anvendes (se bilag 2). Til mænd anvendes Dansk Prostata Symptom-scoringsskema (DAN-PSS) og til kvinder International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ).

## Hvilke symptomer findes der?

### Blærefyldningssymptomer

- Inkontinens (urge- og stress-)
- Pollakisuri
- Nykturi
- Nokturn enuresis.

### Blæretømmingssymptomer

- Brug af bugpresse
- Igangsætningsbesvær
- Langvarig vandladning
- Inkomplet eller manglende tømning (urinretention)
- Langsom tømning og/eller afbrydelse af stråle
- Efterdryp.

### Kombinerede blærefyldnings- og blæretømmingssymptomer

- Urgency
- Overaktiv blæresyndrom
- Dysuri
- Manglende fornemmelse af blærefyldning
- Painful bladder.

### Andre

- Hæmaturi (makro- eller mikroskopisk).

Nedre urinvejssymptomer kan opdeles i relation til blærens fyldnings- og tømning-fase [6]:

- Blærefyldningsproblemer tyder på forstyrrelse i blærens reservoirkontraktion i form af svag uretral lukkefunktion eller en overaktiv blære.
- Blæretømmingsproblemer tyder på funktionsforstyrrelse i blærens tømning i form af afløbshindring eller svag blæremuskulatur.

*Hæmaturi:* Blod i urin – enten makroskopisk eller mikroskopisk hæmaturi. Skal altid tages alvorligt, idet det kan være tegn på ondartet sygdom i urinvejene [7].

*Urgency:* Pludselig opstået, stærkt bydende vandladningstrang, som vanskeligt kan udsættes.

*Urgeinkontinens:* Ufrivillig urinlækage ledsaget af eller umiddelbart forudgået af urgency.

*Stressinkontinens:* Ufrivillig urinlækage under anstrengelse, hoste, nys, latter, løb, hoppen m.m.

*Pollakisuri:* Gennemsnitligt mere end 10-12 vandladninger i døgnet.

*Urinretention:* Akut manglende evne til at lade vandet eller kronisk mangelfuld blæretømning.

*Overløbsinkontinens:* Kronisk urinretention med »overløb« af urin.

*Dysuri:* Smertefuld vandladning.

*Nykturi:* Natlig vandladning.

*Polyuri:* Diuresen større end 40 ml/kg/24 timer (typisk mere end 2½ liter urin per døgn).

*Natlig polyuri:* Mere end en tredjedel af den samlede diurese udskilles om natten.

*Overaktiv blæresyndrom:* Et symptomkompleks karakteriseret ved bydende vandladningstrang (urgency) med eller uden urgeinkontinens, sædvanligvis ledsaget af pollakisuri og nykturi uden tilstedeværelse af infektion, inflammation eller organiske eller neurologiske forandringer i de nedre urinveje.

### Hvordan registreres nedre urinvejssymptomer?

- Anamnese
- Dansk Prostata Symptom Scoringsskema (DAN-PSS)
- International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ).

### Dansk Prostata Symptom Scoringsskema (DAN-PSS) – hvad kan det bruges til?

- At udrede og behandle mænd med nedre urinvejssymptomer
- At vurdere graden af symptomer
- At vurdere behandlingsbehovet
- At fange enkelte, men dog ikke alle alarmsymptomer
- At kontrollere behandlingen.

Som led i evalueringen af vandladningsproblemer er det vigtigt at bedømme graden af symptomer – og især den generelle livskvalitetsnedsættelse symptomerne medfører – med henblik på at vurdere behandlingsbehovet. Til dette formål er det en stor hjælp at anvende et symptomscoringsskema, og det anbefales at anvende det dansk udarbejdede validerede skema DAN-PSS [8].

DAN-PSS udfyldes af patienten og består af 12 × 2 spørgsmål (se bilag 2). Skemaet anvendes fortrinsvis til mænd. Patientens totale score viser, i hvor høj grad patienten er generet af symptomerne, mens fordelingen på de enkelte spørgsmål viser, hvor problemet er størst.

DAN-PSS giver et godt grundlag for samtale med patienten, idet man relativt let kan spore sig ind på, hvor problemerne ligger, og hvor udtalte de er. Herudover kan man fange visse alarmsymptomer. Endelig er skemaet et værdifuldt redskab ved kontrol af en iværksat behandling, idet man opnår et forholdsvis objektive mål for effekten på symptomerne ved brug af den samlede score.

## International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) – hvad kan det bruges til?

- At udrede og behandle kvinder med nedre urinvejssymptomer
- At vurdere grad og type af inkontinens
- At vurdere behandlingsbehovet
- At kontrollere behandlingen.

ICIQ-skemaet, som består af fire spørgsmål, er udviklet som redskab til vurdering af graden og typen af urininkontinens samt symptomernes betydning for patientens livskvalitet.

Undersøgelser har vist, at ICIQ let kan udfyldes af patienten. Skemaet kan også anvendes til registrering af ændringer i graden og betydningen af urininkontinens, og det er derfor særligt egnet til at kontrollere effekten af en iværksat behandling [9].

# Første konsultation

Kun omkring en tredjedel af personer med nedre urinvejsymptomer søger hjælp hos deres praktiserende læge. Konsultationshyppigheden stiger med symptomernes sværhedsgrad og patientens eventuelle bekymring.

## Trin 1 - anamnese

Vandladningsproblemer bliver sjældent præsenteret af patienten i konsultationen som en klar, veldefineret problemstilling. Introduktionen kan være henkastet og sekundær eller tertiær i sammenhæng med en anden kontaktårsag.

## Hvad skal afklares ved første konsultation?

- Patientens frygt, forestillinger og forventninger
- Patientens medicinske forhistorie i relation til vandladningsproblemet
- Indikationer for at gå videre med udredning, behandling og/eller henvisning
- Fastlæggelse af det videre forløb på baggrund af ovenstående.

Trin 1 skal sikre en god anamnese.

Trin 2 kan udføres som selvstændig konsultation og skal sikre grundlaget for visitation af patienten.

## Trin 2 - klinisk vurdering

Den kliniske vurdering baseres på anamnese og enkelte undersøgelser.

Mænd	Undersøgelser	Kvinder
X	Væske- og vandladnings-skema	X
X (DAN-PSS)	Symptomscoringsskema	X (ICIQ)
X	Urin: blod, leuko., nitrit, sukker	X
X	Serumkreatinin	
X (formål og konsekvens diskuteres med pt.)	S-PSA	
X	Palpation af abdomen (tumorer og blæredæmpning)	
X (prostata størrelse, symmetri, konsistens, tumorer, obstipation)	Rektaleksploration/GU	X (slimhindeatrofi, genital prolaps, tumorer i lille bækken, obstipation, knibekraft)
(X)	Måling af residualurin	(X)

Forekomst af residualurin kan mistænkes i forbindelse med den objektive undersøgelse, eller når patienten klager over en fornemmelse af mangelfuld blæretømning. Måling af residualurin kan foretages ved hjælp af et tyndt engangskateter. Man beder patienten lade vandet, når han/hun føler trang dertil, og blæren tømmes derefter med et engangskateter. Der er ingen fast grænse for, hvad der er patologisk, men kombinationen af en fornemmelse af manglende blæretømning og residualurin > 100 ml (ved gentagen måling) bør føre til henvisning til sekundærsektoren.

# Anden konsultation

## Hvad er hovedformålet med anden konsultation?

At opdele patienterne i tre grupper:

- De, der alene skal informeres og vejledes
- De, der skal tilbydes behandling i almen praksis
- De, der skal henvises.

Med udgangspunkt i patientens symptomer, væske- og vandladningsskema, symptomscore og resultaterne af de gennemførte undersøgelser vil det være muligt at opdele patienterne i ovennævnte tre grupper.

## Hvem skal henvises, behandles eller alene informeres og vejledes?

### Alene information og vejledning

Patienter, hvis livskvalitet ikke er påvirket, bør alene informeres og vejledes. Ofte vil information om det forventede forløb og om, at tilstanden ikke skyldes alvorlig sygdom, medføre lindring.

### Behandling i almen praksis

Patienter, hvis livskvalitet er påvirket, bør tilbydes behandling. Valg af behandling vil afhænge af, hvilken type nedre urinvejsymptom der fastlægges ud fra anamnesen og resultatet af de gennemførte undersøgelser.

### Henvisning

Nogle symptomer og objektive fund hos patienter med vandladningsproblemer kan være tegn på kræftsygdomme og bør derfor resultere i henvisning til nærmere udredning. En særligt vanskelig gruppe af patienter bør ligeledes henvises, idet udredning og behandling kan forventes at blive særligt kompliceret.

## Patienter med alarmsymptomer eller -fund bør henvises

### Mænd

- Makroskopisk hæmaturi uden oplagt årsag (cystitis)
- Mikroskopisk hæmaturi og vandladningsproblemer uden oplagt årsag (cystitis)
- Symptomer udviklet over kort tid (1-2 måneder)
- PSA > 3,0 ng/ml (< 60 år), > 4,0 ng/ml (60-70 år), > 5,0 ng/ml (> 70 år)
- Suspekt prostata ved rektaleksploration
- Urinretention (residualurin > 100 ml)
- Nyrefunktionsnedsættelse.

### Kvinder

- Makroskopisk hæmaturi uden oplagt årsag (cystitis, menstruation)
- Mikroskopisk hæmaturi og vandladningsproblemer uden oplagt årsag (cystitis, menstruation)
- Blæretømningsbesvær eller urgeinkontinens udviklet over kort tid (1-2 måneder) uden fund af infektion
- Udfyldning i det lille bækken
- Urinretention (residualurin > 100 ml).

## Patienter tilhørende en særligt vanskelig gruppe bør henvises

### Mænd

- < 50 år
- Kendte neurologiske lidelser
- Brug af medicin med påvirkning af blære- og urethrafunktion, hvor seponering ikke er hensigtsmæssig
- Inkontinens ledsaget af blæretømningsproblemer
- Manglende eller ikke-tilfredsstillende behandlingseffekt eller forværring af symptomer.

### Kvinder

- Tidligere operation eller strålebehandling af nedre urinveje
- Brug af medicin med påvirkning af blære- og urethrafunktion, hvor seponering ikke er hensigtsmæssig
- Inkontinens ledsaget af genitalprolaps
- Kendte neurologiske lidelser
- Inkontinens ledsaget af blæretømningsproblemer
- Manglende eller ikke-tilfredsstillende behandlingseffekt eller forværring af symptomer.

Ved hæmaturi forstås patologisk udskillelse af erythrocytter i urinen. I almen praksis stilles diagnosen mikroskopisk hæmaturi ved undersøgelse af ucentrifugeret urin, idet 1 erythrocyt per 10 synsfelter ved 400 gange forstørrelse er nedre grænse. Asymptomatisk mikroskopisk hæmaturi med normal serumkreatinin, ingen proteinuri og ingen tegn på urinvejsinfektion kan ses an, hvis patienten er under 40 år. Øvrige patienter med mikroskopisk hæmaturi henvises til nærmere udredning.

Anamnestisk makroskopisk hæmaturi uden oplagt årsag (cystitis eller menstruation) bør henvises til nærmere udredning.

En hurtig udvikling af vandladningsproblemer (over 1-2 måneder) uden tegn på infektion kan være tegn på alvorlige sygdomme.

En patient med udfyldning i det lille bækken ved GU eller ved rektaleksploration bør henvises.

## Hvilke muligheder for behandling har almen praksis?

- Watchful waiting
- Vurdering og eventuel justering af medicin
- Konservativ behandling
  - Livsstilsændringer
  - Bækkenbundstræning
  - Vaginalvægte
- Blæretræning
- Vaginale hjælpemidler
- Farmakologisk behandling.

### Watchful waiting

Når nedre urinvejsymptomer udviser betydelige spontane svingninger, kan Watchful waiting være hensigtsmæssigt, afhængig af symptomernes sværhedsgrad og

påvirkningen af patientens livskvalitet. Behandlingen kan især anbefales ved lette grader af symptomer og/eller ved mindre udtalt påvirkning af livskvaliteten. Der kan aftales kontrol efter 3-6 måneder.

### *Livsstileændringer*

- Vægttab
  - Overvægt er en uafhængig risikofaktor for urininkontinens (B)
  - Vægttab hos overvægtige kvinder bedrer inkontinensen (B)
- Reduceret væskeindtagelse (specielt hvis der er tale om polyuri)
  - Nedsat kaffeindtagelse kan bedre inkontinensen
  - Hos ældre patienter er der påvist en stærk relation mellem væskeindtagelse før sengetid og nykturi samt nokturn ladet volumen (B)
- Regulering af obstipation (D).

### *Bækkenbundstræning*

Bækkenbundstræning har en dokumenteret effekt hos kvinder med stress-, urge- og blandingsinkontinens [10] og bør derfor tilbydes som førstevalgsterapi (A). Der opnås størst effekt ved det mest intensive superviserede program (B-C).

Der er nogen evidens for, at træning med vaginalvægte har en vis effekt. Nogle kvinder opgiver dog pga. bivirkninger (lokale gener). Træning med vaginalvægte synes at være effektivt for kvinder med stressinkontinens (A), men kan være umulig at gennemføre pga. bivirkninger.

### *Blæretæning*

Blæretæning kræver professionel instruktion og tæt opfølgning.

Der findes god men sparsom evidens (A) for, at blæretæning er effektivt til kvinder med urge-, stress- og blandingsinkontinens, og blæretæning anbefales som førstevalg til behandling af urininkontinens hos kvinder [11].

Hvis der ikke er sket en forbedring efter 3 uger, skal situationen reevalueres, og andre behandlingsmuligheder overvejes.

### *Vaginale hjælpemidler*

Støtte af blærehalsen kan opnås ved anvendelse af fx Conveen (polyurethantampon) eller inkontinensringe, hvilket kan bedre kontinensen, uden at der opstår obstruktion eller ledsagende komorbiditet (C).

## Hvilken farmakologisk behandling kan vælges?

### 1. Urgency/urgeinkontinens

- Antikolinergika med antimuskarin-effekt
  - Tolterodin (Detrusitol) 1,4-2,8 mg (A)
  - Trospium (Spasmolyt) 20 mg x 2 (A)
  - Solifinacin (Vesicare) 5-10 mg (A)
  - Darifinacin (Emselex) 7,5-15 mg (A)
  - Fesoterodin (Toviaz) 4-8 mg (A)
  - Oxybutynin depotplaster (Kentera) 3,9 mg/24 timer (A)
- Østrogen lokalt (B).

### 2. Stressinkontinens

- Serotonin/noradrenalin-optagehæmmer
  - Duloxetin (Yentreve) 20-40 mg (A)
  - Imipramin 10/20 mg x 3 (C)
- Østrogen (D).

### 3. Nykturi

- Loop-diuretika (fx Lasix 20-40 mg sidst på eftermiddagen) (A)
- Antidiuretisk behandling med Desmopressin 0,1-0,4 mg til natten (A).

### 4. Blæretømningsproblemer

- Alfa-1-receptorblokkere (A)
- 5-alfa-reduktasehæmmere (A).

De nedre urinveje virker som en funktionel enhed, der kontrolleres via et komplekst samspil mellem det centrale og perifere nervesystem samt lokale regulatoriske faktorer. Funktionsforstyrrelser kan bedres ved farmakologisk behandling. Blæreoveraktivitet (urgency/urgeinkontinens) kan bedres med farmaka, der dæmper detrusoraktiviteten og øger blærekapaciteten, mens stressinkontinens kan bedres via stoffer, som øger den uretrale lukkefunktion.

### 1) Urgency/urgeinkontinens og overaktiv blære-syndrom

Normal blærekontraktion medieres først og fremmest gennem stimulation af muskarinreceptorer (M2 og M3) i detrusormuskulaturen. Hos patienter med detrusoroveraktivitet (urodynamisk diagnose) og overaktiv blære-syndrom kan antikolinergika med antimuskarin-effekt anvendes.

Effekten er ofte moderat med en reduktion i vandladningsfrekvensen i forhold til placebo på 1-2 gange i døgnet og en reduktion i antallet af inkontinensepisoder i forhold til placebo på ½-1 gang i døgnet [12].

Der er ikke påvist væsentlig forskel i effekten mellem de forskellige muskarinreceptor-blokkere, men bivirkningsprofilen varierer. Antikolinergika kan give generende bivirkning i form af mundtørhed og akkommodationsparese, obstipationstendens og specielt hos ældre kognitive bivirkninger, evt. konfusion. Ved utilstrækkelig effekt kan dosisøgning forsøges [12]. Ved udtalt mundtørhed kan skift til Oxybutynin depotplaster forsøges. Ved CNS-bivirkninger kan skift til Darifinacin eller Trospium forsøges, da disse stoffer i mindre grad trænger ind i CNS [12].



Der er evidens for østrogens virkning, administreret lokalt, hos patienter med et overaktivt blæresyndrom [12] (B).

## **2) Stressinkontinens**

Ved stressinkontinens kan den uretrale sphincterfunktion stimuleres med en selektiv serotonin/noradrenalin optagehæmmer (SNRI). Effekten er beskeden med ikke ubetydelige bivirkninger.

Østrogens virkning ved stressinkontinens synes beskeden (D).

## **3) Nykturi**

Nykturi optræder hyppigere med stigende alder. Årsagen er ofte kompleks, men patofysiologisk finder man tit natlig polyuri (natvolumen > 1/3 af døgnvolumen) eller nedsat funktionel blærekapacitet (fx detrusoroveraktivitet).

Specielt hos patienter med natlig polyuri kan farmakologisk behandling anvendes, enten i form af 1) loop-diuretika, fx Lasix 20-40 mg sidst på eftermiddagen, eller 2) antidiuretisk behandling med Desmopressin 0,1-0,4 mg til natten.

Desmopressinbehandling kan være meget effektiv, men rummer en risiko for hyponatriæmi (8%), specielt hos patienter over 65 år. Denne behandling bør derfor kontrolleres med et S-Na, før behandlingen påbegyndes, og bør kontrolleres efter 2-3 dage [12].

## **4) Blæretømningsproblemer**

Mænd med blæretømningsbesvær kan have glæde af behandling med alfa-1-receptorblokerende stoffer [12] (A). Virkningen indtræder relativt hurtigt (i løbet af 3-6 uger), og alfa-1-receptorblokerende stoffer er derfor ofte førstevalgspræparat. Virkningsmekanismen er afslapning af den glatte muskulatur omkring blærehalsen og prostata.

Ved blæretømningsbesvær og mistanke om stor prostata kan der være effekt af 5-alfa-reduktasehæmmere, som hindrer omdannelsen af testosteron til dihydrotestosteron og derved får prostatakirtlen til at skrumpes eller i hvert fald til ikke at vokse. Virkning indtræder relativt langsomt (i løbet af 3-6 måneder).

Bivirkning ved alfa-1-receptorblokker-behandling kan være hypotension.

Bivirkning ved 5-alfareduktasehæmmer-behandling kan være nedsat libido.

Hos en patient, som har blæretømningsbesvær, hvor der ønskes hurtig virkning og langvarig effekt, og hvor der er mistanke om stor prostata, kan man kombinere alfa-1-receptorblokker-behandlingen og 5-alfa-reduktasehæmmer-behandlingen de første 2-3 måneder, hvorefter alfa-1-receptorblokker-behandlingen seponeres.

Alfa-1-receptorblokkere kan også anvendes til kvinder.

Efter valg af behandling udleveres væske- og vandladningsskema og symptomscoringsskema til patienten med henblik på at vurdere effekten ved tredje konsultation.

## Tredje konsultation

Kontrol og opfølgning anbefales efter 3-6 måneder, afhængigt af den valgte behandling.

### Hvilke undersøgelser anbefales ved tredje konsultation?

Mænd	Undersøgelser	Kvinder
X	Væske- og vandladnings-skema	X
X (DAN-PSS)	Symptomscoringsskema	X (ICIQ)
X	Urin: blod, leuko., nitrit, sukker	X

Patienten spørges om effekten af den valgte behandling, og de udfyldte væske- og vandladningsskemaer og symptomscoringsskemaer gennemgås. Ved manglende eller ikke-tilfredsstillende effekt overvejes en anden form for behandling eller henvisning.

# Hvilke sociale ydelser er patienten berettiget til?

- Bind/bleer, kontinensstampon, katetre
- Tilskudsberettiget medicin (almindeligt tilskud og eventuelt kronikertilskud).

I henhold til serviceloven kan alle med en varig lidelse – uanset indkomst – få betalt et hjælpemiddel. Ordningen administreres forskelligt fra kommune til kommune. Som hovedregel kræver kommunerne, at patienten forinden er undersøgt hos lægen, at andre behandlingsmuligheder er udtømte, og at borgeren har et varigt nedsat funktionsniveau, som hjælpemidlet afhjælper. Der sendes en ansøgning om betaling af hjælpemiddel til kommunen.

Hvis kommunen har leverandøraftaler, vil bevillingen ydes i form af kontantydelse til indkøb af produkter eller levering af produkter fra leverandøren. Patienten har ikke mulighed for at vælge andre leverandører, medmindre han/hun selv ønsker at betale den fulde pris.

Der er generelt tilskud til størstedelen af den medicin, der anvendes i behandlingen af nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder. For duloxetine (Yentreve) skal der dog søges om enkelttilskud til hver enkelt patient. Ansøgningen sendes til Lægemiddelstyrelsen.

## Hvilke problemer er der i behandlingssystemet?

- Utilstrækkelig mulighed for henvisning til bækkenbundstræning
- Uklare retningslinjer for fordeling af arbejdsopgaver mellem primær og sekundær sektor
- Variation i kommunalt tilskud til hjælpemidler
- Ikke fuldt tilskud til dækning af medicinudgifter.

Da bækkenbundstræning har dokumenteret effekt hos kvinder med stress-, urge- og blandingsinkontinens, og da der opnås størst effekt ved superviserede programmer, er utilstrækkelig mulighed for henvisning til bækkenbundstræning en alvorlig barriere i behandlingssystemet [10;11].

Klare retningslinjer for opdeling af arbejdsopgaver mellem primær- og sekundærsektoren vil sikre hurtig udredning og behandling af de patienter, der har det største behov. Nærværende kliniske vejledning kunne være første skridt mod en opgavefordeling, men skal følges op af lokale og/eller regionale aftaler.

# Mikroskopisk hæmaturi

## - urinstiks eller mikroskopi?

- Urinstiks har høj negativ prædiktiv værdi (få falsk negative)
- Urinstiks har lavere positiv prædiktiv værdi (nogle falsk positive)
- Urinstiks er velegnede som screeningsinstrument ved korrekt brug, dvs. ved:
  - Friskladet urin
  - Fulgt brugsvejledning
- Positiv stikshæmaturi bør umiddelbart efter følges op med fasekontrastmikroskopi, dvs. ved:
  - Friskladet urin på samme urin
  - Gennemsyn af 10 felter
  - $\geq 1$  erythrocyt per 10 synsfelter ved  $400 \times$  forstørrelse.

På grund af regional variation henvises der til regionale vejledninger.

# Prostata Specifikt Antigen (PSA)

## - hvad kan PSA bruges til?

- Alle mænd med vandladningsproblemer bør have målt PSA.
- Screening for prostatacancer anbefales ikke.
- Normal PSA udelukker ikke cancer.
- Grænseværdier for PSA, hvor risikoen for prostatacancer er over 30%: > 3,0 ng/ml (< 60 år), > 4,0 ng/ml (60-70 år), > 5,0 ng/ml (> 70 år).
- Ved normal rektaleksploration og PSA fra 4,1-10,0 ng/ml vil 25% have cancer.
- Ved normal rektaleksploration og PSA > 10,0 ng/ml vil 50% have cancer.
- »Falsk« for høj PSA ses ved benign prostatahypertrofi, infektion, urinretention, prostatamassage, kateter à demeure, efter prostatabiopsi og efter instrumentering af nedre urinveje.
- »Falsk« for lav PSA ses ved behandling med 5-alfa-reduktasehæmmere (PSA skal da multipliceres med 2).

PSA er et enzym, som produceres af kirtelcellerne i prostata. PSA gør ejakulatet tyndtflydende. PSA's største begrænsning er, at det er vævs- og ikke tumorspecifikt, hvilket betyder, at PSA er forhøjet hos mange patienter med benign prostatahypertrofi. PSA stiger med alderen.

PSA-måling er ikke indiceret hos symptomfrie mænd med normalt resultat af rektaleksploration og uden arvelig disposition.

Inden der tages PSA, bør fordele og ulemper diskuteres med patienten. Patienten bør informeres om muligheden for falsk negative og falsk positive resultater samt om konsekvensen af for høj PSA.

Måling af PSA øger diagnoseraten betydeligt i forhold til rektaleksploration alene. Alle mænd med vandladningsproblemer bør derfor have målt PSA.

# Bilag 1: Væske- og vandladningsskema

Navn: \_\_\_\_\_

Cpr-nr.: \_\_\_\_\_

Et væske- og vandladningsskema er en dagbog over, hvad og hvor meget du drikker, og hvor stor din vandladning er. Skemaet udfyldes over 3 døgn.

## Vejledning til udfyldelse af skema

### Væskeindtagelse

Mængden af alle drikkevarer, inklusive kaffe, te, alkohol m.m., måles.

### Vandladning

Mål mængden med et målebæger.

Vandladningens mængde er en vigtig information for lægen. Det er derfor af stor betydning, at du måler mængden så præcist som muligt.

### Utæt for urin

Når du har ufrivillig vandladning (»dryp«, lidt eller meget).

### Aktivitet

Hvad foretog du dig, da du var utæt for urin? Fx hostede, løftede ting, løb, gjorde gymnastik, satte dig ned i stol, så fjernsyn etc.

#### Vejledning til at vurdere mængden, du drikker:

1 kop kaffe	150 ml
1 krus kaffe	250 ml
1 øl	330 ml
1 lille sodavand	250 ml
1 glas vand	250 ml
1 glas vin	150 ml

## Væske- og vandladningsskema Dag 1

Dato:

Typisk dag?

Ja:

Nej:

Klokken	Væskeindtagelse (ml)	Vandladning (ml)	Utæt for urin	Aktivitet
7.00				
8.00				
9.00				
10.00				
11.00				
12.00				
13.00				
14.00				
15.00				
16.00				
17.00				
18.00				
19.00				
20.00				
21.00				
22.00				
23.00				
24.00				
1.00				
2.00				
3.00				
4.00				
5.00				
6.00				



## Væske- og vandladningsskema Dag 2

Dato:

Typisk dag?

Ja:

Nej:

Klokken	Væskeindtagelse (ml)	Vandladning (ml)	Utæt for urin	Aktivitet
7.00				
8.00				
9.00				
10.00				
11.00				
12.00				
13.00				
14.00				
15.00				
16.00				
17.00				
18.00				
19.00				
20.00				
21.00				
22.00				
23.00				
24.00				
1.00				
2.00				
3.00				
4.00				
5.00				
6.00				

ÆLDRE  
 DRÆ  
 KVER  
 SSION

## Væske- og vandladningskema Dag 3

Dato:

Typisk dag?

Ja:

Nej:

Klokken	Væskeindtagelse (ml)	Vandladning (ml)	Utæt for urin	Aktivitet
7.00				
8.00				
9.00				
10.00				
11.00				
12.00				
13.00				
14.00				
15.00				
16.00				
17.00				
18.00				
19.00				
20.00				
21.00				
22.00				
23.00				
24.00				
1.00				
2.00				
3.00				
4.00				
5.00				
6.00				

# Bilag 2: Symptomscoringskemaer

## Dansk Prostata Symptom Scoringsskema (DAN-PSS)

Spørgsmålene i dette skema skal hjælpe lægen til at finde ud af, hvad du fejler, og hvor meget du er generet af dine vandladningsproblemer.

Skemaet består af 12 spørgsmål. Hvert spørgsmål er opdelt i A og B. Den første del af spørgsmålet (A) skal vise lægen, hvilke vandladningsproblemer du har. Hvis du har det pågældende vandladningsproblem, skal næste spørgsmål (B) besvares, så lægen kan se, hvor meget du er generet.

Skemaet tager udgangspunkt i dine vandladningsproblemer, som de har været de sidste 2 uger.

Alle spørgsmål skal besvares.

Navn: \_\_\_\_\_

Cpr-nr.: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

### 1A. Skal du vente på, at vandladningen kommer i gang?

- Nej 0
- Sjældent 1
- Dagligt 2
- Hver gang 3

### 1B. Hvis du skal vente, hvor stor en gene er det så for dig?

- Ikke generende 0
- Lidt generende 1
- Moderat generende 2
- Meget generende 3

### 2A. Synes du urinstrålen er:

- Normal? 0
- Lidt slap? 1
- Meget slap? 2
- Dryppende? 3

### 2B. Hvis urinstrålen er slap, hvor stor en gene er dette så for dig?

- Ikke generende 0
- Lidt generende 1
- Moderat generende 2
- Meget generende 3

### 3A. Føler du, at du får tømt blæren helt ved vandladning?

- Ja, altid 0
- Oftest 1
- Sjældent 2
- Tømmes aldrig helt 3

### 3B. Hvis du føler, at blæren ikke tømmes helt ved vandladning, hvor stor en gene er dette så for dig?

- Ikke generende 0
- Lidt generende 1
- Moderat generende 2
- Meget generende 3

### 4A. Skal du presse for at starte vandladningen og/eller for at holde vandladningen i gang?

- Nej 0
- Sjældent 1
- Dagligt 2
- Hver gang 3

### 4B. Hvis du skal presse, hvor stor en gene er dette så for dig?

- Ikke generende 0
- Lidt generende 1
- Moderat generende 2
- Meget generende 3

### 5A. Hvor lang tid går der højst mellem hver vandladning, fra du vågner, til du går i seng?

- Mere end 3 timer 0
- 2-3 timer 1
- 1-2 timer 2
- Mindre end 1 time 3

### 5B. Hvis du ofte skal lade vandet, hvor stor en gene er dette så for dig?

- Ikke generende 0
- Lidt generende 1
- Moderat generende 2
- Meget generende 3

### 6A. Hvor mange gange skal du lade vandet om natten?

- 0 gange 0
- 1-2 gange 1
- 3-4 gange 2
- 5 gange eller mere 3

### 6B. Hvis du skal lade vandet om natten, hvor stor en gene er dette så for dig?

- Ikke generende 0
- Lidt generende 1
- Moderat generende 2
- Meget generende 3

**7A. Oplever du en bydende (stærk) vandladningstrang?**

Aldrig 0   
 Sjældent 1   
 Dagligt 2   
 Hver gang 3

**7B. Hvis du oplever en bydende (stærk) vandladnings-trang, hvor stor en gene er dette så for dig?**

Ikke generende 0   
 Lidt generende 1   
 Moderat generende 2   
 Meget generende 3

**8A. Er vandladningstrangen så kraftig, at du ikke kan holde på vandet, inden du når toilettet?**

Nej 0   
 Sjældent 1   
 Dagligt 2   
 Hver gang 3

**8B. Hvis urinen løber fra dig, inden du når toilettet, hvor stor en gene er dette så for dig?**

Ikke generende 0   
 Lidt generende 1   
 Moderat generende 2   
 Meget generende 3

**9A. Gør det ondt eller svier det, når du lader vandet?**

Nej 0   
 Sjældent 1   
 Dagligt 2   
 Hver gang 3

**9B. Hvis det gør ondt eller svier, når du lader vandet, hvor stor en gene er dette så for dig?**

Ikke generende 0   
 Lidt generende 1   
 Moderat generende 2   
 Meget generende 3

**10A. Drypper der urin, når du tror, at vandladningen er færdig (efterdryp)?**

Nej 0   
 I toilettet 1   
 Lidt i bukserne 2   
 Meget i bukserne 3

**10B. Hvis der drypper urin, når du tror, at vandladningen er færdig, hvor stor en gene er dette så for dig?**

Ikke generende 0   
 Lidt generende 1   
 Moderat generende 2   
 Meget generende 3

**11A. Har du ufrivillig vandladning ved fysisk anstrengelse (fx hoste, nys eller løft)?**

Nej 0   
 Sjældent 1   
 Dagligt 2   
 Hver gang 3

**11B. Hvis du har ufrivillig vandladning ved fysisk anstrengelse, hvor stor en gene er dette så for dig?**

Ikke generende 0   
 Lidt generende 1   
 Moderat generende 2   
 Meget generende 3

**12A. Har du ufrivillig vandladning uden fysisk anstrengelse og uden trang (siven)?**

Nej 0   
 Sjældent 1   
 Dagligt 2   
 Hver gang 3

**12B. Hvis urinen siver fra dig uden fysisk anstrengelse og uden trang, hvor stor en gene er dette så for dig?**

Ikke generende 0   
 Lidt generende 1   
 Moderat generende 2   
 Meget generende 3

**Sammentælling af score (udfyldes af lægen)**

Spgsm.	Score A	Score B	Score A × B	nr.	Score A	Score B	Score A × B
1				7			
2				8			
3				9			
4				10			
5				11			
6				12			

## International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)

Spørgsmålene i dette skema skal hjælpe lægen til at finde ud af, hvad du fejler, og i hvor høj grad du er generet af dine vandladningsproblemer.

Skemaet består af 4 spørgsmål, som alle skal besvares.

Skemaet tager udgangspunkt i dine vandladningsproblemer, som de har været de sidste 4 uger.

Sum bruges til kontrol af behandling.

Navn:

Cpr-nr.:

### 1. Hvor ofte lækker du urin ufrivilligt (er inkontinent)?

Aldrig (0)

Højest en gang om ugen (1)

Flere gange om ugen (2)

En gang dagligt (3)

Flere gange dagligt (4)

Hele tiden (5)

### 2. Hvor meget urin lækker du almindeligvis ufrivilligt?

Intet (0)

En lille mængde (2)

En moderat mængde (4)

En stor mængde (6)

### 3. Hvor meget påvirker din urininkontinens alt i alt dit daglige liv?

Sæt en ring om et tal fra 0 (slet ikke) til 10 (betydeligt)

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

### 4. I hvilke situationer er du urininkontinent?

Er aldrig inkontinent

Inden jeg når ud på toiletet

Når jeg hoster eller nyser

Mens jeg sover

Når jeg er fysisk aktiv/dyrker sport

Når jeg har fået tøjet på efter at have ladet vandet

Er inkontinent uden nogen oplagt årsag

Urinen siver hele tiden

## Litteraturliste

1. Seim A, Sivertsen B, Eriksen BC, Hunskaar S. Treatment of urinary incontinence in women in general practice: observational study. *BMJ* 1996 Jun 8;312(7044):1459-62.
2. O'Donnell M, Lose G, Sykes D, Voss S, Hunskaar S. Help-seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *Eur Urol* 2005 Mar;47(3):385-92.
3. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000 Apr;79(4):298-305.
4. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004 Feb;93(3):324-30.
5. Hansen BL. Lower urinary tract symptoms (LUTS) and sexual function in both sexes. *Eur Urol* 2004 Aug;46(2):229-34.
6. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. 3rd International Consultation on Incontinence 2004. Health Publication Ltd. 2005.
7. Mazhari R, Kimmel PL. Hematuria: an algorithmic approach to finding the cause. *Cleve Clin J Med* 2002 Nov;69(11):870, 872-4, 876.
8. Hald T, Nordling J, Andersen JT, Bilde T, Meyhoff HH, Walter S. A patient weighted symptom score system in the evaluation of uncomplicated benign prostatic hyperplasia. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1991;138:59-62.
9. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004;23(4):322-30.
10. Shafik A, Shafik IA. Overactive bladder inhibition in response to pelvic floor muscle exercises. *World J Urol* 2003 May;20(6):374-7.
11. Parkkinen A, Karjalainen E, Vartiainen M, Penttinen J. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: individual therapy at the outpatient clinic versus home-based pelvic floor training: a 5-year follow-up study. *Neurourol Urodyn* 2004;23(7):643-8.
12. Farmakoterapi ved urininkontinens og/eller blæretømningsbesvær. *Rationel Farmakoterapi nr.4*. 2006. København, Institut for Rationel Farmakoterapi.

## Udredning og behandling af nedre urinvejs symptomer hos mænd og kvinder

Udredning og behandling bør tilpasses den enkelte patient og bør tage udgangspunkt i patientens egne ønsker. Samtidig bør risikovurdering inddrages under hensyntagen til patientens alder og niveauet af risikofaktorer.

### Første konsultation

Anamnesen søger at afklare patientens frygt, forestillinger og forventninger samt den medicinske forhistorie i relation til vandladningsproblemet.

**Undersøgelsen af mænd** består af udfyldelse af væske- og vandladningsskema og DAN-PSS-skema, urinundersøgelse, palpation af abdomen, rektaleksploration, serumkreatininbestemmelse, PSA-måling og måling af residualurin ved mistanke om blæretømningsproblemer.

**Undersøgelsen af kvinder** består af væske- og vandladningsskema, udfyldelse af ICIQ-skema, urinundersøgelse, GU og måling af residualurin ved mistanke om blæretømningsproblemer.

### Anden konsultation efter 2-3 uger

Med udgangspunkt i patientens symptomer, væske- og vandladningsskema, symptom-score og resultaterne af de gennemførte undersøgelser vil det være muligt at opdele patienterne i tre grupper:

- 1) Patienter, hvis livskvalitet ikke er påvirket, og som alene bør informeres og vejledes.
- 2) Patienter, hvis livskvalitet er påvirket, og som bør tilbydes behandling i almen praksis (watchfull waiting, livsstilsændring, bækkenbundstræning, vaginalvægte, blæretæning, vaginale hjælpemidler og/eller farmakologisk behandling).
- 3) Patienter med alarmsymptomer eller -fund og patienter, som tilhører en særligt vanskelig gruppe, bør henvises til sekundær sektor (se bagsiden).

### Tredje konsultation efter 3-6 måneder

Patienten spørges, hvilken effekt den valgte behandling har haft, og de udfyldte væske- og vandladningsskemaer samt symptomscoringsskemaer gennemgås. Ved manglende eller ikke-tilfredsstillende effekt overvejes en anden behandling eller henvisning til sekundær sektor.

## Udredning og behandling af nedre urinvejs symptomer hos mænd og kvinder

### Henvisning til sekundær sektor

#### Patienter med alarmsymptomer eller -fund bør henvises, hvis:

##### *Mænd*

- Makroskopisk hæmaturi uden oplagt årsag (cystitis)
- Mikroskopisk hæmaturi og vandladningsproblemer uden oplagt årsag (cystitis)
- Symptomer udviklet over kort tid (1-2 måneder)
- PSA-måling > 3,0 ng/ml (< 60 år), > 4,0 ng/ml (60-70 år), > 5,0 ng/ml (> 70 år)
- Suspekt prostata ved rektaleksploration
- Urinretention (måling af residualurin > 100 ml)
- Nyrefunktionsnedsættelse.

##### *Kvinder*

- Makroskopisk hæmaturi uden oplagt årsag (cystitis, menstruation)
- Mikroskopisk hæmaturi og vandladningsproblemer uden oplagt årsag (cystitis, menstruation)
- Blæretømningsbesvær eller urgeinkontinens udviklet over kort tid (1-2 måneder), hvor der ikke findes infektion
- Udfyldning i det lille bækken
- Urinretention (måling af residualurin > 100 ml).

#### Patienter, som tilhører en særligt vanskelig gruppe, bør henvises hvis:

##### *Mænd*

- Alder < 50 år
- Kendte neurologiske lidelser
- Brug af medicin med påvirkning af blære- og urethrafunktion, hvor seponering ikke er hensigtsmæssig
- Inkontinens ledsaget af blæretømningsproblemer
- Manglende eller ikke-tilfredsstillende behandlingseffekt eller forværring af symptomer.

##### *Kvinder*

- Tidligere operation eller strålebehandling af nedre urinveje
- Brug af medicin med påvirkning af blære- og urethrafunktion, hvor seponering ikke er hensigtsmæssig
- Inkontinens ledsaget af genital prolaps
- Kendte neurologiske lidelser
- Inkontinens ledsaget af blæretømningsproblemer
- Manglende eller ikke-tilfredsstillende behandlingseffekt eller forværring af symptomer.



FIELD DRAFT VERSION