

# Medikamenter mot urininkontinens

## Sammendrag

Urininkontinens er en hyppig forekommende tilstand som kan forringe pasienters livskvalitet i betydelig grad. De viktigste typene er urgeinkontinens og stressinkontinens. Urgeinkontinens behandles med antikolinergika, og tolterodin bør være førstehåndspreparat. Inkontinens hos barn kan behandles med desmopressin, alarmmatte og tolterodin. Hvis primærbehandlingen ikke har effekt, bør voksne pasienter henvises til urolog og barn til pediater.

Se også kunnskapssprøve på [www.tidsskriftet.no/quiz](http://www.tidsskriftet.no/quiz)

## Truls E. Bjerklund Johansen

*truls.bjerklund-johansen@tss.telemax.no*

Urologisk seksjon  
Kirurgisk klinikk  
Sykehuset Telemark  
3906 Porsgrunn  
og  
Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Tromsø

Med inkontinens forstås ufrivillig, påvisbar urinlekkasje som utgjør et sosialt eller hygienisk problem. Tilstanden er meget utbredt og affiserer ca. 20–40 % av voksne kvinner og 5–10 % av menn (1). Urininkontinens inndeles i hovedgrupper etter pasientens symptomer. De vanligste typene er stressinkontinens og urgeinkontinens. Men urinlekkasje kan også skje ubevisst uten sterk trang og fysisk aktivitet. Lekkasje av urin utenom lukkemuskler via fistler eller aberrant munnende urinledere, er en sjelden tilstand.

Ca. 10 % av sjuåringer har ufrivillig vannlating, gutter litt oftere enn jenter (1). Nokturnal eller monosymptomatisk enurese er den vanligste typen urinlekkasje hos barn. Betegnelsen benyttes ikke hos barn under fem år.

## Årsaker

Urgeinkontinens er lekkasje pga. ufrivillige sammentrekninger i blæremuskelen (detrusor). Dette kan skyldes nevrologisk sykdom

som multipel sklerose eller sykdom i blæren som betennelse eller svulst. I de fleste tilfeller finner man ingen annen årsak til urgeinkontinens enn såkalt overaktiv blære.

Det er ikke sjelden at pasienter har både urge- og stressinkontinens. Dette kalles blandingsinkontinens. Urgeinkontinens kan utløses av stressinkontinens. Hos menn kan godartet prostataforstørrelse ledsages av urgeinkontinens.

Stressinkontinens er urinlekkasje når trykket i urinblæren overstiger trykket i urinrøret uten detrusorkontraksjoner, som ved fysisk aktivitet og hoste. Stressinkontinens skyldes svikt i urinrørets lukkemekanisme eller støtteapparat, ev. begge årsakene. Lekkasjeformen er mest vanlig hos kvinner som har født og forekommer hyppigst omkring menopause. Hos menn skyldes stressinkontinens oftest skade på lukkemuskelen i forbindelse med operasjoner på prostata. Nokturnal enurese hos barn kan forstås som en forsinket munding av mekanismer som regulerer urinproduksjon og urinblærens funksjon.

Urininkontinens kan klassifiseres og beskrives nærmere ved å måle trykk i de nedre urinveier og registrere elektrisk aktivitet i bekkenbunnsmuskulaturen. Slike undersøkelser er aktuelle dersom urininkontinensen ikke er klarlagt eller primærbehandlingen ikke har effekt.

## Praktiske konsekvenser i klinisk arbeid

Primærlegens oppgave er å vurdere om urinlekkasjen skyldes sykdom som krever årsaksrettet behandling med antibiotika eller kirurgi, dernest å finne ut type og grad av inkontinens og pasientens motivasjon for behandling. De viktigste hjelpemidlene er en god sykehistorie, klinisk undersøkelse og urinprøve (ramme 1). Hos barn er det spesielt viktig å vurdere om urinlekkasjen kan skyldes medfødte misdannelser, obstipasjon eller patologisk resturin.

Urgeinkontinens behandles med medikamenter, og behandlingen kan iverksettes av allmennlege. Ved blandingsinkontinens bør man først behandle den lekkasjetypen som plager pasienten mest. Stressinkontinens kan behandles med fysioterapi og vaginalinnlegg i regi av allmennlege, men urethraplugger eller kirurgi forutsetter utredning hos spesialist. Behandling av nattenurese hos barn med alarmmatte og medikamenter kan også iverksettes av allmennlege.

## Urgeinkontinens hos voksne

I Norge finnes to preparater mot urgeinkontinens, tolterodin og emepronbromid. Tolterodin er en muskarinreseptorantagonist som blokkerer acetylkolins virkning på detrusor. Preparatet har færre bivirkninger enn andre antikolinergika som emepronbromid og oksybutynin. Placebokontrollerte studier har vist at tolterodin gir vesentlig større prosentvis reduksjon i antall urgeinkontinensepisoder per døgn enn placebo. De rapporterte absolutte effekter er imidlertid beskjedne og varierer gjennomsnittlig fra 0,1 til 0,7 færre urgeinkontinensepisoder i døgnet etter 12 ukers behandling hos pasienter som hadde 3,3 inkontinensepisoder i gjennomsnitt per døgn ved studiens start. Langtidsstudier har vist vedvarende effekt i 12 måneder (2). Behandlingen er symptomatisk, og effekten opphører når preparatet seponeres. De viktigste bivirkninger er munntørrethet og hodepine, som sees hos henholdsvis 40 % og 10 % av pasientene.

Preparatet foreligger nå i langsomt oppløselig form som kan doseres en gang daglig. Anbefalt startdose er 4 mg. Tolterodin er i dag enerådende alternativ ved medikamentell behandling av urgeinkontinens. Det ytes refusjon fra folketrygden etter § 9 punkt 40. Det forventes at emepronbromid (Cetiprin) vil bli avregistrert i løpet av kort tid. Oksybutynin er ikke registrert legemiddel i Norge.

## Stressinkontinens

Legemidler har liten plass i behandling av stressinkontinens. Det alfastimulerende preparatet fenylpropanolamin kan ha effekt ved lett grad av stressinkontinens, men anbefales ikke som primærbehandling (3). Østrogenutførsel kan ha gunstig virkning på fore-

## Hovedbudskap

- Behandling av urininkontinens kan iverksettes av allmennlege etter utredning med sykehistorie, klinisk undersøkelse og urinprøve
- Urgeinkontinens som skyldes overaktiv blære behandles med tolterodin
- Nattenurese hos barn behandles med desmopressin, ev. i kombinasjon med alarmmatte

komsten av urinveisinfeksjoner hos postmenopausale kvinner med stressinkontinens og atrofiske slimhinner.

### Nokturnal enurese hos barn

Nattenurese innebærer at blæren tømmes uten at barnet våkner. Undersøkelser tyder på at noen barn produserer unormalt mye urin om natten som følge av redusert produksjon av antidiuretisk hormon. Et ellers friskt barn vil våkne når blæren er full, og stå opp for å late vannet. Det er like vanlig at barn står opp om natten for å late vannet som det er at barn tisser på seg i søvne. Nokturnal enurese må derfor i noen grad skyldes en forstyrrelse i de mekanismer som gjør at barnet våkner når blæren fylles. Dette er grunnlaget for å behandle nattenurese med alarmmatte.

Mindre urinproduksjon reduserer antall natthlige blæretømminger uansett hva årsaken til nattenuresen er. Førstehåndspreparatet ved nattenurese er desmopressin, som inneholder syntetisk vasopressin (antidiuretisk hormon) og virker ved å redusere urinproduksjonen. Preparatet finnes som tablett, nesedråper og neseppray. Vanlig dose er 0,2–0,4 mg ved sengetid ved tablettbehandling, ev. 10–40 µg som neseppray. Dosen titreres opp i løpet av ca. tre uker. Etter tre måneders behandling bør man seponere preparatet i en uke for å se om nattenuresen er opphørt. Om så ikke er tilfelle, kan man forlenge behandlingen ytterligere tre måneder. Det anbefales da en gradvis nedtrapping av

#### Ramme

*Forhold å avklare ved diagnostikk av urininkontinens*

Sykehistorie

Lekkasje ved fysisk aktivitet

Lekkasje med sterk trang og hyp-pighet

Andre vannlatingssymptomer

Gjennomgåtte operasjoner

Klinisk vurdering

Miksjonsliste

Symptomskåre/livskvalitet

Behandlingsmotivasjon

Orienterende nevrologisk og

gynekologisk vurdering

Rektal/rektovaginal palpasjon

Stresstest (hosteprove)

Resturin

Urinundersøkelse

Prøvestrimmel

Dyrking

dosen. Ved fortsatt enurese, bør barnet henvises til pediater.

Etter seks måneders behandling vil 22 % av barna ha blitt tørre. Uten behandling vil 15 % av barna bli tørre i løpet av samme tidsrom (4). Den absolutte forskjellen er 7 prosentpoeng, dvs. at i gjennomsnitt har bare ett av 14 barn nytte av behandlingen utover placebo etter seks måneder. Det er viktig med væskerestriksjon fra en time før preparatet

tilføres til åtte timer etterpå for å unngå væskeretensjon, hyponatremi med hodepine, kvalme og oppkast. Andre bivirkninger er mageknip og uvelhet (4). Det ytes refusjon fra trygden etter § 9 punkt 40.

Ved urodynamiske undersøkelser er det vist at barn med nattenurese har hyppigere ufrivillige detrusorkontraksjoner enn andre barn. Dette er grunnlaget for at man også kan forsøke behandling med tolterodin. Slik behandling bør iverksettes av spesialist. Med unntak av en liten gruppe barn som kan ha forstyrrelse i utskillelsen av antidiuretisk hormon, er behandlingen som gis ved nattenurese ikke å anse som årsaksrettet. Behandlingen reduserer symptomene inntil tilstanden bedrer seg spontant.

#### Litteratur

1. Hunskaar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. I: Abrams P, Khoury S, Wein A, red. Incontinence: Plymouth: Health Publications, 1999: 199–226.
2. Clemett D, Jarvis B. Tolterodine. A review of its use in the treatment of overactive bladder. *Drugs & Aging* 2001; 18: 277–304.
3. Thüroff JW, Abrams P, Artibani W, Haab F, Khoury S, Madersbacher H et al. Clinical guidelines for the management of incontinence. I: Abrams P, Khoury S, Wein A, red. Incontinence. Plymouth: Health Publications, 1999: 931–43.
4. Hjälmsås K, Hanson E, Hellstrom AL, Kruse S, Sillen U. Long-term treatment with desmopressin in children with primary monosymptomatic nocturnal enuresis: an open multicentre study. Swedish Enuresis Trial (SWEET) Group. *Br J Urol* 1998; 82: 704–9.