

Tal med din læge om din inkontinens



Foto: FANG TV

LAD DIG FREM FOR ALT IKKE SPISE AF MED, AT

'DET ER ALDEREN – DET ER DER IKKE NOGET AT GØRE VED'!!

Af Læge Gorm Jensen

Inkontinens er en lidelse, som du kan blive undersøgt for hos din praktiserende læge, ofte også behandlet for i hans/hendes praksis – men hvorfor sker det så ikke i tilstrækkeligt omfang?

Fordi der er fordomme: Nogle mener, det er en gene, der bliver hyppigere med alderen (rigtigt)! – Nogle, at det er der ikke noget at gøre ved (forkert). Det sidste udsagn er der desværre fortsat læger, der fortæller deres patienter.

Fordi der er generthed: Det er ikke rart at indrømme, at man ikke har styr på sin krop. Det skønnes, at kun en fjerdedel af de personer, der lider af urininkontinens, henvender sig til lægen herom. Og også læger kan være generte ved at skulle spørge ind til detaljer om inkontinens.

Henvend dig til din læge, fortæl åbent om problemet og forlang at der bliver gjort noget ved det - og lad dig frem for alt ikke spise af med, at 'Det er alderen, det er der ikke noget at gøre ved'!!

Tag gerne *KontinensNyt* med – og vis denne artikel til din læge. Han/hun kan læse en vejledning i urininkontinens på nettet på: www.dsam.dk. Samme sted – og på Kontinensforeningens hjemmeside www.KONTINENS.DK – kan der hentes de helt nødvendige væskevandladnings-skemaer. Mens din læge så kan få et par dage til at bringe sig ajour med den nødvendige viden, skal du udfylde disse skemaer i tre døgn – ikke nødvendigvis sammenhængende døgn.

Første samtale med lægen – hvad skal I gøre sammen?

Du skal fortælle om (alle) dine gener: Hvor længe de har stået på. I detaljer om hvornår på døgnet, du lækker urin, og i hvilke situationer (for eksempel ved hoste eller anstrengelser). Også din almindelige sygehistorie - for kvinder især med henblik på graviditeter

og fødsler - og om operationer i det lille bækken, ryge- og drikkevaner samt medicin (også kosttilskud og naturmedicin), idet mange former for medicin har betydning for blærefunktionen.

Undersøgelser – udredning

Du skal undersøges. Lægen skal vurdere din generelle helbredstilstand. Overvægt (ja, også her), hoste, eventuelle tegn på nerveledelse. Der skal føles på maven – om der er ømhed eller knuder. Mænd skal have følt efter blærehalskirtlen i endetarmen. Kvinder have foretaget en gynækologisk undersøgelse, som er vigtig, for at kunne vurdere slimhindernes tilstand, om der er knuder i underlivet, nedsynkning og ikke mindst bækkenbundens tilstand. Lægen kan bede dig knibe sammen om fingrene under undersøgelsen og derved vurdere, hvor gode dine bækkenbundsmuskler er. Ved denne undersøgelse kan du også selv mærke og få en fornemmelse af, om det er de rigtige muskler, du bruger – og den korrekte måde at knibe på.

En urinprøve skal undersøges for betændelse, for blod og for sukkersyge – det sidste er dog bedst at gøre med en blodprøve. Mænd med urinvejsgener skal have taget en yderligere blodprøve (PSA), som sammen med undersøgelsen af blærehalskirtlen kan fortælle om risikoen for prostatakræft.

Samtale nr. 2 – konklusion og behandling

Her skal I sammen gennemgå de tre døgn væskevandladnings-skemaer. Disse fortæller både dig selv og lægen i detaljer om dine drikke- og toiletvaner. Det er meget lærerigt.

I skal også tale om livsstil: Om nødvendigt vægttab, om rygeophør for at mindske evt. hoste, om drikkevaner og om at opnå regelmæssig afføring, da forstoppelse kan forværre inkontinens. Endelig kan I tale om

behandling – træning – måske henvisning – og nok lige så ofte til fysioterapeut eller uroterapeut som til anden speciallæge eller sygehus.

Hvad drejer det sig om?

Især for kvinder skal man skelne mellem anstrengelsesinkontinens (stress-inkontinens), trængningsinkontinens (urge-inkontinens) eller blandingsinkontinens (stress- og urge-inkontinens).

Stress-inkontinens, hvor urinlækken sker i (små)sjatter ved spring, hoste, løft, trappegang eller latter, udgør 50 % af inkontinens tilfældene. Genen optræder altså ved anstrengelser – om dagen. Det er den hyppigste form før overgangsalderen (menopausen). Og mange kvinder klager allerede efter første fødsel over denne form.

Ved urge-inkontinens tømmer blæren sig "her og nu", uanset om der er megen eller lidt urin i den. Hvis man er heldig, når man ind på et toilet. Tømningen kan ske både dag og nat, og man vil derfor altid prøve at have så lidt urin i blæren som muligt. Det betyder, at man benytter et toilet, når man ser det, og derved vænner blæren til at være meget 'lille'. De urge-inkontinente patienter udgør 20 %.

De sidste 30 % er de blandede stress- og urge-inkontinente med symptomer på begge typer, hvor man må behandle efter de dominerende symptomer. Denne form tiltager med alderen, især efter menopausen.

Tabel 1

Type	Hovedsymptomer	Behandling
Stress-inkontinens	Urinlæk i sjatter ved anstrengelse om dagen. Hyppigste form før menopause	Knibeøvelser, (vægttab), (lokal østrogen), hudpessar el. lign. støtte, operation
Urge-inkontinens	'Her og nu vandladning', blæretømning uden kontrol, uanset mængde. Hele døgnet. Hyppige vandladninger	Blæret træning, knibeøvelser, (vægttab), (lokal østrogen), antikolinergika, sjældent operation.
Blandet inkontinens	Hvad er hovedgenen? Tiltagende hyppig efter menopausen.	Efter dominerende symptom

Disse inkontinensformer er de vigtigste for kvinder, men også mænd kan lide af alle tre former.

En fjerde form er: Overløbs-inkontinensen, som fremkommer ved at blæren løber over, fordi patienten ikke kan tømme den. Det vil ofte være mænd med forstørret blærehalskirtel (prostata), men også kvinder, der vænner sig til at holde sig for længe, kan komme til at lide heraf.

Især ældre mænd kan være generet af efterdryp,

som viser sig ved, at der løber lidt urin ud efter afsluttet vandladning. Det er ikke en rigtig inkontinens, men skyldes urin, der står i det lange urinrør, som man kan lære at "malke" ud efter vandladning.

Behandlingsformer

Behandlingsformer skal kort omtales, men skal selvfølgelig individualiseres:

- Livsstilsændringer er omtalt
- **Bækkenbundsøvelser "knibeøvelser"**: Kan læres hos lægen, måske endnu bedre hos en fysioterapeut med inkontinens som speciale. Øvelserne skal med fordel vedligeholdes livet igennem. Og kontrolleres hos behandleren.
- **Mekanisk**: Der findes særlige pessarer, som kan sættes op i skeden til at holde urinrøret på plads, men der er nu udviklet skånsomme sling-operationer, som er effektive og har årelang effekt.

Ved blæret træning forsøger man at gøre blæren mere elastisk igen. Det kan både være at blæren skal være større eller mindre. Opgaven er vanskelig og kræver grundig instruktion, måske bedst af en uroterapeut. Efter menopausen kan lokalt påført østrogen som stikpiller (vagitorier) eller salve have effekt på meget tynde, sarte slimhinder, evt. i en periode.

En lang række antikolinergika (medicin) er nu i handelen med effekt på urgeinkontinens. En hyppig bivirkning er mundtørhed, men accepten er naturligvis individuel.

Faretegn er for kvinder: Hurtigt udviklet (urge)inkontinens. Blod i urin. Det sidste også for mænd. Disse symptomer bør medføre omgående henvendelse til læge.

En godartet lidelse

Men husk alligevel, at inkontinens er en godartet lidelse. Mere end 80 % kan blive helbredt eller få det bedre efter ordentlig undersøgelse og behandling.

Også kommunerne interesserer sig stigende for området og sender hjemmesygeplejersker på kurser for at blive uddannet (kontinenssygeplejerske, uroterapeut). Det er billigere og for den inkontinente meget mere tilfredsstillende at bruge tid på at modtage en god instruktion og behandling end at skulle have udliveret bleer i årevis.

Om forfatteren

Gorm Jensen har indtil 2003 været praktiserende læge i Glamsbjerg i 30 år. Fra 1992 DSAM-repræsentant i Det danske Råd for Prostatasygdomme. Blev i 1998 af DSAM udpeget til at deltage i udarbejdelse af "Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis". 2001 forfatter til en vejledning: "LUTS, nedre vandladningsproblemer hos mænd".