Urininkontinens hos mannen – ett försummat problem?

En fjärdedel av 80-åriga män läcker urin

Urininkontinens drabbar drygt 8 procent av den vuxna befolkningen och innebär ett betydande socialt och hälsoekonomiskt problem. Man har beräknat att ungefär 2 procent av de svenska sjukvårdskostnaderna används för behandling av inkontinens.

Inkontinensbesvär hos kvinnor har fått störst uppmärksamhet eftersom kvinnor drabbas oftare, men problemet är vanligt också hos män, framför allt i högre åldrar, och kan allvarligt försämra livskvaliteten. Orsakerna kan vara högst olikartade, vilket innebär krav på god diagnostik och bedömning om rätt behandling skall kunna ges till rätt patient.

Urininkontinens innebär ett ökande sjukvårdsekonomiskt problem i hela den industrialiserade världen. Helt nyligen har konsensuskonferenser stödda av WHO genomförts i Bonn 1997, WHO Concensus Conference on Incontinence in the Elderly [1], respektive i Monte Carlo 1998, First International Consultation on Incontinence. Därigenom har problemområdet fått en nyttig genomlysning och också en högre officiell status.

Betydelsen av kvinnlig inkontinens och dess avgörande inflytande på livskvaliteten har relativt nyligen diskuterats i Läkartidningen [2, 3], men manlig inkontinens har allmänt inte fått samma uppmärksamhet.

Kvinnlig inkontinens är utan tvivel vanligare, men konsekvenserna av tillståndet kan vara väl så förödande för mannen. Man har t ex visat att den äldre mannen har svårare att acceptera inkontinenshjälpmedel [4]. Detta innebär ett väsentligt hygieniskt och socialt problem. Lever han i ett parförhållande kan belastningen på hustrun bli orimlig om hon måste assistera när han tvingas upp gång på gång under natten, kanske också med krav på byte av sängkläder eller skydd flera gånger per natt. Så småningom kan det bli för mycket, och jag kan erinra mig exempel där mannen fått sova i badrummet eller inte fått återvända till hemmet efter en sjukhusvistelse.

Författare

MAGNUS FALL
docent, överläkare, verksamhetsområdet för urologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg.

Prevalens och kostnader för samhället

Den officiella definitionen av inkontinens är ofrivilligt urinläckage som innebär ett socialt eller hygieniskt problem eller bådadera och som kan demonstreras objektivt [5]. Urininkontinens orsakas av en heterogen grupp av funktionsrubbningar som drabbar båda könen i alla åldrar. Drygt 8 procent av den vuxna befolkningen [6, 7] rapporterar urininkontinens. Problemet är också vanligt hos barn; av svenska 7-åringar är mer än 6 procent inkontinenta dag, natt eller bådadera [8].

Kostnaderna för omhändertagande i sjukvården och samhället i övrigt är avsevärda. I två studier från USA och Sverige beräknades kostnaderna för behandling av urininkontinens uppgå till ca 2 procent av sjukvårdskostnaderna [9, 10]. I den amerikanska undersökningen angavs som exempel att kostnaden för inkontinensvården var högre än kostnaden för koronarkirurgi och njurtransplantation tillsammans. Senare undersökningar pekar dessutom på att kostnaderna ökar för varje år.

Hos vuxna drabbar inkontinensbesvär oftare kvinnor än män (förhållandet är ungefär 3 till 1), och åldersberoendet är olika för de båda könen. Risken för kvinnor är störst i åldrarna 45–49 år [7]. Hos män ökar incidensen kontinuerligt efter 60 års ålder.

Malmsten och medarbetare har nyligen presenterat en unik svensk enkätundersökning riktad till 11 000 män i Göteborg i åldrarna 45–99 år. Anmärkningsvärt var att så många som 4 procent av männen i åldrarna 45–59 år rapporterade inkontinenssymtom. Över 80 års ålder var det hela 23 procent som läckte urin, och bland de inkontinenta 85-åringarna hade 70 procent dagliga besvär [11].

Orsaker

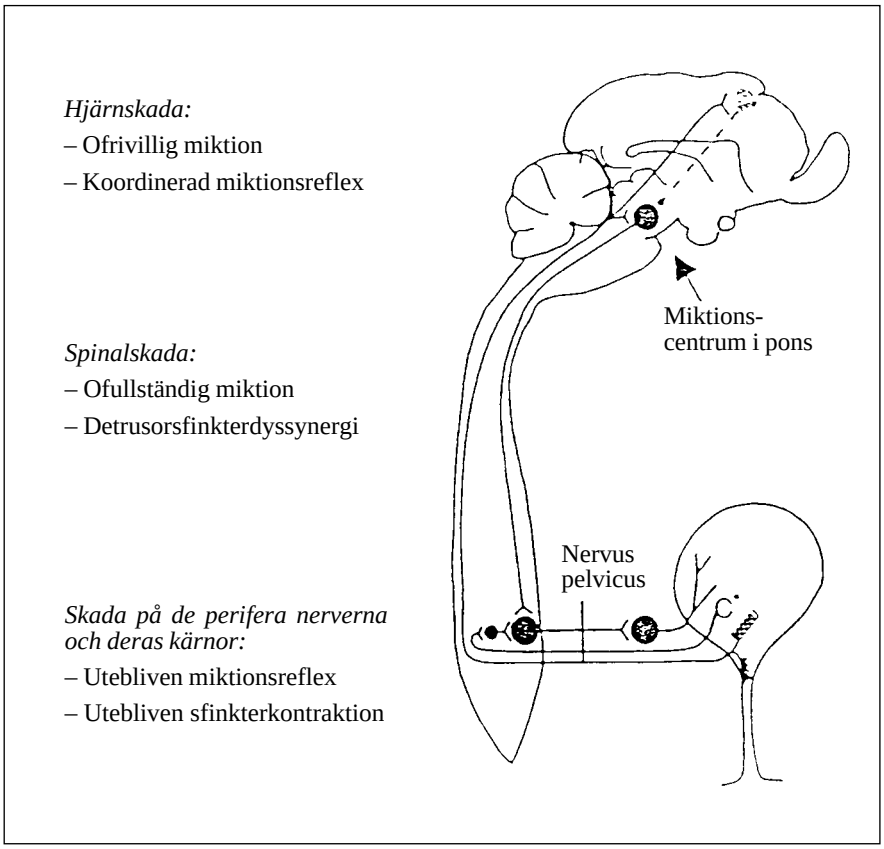
Det finns flera tänkbara förklaringar till att kvinnan och mannen drabbas på olika sätt av urininkontinens. Mannen har en annorlunda konfigurerad bäckenbotten, fastare fixerad proximal uretra och en kraftigare intramural tvärstrimmig uretrasfinkter. Det finns också uppenbara skillnader i belastning på bäckenbottenstrukturerna mellan man och kvinna. Kvinnans bäckenbotten utsätts t ex för stora påfrestningar vid partus, då muskulatur och ligament kan slitas sönder. Man har också visat att förlossning kan förorsaka fokal denervation av bäckenbottenkomplexet med efterföljande funktionsförsämring.

Hos mannen relateras urinvägsbesvär i första hand till prostata. »Prostatism» är ett diffust definierat begrepp hos män med prostataförstoring eller blåshalsförträngning, och utgörs av ett symtomkomplex med varierande innehåll: frekvent miktion, tvingande urinträngningar, startsvårigheter, reducerat miktionsflöde och ofullständig blåstömning. Ett mera generellt men i och för sig också ospecifikt begrepp, »lower urinary tract symptoms» (LUTS), har här föreslagits [12].

Benign prostatahyperplasi (BPH) förekommer hos ungefär 50 procent av män i 60-årsåldern och hos nära 100 procent av 80-åringar [13]. Dessa höga prevalenstal innebär dock inte att motsvarande antal män bör opereras, och detta av flera skäl. Sjukdomsförloppet är långsamt och progressen av BPH sammanfaller med utveckling av väsensskild patologi som kan ge upphov till LUTS, framför allt neurogen blåsrubbning, men även risken för prostatacancer och urotelcancer måste beaktas. Upp till 40 procent av BPH-patienter har vid noggrann urodynamisk evaluering visat sig ha annan problematik än infravesikal obstruktion, och då oftast tidigare ej uppmärksammad neurogen blåsrubbning [14].

TRÄNGNINGSINKONTINENS

Det är alltså inte prostata som är den



Figur 1. Typiska störningar vid neurogen blåsrubbning beroende på nervskadans nivå.

väsentligaste orsaken till trängningsinkontinens, utan olika former av neurogena störningar. I sammanhanget kan det vara värt att påpeka att infravesikal obstruktion kan medföra sekundära förändringar i såväl den centralnervösa kontrollen av nedre urinvägarna som i detrusormuskelns elektrofysiologiska egenskaper, vilket kan bidra till uppkomst av överaktiv blåsa.

Symtomet trängningsinkontinens förekommer hos ca 22 procent av kvinnor och 73 procent av män med inkontinenssymtom [15]. Trängningsinkontinens och överaktiv blåsa förekommer i allt högre frekvens med ökande ålder. I ung vuxenålder och medelålder är trängningsbesvär utan känd neurologisk sjukdom visserligen vanligare hos kvinnor, men prevalensen av sådana besvär hos mannen stiger från övre medelåldern och skillnaderna utjämnas.

Trängningsinkontinens är i princip orsakad av defekter i den neurogena kontroll som utövas under blåsans fyllnadsfas för att förhindra ofrivillig aktivering av miktionsreflexen.

Olika typer av neurogen blåsrubbning

Beroende på vilken nivå och omfattning en skada har i de för blåskontrollen relevanta strukturerna i nervsystemet kan funktionsstörningens resultat variera avsevärt (Figur 1). Ett etablerat betraktelsesätt är att indela skadorna i två huvudtyper: De som drabbar det övre respektive det nedre motorneuronet.

Övre motorneuronskada innebär att den centrala kontrollen av miktionsreflexen störts genom skada eller dysfunktion i ryggmärg eller hjärna.

Vid hjärnskada föreligger förlust av förmågan att hämma miktionsreflexen och inte sällan också oförmåga att viljemässigt utlösa miktion eller vidmakthålla miktionsreflexen. Aktiviteten i sfinktrarna och detrusorn är dock samordnad på ett normalt sätt, vilket innebär att blåskontraktion och sfinkterrelaxation inträffar samtidigt, med stora läckage som följd vid den ofrivilliga detrusorkontraktionen.

Sjukdomar som cerebral tumör, slaganfall, cerebral småkärlssjukdom eller av olika orsaker störd perfusion, Parkinsons sjukdom, lågtryckshydrocefalus och hjärnatrofi kan leda till denna form av neurogen blåsrubbning. Samma form av miktionsstörning ses inte sällan också hos äldre män utan påvisad neurologisk sjukdom, och den representerar den vanligaste formen av neurogen blåsrubbning.

Tillståndet innebär inte något allvarligt hot mot patientens fysiska hälsa eftersom blåsan kan tömmas obehindrat (om det inte finns en samtidig prostatasjukdom med infravesikal obstruktion), men det är socialt utomordentligt traumatiserande.

Vid spinalskada är funktionsbilden annorlunda. Traumatisk tvärsnittslesion, spinal tumör, tvärsnittsmyelit, spinal vaskulär lesion, multipel skleros och spinal missbildning är exempel på sjukdomar och tillstånd som kan medföra skador på de för blåskontrollen relevanta spinala bansystemen. Den speciella form av överaktiv blåsa och inkontinens som uppträder efter traumatisk tvärsnittskada på ryggmärgen är vanligast hos yngre män.

Den sofistikerade kontrollen med fullständig inhibition av blåskontraktion under fyllnadsfas och förmågan att vid blåstömning vidmakthålla detrusorkontraktion under samtidig sfinkterrelaxation – som förutsätter normal samordning av reflexmekanismer via det pontina koordinationscentret – har störts. Detrusoraktivitet kan provoceras av intraabdominell tryckstegring men är ofta inte ihållande; upprepade mindre läckage är typiska.

Ett tillstånd av detrusorsfinkterdyssynergi ses inte sällan och utgör ett mer eller mindre uttalat miktionshinder. En av de väsentliga riskerna på sikt är ett alltför högt intravesikalt tryck med risk för försvårad uretertömning, återverkan på trycket i njurbäckenen och risk för progredierande njurskada.

Vid *nedre motorneuronskada* föreligger en decentralisering av blåsa och uretra, som inte längre styrs av centrala nervsystemet. Spinal missbildning som myelomeningocele, sakral tumör, traumatisk lesion, sakralt diskbråck och iatrogen nervskada efter vissa former av kirurgi i lilla bäckenet kan leda till denna form av neurogen blåsrubbning, som karakteriseras av blåsareflexi och tonusförlust i sfinktrarna.

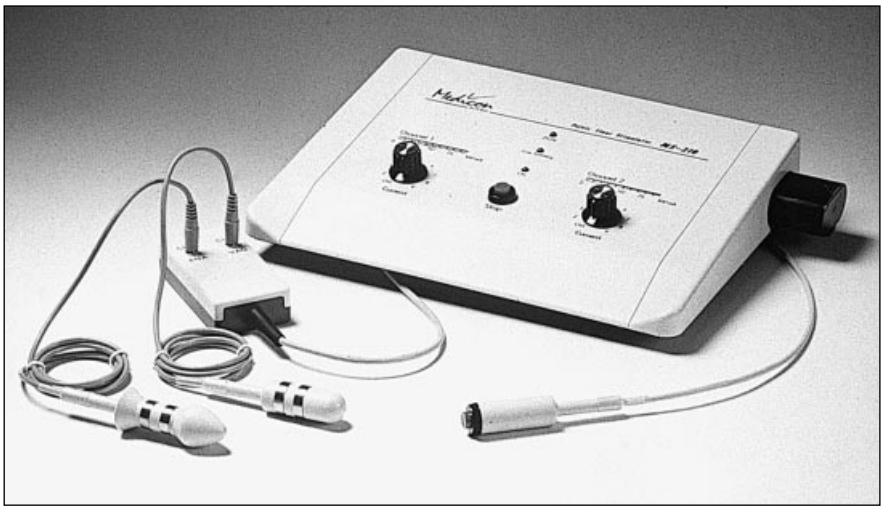
Även här kan på sikt ett långvarigt högt tryck i blåsan utvecklas på grund av nyutväxt av intramurala autonoma nerver, som bl a medför högre fyllnadstryck, försämrad blåstömning och risk för en långsamt progredierande njurskada.

ANSTRÄNGNINGS-INKONTINENS

Hos kvinnor dominerar s k ansträngningsinkontinens, som innebär urinläckage till följd av sådan fysisk aktivitet som leder till ökat intraabdominellt tryck [2]. Ansträngningsinkontinens är ovanlig hos mannen men förkommer i de relativt sällsynta fall där en sfinkterskada uppkommit genom missbildning eller någon form av trauma.

Oftast är orsaken iatrogen och kopplad till prostataoperation. Efter radikal prostatektomi på grund av cancer förekommer urininkontinens hos 5–20 procent, och efter operation på grund av BPH i mindre än 2 procent av fallen. ▶

ANNONS



Figur 2. Exempel på utrustning för klinikbehandling med elektrisk stimulering vid urininkontinens: pulsgenerator och elektroder.

Ansträngningsinkontinens förekommer också vid nedre motorneuronskada som ett delfenomen i decentralisering av nedre urinvägarna. I dessa fall beror problemet på att normal viloaktivitet och reflexaktivering bortfallit i sfinkterkomplexet och bäckenbottnen.

En mera oförklarad form av inkontinens, som också kan upplevas som besvärande, är lätt droppinkontinens. Tillståndet förkommer hos medelålders och även yngre män, och orsaken är ofta svår att fastställa. Ibland ses problemet hos män med kronisk prostatit. En tänkbar förklaring är nedsatt funktion i musculus bulbocavernosus, en annan kan vara att uretraslemhinnas viskösa egenskaper förändras vid inflammation med försämring av den adhesions- eller packningseffekt som slemhinnan utövar [16], men fenomenet har egentligen inte ägnats något systematiskt studium.

BEHANDLING

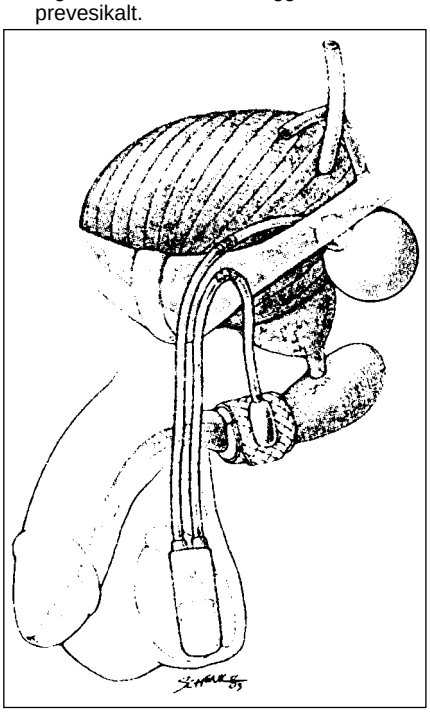
Farmaka

Antikolinergika. Detrusormuskelns kontraktion sker huvudsakligen genom en acetylkolin-inducerad aktivering av postganglionära parasympatiska kolinerga receptorer. Vid behandling med antikolinerga medel tar blåsan ofta emot en större fyllnadsvolym och de ofrivilliga kontraktionerna blir svagare, vilket leder till minskade symtom [17].

För urologiskt bruk används i Sverige huvudsakligen två preparat. Det ena är oxybutynin (Ditropan), som förutom antikolinerga egenskaper även har en direkt glattmuskelrelaxerande och lokalanestetisk verkan. Substansen har god effekt på symtom orsakade av överaktiv detrusor, men den kliniska användbarheten begränsas av dess biefekter, framför allt muntorrhet. Tolterodin (Detrusitol), som är det senast introducerade medlet, uppvisar däremot selektivitet för urinblåsan framför salivkörtlar i en djurmodell [18]. Preparatet är effektmässigt likvärdigt med oxybutynin men har betydligt lägre frekvens av muntorrhet. Tolterodin bör idag betraktas som förstahandsmedel vid antikolinerg behandling.

Dessa medel förskrivs av både urologer och allmänläkare. Ett observandum vid behandling av män med prostataförstoring är den potentiella risken att utlösa urinretention, och blåstömningsförmågan bör därför kontrolleras i samband med antikolinerg behandling.

Figur 3. Artificiell sfinkter. Placering av de olika utrustningsdelarna efter operation på grund av postprostatektomiinkontinens. Pumpen är placerad i skrotum för att vara lätt tillgänglig för patienten, sfinkterkuffen är applicerad runt bulbära uretra och den tryckreglerande reservoaren ligger prevesikalt.



Alfa-1-adrenoceptorantagonister har också ett användningsområde vid LUTS hos mannen. Tonus i uretras och prostatas glatta muskulatur kan minskas med medel som alfuzosin (Xatral), doxazosin (Alfadil) och terazosin (Hytrinex, Sinalfa). Preparaten används vid behandling av symtomgivande BPH och åstadkommer en tonusminskning i den prostatiska delen av uretra, och har visats minska LUTS korrelerat till avflödeshinder.

Elektrisk stimulering

Överaktiv blåsa kan anses bero på defekt central inhibition. Ett stort antal naturliga reflexmekanismer är etablerade för att utöva blåsinhibition i olika situationer. En sådan reflex uppträder vid genital stimulering, en annan vid anal stimulering, t ex defekation eller analdilatation. Genom yttre elektrisk stimulering kan en artificiell aktivering av dessa reflexer återställa kontinens. Centralt förekommer åtminstone två effekter: dels aktivering av den inhibitoriska, sympatiska banan till blåsan, dels central inhibition av de preganglionära motoriska neuronen i den parasympatiska sakrala innervationen.

Olika utrustningar används för dessa behandlingar: vaginala, anala eller på huden applicerade elektroder kopplade till klinikstimulatorer för kraftigare men kortvarig behandling (Figur 2). Denna form av behandling ges på öppenvårdsmottagningar eller inkontinenskliniker och administreras av uroterapeuter eller specialutbildade sjuksköterskor. Som alternativ finns mindre utrustningar för personligt bruk i hemmet för lågtrösklig men mera långvarig behandling.

Huvudindikationen för elektrisk stimulering är trängningsinkontinens, men metoden kan också användas vid ansträngningsinkontinens [19]. För att göra patienten oberoende av yttre utrustningar lanseras för närvarande en metod där elektroder implanteras via sakralforamina mot S3- eller S 4-rötterna och aktiveras från en subkutant placerad stimulator. Förhoppningen är att metoden skall bli ett värdefullt tillskott till behandlingsarsenalen i terapiresistenta fall med olika former av blåsdysfunktioner.

Operation

I utvalda fall, företrädesvis yngre patienter med terapiresistent och svår trängningsinkontinens, kan s k clamcystoplastik lösa problemet [20]. Det är en blåsrekonstruktion där ett öppnat tunntarmsavsnitt interponeras som ett bälte mellan halvorna av den ned till trigonum transversellt kluvna blåsan. Den

väsentliga effekten av operationen är att när blåsan prematurt kontraheras under fyllnadsfasen dämpas kontraktionskraften eftersom den interponerade tunntarmen inte deltar i kontraktionen utan tvärtom avlastar tryckvågen.

Vid ansträngningsinkontinens på grund av sfinkterskada kan funktionen ersättas med en mekanisk anordning som kirurgiskt appliceras runt uretra. Även detta är en exklusiv behandling vid manlig inkontinens och används huvudsakligen vid defekt sfinkterfunktion på grund av missbildning eller kirurgisk skada. Utrustningen består av tre delar: sfinkterkuffen som läggs runt uretra och består av expanderbara silkonkuddar som mjukt komprimerar uretra, pumpen med vilken patienten reglerar öppning av sfinktern vid miktion och som placeras i pungen samt den tryckregulerande reservoaren som uppehåller ett konstant tryck i systemet och som placeras i bukhålan (Figur 3). Det finns en stor erfarenhet av denna behandlingsmetod, och systemet fungerar väl men utrustningen är dyr, och reoperation på grund av tekniska eller andra problem är inte ovanligt.

Ett alternativ är att via intra- eller periuretral injektion applicera s k bulkmedel (kollagen eller silikonsuspension) runt proximala uretra eller i uretraväggen för att åstadkomma effektivare uretraslutning. Ingreppet kräver speciella injektionsinstrumentarier men är naturligtvis mycket enklare än implantation av artificiell sfinkter, inte så kostsamt och kan fungera bra primärt, men tillräcklig långtidserfarenhet saknas ännu.

Andra alternativ

I vissa fall kan störningens natur vara sådan att en normal funktion inte kan återställas eller substitueras. Då kan urindeviation i form av kontinent urostomi eller konventionellt Brickerstoma komma ifråga, men det är mera sällan den formen av kirurgi är aktuell vid manlig inkontinens.

En majoritet av äldre män med inkontinens kan tyvärr inte hjälpas med de tekniskt avancerade metoder som jag redovisat här. Man måste alltså ofta förlita sig på olika former av absorberande hjälpmedel, som i och för sig utvecklats och bättre anpassats även till män. Individuell utprovning är nödvändig och handhas idag av uroterapeuter och distriktssköterskor. I vissa fall är kateterbehandling det slutliga alternativet.

Med en ökad förståelse för orsakerna till olika inkontinenstillstånd bör det bli möjligt att utveckla mera rationella metoder för behandling. Med tanke på problemets storleksordning och dess humanitära och ekonomiska betydelse är en högre prioritering av området angelägen.

Referenser

1. Tsechkovski MS, ed. First international conference on urinary incontinence in the elderly. World J Urol 1998; 16: (suppl 1: S2).
2. Kinn AC. Urininkontinens. Ett kvinnligt gissel omfattat av vårdgaranti. Läkartidningen 1996; 93: 1837-43.
3. Wiklund I. Urininkontinens raserar livskvaliteten. Läkartidningen 1997; 94: 4925-7.
4. Hellström L, Ekelund P, Milsom I, Mellström D. The prevalence of urinary incontinence and incontinence aids in 85-year old men and women. Age Ageing 1990; 19: 383-9.
5. Abrams P, Blaivas J, Stanton SL, Andersen JT. Standardization of terminology of lower urinary tract function. Neurourol Urodyn 1988; 7: 403-27.
6. Thomas PM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. BMJ 1980; 281: 1243-5.
7. Fall M, Frankenberg S, Frisén M, Larsson B, Petrén M. 456 000 svenskar kan ha urininkontinens. Endast var fjärde söker hjälp för besvären. Läkartidningen 1985; 82: 2054-6.
8. Hellström AL, Hanson E, Hansson S, Hjälmås K, Jodal U. Micturition habits and incontinence in 7-year-old Swedish school entrants. Eur J Pediatr 1990; 149: 434-7.
9. Hu TW. Impact of urinary incontinence on health-care costs. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 292-5.
10. Milsom I, Fall M, Ekelund P. Urininkontinens – en kostnadskrävande folksjukdom. Läkartidningen 1992; 89: 1772-4.
11. Malmsten UGH, Milsom I, Molander U, Norlén L. Urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: an epidemiological study of men aged 45 to 99 years. J Urol 1997; 158: 1733-7.
12. Abrams P. New worlds for old: lower urinary tract symptoms for »prostatism». BMJ 1994; 308: 929-30.
13. Isaacs JT. Importance of the natural history of benign prostatic hyperplasia in the evaluation of pharmacologic intervention. Prostate 1990; 3: 1-7.
14. Knutson T, Dahlstrand C, Pettersson S. Systematic use of infravesical obstruction grade in choise of therapy for symptomatic benign prostatic hyperplasia. Scand J Urol Nephrol 1996; 30 suppl 181: 32.
15. Hampel C, Weihold D, Benken N, Eggersmann C, Thüroff JW. Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. Urology 1997; 50: 4-14.
16. Zinner N, Sterling AM, Ritter RC. Role of the inner urethral softness in urinary incontinence. Urology 1980; 16: 115-7.
17. Jensen D Jr. Pharmacological studies of the uninhibited neurogenic bladder. Acta Neurol Scand 1981; 64: 175-95.
18. Nilvebrant L, Andersson KE, Gillberg P, Stahl M, Sparf B. Tolterodine – a new bladder-selective antimuscarinic agent. Eur J Pharm 1997; 327: 195-207.
19. Fall M, Lindström S. Electrical stimulation. A physiologic approach to the treatment of urinary incontinence. Urol Clin North Am 1991; 18: 393-407.
20. Mundy AR, Stephenson TP. »Clam» ileocystoplasty for the treatment of refractory urge incontinence. Br J Urol 1985; 57: 641-6.

Summary

Male urinary incontinence a neglected problem? a quarter of all 80-year-old men affected

Magnus Fall

Läkartidningen 1999; 96: 2227-31.

Urinary incontinence is an increasing health problem in industrialised countries, and has been shown to affect more the eight per cent of the adult population. Incontinence accounted for about two per cent of Swedish health care costs in 1990, and the costs are rising. Although the diagnosis and treatment of female incontinence has attracted more attention since the condition is more prevalent among women, the impact on quality of life is no less among men. As a variety of causes and underlying diseases may result in involuntary urine leakage, careful evaluation is mandatory before treatment is initiated. The article consists in a review of common diagnoses and treatment options in cases of male incontinence.

Correspondence: Associate Professor Magnus Fall, Dept. of Urology, Gothenburg University, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SE-413 45 Göteborg, Sweden.

E-mail: magnus.fall@urology.gu.se