

FYSIOTERAPI VIRKER



Fysioterapi til behandling af urininkontinens hos kvinder og mænd

Fysioterapi i form af bækkenbundstræning er en billig intervention, som kan afhjælpe urininkontinens og bedre livskvalitet. Træningen kan tilbydes alle, som er i stand til at medvirke i træningen.



Vi holder mennesker i bevægelse



Ufrivillig vandladning (UI) er et stort og tabubelagt problem blandt voksne kvinder og mænd (1). Patienterne lider af UI ved fysisk aktivitet (stress-urininkontinens), ved vandladningstrang (urgency urininkontines) eller i en kombination. Diagnosen stilles ud fra symptombilledet, væske- og vandladningsdagbøger og evt. blevejningstest. I sjældne tilfælde er det nødvendigt med mere indgribende kliniske undersøgelser af blærefunktionen for at kunne stille diagnosen, og dermed sikre den rigtige behandling. UI har negativ indflydelse på livskvaliteten og kan i værste fald medføre social isolation, påvirkning af samliv og psykisk helbred nedsat fysisk aktivitetsniveau og øget risiko for sygdom, herunder livsstilssygdomme.

Denne faglige status omhandler effekten af fysioterapi med særligt fokus på bækkenbundstræning til voksne kvinder og mænd med UI, og den kommer ikke ind på UI hos patienter med neurogene lidelser.

Forekomst af urininkontinens

25-45 % af voksne kvinde lider af UI. Med lav forekomst på cirka 10 % blandt yngre kvinder til over 50 % blandt ældre kvinder. Hos mænd stiger hyppigheden ligeledes med alderen fra ganske få procent hos yngre mænd til 21-30 % hos ældre. Mænd klager desuden over blæretømningsproblemer og efterdryp. Hyppigheden af blandt plejehjemsboere er fundet at ligge på mellem 43-77 %, og jo mere skrøbelig den ældre er des større risiko for UI.

Kvinder

Superviseret bækkenbundstræning kan mindske antal UI-episoder og bedre livskvaliteten hos kvinder med UI, og mere end halvdelen som træner regelmæssigt, vil opleve positiv effekt. Bækkenbundstræning har især god effekt hos kvinder med stressurininkontinens (2). Ud over effekt i forhold til nedsættelse af antal inkontinensepisoder, kan bækkenbundstræning også forbedre livskvaliteten hos kvinder med UI.

Bækkenbundstræning kan forebygge UI i graviditeten, og gravide kvinder uden UI, som tilbydes træningen, har 62 % lavere risiko for at udvikle UI sent i graviditeten og 30 % lavere risiko for UI op til 6 mdr. efter fødslen. Det anbefales, at kvinder med vedvarende UI efter fødslen får superviseret træning (3). Bækkenbundstræning er ligeledes effektiv til at forebygge UI hos ældre kvinder.

Bækkenbundstræning er mest effektiv til kvinder med mildere UI fremfor svær UI, og det er vigtigt, at kvinden er motiveret for træningen (4). For at bevare effekten af træningen vil fysioterapeuten instruere i strategier i hverdagen, som kan medvirke til at vedligeholde muskelfunktionen.

Mænd

Der findes ikke studier, som har undersøgt effekten af bækkenbundstræning til mænd med UI, med mindre der er tale om mænd, som har fået fjernet prostata eller har fået fjernet prostatavæv gennem urinrøret.

Bækkenbundstræning har vist sig at have en lille men positiv effekt på antal mænd med UI efter RP sammenlignet med mænd, som ikke får træning, og bækkenbundstræning kan afkorte tid med inkontinens efter RP (5).

Ifølge Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje bør danske mænd med UI efter RP tilbydes superviseret bækkenbundstræning, da der kan være positiv effekt, og da bivirkningerne ved træningen er minimale (6).

Den sparsomme effekt af superviseret træning til mænd med UI efter fjernelse af prostata gør det dog nødvendigt at få afdækket, hvilke mænd der har effekt af bækkenbundstræning efter RP.

Ud over effekt af bækkenbundstræning umiddelbart postoperativt kan der være effekt af træningen, hvis den tilbydes mænd med vedvarende UI efter fjernelse af prostata.

Fysioterapeutiske interventioner

Fysioterapeuter behandler UI i kommuner, i hospitalsregi samt i privat regi, og indgår ofte som en naturlig del af det tværfaglige team.

Bækkenbundstræning har særligt fået en vigtig plads i den konservative behandling af UI til kvinder, da man har kunnet påvise sammenhæng mellem stressurininkontinens og dysfunktion af bækkenbundens muskler såsom nedsat muskelstyrke, nedsat statisk og dynamisk udholdenhed samt koordination. Det er samtidig vist, at bedring af knibefunktion øger muligheden for at blive kontinent. Det anbefales derfor at undersøge, om kvinderne har en korrekt knibefunktion, inden de påbegynder bækkenbundstræningen. Den fysioterapeutiske behandling indeholder ud over træning også rådgivning om væskeindtag og toiletvaner, samt KRAM-faktorer.

Den fysioterapeutiske intervention tager udgangspunkt i den enkeltes fysiske og psykiske ressourcer. Fysioterapi til patienter med UI kan bestå af generel fysisk træning og/eller bækkenbundstræning. Det gælder også den svage ældre borger med UI med eventuelle kognitive dysfunktioner, da bedret fysisk funktion og særlig en bedre gangfunktion kan reducere antal inkontinensepisoder og være med til at bremse udviklingen af UI.

Effekten af fysioterapi evalueres ud fra subjektive og objektive parametre såsom selvoplevet bedring af UI, bedring af livskvalitet eller genoptagelse af sportsaktiviteter; desuden måles reduktion i antal inkontinensepisoder, eller i grad af urinlækage og eventuel forbrug af bleer.

Man ved endnu ikke, hvilket bækkenbundstræningsprogram, som har bedst effekt (7). Fysioterapeuten vil derfor planlægge sin træning ud fra den fysioterapeutiske undersøgelse og ud fra den enkeltes behov og ressourcer.

Der er samme effekt, hvad enten træningen foregår individuelt eller på hold.

Risikofaktorer

Stigende alder, højt BMI, nedsat fysisk aktivitetsniveau, psykiske problemer herunder depression, andre sygdomme som centrale og perifere neurologiske lidelser, livsstile relateret sygdom som iskæmisk hjertelidelse, diabetes og KOL øger risiko for urininkontinens.

Hos kvinder udgør graviditet og vaginal fødsel de største risikofaktorer, og mindst 30 % af alle gravide oplever UI, og hver tredje kvinde oplever UI de tre første måneder efter fødslen.

Fjernelse af prostata (radikal prostatektomi= RP) udgør en særlig risikofaktor for mænd, og mere end 70 % af mænd, som har fået fjernet prostata, har UI de første måneder efter operationen, mens tallet ligger på omkring 10 % et år efter operationen.

Typiske symptomer

STRESSURININKONTINENS:

Urinlækage ved fysisk anstrengelse, sport, host, nyst, løft. SUI ses hyppigst hos kvinder, men forekommer også hos mænd, som har fået fjernet prostata.

URGENCY URININKONTINENS:

Urinlækage i forbindelse med bydende vandladningstrang. Forekommer hyppigst hos ældre kvinder og hos mænd, hvor det kan være et tegn på obstrueret vandladning.

MIXED URININKONTINENS:

En blanding af stressurininkontinens og urgency urininkontinens. Ses især hos ældre kvinder.

FUNKTIONEL URININKONTINENS:

Forekommer hos mennesker med fysiske eller psykiske dysfunktioner, såsom gangbesvær eller kognitive forstyrrelser, og nogle har svært ved at nå toiletet i tide, mens andre ikke mærker blærefyldning.

Det anbefales dog, at træningen gennemføres som superviseret og progressiv træning gerne i mindst 12 uger, og gerne med hyppig supervision f.eks. en gang ugentlig (7, 8).

Træningen kan foregå med eller uden et træningsredskab, såsom biofeedback eller vaginalvægte (kvinder) eller med samtidig elektrisk stimulering af bækkenbundsmusklerne.

Fysioterapeuters kompetencer

Fysioterapeuter kan med deres træningsfysiologiske og pædagogiske viden tilrettelægge og individualisere genoptræningsforløb til mennesker med UI.

Fysioterapeuter, som arbejder med inkontinensbehandling, har gennemgået en specialuddannelse, som giver dem særlige kompetencer til at kunne behandle dysfunktioner relateret til bækkenbunden (9).

Fysioterapi til inkontinens

Fysioterapeuter behandler mennesker med urininkontinens i primærsektoren, i sekundærsektoren, samt i privat regi. De indgår desuden i det tværfaglige team omkring patienter med urininkontinens. Den fysioterapeutiske behandling består udover bækkenbundstræning af andre tiltag, der kan afhjælpe inkontinens som rådgivning om væskeindtag og toiletvaner.

Socioøkonomiske effekter af urininkontinens

En undersøgelse fra 2009 vurderede, at en tiendedel af de samlede omkostninger til ældreområdet gik til pleje af inkontinente, svarende til 2 milliarder årligt. Dertil kommer offentlige udgifter til hjælpemidler, som i 2009 blev estimeret til at ligge på en kvart milliard.

Udgifter for den enkelte borger er ukendte, og det vides ikke, hvor meget UI koster i tabt arbejdsfortjeneste, eller hvor store udgifter den enkelte har til at købe hjælpemidler.

Fysioterapi og bækkenbundstræning er billige interventioner, som kan bidrage til at mindske UI og dermed også udgifter både for den enkelte og for samfundet (10).

Konklusion

Urininkontinens er et udbredt problem blandt voksne og ældre mænd og kvinder. Bækkenbundstræning anbefales internationalt som første behandlingsvalg til kvinder med UI. Selvom evidensen for bækkenbundstræning til mænd med UI er begrænset, anbefales bækkenbundstræning til mænd, som har UI efter at have fået fjernet prostata.

Bækkenbundstræning er en billig intervention, som kan afhjælpe UI og bedre livskvalitet. Træningen kan tilbydes alle, som er i stand til at medvirke i træningen. Fysioterapeut-superviseret træning har vist sig at have bedre effekt end træning på egen hånd.

Fysioterapi til at afhjælpe UI kan ud over bækkenbundstræning bestå af livsstilsrådgivning og almen fysisk træning. Bækkenbundstræning er uden bivirkninger, og de få studier, som har rapporteret bivirkninger, beskriver let muskelømhed og ubehag ved træning (2).

Sundhedsstyrelsens anbefalinger

I Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer for henholdsvis mænd med prostatakræft og kvinder med urininkontinens fra 2016 anbefales:

- at alle mænd med urininkontinens efter prostatakræft tilbydes superviseret bækkenbundstræning.
- At kvinder med urininkontinens tilbydes superviseret bækkenbundstræning.

Behandling og forebyggelse af urininkontinens hos mænd og kvinder

UNDERSØGELSE

Fysioterapeutens undersøger for knibestyrke og korrekt knibefunktion.

BEHANDLING

Behandlingen tager udgangspunkt i undersøgelsen og den enkeltes fysiske og psykiske ressourcer. Behandlingen kan bestå af:

- Generel fysisk træning til svage ældre med nedsat fysisk funktion og gangbesvær
- Bækkenbundstræning (evt. med biofeedback, vaginalvægte (kvinder) og elektrisk stimulering)
- Rådgivning om væskeindtag og toiletvaner
- Udredning af KRAM-faktorer
- Mænd der lider af urininkontinens efter fjernelse af prostata bør tilbydes bækkenbundstræning
- Undervisning i strategier til fastholdelse af fortsat træning.

Træningen kan foregå individuelt eller på hold, skal være superviseret og forløbe i mindst 12 uger og gerne med en ugentlig kontrol.

GRAVIDITET ØGER RISIKO FOR URININKONTINENS

30 % af alle gravide oplever urininkontinens

33 % oplever urininkontinens de første tre måneder af graviditeten

FOREBYGGELSE

Træning i graviditeten:

62 % lavere risiko for urininkontinens sent i graviditeten

Træning i graviditeten:

30 % lavere risiko for inkontinens 6 måneder efter fødsel

REFERENCER

1. Kommunikation K. Nordic Survey on Urinary Dysfunction 2011-2012 *International / Nordic Report 2012* Available from: kontinens.org/nordisk-rapport.
2. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. *Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women*. Cochrane Database Syst Rev. 2018;10:CD005654.
3. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Morkved S, Hay-Smith EJC. *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women*. Cochrane Database Syst Rev. 2017;12:CD007471.
4. Sundhedsstyrelsen. *National klinisk retningslinje for urininkontinens hos kvinder*. 2016.
5. Kannan P, Winsler SJ, Fung B, Cheing G. *Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training Alone and in Combination With Biofeedback, Electrical Stimulation, or Both Compared to Control for Urinary Incontinence in Men Following Prostatectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Phys Ther. 2018.
6. Sundhedsstyrelsen. *National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med prostatakræft*. 2016.
7. Dumoulin C, Glazener C, Jenkinson D. *Determining the optimal pelvic floor muscle training regimen for women with stress urinary incontinence*. Neurourol Urodyn. 2011;30(5):746-53.
8. Hay-Smith EJ, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. *Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women*. Cochrane Database Syst Rev. 2011;12:CD009508.
9. DUGOF. Uddannelsesbeskrivelse, dugof.dk/uddannelse/uddannelsesbeskrivelse
10. Neumann PB, Grimmer KA, Grant RE, Gill VA. *The costs and benefits of physiotherapy as first-line treatment for female stress urinary incontinence*. Aust N Z J Public Health. 2005;29(5):416-21.

Denne opsummering af fysioterapi til behandling af urininkontinens hos kvinder og mænd er udarbejdet af fysioterapeut Ulla Due, PT, ph.d. og formand for Dansk Selskab for Urologisk, Gynækologisk og Obstetrisk Fysioterapi

Fysioterapi virker til behandling og forebyggelse af adskillige mentale og fysiske sygdomme. Danske Fysioterapeuter har bedt en række eksperter om at udarbejde status over den nyeste forskning af effekten af fysioterapi til udvalgte sygdomme, symptomer samt mentale og fysiske udfordringer. De faglige statusser kan hentes på fysio.dk og vil løbende blive opdateret.

- Urininkontinens (2019)
 - Hjernerystelse (2019)
 - Demens (2016)
 - Diabetes (opdateret i 2016)
 - Behandling af hofteartrose (2016)
 - Behandling af mennesker med skizofreni (2015)
 - Motorisk usikre børn (2015)
 - Mennesker med smerter (2014)
 - Patienter med knæ- og hofteartrose (2013)
-



Vi holder mennesker i bevægelse