

Urinlekkasje i barseltid

GENERELT

Her omtales urinlekkasje hos kvinner opp til 1 år etter barnefødsel og er ment som et supplement til kapitlet om urinlekkasje i veileder for gynekologi [Urininkontinens \(Veileder gynekologi \(NGF\)\)](#).

ANBEFALINGER

- Det *anbefales* bruk av miksjonsliste og bleieveietest for kartlegging av problemet (II).
- Det *anbefales* bekkenbunnstrening under og etter svangerskapet for å forebygge/behandle urininkontinens (II).
- Det *anbefales* å unngå kirurgisk behandling av urininkontinens i barseltid pga. spontan remisjon hos omkring halvparten av kvinnene (II).

DEFINISJON

- *Stressinkontinens (vanligst i barseltid)*: Ufrivillig urinlekkasje som oppstår ved økning i intraabdominalt trykk, typisk utløst av fysisk anstrengelse, aktivitet, hoste eller nys.
- *Urgency*: Hurtig innsettende uimotståelig trang til å late vannet.
- *Urgencyinkontinens*: Ufrivillig urinlekkasje assosiert med urgency.
- *Blandingsinkontinens*: Ufrivillig urinlekkasje assosiert med urgency, men også ved anstrengelse eller fysisk aktivitet (som trening, sport) eller ved nys eller hoste.
- *Nocturi*: Tilstand der pasienten våkner for å late vannet én eller flere ganger, og hver vannlating etterfølges av søvn eller intensjon om å sovne igjen.
- *Overaktiv blære syndrom (OAB)*: Symptomkompleks bestående av urgency, vanligvis ledsaget av frequency og nocturi med eller uten urgencyinkontinens i fravær av urinveisinfeksjon eller annen åpenbar patologi.
- *Ekstrauretral inkontinens*: Urinlekkasje fra fistler, oppstår svært sjelden etter barnefødsler i vår del av verden.

Se ref. nr.(1)

EPIDEMIOLOGI

- I graviditeten skyldes urinlekkasje trykk fra forstørret uterus, fluktuerende hormonnivåer, økt glomerulær filtrasjon, endret uretrovesikal vinkel.
- Postpartum assosieres urinlekkasje til forløsningsrelaterte faktorer som trauma mot blære, nerve eller muskelskade eller skade av uretra eller støttevevet rundt urethra (2).
- Prevalens av urinlekkasje er høyest i tredje trimester (nesten 2 av 3 kvinner), reduseres til ca. 50 % de første 12 månedene postpartum, og ca 30 % etter 4 år (3).
- Stressinkontinens er fem ganger vanligere enn urgencyinkontinens i svangerskap og postpartum (4, 5).

DIAGNOSTIKK

- God anamnese- bruk gjerne validerte spørreskjema som NKIR-spørreskjema(6), Sandvik ´s Severity Index(7) eller ICIQ-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI-SF)(8)
- 24-timers bleieveietest(9)
- Gynekologisk undersøkelse med vaginal UL for å utelukke annen patologi i bekkenet
- Urinstix

UTREDNING

Urodynamisk utredning avventes vanligvis til etter endt barseltid.

RISIKOFAKTORER FOR VEDVARENDE URININKONTINENS ETTER

BARSELTID

- Urininkontinens i svangerskap (2, 10)
- Vaginal fødsel(10, 11)
- Høy BMI i siste trimester(10)
- Høy alder ved første fødsel(10)
- Paritet(12)

BEHANDLING

- Berolige kvinnen. Mange blir bedre og halvparten blir helt bra etter barseltiden (10)
- Bekkenbunnstrening (13, 14)
- Lokale østrogener kan forsøkes ved atrofiske slimhinner pga. amming
- Ved stressinkontinens: Inkontinenspessar (ringpessar med kule) evt. kun inkontinensbue til bruk under trening(15)
- Ved urgency/overaktiv blæresymptomer(16):
 - Blæretrening.
 - Reduksjon av væskeinntak (OBS: forsiktighet hos ammende kvinner)/endring av drikkemønster.
 - Unngå kaffe og te.
 - Verken antimuskariske medikamenter, mirabegron eller vibegron har vist å påvirke barnet under svangerskap eller amming, men ikke nok data for å kunne si at det er helt trygt å bruke over lang tid.

PROFYLAKSE

Bekkenbunnstrening før, under og etter svangerskapet(13).

REFERANSER

1. Doumouchtsis SK, de Tayrac R, Lee J, Daly O, Melendez-Munoz J, Lindo FM, et al. An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association

(IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 2023;34(1):1-42.

2. Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol*. 2003;102(6):1291-8.
3. Gartland D, MacArthur C, Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Frequency, severity and risk factors for urinary and faecal incontinence at 4 years postpartum: a prospective cohort. *BJOG*. 2016;123(7):1203-11.
4. Moosdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence between 6 weeks and 1 year post-partum: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2021;32(7):1675-93.
5. Moosdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2021;32(7):1633-52.
6. Kulseng-Hanssen S, Borstad E. The development of a questionnaire to measure the severity of symptoms and the quality of life before and after surgery for stress incontinence. *BJOG*. 2003;110(11):983-8.
7. Sandvik H, Hunskar S, Seim A, Hermstad R, Vanvik A, Bratt H. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health*. 1993;47(6):497-9.
8. 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.
9. Rasmussen A, Mouritsen L, Dalgaard A, Frimodt-Møller C. Twenty-four hour pad weighing test: reproducibility and dependency of activity level and fluid intake. *Neurourol Urodyn*. 1994;13(3):261-5.
10. Wang X, Mao M, Xie F, Zhao R, Guo P, Zhang W, et al. Urinary incontinence developmental trajectories and risk predictors: a prospective study from pregnancy to 4 years after childbirth. *BMC Public Health*. 2025;25(1):3433.
11. Wesnes SL, Hunskar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG*. 2009;116(5):700-7.
12. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunskar S. Age- and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol*. 2001;98(6):1004-10.
13. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD007471.
14. Gonzales AL, Barnes KL, Qualls CR, Jeppson PC. Prevalence and Treatment of Postpartum Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2021;27(1):e139-e45.
15. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A, et al. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010;115(3):609-17.
16. Karim F, Araklitis G, Robinson D, Cardozo L. The management of urogynaecological problems in pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*. 2022;24:167-75.