

Uroterapeutiska insatser vid ryggmärgsbråck hos vuxna

De allra flesta med ryggmärgsbråck har en neurogen blåsfunktionsstörning med svårigheter att tömma urinblåsan, urinläckage eller både och. (Se Kliniska riktlinjer, kapitel 11 - Urologi.)

Uroterapeutiska insatser är en förutsättning för att kunna etablera och upprätthålla en välfungerande blåstömningsmetod och kontinens, genom hela livet.

Blåstömningssvårigheter och urinläckage

Blåstömningssvårigheterna är ur medicinsk synvinkel det allvarligaste, medan urinläckaget ofta är det mest påtagliga symtomet för individen själv. Urin- och avföringsinkontinens riskerar att hindra deltagande i sociala sammanhang och minska möjligheten till nära intima relationer.

Val av behandlingsmetod och undervisning kring blåstömning och kontinens måste anpassas efter individens fysiska och kognitiva förmåga. Det är viktigt att försäkra sig om att personen förstått innebörden i den information som givits. Samarbete med arbetsterapeut kan vara värdefullt för att hitta strategier för stöd till minne och organisationsförmåga. Flertalet individer med ryggmärgsbråck behöver livslång uppföljning och stöd i vardagen för att klara att upprätthålla sina rutiner och genomföra sina livsnödvändiga behandlingar

Uroterapeutens diagnostiska verktyg

Anamnes

Anamnes inhämtas i första hand från patienten, vid behov kompletterat från patientens nätverk. Se exempel på lämpliga frågor i rutan om årlig uppföljning och i formuläret "Liten genomgång".

Residualurinmätning

Oavsett vilken tömningsmetod som används bör regelbunden uppföljning av residualurin ske med hjälp av ultraljud/ bladderscan. Volymen av residualurin har betydelse för funktionell blåskapacitet, miktionsfrekvens, förekomst och frekvens av urinläckage. Ständig residualurin ökar risken för urinvägsinfektioner, epididymit hos män, och bildning av blåstenar.

Miktions- och läckagetester

Blåstömning kartläggs med miktionslista under tre dygn. I läckagetest noteras viktökning av kontinensskydd och tidpunkter för byte av skydd. Läckagetester används vid utvärdering av behandling mot inkontinens samt utprovning och anpassning av inkontinenshjälpmedel.

Miktions- och läckagetest ger information om:

- Miktionsfrekvens
- Miktionsvolym
- Dygnsvolym och fördelning mellan sömn och vakenhet
- Läckagefrekvens
- Läckagevolym
- Funktionell blåskapacitet
- Maximal kontinensperiod
- Trängningsfrekvens
- Trängningar och läckage i anslutning till rörelse, ansträngning, stillasittande, kroppsläge, etc

Urodynamik /Cystometri

Urodynamisk undersökning av fyllnads- och tömningsfas ger upplysningar om blåskapacitet, blåsväggens tänjbarhet (compliance), blåsmuskelns (detrusormuskelns) funktion, känsel för blåsfyllnad och kissnöd, tryckförhållanden under fyllnad och tömning samt vilken volym och vilket tryck som ger urinläckage. Urodynamik utförs av uroterapeut eller specialutbildad sjuksköterska enligt International Continence Society:s (ICS) ”Good Urodynamic Practice” (1). Urodynamisk undersökning rekommenderas om det finns förändringar i blåstömningsmönster, kontinens, antal urinvägsinfektioner under det senaste året eller tecken till påverkan på njurfunktionen (2). Urodynamik används också för att kontrollera effekt av medicinsk behandling. Nyttillkommen ansträngningsinkontinens utreds med urodynamik och uretratrickprofil, särskilt hos kvinnor.

Ren intermittent kateterisering RIK

När individens egen tömningsförmåga inte är tillfredsställande är RIK den bästa tömningsmetoden för att förbättra kontinens och bevara blås- och njurfunktion. Många vuxna med ryggmärgsbräck använder RIK sedan barndomen.

Vid introduktion av RIK och i samband med uppföljning är det viktigt med tydlig information om orsaken till och fördelarna med RIK. Patientens motivation och egen upplevelse av fördelar är avgörande för att fortsätta med RIK. Arbetsterapeut kan involveras för att bidra med t.ex. anpassningar av badrum och metoder till stöd för minne och organisation.

Utprovning av kateter

Katetrar för RIK finns i olika material, typer, längder och grovlek. I Sverige är katetrar engångsmaterial. Diskussioner om återanvändning pågår. Flera metoder för att rengöra de egna tappningskatetrarna har beskrivits i internationell litteratur, men säker evidens saknas ännu (3,4). Den behandlande uroterapeuten lär patienten att genomföra RIK, provar ut lämplig katetersort, katetergrovlek och kateterlängd, och ansvarar för uppföljning av förskrivna produkter. Uppföljning kan även ske i primärvården hos distriktssköterska/ kontinensansvarig sjuksköterska.

Katetergrovleken är viktig för effektiv tömning. En tunn kateter ger sämre flöde, längre tömningstid och risk för ofullständig tömning. Urinvägsinfektioner är i de flesta fall orsakade av alltför glesa RIK-tillfällen eller en ofullständig tömningsteknik (5) t.ex. att katetern dras ut för snabbt eller bara varit innanför blåshalsen. En tunn kateter är också spetsigare vilket hos män kan öka risken för upphakning vid urinrörets slutmuskel och bildning av ”falsk gång”. Vuxna som har kvar samma kateterstorlek som när de var barn bör erbjudas förnyad utprovning. Vanlig kateterstorlek för vuxna är Charrière 14-16.

RIK är egenvård

RIK räknas i de allra flesta fall som egenvård. Egenvårdsintyg skall vid behov skrivas av behandlande uroterapeut eller distriktssköterska.

Såväl hydrofila katetrar som icke-hydrofila plastkatetrar kan användas. Det finns viss evidens för att frekvensen av urinvägsinfektioner är lägre med hydrofila katetrar, men inga belägg för att ytmaterialet eller kateterdesign har någon betydelse för uppkomsten av andra komplikationer eller för patientens välbefinnande (6,7,8).

RIK-intervall och instruktioner

Lämpligt RIK-intervall är 3-4 timmar dagtid (5). Handtvätt rekommenderas före RIK och efter toalettbesök av allmänna hygieniska skäl.

Själv-RIK

- Plocka fram kateter, ev glidslem och ev nytt läckageskydd.
- Sitt i utprovad sittställning eller stå upp.
- *Kvinna:* Med ena handen: sära på blygdläpparna. Med andra handen: för in katetern tills urinen börjar rinna.
- *Man:* Med ena handen: Håll penis utåt/uppåt mot buken. Med andra handen: för in katetern tills urinen börjar rinna.
- När urinen slutat rinna förs katetern in ytterligare en liten bit.
- Om urinen börjar rinna igen, vänta tills urinen slutat rinna och dra sedan sakta ut katetern.
- Om urinblåsan är svår att tömma, tryck över buken eller hosta med katetern kvar i blåsan.

Assisterad RIK

- Plocka fram kateter, ev glidslem och ev nytt läckageskydd.
- Låt personen sitta i utprovad sittställning.
- *Kvinna:* Med ena handen: sära på blygdläpparna. Med andra handen: för in katetern tills urinen börjar rinna.
- *Man:* Med ena handen: Håll penis utåt/uppåt mot buken och med tummen underifrån nära penisroten. Då känns kateterns väg in i blåsan. Med andra handen: för in katetern tills urinen börjar rinna.
- När urinen slutat rinna förs katetern in ytterligare en liten bit.
- Om urinen börjar rinna igen, vänta tills urinen slutat rinna och dra sedan sakta ut katetern.
- Om urinblåsan är svår att tömma, tryck över buken eller hosta med katetern kvar i blåsan.

Sammanfattning:

- De flesta med ryggmärgsbråck har en neurogen blåsfunktionsstörning med svårigheter att tömma urinblåsan, urinläckage eller både och.
- Ren intermitterent kateterisering (RIK) bör startas så snart blåstömningssvårigheter diagnosticerats.
- Uroterapeut lär patienten genomföra RIK, provar ut lämplig katetersort, katetergrovllek och kateterlängd, och ansvarar för uppföljning av förskrivna produkter. Uppföljning kan även ske i primärvården hos distriktssköterska/ kontinensansvarig sjuksköterska.
- RIK-träningen skall vara individuellt anpassad och målet är största möjliga självständighet utifrån individens förutsättningar.
- Kognitiva funktionsnedsättningar är vanliga. Samarbete med arbetsterapeut är värdefullt för att hitta strategier för stöd till minne och organisationsförmåga.
- Flertalet individer med ryggmärgsbråck behöver livslång uppföljning och stöd i vardagen för att klara att upprätthålla sina rutiner och genomföra sina livsnödvändiga behandlingar

Rekommendationer:

Årlig uppföljning hos uroterapeut, inkluderande:

- Anamnes, frågor om urinblåsans och tarmens funktion, t.ex:
 - Hur tömmer du urinblåsan? Tömningsproblem?
 - Har du urinläckage? Undviker du aktiviteter p.g.a. urinläckage?
 - Har du haft urinvägsinfektion som du fått antibiotika för under det senaste året? Hur många gånger?
 - Hur tömmer du tarmen? Tömningsproblem?
 - Har du avföringsläckage? Undviker du aktiviteter p.g.a. avföringsläckage?
 - Vill du träffa någon som har mer kunskap kring blås- eller tarmtömningsmetoder och läckage? (rutiner, läkemedel, hjälpmedel eller operation)
- mätning av residualurin med ultraljud eller bladderscan
- genomgång av pågående läkemedelsbehandling för blåsa och tarm
- uppföljning av förskrivna hjälpmedel för blåsa och tarm
- vid behov observation av RIK-teknik, miktionslista eller urodynamisk undersökning, som led i utredning av förändringar i blåstömningssmönster, kontinens, antal urinvägsinfektioner under det senaste året, eller tecken till påverkan på njurfunktionen.
- samordning med den urologiska uppföljningen som beskrivs i Kapitel 11 – Urologi.

Texten baseras huvudsakligen på [Uroterapeutiska insatser inklusive RIK vid neurogen blåsfunktionsstörning](#) av Magdalena Vu Minh Arnell (2020-01-07).

Innehållet har anpassats till riktlinjer för vuxna med ryggmärgsbråck av:

Elisabeth Farrelly, överläkare urologi, Kirurgcentrum, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå. Med.Dr, Karolinska Institutet, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society.

Ulrica Jonsson, överläkare, Habilitering och Hälsa, Göteborg.

Monica von Heijne, pensionerad överläkare, Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken DSAB
2022-06-15

Referenser

1. Rosier PFWM, Schaefer W, Lose G, et al. International Continence Society Good Urodynamic Practices and Terms 2016: Urodynamics, uroflowmetry, cystometry, and pressure-flow study. *Neurourol Urodyn*. 2017 Jun;36(5):1243-1260.
2. Rantell A, Lu Y, Averbeck MA, et al. What is the utility of urodynamics, including ambulatory, and 24 h monitoring, in predicting upper urinary tract damage in neuro-urological patients and other lower urinary tract dysfunction? ICI-RS 2017. *Neurourol Urodyn*. 2018 Jun;37(S4):S25-S31.
3. Wilks SA, Morris NS, Thompson R, Prieto JA, Macaulay M, Moore KN, Keevil CW, Fader M. An effective evidence-based cleaning method for the safe reuse of intermittent urinary catheters: In vitro testing. *Neurourol Urodyn*. 2020 Mar;39(3):907-915.
4. Grasdahl M, Walter M, Krassioukov AV. The microbiological and physical properties of catheters for intermittent catheterization: a systematic review on the impact of reuse and cleaning. *Spinal Cord*. 2022 Jan 23. doi: 10.1038/s41393-021-00740-3. Epub ahead of print. PMID: 35066573.
5. Bakke A, Digraanes A, Høisaeter PA. Physical predictors of infection in patients treated with clean intermittent catheterization: a prospective 7-year study. *Br J Urol*. 1997 Jan;79(1):85-90.
6. Prieto JA, Murphy CL, Stewart F, Fader M. Intermittent catheter techniques, strategies and designs for managing long-term bladder conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Oct 26;10(10):CD006008.
7. Rognoni C, Tarricone R. Intermittent catheterisation with hydrophilic and non-hydrophilic urinary catheters: systematic literature review and meta-analyses. *BMC Urol*. 2017 Jan 10;17(1):4.
8. Feng D, Cheng L, Bai Y, Yang Y, Han P. Outcomes comparison of hydrophilic and non-hydrophilic catheters for patients with intermittent catheterization: An updated meta-analysis. *Asian J Surg*. 2020 May;43(5):633-635.

Mer information finns även på: <https://nikola.nu/> **Nätverket Nikola** är ett nationellt nätverk vars syfte är att på nationell nivå driva utvecklingen inom området blås- och tarmdysfunktion genom att öka kunskapen hos vårdpersonal, sjukvårdshuvudmän, vårdgivare och allmänhet.