

URINIKONTINENS

under svangerskapet og etter fødselen – hvordan kan det forebygges?

■ STIAN LANGELAND WESNES MD PhD, Krambua Legesenter

Urininkontinens er vanlig i forbindelse med svangerskapet. En til to av tre kvinner rapporterer urininkontinens under svangerskapet. Data fra «Den norske mor og barn-undersøkelsen» tilsier en prevalens på 58 prosent i uke 30. Etter fødsel er prevalensen av urininkontinens 15–38 prosent.

Urininkontinens under svangerskap er en viktig risikofaktor for urininkontinens etter fødsel og senere i livet. Nyoppstått urininkontinens etter fødsel har også vist seg å være en risikofaktor for urininkontinens opp til 12 år etter fødsel. Omtrent 65 prosent av alle kvinner opplyser at deres urininkontinens startet opp i forbindelse med svangerskapet.

Forebygging av urininkontinens

Forebygging av urininkontinens har generelt hatt fokus på bekkenbunnstrening. En rekke variabler er assosiert med urininkontinens under svangerskap og etter fødsel. Flere av disse risikofaktorene er påvirkbare, og fortjener

derfor å bli vurdert mtp. forebygging av urininkontinens i forbindelse med svangerskapet.

Hvis urininkontinens i svangerskapet kan forebygges, vil dette kunne ha stor klinisk betydning for urininkontinens etter fødsel og senere i livet. Jeg vil i denne artikkelen gå gjennom hvilke assosiasjoner og tiltak som har dokumentert effekt på urininkontinens i svangerskap og etter fødsel.

Livsstilsfaktorer

Røyking

Omtrent en av fem gravide røykte i begynnelsen av svangerskapet. Røyking kan medføre urininkontinens blant annet gjennom hoste. I en prospektiv studie på 523 amerikanske kvinner var røyking før svangerskapet den viktigste risikofaktoren for urininkontinens etter fødsel (OR 2.9) (1). Resultater angående røyking i svangerskap og urininkontinens er noe sprikende. En svensk tverrsnittstudie av 7700 kvinner viste at røyking i uke 16 i svangerskapet ga en OR på 1,3 for nyoppstått urininkontinens i svangerskapet (2). På bakgrunn av data fra epidemiologiske studier er det dermed grunn til å anbefale røykeslutt for å forebygge urininkontinens i forbindelse med svangerskapet. En slik anbefalingene er i tråd med nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge.

Alder

Alder ved første fødsel i Norge har økt fra 22 år i 1967 til 28 år i 2007. Forekomsten av urininkontinens øker gjennom kvinnens fertile del av livet. Økende alder gir redusert muskeldiameter i bekkenbunnen. En review publisert i 2011 konkluderte med at høy alder i svangerskapet var assosiert med økt risiko for urininkontinens etter fødsel (3). De fleste studiene i denne reviewen angir OR 1,0–2,5 for urininkontinens etter fødsel ved alder > 35 år. Det er rikelig epidemiologisk dokumentasjon på at høy alder gir økt urininkontinens under svangerskap og etter fødsel. Imidlertid medfører de personlige og samfunnsmessige konsekvensene av å tilrå første svangerskap i ung alder for å forebygge urininkontinens at en slik anbefaling ikke kan rettferdiggjøres.

Forstoppelse

I en irsk studie på 7000 gravide kvinner hadde 40 prosent forstoppelse en eller flere ganger ild svangerskapet. I en svensk kohortstudie forekom forstoppelse hos 21 prosent av alle kvinnene to måneder etter fødsel. Langvarig pressing på toalettet kan skade nervus pudendus, og en full rektum kan føre til detrusoroveraktivitet. To ulike kohortstudier har funnet at kvinner som var forstoppet i svangerskapet hadde økt risiko for urininkontinens i svangerskapet sammenlignet med

Livsstilsfaktorer som røyking, vekt og alder kan øke risikoen for urininkontinens hos gravide.



ILLUSTRASJON: COLLABOR, COLLABOR, MONTIHERNAS

kvinner som ikke var forstoppet, med OR på henholdsvis 4,2 (4) og 1,8 (5). Forstoppelse var også assosiert med nyoppstått urininkontinens i svangerskapet (5). I det svenske data-materialet var forstoppelse to måneder etter fødsel en signifikant risikofaktor for urininkontinens ett år etter fødsel (RR 1,5) (6). Det er tilstrekkelig epidemiologisk data til å anbefale kvinner å unngå forstoppelse for å forebygge urininkontinens under svangerskap og etter fødsel.

Vekt

Blant førstegangsfødende kvinner i Norge er gjennomsnittlig BMI 23,5 før svangerskapet. I USA er ca halvparten av kvinner mellom 20–39 år overvektige eller fete. Overvekt gir økt intraabdominalt trykk, økt blæretrykk og svekkelse av bekkenbunnen. En rekke kohortstudier har funnet en assosiasjon mellom overvekt før svangerskapet og urininkontinens i svangerskapet. Assosiasjonen mellom vekt og urininkontinens gir gjennomgående OR 1,2–1,5 pr fem kg/m² økning i BMI (7). En stor australsk kohortstudie fant økt forekomst av nyoppstått inkontinens i svangerskapet blant kvinner som var overvektige før svangerskapet (8).

Førstegangsfødende kvinner i Norge legger gjennomsnittlig på seg 15,8 kg i svangerskapet. Det er ingenting som tyder på at vektoppgang i svangerskapet representerer en risikofaktor for urininkontinens hverken i svangerskapet eller etter fødsel. Seks måneder etter fødsel har førstegangsfødende kvinner gått ned gjennomsnittlig 14,5 kg. I vår studie undersøkte vi hvordan vektreduksjon etter fødsel påvirket risikoen for urininkontinens seks måneder etter fødsel. Blant kvinner som var kontinent i svangerskapet var det signifikant redusert forekomst av nyoppstått urininkontinens seks måneder etter fødsel blant dem som gikk mest ned i vekt sammenlignet med dem som gikk minst ned i vekt (RR 0,7) (9).

Det er ikke gjennomført RCT-studier på vektendring ifm svangerskapet. Det er imidlertid god epidemiologisk dokumentasjon for å kunne anbefale at kvinner bør tilstrebe normalvekt før svangerskapet. Å gjenvinne førgravid vekt seks måneder etter fødsel ser ut til å kunne forebygge nyoppstått urininkontinens etter fødsel.

Trening

Bekkenbunnstrening

Bekkenbunnstrening er førstelinjetiltak for behandling og forebygging av urininkontinens i forbindelse med svangerskapet. Bekkenbunnstrening er det tiltaket flest gravide kvinner benytter når de skal behandle eller forebygge urininkontinens. Kvinner tror ofte

at de får urininkontinens i forbindelse med svangerskapet pga at de har gjort for lite bekkenbunnstrening.

I Den norske mor og barn-undersøkelsen gjorde 28 prosent av kvinnene bekkenbunnstrening i uke 30. Bekkenbunnstrening øker blant annet hviletonus i bekkenbunnen og øker evnen til raks og kraftig kontraksjon ved hoste. I en studie utført i Trondheim fant man at 12 maksimale bekkenbunnkontraksjoner som ble holdt i åtte til 12 sekunder med ytterligere tre raske kontraksjoner på slutten av hvert knip utført to ganger daglig over tre måneder var effektiv forebygging og behandling av urininkontinens under svangerskapet og etter fødsel (10). De konkluderte med at denne treningen forebygget urininkontinens i svangerskapet hos en av seks kvinner. En Cochrane rapport viste at bekkenbunnstrening under svangerskapet signifikant kunne forebygge urininkontinens i uke 34 av svangerskapet (risk ratio 0,44). Bekkenbunnstrening under svangerskapet kunne også forebygge urininkontinens etter fødsel (risk ratio 0,71) (11).

Bekkenbunnstrening etter fødsel har i to RCT-studier vist seg å forebygge urininkontinens. Den ene studien er gjort i Norge. Mørkved randomiserte kvinner til kontroll eller intensiv bekkenbunnstrening med fysioterapeut åtte til 16 uker etter fødsel. Det var signifikant redusert innsidens av urininkontinens i uke 16 og ett år etter fødsel i treningsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (12).

Bekkenbunnstrening er effektivt. Vi vet imidlertid ikke om noen grupper kvinner profiterer mer enn andre på bekkenbunnstrening. På bakgrunn av RCT-studier vil jeg anbefale kvinner å gjøre bekkenbunnstrening under og etter svangerskapet for å forebygge urininkontinens.

Knipekoner og elektrostimulering

På 1990-tallet var det mye snakk om knipekoner som behandling av urininkontinens. Dette er små vektlodd som legges i skjeden. De holdes oppe ved hjelp av bekkenbunnsmuskulatur. En RCT-studie undersøkte effekten av knipekoner og bekkenbunnstrening fra tre til 12 måneder etter fødsel. Begge intervensjoner hadde effekt sammenlignet med kontrollgruppe 12 måneder etter fødsel. Det var imidlertid ingen forskjell mellom gruppene som gjorde bekkenbunnstrening og gruppen som benyttet knipekoner (13).

Elektrostimulering er aktivisering av muskulatur i bekkenbunnen gjennom elektroder som festes i kvinnens underliv. En liten japansk studie har vist signifikant effekt av elektrostimulering på urininkontinens etter fødsel sammenlignet med ingen behandling.

En norsk studie sammenlignet effekten av

bekkenbunnstrening, knipekoner og elektrostimulering på kvinner generelt (14). Studien konkluderte med at bekkenbunnstrening var suveren i forhold til knipekoner og elektrostimulering når det gjaldt behandling av stressinkontinens. Dette er i tråd med andre studier, samt en Cochrane rapport som har gjort tilsvarende sammenligning. Det er dessuten lite trolig at asymptomatiske unge kvinner vil gå til anskaffelse av knipekoner eller elektrostimulering for å forebygge urininkontinens i forbindelse med svangerskapet. Det er derfor ingen grunn til å anbefale knipekoner eller elektrostimulering framfor bekkenbunnstrening for forebygging av urininkontinens etter svangerskapet.

Trening

Blant 28000 kvinner i Den norske mor og barn undersøkelsen var 28 prosent og 20 prosent i regelmessig fysisk aktivitet i henholdsvis uke 17 og 30 i svangerskapet. Høyintensitetstrening som løping og hopping er assosiert med stressinkontinens. Enkelte studier har også vist at inaktivitet er assosiert med urininkontinens. En svensk studie sammenlignet prevalens av urininkontinens blant gravide kvinner i uke 36 som drev med høyintensitetstrening (64 prosent), lavintensitetstrening (60 prosent) og ingen trening (63 prosent) (15). Det er generelt anbefalt at gravide kvinner skal være i fysisk aktivitet. Begrenset mengde data angående assosiasjonen mellom trening og urininkontinens i svangerskapet viser kun en beskeden absolutt risikoreduksjon, og generelle råd om trening for å forebygge urininkontinens kan ikke rettferdiggjøre en slik anbefaling.

Forløsning

Perineale varme omslag

Perineale varme omslag, i form av varme bleier eller kluter, har vist seg å redusere smerte ved fødsel og signifikant redusere andelen kvinner med grad tre og fire ruptur ved forløsning. En RCT-studie fant at 360 kvinner som ble randomiser til å få varme omslag i underlivet ved forløsning hadde signifikant redusert forekomst av nyoppstått urininkontinens tre måneder etter fødsel (9,7 prosent) sammenlignet med 357 kvinner i kontrollgruppen (22,4 prosent) (16). Dette enkle, billige tiltaket bør benyttes ved forløsning for å forebygge urininkontinens etter fødsel.

Keisersnitt

Omtrent 16 prosent av alle kvinner føder ved keisersnitt i Norge. Ved vaginal fødsel kan langvarig trykk fra barnets hode føre til neurapraxia i nervus pudendus. Ved forløsning





ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

kan en rekke skader på muskler, fascier og bindevev oppstå, noe som kan føre til urininkontinens. Risikoen for urininkontinens øker ved økende varighet av aktiv fase av fødsel, episotomi, instrumentell forløsning og økt hodeomkrets på foster. Kvinner som føder ved planlagt keisersnitt unngår dette.

En systematisk review har sammenfattet data angående forløsningsmetode og urininkontinens i perioden etter fødsel. Studien fant redusert forekomst av stress urininkontinens etter keisersnitt sammenlignet med spontan vaginal fødsel både i data fra tverrsnittsstudier (OR 0,6) og fra kohortstudier (OR 0,4) (17). En RCT-studie randomiserte kvinner med foster i seteleie til keisersnitt eller vaginalfødsel. Studien fant en risk ratio for urininkontinens på 0,6 tre måneder etter keisersnitt sammenlignet med vaginal fødsel (18).

Selv om effekten av keisersnitt på urininkontinens framstår som tydelig i perioden etter fødsel, er dataene likevel ikke like overbevisende i oppfølgingsstudier over flere år etter fødsel. En norsk studie fant at forekomsten av urininkontinens blant kvinner > 50 år som kun hadde født ved keisersnitt var ikke signifikant forskjellig fra forekomsten blant kvinner som kun hadde født vaginalt (19). I RCT-studien som randomiserte kvinner med foster i seteleie til keisersnitt eller vaginalfødsel var det ingen signifikant forskjell i risikoen for urininkontinens mellom gruppene to år etter fødsel (20).

En annen norsk studie fant at risikoen for urininkontinens etter keisersnitt sammenlignet med vaginal fødsel var lik blant kvinner som var kontinent og inkontinent under svangerskapet. Dette indikerer at keisersnitt ikke

er egnet som sekundærprevensjon av urininkontinens etter fødsel blant kvinner som hadde urininkontinens i svangerskapet (21).

Keisersnitt reduserer forekomsten av urininkontinens på kort sikt, men effekten på lang sikt er mer uklar. Keisersnitt er en risikofaktor for flere helsetilstander hos både mor og barn, og bør derfor ikke benyttes utelukkende for å forebygge urininkontinens. Jeg vil ikke anbefale keisersnitt for å forebygge urininkontinens.

Andre tiltak uten sikker effekt

Noen tiltak har tilstrekkelig dokumentasjon ved seg til å kunne hevde at de ikke er risikofaktorer for urininkontinens under svangerskap eller etter fødsel; deriblant redusert vekt-oppgang i svangerskapet, perineal massasje og episotomi. Tiltak som blant annet bekkenbunnstrening før svangerskap, kaffeinntak, blæretrening, kryssede føtter, forhindre urinveisinfeksjon og forløsning ved hjelp av jordmor mangler dokumentasjon på effekt av urininkontinens i forbindelse med svangerskapet. Til slutt er det en rekke tiltak hvor litteraturen er inkonsistent. Basert på nåværende tilgjengelige forskningsresultater er det vanskelig å konkludere med hvorvidt aktiv pressing i utdrivningsfasen, instrumentell forløsning, epiduralbedøvelse og ruptur grad tre og fire er assosiert med urininkontinens.

Konklusjon

Til tross for at urininkontinens er en svært vanlig tilstand i forbindelse med svangerskapet, har forskningen i liten grad fokusert på forebyggende tiltak. Svangerskap og fødsel er perioder hvor randomisering av en rekke tiltak kan være vanskelig. Resultater fra en rekke epidemiologiske studier må derfor benyttes for å finne virkemidler for å forebygge urininkontinens. Basert på tilgjengelig dokumentasjon mener jeg at gravide kvinner bør informeres om enkle konservative tiltak for å redusere nyoppstått urininkontinens i svangerskapet og etter fødsel.

REFERANSER

- 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.
- Højberg KE, Salvig JD, Winslow NA, Lose G, Secher NJ. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(8): 842–50.
- Hijaz A, Sadeghi Z, Hou J, Daneshgari F. Advanced maternal age as a risk factor for stress urinary incontinence: a review of the literature. *Int Urogynecol J* 2011;Epub ahead of print.
- Kocaoz S, Talas MS, Atabekoglu CS. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *J Clin Nurs* 2010;19(23–24): 3314–23.
- Ewings P, Spencer S, Marsh H, O'Sullivan M. Obstetric risk factors for urinary incontinence and preventative pelvic floor exercises: cohort study and nested randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol* 2005;25(6): 558–64.
- Schytt E, Lindmark G, Waldenstrom U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(10): 928–36.
- Burgio KL, Borello-France D, Richter HE, Fitzgerald MP, Whitehead W, Handa VL, et al. Risk factors for fecal and urinary incontinence after childbirth: the childbirth and pelvic symptoms study. *Am J Gastroenterol* 2007;102(9): 1998–2004.
- Brown SJ, Donath S, MacArthur C, McDonald EA, Krastev AH. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2010;21(2): 193–202.
- Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. Urinary incontinence and weight change during pregnancy and postpartum: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2010;172(9): 1034–44.
- Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101(2): 313–9.
- Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(4):CD007471.
- Morkved S, Bo K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999;10(6): 394–8.
- Wilson PD, Herbison GP. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle exercises to treat postnatal urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9(5): 257–64.
- Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *Bmj* 1999;318(7182): 487–93.
- Eliasson K, Nordlander I, Larson B, Hammarstrom M, Mattsson E. Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. *Scand J Med Sci Sports* 2005;15(2): 87–94.
- Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 2007;34(4): 282–90.
- Press JZ, Klein MC, Kaczorowski J, Liston RM, von Dadelszen P. Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. *Birth* 2007;34(3): 228–37.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287(14): 1822–31.
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348(10): 900–7.
- Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3): 917–27.
- Wesnes SL, Hunskaar 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.