

Klinisk retningslinie
For akut indlagte, voksne patienter med apopleksia cerebri
Behovsområde: Udskillelse af urin
Problemstilling: Nedre urinvejssymptomer (LUTS)

Arbejdsgruppe	Susanne S. Zielke, Klinisk oversygeplejerske MHSc(N), Neurologisk afdeling, Bispebjerg Hospital. Doris Christensen, Forskningssygeplejerske, Apopleksiafsnittet, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital * kontaktpersoner og tværfaglig baggrundsgruppe se sidste side
---------------	---

Godkendt af	Udarbejdet Maj 2009	Godkendt af:	Opdateres senest Juni 2011
-------------	------------------------	--------------	-------------------------------

Baggrund	<p>Urinretention er angivet til at være tilstede hos ca. 10% af patienter i den tidlige fase af apopleksi (1, 2). Urinretention vil hos de fleste være forbigående og være forsvundet 3 mdr. efter apopleksiens opståen (1). Ved gentagne fund af residualurin på mere end 150 ml øges risikoen for urinvejsinfektion (3). Blærescanning er en akkurat, patientvenlig og tidsbesparende metode til vurdering af residualurin (4). Behandling af urinretention med intermitterende katering mindsker risikoen for bakteriuri frem for permanent kateter (5).</p> <p>Risikofaktorer (2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive dysfunktioner og afasi • Diabetes mellitus • Lav Barthelscore ved indlæggelsen • urinvejsinfektion <p>Kendetegn ved akut urinretention(6):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Smerter og uro • Palpabel blære • Patienten ikke i stand til at tømme blæren <p>Kendetegn ved kronisk urinretention (6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen smerter • > 1 tilfælde af residualurin >150ml <p>Overaktiv blære symptomer (bydende, <u>stærk</u> vandladningstrang med eller uden inkontinens og ofte kombineret med hyppig vandladning forekommer hos op til 79% i den akutte fase af apopleksi (7, 8). Heraf vil ca. halvdelen have haft aldersbetingede vandladningssymptomer (der foruden overaktiv blære symptomerne omfatter stress inkontinens og blæretømningsbevær) før apopleksien opståen (1, 9, 10). Seks måneder efter apopleksiens opståen vil ca. 30% have symptomer (9, 11) og efter 1 år øges forekomsten til 32% (9, 10).</p> <p>Risikofaktorer (7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • omfattende cerebral skade, inklusive
-----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ kognitive problemer og afasi • lavt funktionsniveau ifølge Barthel Index • vandladningssymptomer opstået før indlæggelsen • alder >75, • medicinsk behandling med: diuretika, statiner, antikolinergika, kolinesterasehæmmere, centralt dæmpende stoffer) • obstipation <p>Især urininkontinens påvirker mange aspekter i livet og er ikke blot et fysisk problem, f.eks. er forekomsten af depression dobbelt så hyppig hos de patienter med apopleksi, der er inkontinente end de der ikke er (12).</p> <p>Vandladningssymptomer øger risikoen for anbringelse på institution specielt for de patienter, der kun i ringe grad der ikke kan registrere normal vandladningstrang (11).</p> <p>En nyere metaanalyse viser, at systematisk dataindsamling til afdækning af vandladningssymptomer og funktionsdeficit udført af personale med særlig specialviden om blærefunktionen kan reducere antallet af urininkontinensepisoder hos den enkelte patient (7).</p> <p>Adfærsændringer som skemalagte toilettider, blærepræning og bækkenbundstræning, anbefales af eksperter som førstevalgs behandling af urininkontinens hos ældre skrøbelige patienter (13). Skemalagte toilettider og bækkenbundstræning har været afprøvet i få studier hos patienter med apopleksi men på grund af studierne størrelserne er det ikke muligt på nuværende tidspunkt at vurdere effekten af behandlingen (7). Blærepræning har været forsøgt afprøvet men vil kun være aktuel hos en lille andel apopleksipatienter (14). Farmakologisk behandling med muskarinantagonister har kunnet vise en beskedent effekt målt på stabilisering af blæreaktiviteten og øgning af blærevolumen, men behandling frarådes som behandling ved apopleksi på grund af bivirkninger (15)</p>
Formål	At normalisere patientens vandladningsmønster og minimere risikoen for urinvejsinfektion
Anbefalinger	<p>Systematisk dataindsamling til afdækning og opfølgning af patientens vandladningssymptomer og rehabiliteringsbehov omfattende (7): A*</p> <p>Akut ved indlæggelsen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rutinemæssig blærescanning til vurdering af blærevolumen (16) • Undersøgelse af urinen til udelukkelse af urinvejsinfektion (13) • Afdækning af behov for hjælp til toiletbesøg (7) <p>Under indlæggelsen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicinsk anamnese til afdækning af Diabetes Mellitus, Hypertrofia Prostata, obstipation, gynækologiske lidelser, medicinsk behandling der påvirker vandladning (13) • Screening af patientens tidligere og aktuelle vandladningsmønster ifølge skema ”Vandladningssymptomer og dets gener (DAN PSS)” (17) • 3 døgns væske og vandladnings registrering hos patienter med vandladningssymptomer (18) • Evaluering af patientens vandladningssymptomer hver 2. uge ifølge

	<p>skema ”Vandladningssymptomer og dets gener (DAN PSS)” (17)</p> <p>Behandling ved Urinretention</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIK regime indtil spontan vandladning og residualurin < 150ml (se afdelingens instruks) (16) C <p>Overaktiv blære symptomer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blæretræningsprogram kan forsøges (se afdelingens instruks) (19) √D • Skemalagte toilettider kan forsøges (7)(se afdelingens instruks) √D • Tilpasning af væskeindtag (13) √D • Tilpasning af inkontinens hjælpemidler (13) √D
Kvalitets overvågning i egen afdeling	<ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter med urinvejsinfektion • Andel af patienter med normal blærekontrol ifølge Barthel Index (BI) eller Functional Independence Measure (FIM) ved udskrivelsen og mindre grad af gener ifølge skema ”Vandladningssymptomer og dets gener (DAN PSS)”
Referencer	<p>Referencer</p> <p>(1) Pettersen R, Wyller TB. Prognostic Significance of Micturition Disturbances After Acute Stroke. Journal of the American Geriatrics Society 2006;54:1878-1884 (IIb).</p> <p>(2) Kong K, Yuong S. Incidence and Outcome of Post stroke Urinary Retention: A Prospective Study. Arch Phys Med Rehabilitation 2000;81:1464-1467 (IIb).</p> <p>(3) Dromerick AW, Edwards DF. Relation of postvoid residual to urinary tract infection during stroke rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil 2003;84:1369-1372 (IV).</p> <p>(4) Teng CH, Huang YH, Kuo BJ, Bih LI. Application of portable ultrasound scanners in the measurement of post-void residual urine. Journal of Nursing Research 2005;13(3):216-223 (III).</p> <p>(5) Niël-Weise BS, van de Broek PJ. Urinary catheter policies for long-term bladder drainage (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2005(1):1-36 (Ia).</p> <p>(6) Abrams P, Cardoza L, Fall M, Griffiths D, Rossier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international continence society. Neurourology and Urodynamics 2002;21:167-178 (IV).</p> <p>(7) Thomas LH, Barrett J, Cross S, French B, Leatley M, Sutton C, et al. Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2008(1):(Ia).</p> <p>(8) Abrams P, Artibani W, Cardoza L, Dmochowski R, Kerrebroeck P, Sand</p>

	<p>P. Reviewing the ICS 2002 terminology report: The ongoing debate. <i>Neurourology and Urodynamics</i> 2006(25):293 (IV).</p> <p>(9) Barrett J. Bladder and bowel problems after a stroke. <i>Reviews in Clinical Gerontology</i> 2002;12(3):253-67 (Ib).</p> <p>(10) Brittain KR, Peet SM, Castleden CM. Stroke and incontinence. <i>Stroke</i> 1998;29(2):524-528 (IV).</p> <p>(11) Pettersen R, Stien R, Wyller TB. Post-stroke urinary incontinence with impaired awareness of the need to void: clinical and urodynamic features. <i>BJU International</i> 2007;99:1073-1077 (IIb).</p> <p>(12) Brittain KR, Perry SI, Shaw C, Matthews RJ, Jagger C, Potter JF. Isolated urinary, fecal, and double incontinence: Prevalence and degree of soiling in stroke survivors. <i>The American Geriatrics Society</i> 2006;54:1915-1919 (III).</p> <p>(13) Fonda D, DuBeau CE, Harari D, Ouslander JG, Palmer M, Roe B. Incontinence in the frail elderly. Management. In: Abrams P, Cardoza L, Khoury S, Wein A, editors. <i>Incontinence. Management</i>. 2005 ed. Paris: Health Publication Ltd 2005; 2005. p. 1163-1239 (IV).</p> <p>(14) Zielke Schaarup S. Evaluating a bladder-training programme treating lower urinary tract symptoms in the early stages of a stroke. A pilot study. Melbourne: Deakin University. Australia; 2006.</p> <p>(15) Andersson K-E, Appell R, Cardoza L, Chapple C, Fourcroy R, Navarette RV, et al. Pharmacological treatment of urinary incontinence. In: Abrams P, Cardoza L, Khoury S, Wein A, editors. <i>Incontinence. Management</i>. Paris: Health Publication Ltd 2005; 2005. p. 811-854 (IV).</p> <p>(16) Wu J, Baguley IJ. Urinary retention in a general rehabilitation unit: Prevalence, clinical outcome, and the role of screening. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> 2005;86:1772-1777 (III).</p> <p>(17) Tibaek S, Jensen R, Klarskov P, Iversen H, Gard G. The Danish Prostatic Symptom Score (DAN-PSS-1) Questionnaire is reliable in stroke patients. <i>Neurourology and Urodynamics</i> 2006;25:319-323 (III).</p> <p>(18) Dmochowski R, Sanders SW, Appell R, Nitti V, Davila W. Bladder-health diaries: an assessment of 3-day vs 7 day entries. <i>British Journal of Urology</i> 2005;96:1049-1054 (IV).</p> <p>(19) Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2004(1):(Ia).</p>
--	--

Evidensberegning	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="411 304 1206 338">Publikationstype</th> <th data-bbox="1206 304 1342 338">Evidens</th> <th data-bbox="1342 304 1445 338">Styrke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="411 338 1206 371">Metaanalyse, systematisk oversigt</td> <td data-bbox="1206 338 1342 371">Ia</td> <td data-bbox="1342 338 1445 371">A</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 371 1206 405">Randomiseret, kontrolleret studie (RCT)</td> <td data-bbox="1206 371 1342 405">Ib</td> <td data-bbox="1342 371 1445 405"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 405 1206 439">Kontrolleret, ikke randomiseret studie</td> <td data-bbox="1206 405 1342 439">IIa</td> <td data-bbox="1342 405 1445 439"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 439 1206 472">Kohorteundersøgelser</td> <td data-bbox="1206 439 1342 472">IIb</td> <td data-bbox="1342 439 1445 472">B</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 472 1206 506">Diagnostisk test (direkte diagnostisk metode)</td> <td data-bbox="1206 472 1342 506">IIc</td> <td data-bbox="1342 472 1445 506"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 506 1206 539">Casekontrolundersøgelse</td> <td data-bbox="1206 506 1342 539">III</td> <td data-bbox="1342 506 1445 539"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 539 1206 573">Diagnostisk test (indirekte diagnostisk metode)</td> <td data-bbox="1206 539 1342 573">III</td> <td data-bbox="1342 539 1445 573">C</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 573 1206 607">Beslutningsanalyse</td> <td data-bbox="1206 573 1342 607">III</td> <td data-bbox="1342 573 1445 607"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 607 1206 640">Deskriptiv undersøgelse</td> <td data-bbox="1206 607 1342 640">III</td> <td data-bbox="1342 607 1445 640"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 640 1206 674">Mindre serier, oversigtsartikel</td> <td data-bbox="1206 640 1342 674">IV</td> <td data-bbox="1342 640 1445 674">D</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 674 1206 707">Ekspertvurdering, ledende artikel</td> <td data-bbox="1206 674 1342 707"></td> <td data-bbox="1342 674 1445 707"></td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="400 685 608 714">Kilde: www.sfr.dk</p> <p data-bbox="400 714 1422 743">Når der ikke er fundet brugbar evidens, angives god klinisk praksis som D med en vinge (√D).</p> <p data-bbox="400 743 1358 772">Nedgradering af anbefalingens styrke i tilfælde af metodiske mangler er markeret med *</p>	Publikationstype	Evidens	Styrke	Metaanalyse, systematisk oversigt	Ia	A	Randomiseret, kontrolleret studie (RCT)	Ib		Kontrolleret, ikke randomiseret studie	IIa		Kohorteundersøgelser	IIb	B	Diagnostisk test (direkte diagnostisk metode)	IIc		Casekontrolundersøgelse	III		Diagnostisk test (indirekte diagnostisk metode)	III	C	Beslutningsanalyse	III		Deskriptiv undersøgelse	III		Mindre serier, oversigtsartikel	IV	D	Ekspertvurdering, ledende artikel		
Publikationstype	Evidens	Styrke																																			
Metaanalyse, systematisk oversigt	Ia	A																																			
Randomiseret, kontrolleret studie (RCT)	Ib																																				
Kontrolleret, ikke randomiseret studie	IIa																																				
Kohorteundersøgelser	IIb	B																																			
Diagnostisk test (direkte diagnostisk metode)	IIc																																				
Casekontrolundersøgelse	III																																				
Diagnostisk test (indirekte diagnostisk metode)	III	C																																			
Beslutningsanalyse	III																																				
Deskriptiv undersøgelse	III																																				
Mindre serier, oversigtsartikel	IV	D																																			
Ekspertvurdering, ledende artikel																																					
Baggrundsgruppe og kontaktpersoner	<p data-bbox="400 779 1414 853">Bispebjerg Hospital: Tværfaglig baggrundsgruppe: Karin Wogensen), klinisk sygeplejespecialist, Rikke Johansen fysioterapeut, Karen Eriksen</p> <p data-bbox="400 853 1007 882">Udviklingsterapeut, Per Meden overlæge PhD.</p> <p data-bbox="400 882 1414 1070">Århus Sygehus: Tværfaglig baggrundsgruppe: Birgitte Blicher Pedersen* (biblp@as.aaa.dk), klinisk sygeplejespecialist cand scient san., Vibeke Bock, specialeansvarlig sygeplejerske, Anne Alsted, specialeansvarlig fysioterapeut, Mette Skærbæk, specialeansvarlig ergoterapeut, Hanne Søndergaard afdelingssygeplejerske, Grethe Andersen overlæge dr. med.</p> <p data-bbox="400 1070 647 1099">*Kontaktpersoner</p>																																				