

Viktreduktion som behandling vid urininkontinens



DANIEL ALTMAN, docent, avdelningsläkare, enheten för obstetrik och gynekologi, institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus daniel.altman@ki.se

INGELA MELIN, med dr, institutionen för medicin, överviktsenheten, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge ingela.melin@ki.se

CHRISTIAN FALCONER, docent, överläkare, enheten för obstetrik och gynekologi, institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus, Stockholm christian.falconer@ds.se

STEPHAN RÖSSNER, professor, institutionen för medicin, överviktsenheten, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge stephan.rossner@ki.se

Att fastslå att fetma har blivit ett eskalerande folkhälsoproblem är numera närmast en självklarhet. Även allmänheten kan diskutera BMI-värden, och medierna flödar över av material om fetmans skilda facetter. Medan fetma i sig ofta anses löjligt och självförvållat har man uppmärksammat att fetmans komplikationer har betydande medicinska, sociala och hälsoekonomiska konsekvenser. Det klassiska exemplet är självklart kopplingen till diabetes, eftersom 80 procent av typ 2-diabetiker är överviktiga. I samtliga WHO-prognoser för överviktsens globala explosion har man underskattat den samtidigt dramatiskt ökande förekomsten av typ 2-diabetes. Det är möjligtvis denna komplikation som tvingar myndigheterna att vidta preventiva och terapeutiska åtgärder, eftersom kostnaderna för diabetesvården är betydande [1].

Kopplingen mellan fetma och metabola syndromet, oavsett hur det definieras, är välkänd för de flesta. Men under senare tid har man allt mer uppmärksammat att fetman har ett brett skadespektrum och påverkar mycket mera än dessa metabola konsekvenser. Flertalet former av cancer har i epidemiologiska undersökningar visat sig vara kopplade till övervikt, vilket är förståeligt eftersom tumörer som antingen står under fettvävens hormonella inflytande, som bröstcancer och prostatacancer, eller som finns i mag-tarmkanalen, där kontakt med både energigivande livsmedel och eventuellt medföljande toxiska substanser, kan påverka cellernas differentiering [2]. Svårare är det att förstå varför tumörer som njurcancer eller melanom faktiskt är vanligare vid fetma.

Bland de mekaniska komplikationerna har det varit uppenbart för de flesta att problem från viktbärande leder är vanligare hos individer med fetma. Nyligen publicerade två Malmö-ortopedier en undersökning i *Läkartidningen* som påtalade att ett flertal frakturformer är vanligare vid fetma, och de vidgade därmed fetmans skadepanorma ytterligare [3]. I en nyligen publicerad studie har man visat att feta amerikaner inte använder säkerhetsbälte av praktiska och ekonomiska skäl, vilket innebär en ökad risk för skador i trafiken för feta [4].

Risikfaktorer för urininkontinens hos kvinnor

Epidemiologiska studier ger övertygande bevis för att övervikt och fetma är riskfaktorer för utveckling av urininkontinens [5]. Bland faktorer som studerats ingående, och som ofta nämns som etablerade riskfaktorer, återfinns barnafödande, fetma och stigande ålder. Utöver dessa etablerade riskfaktorer

har ett antal påverkbara riskfaktorer för inkontinens identifierats med varierande evidensgrad, till exempel hysterektomi, hormonintag, rökning, yrkesutövning och kroniskt obstruktiv lungsjukdom. I dag finns också goda belägg för att genetisk predisposition för utveckling av inkontinenssjukdom är en bidragande faktor hos vissa kvinnor [6].

Inkontinens och fetma

Urininkontinens börjar uppmärksammas som ett fetmarelaterat problem, där man framför allt är intresserad av möjligheterna att åtgärda problemet med andra metoder än kirurgi i urinvägarna. Urininkontinens berör mer än en halv miljon svenskar, varav merparten är kvinnor. En betydande del av de direkta samhällskostnaderna för inkontinensvården (minst 3–5 miljarder kronor årligen) består av hygienprodukter och inkontinensmaterial [7]. Möjligheterna att reducera urininkontinens har därför inte bara uppenbara fördelar för patientens livssituation utan också betydande hälsoekonomiska konsekvenser för samhället.

Överviktsenheten vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge har tillsammans med kvinnokliniken vid Danderyds sjukhus nyligen publicerat flera vetenskapliga arbeten som belyser konsekvenser av fetma, såsom urin- och analinkontinens samt dess effekter på sexualfunktionen, som har stor betydelse för individen [8–10]. Nykturi, frekvent urinering, urinträngningar, urininkontinens och svårigheter att tömma blåsan var enligt dessa studier betydligt vanligare hos feta än normalviktiga kvinnor (oddskvot, OR 2,8; 95 procents konfidensintervall, CI 1,0–7,2) [8]. Jämfört med en normalviktig kontrollgrupp hade de obesa kvinnorna även ökad risk för flatusinkontinens (OR 6,6; 95 procents CI 1,4–31,4) [9]. Trängningsinkontinens rapporterades av 56 procent av de obesa kvinnorna till skillnad från 26 procent av kontrollerna. Ansträngningsinkontinens rapporterades av 67 procent av de obesa kvinnorna mot 39 procent i kontrollgruppen (Figur 1 och 2).

De obesa kvinnorna med urininkontinens rapporterade också signifikant mindre tillfredsställelse sexualliv än sina kontroller och angav mer frekventa symtom av inkontinens under sexuella aktiviteter, och en ökad rädsla för läckage vid samlag. Det var också vanligare bland de obesa att helt undvika samlag. BMI ≥ 30 var en signifikant riskfaktor för negativa sexuella erfarenheter (OR 1,8; 95 procents CI 1,1–2,9). Liknande samband kunde observeras för symtom av trängnings- och ansträng-

SAMMANFATTAT

Fetma är associerad med en ökad risk för nedsatt bäckenbottenfunktion, speciellt ansträngningsinkontinens. **Viktreduktion** kan vara ett kostnadseffektivt sätt att minska inkontinensproblemen och bör beaktas som ett komplement till vedertagen

farmakologisk och kirurgisk behandling av inkontinens. **Samhällskostnaderna** för inkontinensvården överstiger 5 miljarder kronor årligen. **Mer forskning behövs** för att kartlägga effekterna av viktreduktion och dess inverkan på urininkontinens.

TABELL I. Fetmakirurgins effekter på urininkontinens (UI). AI = ansträngningsinkontinens. Ålder i genomsnitt eller variationsvidd.

Referens	n	Kön	Ålder, år	BMI- eller viktförändring i kg eller procent	Uppföljning	Förändring i prevalensen av UI-episoder
Deitel et al 1988 [12]	138	K	35	124 till 79 kg	2–5 år	61 % till 12 % (P<0,001) minskning av AI
Bump et al 1992 [13]	13	K	?	BMI 49 till 33 (131 till 88 kg)	12 mån	92 % till 23 % (P=0,004) minskning av inkontinens-episoderna och användning av inkontinensskydd
Sugerman et al 1998 [14]	15	K 13 M 2	?	BMI 52 till 33 (140 till 87 kg)	12 mån	Förbättring av UI; 47 % till 0 %. Förändring av sagittal diameter från 32 cm till 20 cm (P<0,001)
Frigg et al 2004 [15]	233	K	41	BMI 45 till 35 (efter 4 år –54 %)	44 mån	26 % av patienterna besvärades av AI. Vid 2 års uppföljning var 58 % botade.
Ahroni et al 2005 [16]	195	K 162 M 33	44	BMI 46 till 32	12 mån	64 % rapporterad förbättring av AI
Burgio et al 2007 [17]	101	K	20–55	BMI 49 till 30	12 mån	67 % till 37 %. Minskningen i UI var signifikant associerad med minskningen av BMI.
Kuruba et al 2007 [18]	45	K 44 M 1	49	BMI 48 till ? –23 kg (61 %)	>6 mån	50 % till 13 % (P<0,001) minskning av svår inkontinens

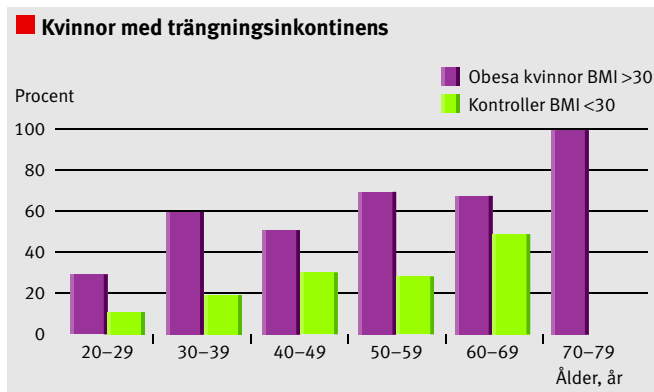
ningsinkontinens (OR 2,0; 95 procents CI 1,3–3,1 respektive OR 2,6; 95 procents CI 1,7–4,0) [10]. Sammanfattningsvis kunde man konstatera att trängnings- och ansträngningsinkontinens är mycket vanligare, har en större inverkan på den sexuella funktionen, och kan medverka till lägre livskvalitet hos obesa kvinnor än hos normalviktiga kvinnor.

Viktredgång kan minska inkontinensproblem

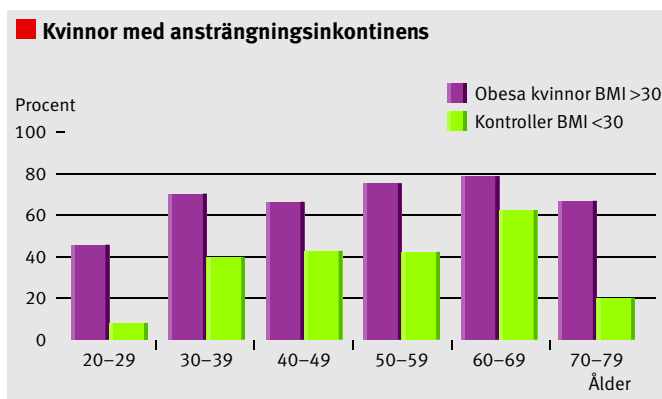
Tidigare har man i en rad undersökningar kunnat konstatera ett samband mellan ökad kroppsvikt och inkontinens [11]. Det har dock saknats interventionsstudier för att kartlägga i vilken omfattning viktreduktion kan ha gynnsamma effekter på inkontinens. Tidigare undersökningar har i allmänhet rört gravt överviktiga kvinnor som opererats för sin fetma med dramatiska viktförändringar som följd, och därmed i många fall också en klar förbättring av inkontinensproblematiken [12–18] (Tabell I). I Sverige kommer av resursskäl endast cirka 10 procent av de patienter som faktiskt kvalificerar sig för fetmakirurgi att opereras. Fetmakirurgins effekter kan ses som lärrika exempel på de mångfacetterade vinster som kan uppnås med viktreduktion. Det stora flertalet individer med fetma och fetmakomplikationer kommer dock även fortsättningsvis att vara hänvisade till de gängse metoderna kost, motion och beteendeförändring och till de två läkemedel som finns tillgängliga, orlistat (Xenical) och sibutramin (Reductil). För såväl kost, motion och beteendemodifikation som för läkemedelsbehandling har man visat att även en 5-procentig viktreduktion ger en rad kliniskt relevanta och bestående effekter på fetmans skapenorama [19]. Även en liten viktredgång har alltså påtagligt gynnsamma kliniska konsekvenser.

Under senare tid har man publicerat undersökningar av inkontinenta kvinnor, där man använt icke-kirurgisk viktredgång som ett sätt att förbättra kontinensen. I en pilotstudie från år 2002 visade Subak och medarbetare att urininkontinens faktiskt kunde förbättras avsevärt med viktredgång, utan föregående kirurgi. I denna pilotundersökning använde man en konventionell lågkaloriskost i 2–6 månaders tid och registrerade antalet inkontinensepisoder [20]. Kvinnor som gick ner

»Fetmakirurgins effekter kan ses som lärrika exempel på de mångfacetterade vinster som kan uppnås med viktreduktion.«



Figur 1. Kvinnor med trängningsinkontinens. Obesa patienter (n = 137) med BMI ≥30 kg/m² och kontroller (n = 96) BMI <30 kg/m² [10].



Figur 2. Kvinnor med ansträngningsinkontinens. Obesa patienter (n = 166) med BMI ≥30 kg/m² och kontroller (n = 149) BMI <30 kg/m² [10].

mer än 5 procent i vikt fick mer än 50 procents reduktion av sina inkontinensepisoder. En uppföljande randomiserad kontrollerad studie från samma forskargrupp uppnådde i princip samma resultat [21]. En studie av Auwad och medarbetare [22] har bekräftat att inkontinenta obesa kvinnor kan förbättra kontinensen med hjälp av ett viktreduktionsprogram med kost, motion, beteendeförändring och läkemedlet orlistat. I denna studie gick 65 procent av patienterna ner minst 5 procent i vikt, vilket leddet till en högsignifikant nedgång i uppmätt urinläckage. Samtidigt kunde man med frågeformulär

påvisa en signifikant förbättring av livskvaliteten i den aktuella gruppen.

Även om det intuitivt förefaller logiskt att ett ökat BMI skulle öka belastningen på uretras slutningsmekanism hos kvinnor är något direkt samband egentligen inte etablerat. I studien av Auwad och medarbetare [22] konstaterade man att det var minskningen i bukomsfång snarare än sänkningen av BMI som var korrelerad med förbättringen av inkontinensen. Det antyder att det är kvinnor med bukfetma som har mer glädje av vikt-reduktion som inkontinensbehandling. En nyligen publicerad systematisk översiktsartikel ger ytterligare stöd åt bilden av att vikt-reducerande behandling hos kvinnor med urininkontinens fungerar tillfredsställande [5].

Inkontinenskirurgi

Kirurgisk behandling av ansträngningsinkontinens har nyligen avhandlats i en klinisk översiktsartikel i Läkartidningen [7]. Med avseende på inkontinenskirurgi hos överviktiga finns det i dag inga vetenskapliga belägg för att obesa kvinnor borde nekas minimalinvasiv kirurgisk behandling av sin inkontinens, med hänvisning till ökad perioperativ morbiditet [11].

Med undantag för en något längre genomsnittlig perioperativ sjukhusvistelse har man inte påvisat en ökad frekvens av komplikationer bland överviktiga och obesa kvinnor som genomgått inkontinenskirurgi, även om man i det enskilda fallet kan uppleva en kraftigt överviktig kvinna som tekniskt svår-opererad. Dessutom har man vid korttidsuppföljningar kunnat konstatera att resultaten av operation (i flertalet studier utförda med den så kallade TVT-metoden, tension-free vaginal tape) varit likvärdiga med resultaten hos normalviktiga [11]. Det återstår dock att klarlägga om effekten hos obesa kvinnor står sig på lång sikt.

Vikt-nedgång – ekonomiskt gynnsamt alternativ

En stor del av inkontinensbehandlingen kan och bör behandlas i primärvården [7]. Primärvården har åtminstone teoretiskt sett goda möjligheter att bygga upp behandlingsprogram för överviktsterapi. Den kliniska realiteten är att när sådana program finns tillgängliga är de ofta mera kopplade till diabetessköterskans funktion än till behandlingen av andra fetma-

»Det antyder att det är kvinnor med bukfetma som har mer glädje av vikt-reduktion som inkontinensbehandling.«

komplikationer. Enkla hälsoekonomiska överväganden kan visa att vikt-nedgång är ett ekonomiskt attraktivt alternativ till behandling med läkemedel och inkontinensskydd.

En nyligen genomförd amerikansk hälsoekonomisk analys av kostnaderna för inkontinensbehandling för kvinnor visar, att för dem med svår inkontinens är kostnaderna omkring 900 dollar per år (dollarkursen år 2006) [23]. Ett hälsoekonomiskt standardgrepp är att fråga vad en exponerad individ är beredd att betala för en hypotetiskt fungerande behandlingsform. Det visade sig då att dessa kvinnor var beredda att betala lika mycket för att få sin inkontinens avhjälpt som man i andra sammanhang har funnit beträffande hjälp mot migrän eller refluxesofagit.

Sammanfattning

Det finns ett samband mellan fetma och inkontinens hos kvinnor. Inkontinensen leder ofta till betydande sänkt livskvalitet och stora kostnader för både individ och samhälle. Viktreduktion kan vara ett kostnadseffektivt sätt att signifikant minska inkontinensproblemen hos denna redan stigmatiserade grupp av kvinnor, men det utesluter inte att överviktiga och obesa kvinnor erbjuds inkontinenskirurgi. Eftersom det hos många av kvinnorna samtidigt föreligger annan obesitasrelaterad morbiditet medför vikt-reduktionen bokstavligen talat att man slår minst två flugor i en smäll.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden för samtliga författare: Daniel Altman är arvoderad medicinsk rådgivare åt GyneCare Sweden AB. Christian Falconer är arvoderad medicinsk rådgivare åt Johnson & Johnson samt Astellas Pharma AB. Stephan Rössner är föreläsare mot arvode vid möten med Astellas Pharma AB.*

[Kommentera denna artikel på lakartidningen.se](#)

REFERENSER

- Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO; 2003.
- Nilsson PM, Olsson AG, Zethelius B. Metabola syndromet – bakgrund, mekanismer och behandling. Lund: Studentlitteratur; 2006.
- Dahlberg L, Bergkvist D, Hekmat K, Svensson T. Starkt samband övervikt/obesitas och ortopediska åkommor. Fetmaepidemiens konsekvenser vidgas. Läkartidningen. 2008;105:2246-8.
- Schlundt DG, Briggs NC, Miller ST, Arthur CM, Goldzweig IA. BMI and seatbelt use. Obesity. (Silver Spring). 2007;15:2541-5.
- Hunskar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. NeuroUrol Urodyn. 2008;27:749-57.
- Altman D, Forsman M, Falconer C, Lichtenstein P. Genetic influence on stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Eur Urol. 2008;54:918-22.
- Falconer C. Kvinnors urininkontinens utreds och behandlas i primärvården. Specialistvård i komplicerade fall – utan långa väntetider. Läkartidningen. 2007;104:3455-9.
- Melin I, Falconer C, Rossner S, Altman D. Nocturia and overactive bladder in obese women: A case control study. Obesity Research & Clinical Practice. 2007;1:187-93.
- Altman D, Falconer C, Rössner S, Melin I. The risk of anal incontinence in obese women. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007;18:1283-9.
- Melin I, Falconer C, Rossner S, Altman D. Sexual function in obese women: impact of lower urinary tract dysfunction. Int J Obes (Lond). 2008;32:1312-8.
- Greer WJ, Richter HE, Bartolucci AA, Burgio KL. Obesity and pelvic floor disorders: a systematic review. Obstet Gynecol. 2008;112:341-9.
- Bump RC, Sugeran HJ, Fantl JA, McClish DK. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. Am J Obstet Gynecol. 1992;167:392-7; discussion 7-9.
- Sugeran H, Windsor A, Bessos M, Kellum J, Reines H, DeMaria E. Effects of surgically induced weight loss on urinary bladder pressure, sagittal abdominal diameter and obesity co-morbidity. Int J Obes Relat Metab Disord. 1998;22:230-5.
- Burgio KL, Richter HE, Clements RH, Redden DT, Goode PS. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. Obstet Gynecol. 2007;110:1034-40.
- Kuruba R, Almahmeed T, Martinez F, Torrella TA, Haines K, Nelson LG, et al. Bariatric surgery improves urinary incontinence in morbidly obese individuals. Surg Obes Relat Dis. 2007;3:586-90; discussion 90-1.
- Marcus C, Rossner S. Fetmans skadepanorama mer omfattande än tidigare känt. Obesitas ger multipla komplikationer – flertalet specialister berörs. Läkartidningen. 2008;105:2239-40.
- Subak LL, Johnson C, Whitcomb E, Boban D, Saxton J, Brown JS. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2002;13:40-3.
- Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. J Urol. 2005;174:190-5.
- Auwad W, Steggle P, Bombieri L, Waterfield M, Wilkin T, Freeman R. Moderate weight loss in obese women with urinary incontinence: a prospective longitudinal study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008;19:1251-9.
- Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, et al. The «costs» of urinary incontinence for women. Obstet Gynecol. 2006;107:908-16.