



Naisten virtsankarkailun hoito

Määritelmä

Aikuisen naisen virtsainkontinenssilla tarkoitetaan kaikkea virtsankarkailua, ja se jaotellaan ponnistus-, pakko-, sekatyypiseen ja ylivuotoinkontinenssiin.

Esiintyvyys ja ilmaantuvuus. Epidemiologisissa tutkimuksissa naisten virtsainkontinenssin esiintyvyys on vaihdellut välillä 5–58 % (mediानी 28 %) ja vaikean inkontinenssin välillä 3–17 %. Lievä virtsankarkailu on ilmeisesti kaksi kertaa yleisempää kuin sosiaalista tai hygieenistä haittaa aiheuttava^B. Ponnistusinkontinenssi on yleisin tyyppi 25–60-vuotiailla ja sekamuotoinen yli 70-vuotiailla.

Riskitekijät ja ehkäisy

Epidemiologisissa tutkimuksissa on todettu useita virtsankarkailun riskitekijöitä. Merkittävien tekijä on ikä: virtsankarkailu lisääntyy iän myötä^A. Raskaus ja alatiesynnytys lisäävät ponnistus- ja sekamuotoisen inkontinenssin riskiä^B. Ylipaino on naisen virtsankarkailun merkittävä riskitekijä^A, ja riski kasvaa painoindeksin suurentuessa. Elintapoihin liittyviin virtsainkontinenssin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa muun muassa painonhallinnalla, lihaskunnan ylläpidolla, tupakoinnin lopettamisella ja ummetuksen hoidolla. Raskauden aikana aloitettu lantionpohjan lihasharjoittelu saattaa estää virtsankarkailua synnytyksen jälkeen, eikä sillä näyttäisi olevan vaikutusta synnytyksen kulkuun^B. Lantionpohjan lihasharjoittelu synnytyksen jälkeen ehkäisee virtsankarkailua^A, ja sen tulisi olla osa neuvolatoimintaa.

Diagnostiikka

Diagnostiikan tavoitteena on määrittää inkontinenssin tyyppi, vaikeusaste ja vaikutus elämänlaatuun. Anamneesi on tärkeä virtsankarkailun diagnostiikassa. Apuvälineiksi haastattelussa sopivat vakioitu oireiden pisteytys ja haitta-aste-lomake sekä virtsaamispäiväkirja ja lisänä tarvittaessa elämänlaatumittarit. Potilaan kokema vaiva ei aina korreloi objektiivisesti havaittavaan karkailuun. Virtsankarkailun objektiiviset mittarit ovat vaippatesti, yskäisytesti ja virtsaamispäiväkirja. Kaikille tulee tehdä gynekologinen tutkimus, jossa palpoidaan lantionpohjan lihakset ja tehdään tarvittaessa jäännösvirtsan mittausta (kertakatetrointi tai kaikukuvaus). Virtsankarkailun diagnostiikassa tarvitaan vähän laboratoriotutkimuksia. Virtsan perustutkimuksina käytetään kemiallista seulontaa ja tarvittaessa mikroskopiaa (suljetaan pois infektiot ja rakkosyöpä).

Täydentävät tutkimukset

Kaikukuvaus on täydentävä tutkimus alempien virtsateiden rakenteen ja toiminnan selvittäessä^B. Sillä voidaan määrittää luotettavasti jäännösvirtsan määrä ja rakon tilavuus. Kystoskopia on ensisijaisesti erotusdiagnostinen tutkimus^C. Urodynaamisia mittauksia käytetään suunniteltaessa uusiutuneen virtsankarkailun leikkaushoitoa.

Hoito

Lääkkeetön hoito. Elintapamuutoksilla voidaan helpottaa pakko- ja ponnistusinkontinenssia, mutta niiden vaikuttavuutta on tutkittu niukas-

ti. Iäkkäillä liikunta- ja toimintakyvyn ylläpito parantaa rakon hallintaa. Laihtuminen helpottaa virtsainkontinenssin oireita myös kohtalaisen ylipainoisilla naisilla^B. Virtsarakon harjoittamista voidaan käyttää pakkoinkontinenssin hoitona. Virtsaaamiskehotusohjelmalla ja aika-
taulutetulla WC:ssä käyttämisellä saattaa olla vaikutusta laitosvanhusten rakon hallintaan^C. Apuvälineinä voidaan käyttää henkilökohtaisia virtsaa absorboivia tuotteita. Lantionpohjan ohjattu lihasharjoittelu on vaikuttava hoito kaikissa inkontinenssin muodoissa^A, mutta pitkäaikaisvaikutusten saavuttamiseksi harjoittelua on jatkettava noin vuoden välein kolmen kuukauden ajan^A. Myös omatoiminen oikein toteutettu lantionpohjan lihasharjoittelu kannattaa.

Lääkehoito. Lääkkeiden merkitys ponnistusinkontinenssin hoidossa on vähäinen. Pakkoinkontinenssin oireita voidaan lievittää antikolinergisilla lääkkeillä^B, joista Suomessa ovat saatavilla darifenasiini, oksibutyriini, tolterodiiini, trospiumkloridi ja solifenasiini. Trisyklisten masennuslääkkeiden hyödyt ei ole riittävä näyttö^C. Estrogeenihoito näyttää parantavan tai helpottavan pakkoinkontinenssin oireita vaihdevuosi-
iän ylittäneillä naisilla^B. Duloksetiini parantaa keskivaikeasta tai vaikeasta ponnistusinkontinenssista kärsivien naisten elämänlaatua ainakin lyhyellä aikavälillä^B. Paikallista estrogeenihoitoa käytetään ponnistusinkontinenssissa, mutta sen vaikuttavuudesta ei ole näyttöä. Botuliini A:n ruiskutus virtsarakon seinämälihakseen vähentää rakon yliaktiivisuuden aiheuttamaa virtsankarkailua^B.

Kirurginen hoito. Ponnistusinkontinenssi voidaan hoitaa leikkauksella, ellei konservatiivinen hoito tuota riittävä vastetta. Sekamuotoisessa inkontinenssissa leikkaushoidon tulokset ovat hieman huonommat. Lääke- ja leikkaushoito voidaan tarvittaessa yhdistää. Mini-invasiiviset tekniikat ovat syrjäyttäneet aiemmin käytössä olleet leikkausmenetelmät, ja TVT-leikkaus (tension-free vaginal tape) on tehokas ja turvallinen hoito^A. Ponnistusinkontinenssi ja laskeumat saattavat esiintyä samanaikaisesti, ja TVT-leikkaus voidaan yhdistää gynekologiseen toimenpiteeseen leikkaustuloksen huonontumatta^B. Nauhaleikkaus sopii uusiutuneen ponnistus-

inkontinenssin hoitoon, vaikka asiaa on tutkittu vain TVT-leikkauksen osalta^C. Jälkitarkastus ei ole välttämätön, mutta myöhemmin ilmenevät virtsaaamisoingelmat edellyttävät jatkotutkimuksia. Periuretraalisten ruiskehoitojen tulokset ovat vaatimattomia, mutta vaikeasti sairaiden oireita ne voivat helpottaa 12 kuukauden seurannassa. Muussa kuin neurogeenisessä pakkoinkontinenssissa leikkaus tulee harvemmin kyseeseen kuin ponnistusinkontinenssissa.

Seuranta ja hoidon porrastus

Virtsankarkailun perustutkimukset ja hoito voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa. Asiaan perehtyneen hoitajan toteuttama konservatiivinen hoito saattaa olla yhtä tuloksellista mutta kustannuksiltaan edullisempaa kuin urogynekologin ohjaama hoito^C. Erikoissairaanhoidon konsultaatiota tarvitaan epäiltäessä muuta sairautta tai jos hoitovaste on huono.

SUOMALAISEN LÄÄKÄRISEURAN DUODECIMIN JA SUOMEN GYNEKOLOGIYHDISTYKSEN ASETTAMA TYÖRYHMÄ

Pentti Kiilholma
Seija Ala-Nissilä
Olavi Airaksinen
Pauliina Aukee
Aarre Kivelä
Erkki Kujansuu
Mikael Leppilähti
Sari Mäkinen
Carl Gustaf Nilsson
Maria Nuotio
Anu Parantainen
Kristiina Patja
Juhani Ruutiainen
Beata Stach-Lempinen
Antti Valpas

NÄYTÖN ASTEET:

A = vahva tutkimusnäyttö, B = kohtalainen tutkimusnäyttö, C = niukka tutkimusnäyttö, D = ei tutkimusnäyttöä

Koko suositus saatavissa: www.kaypahoito.fi