

# Selvrapporteret livskvalitet hos patienter med urininkontinens henvist til en gynækologisk afdeling

Reservelæge Zohreh Ketabi, overlæge Lars M. Alling Møller & professor Gunnar Lose

Glostrup Hospital, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling

## Resume

**Introduktion:** Urininkontinens (UI) er et hyppigt symptom hos kvinder i alle aldersgrupper. Alligevel henvises kun få kvinder med UI til et hospital eller en inkontinensklinik. Formålet med det foreliggende arbejde var at karakterisere hospitalshenviste kvinder med UI mhp. symptomer og patientoplevet livskvalitet.

**Materiale og metoder:** Opgørelsen omfatter alle 174 kvinder, som i perioden fra den 1. november 1999 til den 1. august 2001 blev henvist for nedre urinvejssymptomer (NUS) til Gynækologisk Afdeling på Glostrup Hospital. Af disse 174 udfyldte 142 (82%) validerede spørgeskemaer om symptomhyppighed og livskvalitet og indgik dermed i undersøgelsen.

**Resultater:** Medianalderen var 59 år. Hovedparten (97%) angav at opleve UI mindst en gang om ugen. Mange patienter havde andre NUS – specielt nykturi (87%) og imperios vandladningstrang (81%). To ud af tre patienter oplevede inkontinens som et stort ubehag. Den mest betydende enkeltfaktor for livskvaliteten – det psykiske velbefindende – var angiveligt påvirket hos to tredjedele. Halvdelen af alle kvinderne var inkontinente for flatus, en tredjedel for tynd afføring og knap hver tiende for fast formet afføring »af og til« eller hyppigere. Hver fjerde analinkontinente kvinde angav, at symptomet udgjorde et stort problem.

**Konklusion:** Undersøgelsen viser, at livskvaliteten blandt kvinder med NUS henvist til en gynækologisk afdeling er påvirket i betydelig grad. Undersøgelsen viser tillige et stort sammenfald mellem symptomer på urininkontinens og andre symptomer, der tyder på dysfunktion af bækkenbunden, som f.eks. NUS og analinkontinens.

Urininkontinens (UI) er et hyppigt symptom hos kvinder i alle aldersgrupper. Hyppigheden stiger med tiltagende alder [1]. Variationen i rapporteret forekomst skyldes formentlig uens definition af UI, forskel i undersøgte populationer og forskel i undersøgelsesdesignet [2].

Anslået 400.000 danskere har UI [3]. Alligevel ser praktiserende læger blot 1-2 nye tilfælde hver uge, og få patienter – i år 2000 blot 8.000 – henvises til ambulante undersøgelser på hospitaler eller inkontinensklinikker [4, 5]. Dette selv om UI ofte kan udredes og behandles efter enkle principper [6].

Vores viden om årsager, som kan forklare forskellen mel-

lem antallet af danskere med UI-symptomer og antallet af henviste patienter er sparsom. Symptomets sværhedsgrad, tilvænning som følge af langsom symptomdebut, variation i udbuddet af behandlingsmuligheder, oplevelsen af tabu og forringet selvoplevet livskvalitet er formentlig vigtige faktorer i denne sammenhæng [7, 8]. En spørgeskemaundersøgelse viste, at praktiserende lægers interesse for behandling af UI var moderat. Mindst halvdelen af de adspurgte praktiserende læger tilkendegav, at de umiddelbart ville henvide disse patienter til sekundærsektoren [9]. I flere undersøgelser har man påvist, at forringet livskvalitet er en væsentlig faktor for behandlingsønske [7, 10, 11].

Formålet med det foreliggende arbejde var på basis af et specifikt valideret spørgeskema at beskrive sammenhængen mellem symptomer og patientoplevet livskvalitet blandt UI-patienter henvist til en gynækologisk afdeling.

## Materiale og metoder

Opgørelsen omfatter alle 174 kvinder, som i perioden fra den 1. november 1999 til den 1. august 2001 blev henvist for nedre urinvejssymptomer (NUS) til Gynækologisk Afdeling på Glostrup Hospital. I ambulatoriet fik kvinderne inden lægeundersøgelsen udleveret et spørgeskema, hvor spørgsmålene omfattede symptomer, relateret ubehag, livskvalitet og mulige risikofaktorer. Hyppigheden af NUS og livskvalitet registreredes med oversatte og let ændrede versioner af de validerede spørgeskemaer Bristol Female Questionnaire on Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS) og Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) [12, 13]. Forud for anvendelse blev den danske version af BFLUTS testet og valideret [14]. Den danske version af IIQ er derimod ikke testet. Som standard blev patienterne udredt med bl.a. 48 timers vandladnings- og væskeskema og 48 timers-bletest, spontan uroflowmetri (Dantec Urodyn 1000) og residualurin efter spontan vandladning (Bladderscan BVI 2500). Metoder og definitioner er anvendt i henhold til de retningslinjer, der er angivet af International Continence Society (ICS). Data er analyseret med nonparametrisk statistik. Det valgte signifikansniveau var 5%.

## Resultater

Et hundrede to og fyrre kvinder (82%) udfyldte spørgeskemaet og blev inkluderet i undersøgelsen. Kvindernes medianalder var 59 år (spændvidde: 22-89 år). Mange patienter (85%) havde daglige inkontinenssymptomer; hovedparten (97%) angav at have symptomer mindst en gang om ugen

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 1.** Forekomsten af nedre urinvejs-symptomer og relateret ubehag hos 142 kvinder henvist til en gynækologisk afdeling.

	Antal symptomer i alt (n ubehag)	Urinvejs-symptomer, %		
		mindst en gang om ugen	stort ubehag	ubehag (stort eller lille)
Latter eller host	142 (142)	76	67	94
Sport	141 (134)	66	66	89
Tunge løft	140 (142)	62	64	90
Stressinkontinens (et eller flere symptomer)	142	87	–	–
Sivende inkontinens	141 (141)	53	75	92
Urge-inkontinens	140 (134)	79	67	91
Inkontinens (et eller flere symptomer)	142	96	–	–
<b>&gt; 8 vandladninger pr. dag, %</b>				
Hyppig vandladning	137 (137)	43	52	73
<b>Mindst en vandladning pr. nat, %</b>				
Nykturi	135 (135)	87	11	35
<b>Symptomet altid eller ofte, %</b>				
Besværet blæretømning	39 (36)	39	19	27
Imperiøs vandladningstrang	142 (68)	81	30	84

**Tabel 2.** Påvirkning af livskvaliteten hos 142 kvinder henvist til en gynækologisk afdeling pga. nedre urinvejs-symptomer.

Domæner	Antal kvinder i alt	Påvirkning af livskvaliteten			
		nej n	lidt n	meget n	lidt eller meget, %
Husligt arbejde (madlavning, rengøring m.m.)	126	109	33	16	31
Muligheden for at foretage indkøb	130	86	44	32	47
Sportsaktiviteter	122	95	19	40	38
Underholdende aktiviteter (biografbesøg m.m.)	133	94	45	26	43
Transport	132	92	48	24	44
Ferierejser	131	97	32	34	40
Erhvervsfunktionen	109	99	28	14	30
Samværet med andre mennesker	136	99	49	20	41
Forholdet til partneren	119	102	28	21	32
Seksuallivet	115	87	26	34	41
Nattesøvn	137	93	42	34	45
Psykisk velbefindende	140	62	47	63	64

(**Tabel 1**). Få patienter havde ren stressinkontinens (15%) henholdsvis ren *urge*-inkontinens (18%). Fire ud af ti patienter (40%) rapporterede om en blanding af dagligt stress- og *urge*-inkontinenssymptomer, også kaldet blandingsinkontinens. Mange patienter havde andre NUS – specielt nykturi (87%) og imperiøs vandladningstrang (81%). To ud af tre patienter oplevede inkontinensstilstanden som et stort ubehag, og stort set alle patienter oplevede, at tilstanden udgjorde et ubehag i større eller mindre omfang (**Tabel 1**). Der var ikke signifikant forskel på graden af relateret ubehag hos patienter med *urge*- henholdsvis stressinkontinens ( $p > 0,05$ ). Til sammenligning oplevedes inkontinenssymptomer som relativt mere ubehagelige end ikkeinkontinenssymptomer (**Tabel 1**). Der var stor forskel mht. forekomsten af de

forskellige domæner af livskvalitet (**Tabel 2**). Mindst berørt var erhvervsfunktionen (en tredjedel angav en påvirkning) og mest berørt var den psykiske tilstand (to tredjedele angav en påvirkning). **Figur 1** viser, at med undtagelse af sportslig inkontinens og i seksuel sammenhængen var *urge*-inkontinens oftere end stressinkontinens associeret med ubehag. Med undtagelse af variabelen husligt arbejde fandtes symptomhyppigheden at være signifikant associeret med påvirkningen af livskvalitet: jo hyppigere symptom, des større påvirkning af livskvaliteten (Kruskal-Wallis test;  $p < 0,05$ ).

Halvdelen af de inkluderede patienter angav »af og til« eller »dagligt« at være inkontinente for flatus, en tredjedel for tynd afføring og knap hver tiende for fast formet afføring

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 3.** Hyppigheden af analinkontinens og associeret ubehag hos 142 kvinder henvist til en gynækologisk afdeling pga. nedre urinvejs-symptomer.

	Antal kvinder i alt	Analinkontinens, n (%)			Associeret ubehag, n (%)			
		ingen	af og til	dagligt	ingen	lille	stort	svar savnes
Luft	140	71 (51)	47 (34)	22 (16)	9	37	13 (22)	10
Tynd afføring	125	80 (64)	41 (33)	4 (3)	2	24	11 (30)	8
Fastformet afføring	136	120 (88)	11 (8)	5 (4)	0	4	7 (64)	5

(Tabel 3). Hver fjerde analinkontinente kvinde angav, at symptomet var et stort problem.

### Diskussion

Traditionelt måles patientoplevelt livskvalitet på basis af et generisk eller et sygdomsspecifikt spørgeskema. Et generisk spørgeskema består af generelle parametre, hvilket muliggør, at man kan sammenligne livskvaliteten blandt patienter med forskellige sygdomme. Et specifikt spørgeskema er målrettet en specifik tilstand. Sidstnævnte design er ofte mere sensitivt – men vanskeligere at benytte i en sammenligning med andre tilstande.

I denne undersøgelse valgte vi de internationalt anerkendte og tidligere validerede skemaer omfattende et specifikt instrument til måling af livskvaliteten, II-Q, samt et symptom-baseret spørgeskema, BFLUTS [12-14]. I modsætning til BFLUTS var den danske version af IIQ ikke valideret, hvilket principielt er et metodeproblem. I hvor stor udstrækning kan man stole på, at den danske version af IIQ ligner den valide engelske version? Eftersom den danske version stort set er en direkte oversættelse af den engelske version, er ligheden formentlig stor – men ikke desto mindre ukendt, hvorfor vi må tage forbehold over for validiteten af de danske IIQ-data.

Spørgeskemaet blev besvaret af fire ud af fem patienter og viste, at patienterne generelt oplevede livskvaliteten svært nedsat som følge af UI. Især oplevede patienterne en forringelse af det psykiske velbefindende. Det bemærkes, at mere funktionelle aspekter af livskvalitet – f.eks. erhverv og husligt arbejde – ikke var påvirket i nær samme omfang som den psykiske tilstand. I et arbejde baseret på et generisk spørgeskema (SF-12) har man tidligere påvist, at UI generelt påvirker livskvaliteten mere end tilstande som depression og sukkersyge [15].

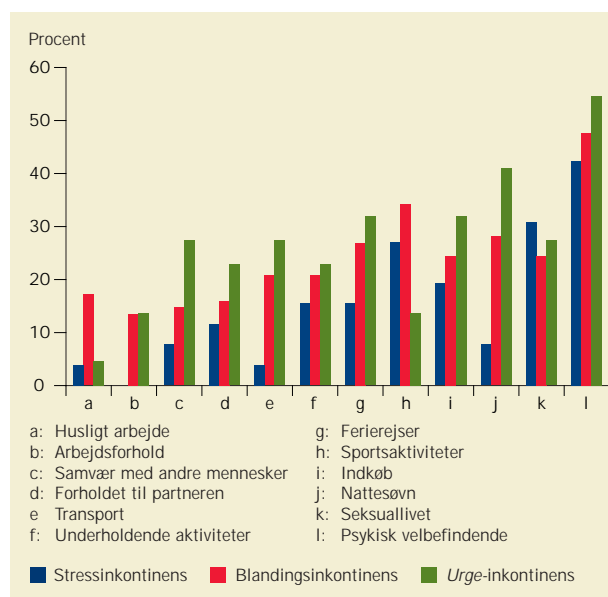
Vores undersøgelse viste ingen forskel i associeret ubehag mellem *urge*- og stressinkontinens. Til gengæld sås der en klar forskel hvad angår den specifikke livskvalitet, idet *urge*-inkontinens generelt blev opfattet som mere ubehagelig end stressinkontinens. Samme fund er gjort i tidligere undersøgelser [16, 17]. Forklaringen herpå er formentlig, at det er lettere at kontrollere situationer med stressinkontinens end situationer med *urge*-inkontinens.

I lighed med et engelsk studie viser nærværende undersøgelse, at knap en tredjedel af de kvinder, der bliver henvist

pga. urinvejs-symptomer samtidig har symptomer, der tyder på analinkontinens [18]. I baggrundspopulationen er hyppigheden af analinkontinens lavere, for fast formet afføring 1-2% og for løs afføring 10% [19]. I nærværende undersøgelse påvises der ligeledes et stort sammenfald mellem UI-symptomer og andre NUS. En betydelig del af patienterne har således sammenfaldende symptomer af nykturi, imperiøs vandladningstrang og UI. Bidraget fra andre NUS mht. påvirkningen af livskvaliteten synes dog at være relativt mindre end bidraget fra UI.

Undersøgelsen viser, at det er vigtigt hos patienter med UI at være opmærksom på andre symptomer, som kan tyde på dysfunktion af bækkenbunden. Eftersom analinkontinens formentlig er langt mere tabuiseret end UI, vil mange kvinder med disse symptomer ikke spontant oplyse herom.

Konklusivt beskriver denne undersøgelse resultatet af en prospektiv opgørelse af livskvaliteten og forekomsten af NUS blandt kvinder, der var henvist til en gynækologisk afdeling. Undersøgelsen viser, at livskvaliteten blandt disse kvinder var påvirket i betydelig grad. Undersøgelsen viser tillige et stort sammenfald mellem symptomer på UI og andre symptomer,



**Figur 1.** Livskvaliteten angivet som »meget påvirket« i forskellige domæner hos 142 kvinder henvist pga. nedre urinvejs-symptomer.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

der tyder på dysfunktion af bækkenbunden, NUS og analinkontinens.

Korrespondance: *Zohreh Ketabi*, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Glostrup Hospital, DK-2600 Glostrup. E-mail: ketabi@dadlnet.dk

Antaget: 20. august 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

- Hannestad YS, Rørtveit G, Sandvik H et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol* 2000;53:1150-7.
- Hampel C, Wienhold D, Benken N et al. Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997;32(suppl 2):3-12.
- Møller LA, Lose G, Jørgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:298-305.
- Health Care Consulting. Inkontinensbehandling i Danmark – en statusbeskrivelse over ambulante behandling af patienter med urininkontinens på landets sygehuse. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2001.
- Viktrup L, Summers KH, Dennett SL. Clinical practice guidelines for the initial management of urinary incontinence in women: a European-focused review. *BJU Int* 2004;94(suppl 1):14-22.
- Dansk selskab for almen medicin. Klinisk vejledning. Udredning og behandling af urininkontinens i almen praksis. København: DSAM 1999.
- Peters TJ, Horrocks S, Stoddart H, et al. Factors associated with variations in older people's use of community-based continence services. *Health Soc Care Community* 2004;12:53-62.
- Andersson G, Johansson JE, Sahlberg-Blom E et al. Urinary incontinence – why refraining from treatment? *Scand J Urol Nephrol* 2005;39:301-7.
- Lose G, Jacobsen AT, Madsen H et al. Alment praktiserende lægers viden om og holdninger til undersøgelse og behandling af kvinder med urininkontinens. *Ugeskr Læger* 2001;163:5183-8.
- Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res* 2004;13:1381-90.
- Wein AJ. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. A population-based study. *J Urol* 2003;169:2427.
- Jackson S, Donovan J, Brookes S, et al. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol* 1996;77:805-12.
- Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA et al. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Continence Program for Women Research Group. NeuroUrol Urodyn* 1995;14:131-9.
- Møller LA, Lose G, Jørgensen T. Incidence and remission rates of lower urinary tract symptoms at one year in women aged 40-60: longitudinal study. *BMJ* 2000;320:1429-32.
- Kobelt G. Economic considerations and outcome measurement in urge incontinence. *Urology* 1997;50:100-7; discussion 108-10.
- Van der Vaart CH, de Leeuw JR, Roovers JP et al. The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU Int* 2002;90:544-9.
- Haglund D, Walker-Engstrom ML, Larsson G et al. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:1051-5.
- Khullar V, Damiano R, Toozs-Hobson P et al. Prevalence of faecal incontinence among women with urinary incontinence. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1211-3.
- Walter S, Hallbook O, Gotthard R et al. A population-based study on bowel habits in a Swedish community: prevalence of faecal incontinence and constipation. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:911-6.

## Kongenit spaltet sternum

Afdelingslæge Pernille Raasthøj Mathiesen,  
overlæge Erik Arthur Andersen &  
overlæge Birthe Merethe Egense

Storstrømmens Sygehus Nykøbing Falster, Pædiatrisk og  
Radiologisk Afdeling, og  
Haukeland Universitetssygehus i Bergen, Barnekliviken

Kongenit spaltet sternum (KSS) blev første gang beskrevet i 1740 [1, 2], og den første kirurgiske korrektion blev foretaget i 1888 [1]. KSS kan inddeles i tre grupper [3, 4]: partiel spaltning af øvre del af sternum, hvilket sjældent er ledsaget af andre misdannelser, partiel spaltning af nedre del af sternum og totalt spaltet sternum, hvilke kan være associerede med hjertemisdannelser [2-4] herunder Cantrells pentalogi (misdannelse af sternum, hjerte, pericardium, diafragma og abdominalvæg), midtlinjedefekter [1, 2, 4] og hæmangiomer [2-4].

KSS observeres gerne lige efter fødslen og er oftest asymptomatisk. Ved ændringer i det intratorakale tryk kan der ses paradoks respiration og symptomer i form af cyanose, dyspnø, arrytmier og gentagne lungeinfektioner [2, 5].

Der er rapporteret om knap 100 tilfælde [5]. Ætiologien er ukendt.

### Embryologi

Sternum udvikles fra mesodermen. Når embryoet er seks uger, migrerer celler fra mesodermen ventralt og former to sternale bånd. De fusionerer kraniokaudalt i midtlinjen og er sammenvokset i tiende gestationsuge. Isolerede sternumdefekter skyldes sandsynligvis delvis eller manglende fusion af de sternale bånd [2-4].

### Sygehistorier

I. En 11-årig dreng med KSS blev henvist til vurdering af lungefunktion og evt. operation. Ved fødslen sås en spalteformet defekt af hud og subcutis ved sternums placering og proksimalt herfor et  $1\frac{1}{2} \times 1\frac{1}{2}$  cm stort område med aplasia cutis. Distalt for processus xiphoideus var en smal rafe, der fortsatte til umbilicus. Røntgen af thorax viste manglende manubrium og corpus sterni. Ekkokardiografi viste normale forhold. Neonatalt fandt man ikke indikation for operation, men foreslog revurdering senere.