

International Continence Society (ICS) er en stiftelse med globalt helsefokus som arbeider for å forbedre livskvaliteten for mennesker berørt av tarm, urin og bekkenbunns sykdommer ved å fremme grunnforskning og klinisk forskning gjennom utdanning, forskning og påvirkningsarbeid.

Årets ICS Annual Meeting 2016, fant sted i Tokyo, 13.-16. september.

2 store begivenheter bør nevnes først: Kari Bø ble tildelt utmerkelsen «Lifetime achievement award» og Hege Hølmo Johannessen for tildeling av prisvinnende abstract: «Do pelvic floor muscle exercises reduce postpartum anal incontinence». Johannessen sin studie er en to-armet randomisert kontrollert studie der 109 postpartum kvinner ble inkludert til enten 6 mnd fysioterapiveiledet bekkenbunnstrening (PFME) (intervensjonsgruppen) eller kun skriftlig informasjon om bekkenbunnstrening (kontrollgruppen). Resultatet viser signifikant reduksjon av symptomer (St. Marks score) i intervensjonsgruppen. Studien viser også at de kvinnene i intervensjonsgruppen som utførte PFME ukentlig eller oftere, reduserte AI symptomene mer enn kontroll gruppen, også sammenlignet med de i intervensjonsgruppen som gjennomførte PMFE sjeldnere enn ukentlig.

Overaktiv blære syndrom (OAB) er et symptom med urin urgency: med eller uten urgency incontinence, gjerne med nokturni og hyppig vannlatning, samt fravær av andre faktorer som kan gi lignende symptomer som infeksjon og karsinom. Årsaken er ukjent, men vi vet det har en negativ påvirkning på QoL, helsekostnader og er overlappende med diagnosen Detrusor Overaktivitet. Interessante foredrag og workshop om OAB ble holdt, hvor det fortiden eksisterer 4 hovedteorier på OAB:

1. Neurogen: Endret nevrogen kontroll et sted i det perifere eller sentrale nervesystemet, ved at systemet øker de efferente signalene, reduserer inhibering, endrer detrusor aktivitet og dermed uhensiktsmessig trigger ønsket om å tømme blæren, kjent som detrusor overaktivitet (OAB is a brain disease?) (Henderson & Drake, 2010; de Groat, 1997).
2. Myogen: endrede signaler i detrusor muskelen lokalt (økt sensitivitet til cholinerg stimulering eller økt kommunikasjon mellom muskelceller) (Brading et al 2006).
3. Integrative: hypotese om at de nedre urinveier har sitt eget autonome system hvor lokale cellulære interaksjoner bestemmer blærens tilstand, dvs. med spontan eksitering mellom lokale muskler og nerver.
4. Afferent: endret sensasjon fra blæren og overføring til CNS som fører til økt bevissthet omkring blærefylling (Andersson, NAY 2010).

Ideen er da at våre konservative tiltak må differensieres ut i fra disse teoriene/hypotesene:

1. Neurogen: Blæretrening, PMFT, Lavfrekvent el.stim (neuromodulering), biofeedback, beroligende strategier, tømme seg etter klokken, støtte /trykke på perineum, mental/fysisk distraksjon, stimulere S2 (fleksjon av tær, gå på tær).
2. PFMT (undertrykke hastverk og lukke urinrøret), anti-cholinergica fra lege.
3. Væskerestriksjon, redusere inntak av koffein, sur mat og kullsyre. Mat som påvirker bakterier: tranebær, natriumbikarbonat (endre pH), eplecider...
4. Blæretrening, vannlatningsdagbok, avslappingsteknikker, S2 stimulering.

For konservativ behandling av urgency incontinence finnes evidens for fire tiltak: PFMTmed/ uten BF, blæretrening og neuromodulering (elektrisk stimulering). (Cochrane Review 2011, 2014, 2016).

Sistnevnte Cochrane review (2016): «How effective is electrical stimulation with non-implanted devices in treating overactive bladder» ble også presentert, der resultatet er at Elektro Stimulering (ES) er effektivt for behandling av OAB, men det er ikke nok evidens til å sammenligne ES med annen konservativ behandling eller mellom de forskjellige typene ES.

Canadiske fysioterapeut og forsker Melanie Morin, gjennomgikk studier der hun bl.a så på effekt av EMG og elektrostimulering på pasienter med «pelvic floor muscle overactivity». Der fant hun 34-66% smertereduksjon etter bruk av EMG biofeedback (Glazer 1995; McKay 2001; Bergeron 2001; Danielsson 2006) og at elektrostimulering (TENS) reduserer smerte (Murina 2008; Dionisi 2008)

Morin presenterte også sin RCT hvor 212 kvinner med provosert vestibulodini, enten ble randomisert til multimodal fysioterapi eller Lidocainbehandling (M. Morin 2015). Multimodal fysioterapi besto av 60 min individuell behandling en gang pr uke i 10 uker. Behandlingen besto av opplæring i hht patofysiologi, bekkenbunnsmuskulatur, vulvovaginal- og sexuell helse, smerteforklaringer og avspenningsteknikker. Ca 20 min var dedikert til manuelle teknikker (bløtvevsbehandling av PFM, og annen aktuell muskulatur), 20 min dedikert til biofeedback med probe intravaginalt for å fremme avspenning, styrke, hurtighet og utholdenhet. I tillegg kom hjemmetrening i form av respirasjons- og bekkenbunnsøvelser, dilatortrening og tøyning av skjedeinngang.

Lidocainbehandlingen: 5% Lidocain salve påført mot smertefullt område i vestibulum i løpet av natten i 10 uker + ukentlige telefonsamtaler med studiekoordinator.

Begge gruppene rapporterte generell forbedring etter 6 mnd behandling, men størst effekt ble funnet i fysioterapigruppen; 79% i fysioterapigruppen sammenlignet med 40% i Lidocaingruppen ($p < 0.001$).

Signifikant bedring i bekkenbunnsmuskulaturens funksjon (styrke, koordinasjon og fleksibilitet) ble kun funnet fysioterapigruppen.