

مورنینگ رپورت

پزشکی خانواده با موضوع بی اختیاری ادرار

استاد راهنما جناب آقای دکتر طاوسیان هیات علمی گروه اورولوژی
ارائه دهنده متخصص پزشکی خانواده دکتر سمیرا پورصالح

مورخ

شذبه ۱۰ تیر ۱۴۰۲

بیمارستان ضیایان

**In the majority of patients,
incontinency can be diagnosed
and treated by the primary care
provider**

موضوع

خانم ۶۲ ساله مورد بی اختیاری ادرار

شکایت اصلی بیمار (CC)

بی اختیاری ادرار

PI

- بیمار خانم ۶۲ ساله مورد فشار خون بالا که از ۶ ماه قبل قادر به نگهداری ادرار در مواقع ایجاد حس دفع نبودند و این مشکل به تدریج بدتر شده بود
- از حدود ۲ سال قبل هم در مواقع عطسه و سرفه دچار دفع چندین قطره ادرار می شدند که هیچ وقت پیگیری نکرده بودند
- شکایتی از سوزش ادرار و تکرر ادرار را ذکر نمیکردند
- شکایتی از بی حسی زینی شکل نداشتند
- سابقه ۳ بار NVD داشتند که آخرین آن ۱۷ سال قبل بوده

PMH

بیمار سابقه فشار خون بالا را از ۱۰ سال قبل ذکر
که تحت درمان با لوزاتان ۵۰ میلی گرم روزانه و
آملودیپین ۵ میلی گرم روزانه بودند
سابقه چندین نوبت عفونت ادرار را در سالهای گذشته
ذکر میکردند که با درمان برطرف شده و پیچیدگی
خاصی نداشته
سابقه جراحی های شکمی را هم ذکر نمیکرد

DH & HH

لوزارتان ۵۰ میلیگرم روزانه
آملودیپین ۵ میلی گرم روزانه
سیگار و الکل مصرف نمیکردند

معاینات بیمار (Ph. Exam)

خانم ۶۲ ساله هوشیار بودند . ill و toxic نبودند

T : 37.8 RR :22 PR : 82

BP : 130/80 mmHg

BMI = 30

معاینات بیمار (Ph. Exam)

در معاینه شکم نرم بدون تندرns بود

توده در فلانک ها لمس نشد

مثانه در معاینه به دست نمیخورد

در معاینه ژنیتال با اسپکولوم پرولاپس رحم دیده نشد

دیواره واژن اتروفیک بود

تون اسفنکتر آنال در توشه رکتال نرمال بود

حس ناحیه پرینه نرمال بود

در معاینه عصبی DTR نرمال بود، gate بیمار نرمال بود

**Why is incontinency important
in primary care medicine?**

The importance of incontinency in primary care

- **Decline health related quality**
- **Worsening overall functions**
- **Depression, social isolation, fall & frx**
- **Pressure ulcer, decreased sexual activity**
- **Sleep deprivation**
- **Increased caregiver stress**

The most important aspect

Incontinency is one of the common reasons for institutionalization of elderly patients

Life style modification

**Small behavioral modification
cause significant improvement**

**What is your first question for
approach to incontinency?**

**The first question for approach
to incontinency:
Is it acute or chronic?**

Acute or transient incontinency

- **UTI**
- **Glycosuria**
- **Medications (in elderly): NSAIDs, opioids, skeletal muscle relaxant, antipsychotics, antidepressants, sedatives, anticholinergics, Alcohol & caffeine**
- **Constipation**
- **Delirium**

Chronic incontinency

Evaluation of patient

- for patients who do not complain about, ask

direct questions to find the patient :

1. Do you have trouble with your bladder?
2. Do you loss urine when you don't want?
3. Do you find that you need pads or diapers for protection?

Evaluation of patient

Bladder Diary

NAME _____

DAY 1 DATE: ____/____/____

Time	Drinks		Urine output (mL)	Bladder sensation	Pads
	Amount	Type			
6 am					
7 am					
8 am					
9 am					
10 am					
11 am					
Midday					
1 pm					
2 pm					
3 pm					
4 pm					
5 pm					
6 pm					
7 pm					
8 pm					
9 pm					
10 pm					
11 pm					
Midnight					
1 am					

DAY 2 DATE: ____/____/____

Time	Drinks		Urine output (mL)	Bladder sensation	Pads
	Amount	Type			
6 am					
7 am					
8 am					
9 am					
10 am					
11 am					
Midday					
1 pm					
2 pm					
3 pm					
4 pm					
5 pm					
6 pm					
7 pm					
8 pm					
9 pm					
10 pm					
11 pm					
Midnight					
1 am					
2 am					
3 am					
4 am					
5 am					

DAY 3 DATE: ____/____/____

Time	Drinks		Urine output (mL)	Bladder sensation	Pads
	Amount	Type			
6 am					
7 am					
8 am					
9 am					
10 am					
11 am					
Midday					
1 pm					
2 pm					
3 pm					
4 pm					
5 pm					
6 pm					
7 pm					
8 pm					
9 pm					
10 pm					
11 pm					
Midnight					
1 am					
2 am					
3 am					
4 am					
5 am					

Bladder diary

- **use bladder diary at least for 3, 24 hours**
- **contains : drinks (amount & type)**

urine output (ml)

bladder sensation

pads

Bladder diary

- according to the bladder diary
- ✓ Frequent small volumes : over active bladder syndrome
detrusor over activity
painful bladder condition
- ✓ Frequent large volumes : polyuria (intake, DM, ↑ca)
- ✓ Nocturia: OSA, CHF, medications

Diseases associated with incontinency

- **Cardiac failure**
- **Renal failure**
- **DM & metabolic syndrome**
- **COPD**
- **Neurologic disease : stroke, MS**
- **Cognitive impairment**
- **OSA**
- **Depression**

4 key steps to diagnose chronic incontinency

- Hx
- Phx (abdomen, genital, rectal, neurologic)
- U/A (necessary for all patients)
- PVR evaluation by sonography (specially in OI)

Consider red flags to refer :

1. Any prolapse
2. Surgery or radiation within past 6 months
3. 2 or more UTIs within past 6 months
4. RBC > 5 in repeated U/A without UTIs
5. PVR > 200 cc (PVR < 50 cc is considered normal)
6. Asymmetric prostate
7. No response to treatment

What are the risk factors for chronic incontinency?

Chronic incontinency RFs

- Age
- Weight & BMI
- Depression & cognitive impairment
- Hysterectomy & prostate procedure & surgeries
- Smoking
- NVD
- Comorbidities & drugs

Chronic incontinency

- Urge incontinency (UI)
- Stress incontinency (SI)
- Overflow incontinency (OI)
- Functional incontinency
- Mixed type (UI + SI)

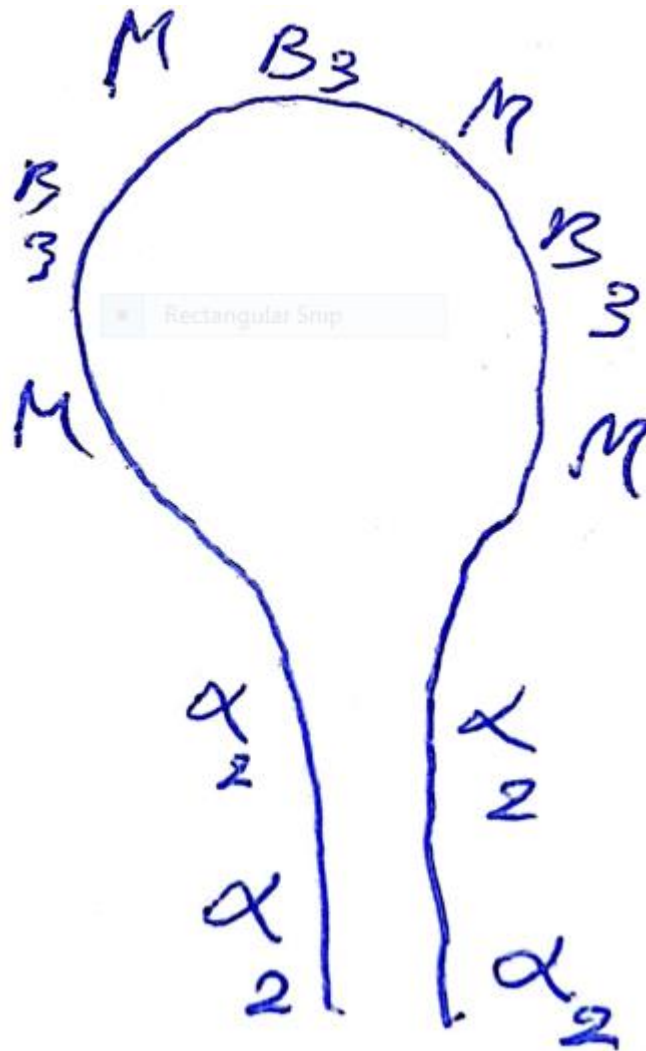
Overview of managing options

- Behavior modification
- Pelvic floor exercises
- Medications
- Vaginal pessaries
- Urethral inserts, condom catheters, penile clamps
- Surgical procedures

Urge incontinence

- Abrupt urgent sensation to urinate results in urine loss
- Most common type
- Causes: detrusor over activity, neurologic disorders, spinal cord inj.
- Urinary frequency, nocturia, retention
- Retention is common especially in using anticholinergics
- PVR maybe high
- Treatment options: Kegel exercise, anti muscarinic agents, estrogen

Medication in UI



Medication in UI

- **Topical estrogen** (systemic estrogen may worsen the condition)
- **Anti cholinergic** (muscarinic)agents: Solifenacin, Darifenacin, Oxybutynin, Tolterodine, Trospium (uroselective)

contraindications: glaucoma, gastroparesis, sv tachy arrhythmia

side effects: dementia, dry mouth & eyes, constipation, tachycardia, blurry vision, retention, delirium
- **B3 adrenergic agonist** : Mirabegron
- **α_2 adrenergic antagonists** in men with BPH: Tamsulosin

Stress incontinence

- Urine loss with increase intra abdominal pressure (cough test)
- Obesity is important
- Causes: urethral hypermobility, sphincter dysfunction, prostatectomy
- Scheduled voiding
- Kegel exercise
- Pessary, tampon, condom catheter
- α agonists : Pseudoephedrine
- SSRIs : Duloxetine & topical estrogen & TCAs

Overflow incontinence

- Loss of urine because of mechanical force on over distended bladder
- Bladder emptying is impaired, PVR > 200-300 ml
- Causes : detrusor failure, neurologic disorder, spinal cord injury
diabetes, anatomic obstruction (BPH)
- OI symptoms : weak urine stream, dribbling, hesitancy, frequency
nocturia
- Treatment : cholinergic (bethanechol) & α -blockers (tamsulosin)
- Intermittent catheterization, surgery


Mixed type incontinence

- **UI & SI is more common in women**
 - **OI & UI is more common in men**

Functional incontinence

- **Loss of urine not due to urinary system**
- **Causes : cognitive impairment, environmental barriers**

Non medication treatment

- Small behavioral modification  cause significant improvement
- Avoid alcohol, caffeine, acidic citrus fruits & drinks , stop smoking
- Weight loss specially in SI
- Minimizing late afternoon & evening fluid intake
- Treat OSA (reduced ADH)
- Timed voiding
- Bladder retraining (delay voiding at progressively longer intervals)
- Kegel exercise

سطوح پیشگیری

Primordial Prevention

Primary Prevention

Secondary Prevention

Tertiary Prevention

Quaternary Prevention

Primordial Prevention

آموزش افراد در جهت کاهش آسیب های نخاعی
ایجاد بستر مناسب برای ورزش و کم شدن چاقی و
بیماریهای متابولیک
آموزش های مبنی بر عدم مصرف الکل و سیگار

Primary Prevention

آموزش ورزش های کگل به افراد در معرض خطر
آموزش های تغییر سبک زندگی به افراد
توصیه ای لازم برای ترک سیگار و الکل به خود
افراد

Secondary Prevention

غربالگری بیماران از روی ریسک
فاکتورها بی اختیاری ادرار با پرسیدن
سوالهای مستقیم از آنها
و شناسایی بیمارانی که کوموربیدیتی
های مرتبط با بی اختیاری دارند

Tertiary Prevention

درمان بیماران دچار بی اختیاری قبل از
ایجاد عوارض مثل انزوای اجتماعی،
افسردگی، FALL

Quaternary Prevention

خود داری از ارجاع بیماران برای عمل
جراحی قبل از انجام تلاش های لازم برای
تغییر سبک زندگی