

## Kommentar

# Akutt neurologisk urininkontinens

Espen Benjaminsen & Rolf Salvesen beskriver en pasient med neurologiske utfall og urinblæreforstyrrelse. Fullført diagnostikk ga diagnosen L5/S1-prolaps og cauda equina-syndrom. Kirurgisk behandling som øyeblikkelig hjelp medførte at de neurologiske utfallene og blæreforstyrrelsen gikk tilbake.

Øyeblikkelig hjelp-medisin gir ikke legen den samme mulighet for oversikt og korreksjon som planlagt, ikke-akutt medisin. Primærlegens grad av presisjon i anamnese og klinisk undersøkelse forplanter seg til alle videre ledd.

Arbeidsbelastningen i en vaktssituasjon kan begrense årvåkenheten. Få norske sykehus har tilnærmet komplett akutt-diagnostisk tilbud på vakttid. Likevel er det mulig gjennom en geografisk vidstrakt behandlingsskjede å gi optimal behandling ved akutt neurologisk urinblære- og analsfinkterforstyrrelse.

Benjaminsen & Salvesen anfører at «de beskrevne symptomene var såpass diffuse og lite dramatiske at man anbefalte å se det an». De som var i situasjonen, kjenner premissene best. Den kliniske informasjonen ga imidlertid mistanke om neurologisk blæreforstyrrelse. Dermed forelå et behov for umiddelbar diagnostisk avklaring.

Varig inkontinens (urinblære, anus) er sosialt og yrkesmessig invalidiserende og den medisinske invaliditetsgraden er

høy (1). Utredning med sikte på behandling som forhindrer at tilstanden blir varig, må ha høy prioritet – like høy som ved andre tilstander der følgen av forsinkelse kan være alvorlig. Når det gjelder forsinkelse i diagnostikk og mulig nødvendig kirurgisk behandling, teller hver time om natten like mye som en dagtime.

MR av lumbosakralcolumna gir adekvat avklaring av mulig prolaps, tumor, stenose eller blødning før eventuell operasjon (2). Ved sykehus som ikke har tilgjengelig MR-diagnostikk på innleggelsestidspunktet, må umiddelbar henvisning til sykehus med MR vurderes. CT-myelografi kan være et alternativ, men tilbys på vakttid stort sett der en også kan få akutt MR-diagnostikk.

Med tanke på akutt prolapskirurgi for å oppheve neurologiske utfall, er det gode holdepunkter for at timene teller (2, 3), selv om litteraturen ikke er entydig på dette punktet (4). Enkelte opererte får varige blæreforstyrrelser og andre utfall (5). Ved uklare anamnesticke og kliniske opplysninger, eller når selv presise opplysninger ikke gir diagnostisk klarhet, må vakthavende sykehuslege ved øyeblikkelig hjelp-henvendelse ta initiativet til videre avklaring.

Lokal- og sentralsykehusets rolle blir ut fra dette ikke mindre viktig. Presis anamnese og klinisk undersøkelse er grunnlaget for den videre prosessen. En

klinisk helhetsvurdering kan i noen tilfeller begrunne tilbakeholdenhet med diagnostikk i full skala. Døgkontinuerlig definitiv diagnostikk og eventuell kirurgisk behandling av nevrogen blære- og analsfinkterforstyrrelse skjer i sykehus med nevrokirurgisk tjeneste.

### Rolf Hanoa

Nevrokirurgisk avdeling  
Ullevål universitetssykehus  
0407 Oslo

*Oppgitte interessekonflikter:* Ingen

### Litteratur

1. Cocchiarella L, Andersson G, red. Guides to the evaluation of permanent impairment. Washington, D.C.: American Medical Association, 2005.
2. Greenberg MS. Handbook of neurosurgery. New York: Thieme, 2006.
3. Gleave JRW, Macfarlane R. Cauda equina syndrome: what is the relationship between timing of surgery and outcome? Br J Neurosurg 2002; 16: 325–8.
4. Hussain SA, Gullan RW, Chitnavis BP. Cauda equina syndrome: outcome and implications for management. Br J Neurosurg 2003; 17: 164–7.
5. Yamanishi T, Yasuda K, Yuki T et al. Urodynamic evaluation of surgical outcome in patients with urinary retention due to central lumbar disc prolapse. Neurourol Urodyn 2003; 22: 670–5.

*Manuskriptet ble mottatt 24.12. 2006 og godkjent 29.12. 2006. Medisinsk redaktør Torgeir Bruun Wyller.*