

Genoptrænings- forløbsbeskrivelse for borgere med nedsynkning af underlivsorganer



Indhold

| | |
|---|----|
| Indledning..... | 3 |
| Flowchart..... | 5 |
| Baggrundsviden..... | 9 |
| Problemstilling | 9 |
| Evidens | 9 |
| Litteratur..... | 15 |
| Referencer | 15 |
| Nyttige links | 18 |
| Bilag 1: Søgematrix..... | 19 |
| Bilag 2: PRISMA 2009 Flow Diagram | 21 |
| Bilag 3: Kvalitetsvurdering af anvendt litteratur:..... | 22 |
| Bilag 3A: Risk of bias skema af randomiserede kliniske studier | 23 |
| Bilag 3B: Kvalitetsvurdering af systematiske reviews (AMSTAR): | 24 |
| Bilag 3C: Kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer/guidelines (AGREE II):..... | 26 |

Indledning

Formål

Formålet med genoptræningsforløbsbeskrivelsen er på baggrund af den nyeste evidens samt best practice, at beskrive indholdet i genoptræningsforløbet for borgere med *nedsynkning af underlivsorganer*. Herved sikres, at borgerne modtager evidensbaserede genoptræningsforløb af høj faglig kvalitet.

Intentionen med en genoptræningsforløbsbeskrivelse

Intentionen med genoptræningsforløbsbeskrivelsen er at give et evidensbaseret fundament for praksis sat ind i et tidsmæssigt perspektiv, hvor dette har været muligt. De evidensbaserede anbefalinger som angives i flow-chart er baseret på viden fra studier af højst mulige kvalitet hvor der er påvist effekt af den pågældende behandling, og disse evidensbaserede anbefalinger er suppleret med anbefalinger fra klinisk praksis.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen dikterer således ikke et standardbehandlingsforløb, men udstikker en evidensbaseret referenceramme. Overholdelse af en genoptræningsforløbsbeskrivelse vil ikke i alle tilfælde garantere et succesfuldt forløb, i visse tilfælde kan en anden behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til borgerens situation. Beslutning om behandling til den enkelte borger bliver således taget på baggrund af alle tilgængelige informationer om den enkelte borger. Den beslutning skal tages i samråd med borgeren, som bliver oplyst om diagnosen, behandlingsmulighederne og evidensen herfor. Ved væsentlige afvigelser fra anbefalingerne i genoptræningsforløbsbeskrivelsen, som f.eks. brugen af lokale guidelines, anden træningsintensitet og frekvens eller igangsætning af ikke-anbefalet intervention skal argumenteres for og dokumenteres i borgerens journal.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for borgere med nedsynkning af underlivsorganer er det gældende retningsgivende dokument på området i Københavns Kommune. Eventuelle lokalt udarbejdede retningslinjer kan supplere genoptræningsforløbsbeskrivelsen, men aldrig træde i stedet for denne. Såfremt der ikke eksisterer en genoptræningsforløbsbeskrivelse, følges normen for almindelig kendt faglig standard jf. autorisationsloven. Genoptræningsforløbsbeskrivelsen skal desuden bidrage til borgerrettede og fagprofessionelle informationer på KK-net

Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder

Det er den lokale ledelsesansvar at sikre, at medarbejderen er bekendt med denne vejledning, samt at medarbejderen er kvalificeret til at levere de genoptræningsydelser som beskrives. Det er medarbejderens ansvar at anvende og følge denne vejledning.

Målgruppe

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er målrettet ergo- og fysioterapeuter, der varetager genoptræningsforløb for borgere med nedsynkning af underlivsorganer efter Sundhedslovens §140 og/eller Servicelovens §86.

Definition af begreber

Uro-genital prolaps

Nedsynkning af underlivsorganer. Nedsynkningen kan være af en eller flere af følgende dele; skedens forvæg, skedens bagvæg, livmoder, livmoderhals eller vaginaltoppen (efter hysterektomi) (1)

Urininkontinens

Klager over ufrivillig lækage af urin (1)

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Stress urininkontinens

Klager over ufrivillig lækage af urin ved fysisk anstrengelse/fysisk aktivitet, host eller nys (1)

Urgency urininkontinens

Klager over ufrivillig lækage af urin i forbindelse med urgency (1)

Urin urgency

Klager over pludselig vandladningstrang, som er svær at udsætte (1)

Blandingsurininkontinens

Klager over ufrivillig lækage af urin i forbindelse med urin urgency og også i forbindelse med fysisk anstrengelse/fysisk aktivitet, host eller nys(1)

Frequency/pollakisuri

Klager over hyppige vandladninger(1)

Bækkenbundstræning

Systematisk træning med gentagne voluntære kontraktioner af bækkenbundens muskulatur med det formål at forbedre styrke, udholdenhed, koordination eller relaksation af bækkenbundens muskulatur (2).

Superviseret bækkenbundstræning

Et bækkenbundstræningsprogram instrueret og monitoreret af en sundhedsprofessionel/kliniker/instruktør (2).

Biofeedbacktræning

Træning hvor borgeren får feedback på en kropsaktivitet eller funktion ved hjælp af et redskab eller apparatur, der giver visuel eller auditiv information om aktiviteten (2). Rationalet er at en positiv tilbagemelding på fx en voluntær muskelkontraktion vil fremme udførelsen af denne (2).

Handleanvisning: Flowchart

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for borgere med nedsynkning af underlivsorganer skal anvendes sammen med "Vejledning for terapeutfaglig dokumentation", hvor minimumskrav til terapeutfaglig dokumentation beskrives. Der henvises desuden til vejledning for "Effektmåling på genoptræningsområdet" og "Samtalen om forebyggende indsatser" (se link under "Nyttige links").

Se flowchart på følgende side (s. 5)

Tegnforklaring for flowchart:

(↑↑): Forskningsbaseret intervention, moderat til stærk grad af evidens (sikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed).

(↑): Forskningsbaseret intervention, lav til moderat grad af evidens (usikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed).

(V): Konsensusbaseret (best practise) intervention eller studier med meget lav grad af evidens. Heri indgår desuden beskrivelse af lokal praksis i København Kommune, indhentet på konsensusmøde med terapeuter (meget usikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed)

[Tal]: 'Tal i parentes' angiver litteratur reference.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Flowchart

| Generel intervention | Forløb |
|--|--|
| Overordnede anbefalinger og restriktioner i genoptræning af borgere med nedsynkning af underlivsorganer | |
| <p>Restriktioner/opmærksomhedspunkter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vær opmærksom på advarselssignaler/røde flag (3–6)*(v) Smerter ved blære eller urethra Smerter ved vandladning Blod i urinen/blødning Blæretømningsproblemer Feber eller andre tegn på inflammation eller infektion Pludseligt eller stort vægttab Pludseligt opstået urgency urininkontinens Neurologiske symptomer/ tegn på mulig neurologisk sygdom • Vær opmærksom på samtidig inkontinens for urin eller afføring (3,4,7)(v) • Vær opmærksom på samtidig obstipation og tarmtømningsbesvær (3,4,7)(v) • Vær opmærksom på samtidige urogenitale gener og slimhindeatrofi (tørhed i skeden, dysuri og svie omkring urethra og introitus) (3,4,8) (v) <p>Overordnede anbefalinger</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bækkenbundstræning bør være superviseret (3,8) (v) • Træningen bør varetages af specialuddannet sundhedspersonale, der har de fornødne kvalifikationer og kompetencer (3,4,8–12) (v) • Ved bækkenbundstræning bør borgeren tilbydes undersøgelse af knibefunktionen ved indvendig vaginal/anal palpation af bækkenbundens muskulatur, for at sikre korrekt aktivering af muskulaturen (3,4,8–10,12–14)(↑) • Forud for indvendig undersøgelse af knibefunktionen skal kvinden forklares om undersøgelsens formål og metoder og der skal indhentes informeret samtykke til undersøgelsen (5,6) (v) • Superviseret træning bør indeholde minimum to individuelle vurderinger af knibeteknik ved vaginal palpation og instruktion i bækkenbundsøvelser (8–11,14) (v). • Samlet træningstid bør være minimum tre måneder, for at sikre at træningseffekt kan opnås (3,4,8–12,14,15) (↑) <p>Løbende terapeutisk vurdering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bækkenbundsmuskulernes funktion vurderes ved opfølgende indvendig vaginal/anal palpation af knibefunktionen (9,13,14,16)(v) • Et bækkenbundstræningsforløb afsluttes med evaluering og vurdering af opnået effekt og stillingtagen til videre behandling (5,6,8) (v) Indirekte evidens fra urininkontinens • Ved manglende effekt af et bækkenbundstræningsforløb, bør borgeren henvises til anden udredning/behandling (8) (v) Indirekte evidens fra urininkontinens <p>I tilfælde af behov for nærmere udredning af ovenstående, kan en lægefaglig vurdering iværksættes ved at tage kontakt til e.l. eller regionen.</p> | <p>Læs altid genoptræningsplan (GOP) og evt. operationsbeskrivelse</p> |

| Intervention Evidensen bag de beskrevne interventioner i flowchartet er uddybet i baggrundsafsnittet | |
|---|--|
| <p>Træning</p> <p><u>Superviseret bækkenbundstræning (3,9–11,13,14,16) (↑↑)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Information om nedsynkning af underlivsorganer samt blærens og tarmens og bækkenbundens anatomi og funktion og korrekt knibeteknik (9–14) (↑) Indvendig vaginal/anal palpation af knibeteknik for at sikre korrekt aktivering af muskulaturen (3,8–10,12–14,16) (↑) Tilrettelæggelse af individuelt hjemmetræningsprogram med udgangspunkt i borgerens aktuelle bækkenbundsfunktion, vurderet ved indvendig palpation (9,10,13) (v) Hjemmetræningen bør tilrettelægges så både muskelstyrke, statisk og dynamisk udholdenhed og koordination tilgodeses (8–10,13)(v) <p><u>Muskelstyrke</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 3 sæt med 8-12 nær maksimale kontraktioner af 6-10 sek. varighed. 6-10 sekunders pause mellem knib (10,11,13) (↑). Eventuelt tilføj 3-5 maksimale aktiveringer af 1 sek. på toppen af hver maksimale kontraktion (10) (v) 5-6 sæt med 10 knib af op til 10 sek. varighed (9,12,13) (↑) 60 sek. pause mellem sæt (10,13) (v) <p><u>Udholdenhed</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 3 submaksimale knib af op til 30-60 sek. (17) (v). Indirekte evidens fra urininkontinens. <p><u>Koordinationstræning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Korrekt aktivering af bækkenbundsmuskulaturen uden brug af muskelsynergier eller bugpresse (9,12,13) (↑) Borgeren kan evt. opfordres til selv at tjekke korrekt aktivering, ved at mærke med finger på anus/i vagina (18) (v) Afspænding af bækkenbundsmuskulaturen efter et knib (10) (v) Knibe før og under stigninger i bugtrykket (host, nys, grin, løft, forflytninger) (9–13) (↑) Træne hurtig aktivering af bækkenbundsmuskulaturen (9–11)(v). Fx 10-50 hurtige kontraktioner i træk (9) eller 3-5 sæt med 3-12 hurtige knib af 1 sek. og 30-60 sek. pause mellem sæt (10,11) (v) <p><u>Træningsprogression</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bækkenbundsmuskulernes funktion vurderes ved opfølgende indvendig palpation af knibefunktionen og træningsintensitet progredieres i takt med at forbedringer opnås (9,10) (↑). Øget belastning (overload) kan opnås ved progression af udgangsstillinger, fx knibe i siddende og stående stillinger og dagligdags situationer (forflytninger, gang, hop, løft) (11,12,15) (↑). Belastning kan også øges ved forøgelse af antal og længde af knib (9,12) <p><u>Selvtræning via app/internet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Informer om muligheden for træningsstøtte via relevante apps/internet programmer gerne med reminder funktion (17,19) (v). Indirekte evidens fra urininkontinens. Se forslag under nyttige link side 18. <p><u>Biofeedbacktræning i tillæg til superviseret bækkenbundstræning (v)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Biofeedbacktræning kan muligvis forbedre effekten af bækkenbundstræning hos kvinder med nedsynkning af underlivsorganer (20) (v). Biofeedback kan især være relevant til kvinder der ikke har voluntær knibefunktion (10,13) (v) | <p>Opstart af forløb</p> <p>Der henvises til "Vejledning i terapeutfaglig dokumentation".</p> <p>For effektmål henvises til "Vejledning om effektmål på genoptræningsområdet"</p> <p>Der henvises desuden til vejledning for "Samtale om forebyggende indsatser – til borgere i genoptræningsforløb".</p> |

| | |
|--|--|
| <p><u>El-stimulering i tillæg til superviseret bækkenbundstræning</u></p> <ul style="list-style-type: none">Kvinder der ikke voluntært kan aktivere bækkenbunden, kan tilbydes afprøvning af el-stimulation som supplement til anden behandling (bækkenbundstræning/biofeedback) (10,13) (v) <p><u>Sensorisk stimulation/digital vibration</u></p> <ul style="list-style-type: none">Sensorisk stimulation af bækkenbundsmuskulaturen kan gives under palpation som facilitering til voluntær bækkenbundskontraktion hos kvinder uden voluntær knibefunktion (5,6,11) (v). Sensorisk facilitering til en muskelkontraktion kan fx gives ved at "tappe" eller "duppe" på muskulaturen eller ved at strække muskulaturen ganske let (5,6) (v) <p><u>Instruktion i hjemmetræning i tillæg til superviseret bækkenbundstræning (mindst 3-5 gange ugentligt, gerne dagligt) (9,10,12-14) (↑)</u> Hjemmetræning bør tilgodesee både muskelstyrke, statisk og dynamisk udholdenhed og koordination (↑). Se beskrivelse af disse punkter ovenfor.</p> <p>Aktivitet og deltagelse</p> <ul style="list-style-type: none">Funktionel træning af bækkenbunden i forbindelse med dagligdagsaktiviteter (forflytninger, gang, hop, løb og løft) (10-13,15)(↑) <p>Barrierer og facilitatorer for bækkenbundstræning der bør adresseres ved et træningsforløb</p> <p><u>Barrierer</u></p> <ul style="list-style-type: none">Opfattelse af træning kun har mindre effekt (21,22) (v)Lav self-efficacy (reduceret tiltro til at en korrekt bækkenbundskontraktion/træning kan udføres) (21,22) (v)Negative følelser forbundet med træning (fx selvbeprejdelse pga. manglende træning/manglende effekt) (21,21) (v)Lav respons på tidligere bækkenbundstræning (21,22) (v)Manglende viden om bækkenbundens anatomi, funktion og afføringsinkontinens (21,21) (v)Ingen der kan hjælpe med at motivere til træning (21,22) (v) <p><u>Facilitatorer</u></p> <ul style="list-style-type: none">Opfattelse af at træning har effekt (21-23)(v)Høj self-efficacy (høj tiltro til at træning kan udføres) (21-23)(v)Feedback på opnåede fremskridt både på udførelse af knib og træningseffekter (også ved små fremskridt) (21,22)(v)Positive følelser forbundet med bækkenbundstræning (21-23)(v)God kontakt/interaktion mellem borger og behandler (21,22)(v)God forståelse for og viden om afføringsinkontinens og behandling (21,22)(v)Identificering af personlige barrierer for træning og aktiv planlægning for at finde løsninger (21,22)(v) <p>Vejledning og information</p> <ul style="list-style-type: none">Ved god effekt af et bækkenbundstræningsforløb, opfordre til fortsat træning efter afslutning af forløbet (3,4,8)(v)Information om hensigtsmæssige siddestillinger ved vandladning og defækation mhp. optimal tømning (10,12,13) (v). | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Information om hensigtsmæssige afføringsvaner (korrekt siddestilling, respektere trang, undgå voldsom pressen, give sig god tid (10,12,12,24) (v)• Information om hensigtsmæssige vandladningsvaner (siddestilling, undlade at presse) (10,12) (v).• Information om fiberrigkost og væskeindtag på 1½-2 liter dagligt med henblik på forebyggelse af obstipation (3,10-13) (v)• Eventuelt informere om muligheden for afprøvning pessarbehandling ved generende prolapsymptomer (25-28) (v)• Ved slimhinde atrofi informere om muligheden for vaginal østrogen tilskud via egen læge (3,4,8) (v)• Undgå tunge løft (3,9-13) (v) og high-impact træning (9,10,12,13) (v)• vejlede om fysisk aktivitet og nedsynkning (hvordan fysisk aktivitetsniveau kan øges uden at øge tryk på bækkenbund) (3,12) (v)• Information om forsøge at opnå væggtab ved overvægt (3,10-12) (v)• Informer om at forsøge rygestop mhp. reduktion af hoste (9,10,13) (v)• Vejledning omkring seksualitet og nedsynkning af underlivsorganer (12) (v) | |
|---|--|

*Nice Clinical Guideline for Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women, udkommer 2019.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



Baggrundsviden

Følgende information kan bruges i mødet med borgeren til at informere om evidensen bag interventionerne med henblik på fælles beslutning om borgerens forløb.

Problemstilling

Uro-genital prolaps er defineret som nedsynkning af underlivsorganer. Nedsynkningen kan være relateret til eller flere af følgende strukturer: skedens forvæg (cystocele), skedens bagvæg (restocele/enterocele), livmoder, livmoderhals eller vaginaltop (efter hysterektomi) (1). Nedsynkning af underlivsorganer er meget almindeligt. Et stort studie blandt post menupausale kvinder fandt at omkring 40% havde nedsynkning af et eller flere underlivsorganer (29). Omkring 35% havde cyctocele, 18% rectocele og ca. 14% havde prolaps af livmoderen (29). I alt 20% havde nedsynkning af flere organer. Blandt kvinder der aldrig havde født havde omkring 20% nedsynkning (29). Livstidsrisikoen for at blive opereret for nedsynkning af underlivsorganer er mellem 10 og 20% (30–32).

Symptomer på underlivs prolaps kan være tyngdefornemmelse, fremmedlegemefornemmelse, trykken/pressen i skeden eller fornemmelse af en frembuling i skeden (1). Symptomerne er oftest værst sidst på dagen eller i situationer hvor tyngdekræften påvirker prolapsen fx ved længere tids ståen/gåen og ved fysisk aktivitet. Nedsynkningen kan også være mere prominent ved øget bugtryk fx ved defækation. Symptomer kan aftage i liggende stilling (1). Nedsynkning af underlivsorganer er ofte ledsaget af vandladnings, afførings og seksuelle symptomer. Det kan være urininkontinens, urinretention, pollakisuri, urinvejsinfektion, urin urgency, obstipation, tarmtømningsbesvær samt gener ved samleje (33). Nedsynkning af underlivsorganer kan medføre nedsat livskvalitet (34) og begrænsninger i dagligdags aktiviteter og seksualliv (35).

Nedsynkningerne opdeles i stadie I-IV (1). Stadie vurderes under maksimal brug af bugpressen

Stadie 0: Ingen nedsynkning

Stadie I: Den mest distale del af nedsynkningen når maksimal ned til 1 cm over hymenalranden.

Stadie II: Den mest distale del af nedsynkningen er mellem 1 cm over og 1 cm under hymenalranden.

Stadie III: Den mest distale del af nedsynkningen er mere end 1 cm under hymenalranden.

Stadie IV: Total prolaps eller total eversion af vagina.

Ved nedsynkning af underlivsorganer er der ofte ringe sammenhæng mellem subjektive prolaps symptomer og prolapsstadie. Behandlingstilbuddet bør rette sig imod de subjektive gener.

Risikofaktorer for nedsynkning af underlivsorganer er: vaginale fødsler, fødsler med skader på muskulatur, bindevæv og ligamenter, overvægt, stigende alder, obstipation, tidligere hysterektomi, kroniske sygdomme som fx astma (29,33,36).

Evidens

Bækkenbundstræning sammenlignet med ingen behandling/usual care

Et Cochrane review 2011 undersøgte effekten af konservativ behandling ved nedsynkning af underlivsorganer (13). Fire RCT-studier undersøgte effekten af bækkenbundstræning sammenlignet med ingen behandling/usual care. To studier med lav risiko for bias fandt at bækkenbundstræning havde signifikant effekt på prolapsstadie. Risikoen for ikke at opnå forbedring af prolapsstadie var reduceret med 17% efter bækkenbundstræning. Tre studier undersøgte prolaps symptomer og fandt at

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

bækkenbundstræning gav signifikant reduktion af prolapsymptomer. To af tre studier fandt at bækkenbundstræning gav signifikante forbedringer af vandladningssymptomer (frequency, stress og urgency urininkontinens samt residualurin) hvorimod et mindre studie ikke fandt signifikante forskelle i vandladningssymptomer. Et studie fandt at bækkenbundstræning gav signifikant færre tarmsymptomer (tarmtømningsbesvær, frequency, inkontinens for luft og tynd afføring). Der var ikke signifikant effekt på inkontinens for fast afføring.

Reviewet konkluderer at nogle RCT- studier af god kvalitet giver støtte til at bækkenbundstræning har effekt ved nedsynkning af underlivsorganer, men evidensen er fortsat begrænset (13) (v).

Der var manglende evidens for andre interventioner (el-stimulation, biofeedback, livsstilsinterventioner) (13) (v).

Følgende RCT-studier er publiceret efter Cochrane reviewet

Bækkenbundstræning og livsstilsrådgivning vs. livsstilsrådgivning alene, prolapsstadiet II.

RCT-studie fra 2011 (n=37) sammenlignede superviseret bækkenbundstræning og livsstilsrådgivning med udlevering af en brochure med livsstilsrådgivning. Studiet viste signifikant effekt af bækkenbundstræning på prolapsstadiet, muskelfunktion og prolapsrelateret livskvalitet (11) (v).

Superviseret bækkenbundstræning vs ikke superviseret bækkenbundstræning, prolapsstadiet I-III

Et RCT-studie fra 2013 (n= 140) undersøgte effekten af superviseret bækkenbundstræning sammenlignet med selvtræning hos kvinder med prolapsstadiet I-III. Superviseret træning medførte signifikant større reduktion i prolapsymptomer og signifikant større forbedring i prolapsrelateret livskvalitet. Resultatet skal tolkes med forsigtighed da studiet har høj risiko for bias (14) (v).

Individuel bækkenbundstræning vs ingen behandling, prolapsstadiet I-III

Et stort, internationalt multicenter RCT fra 2014 (n=447) sammenligner individuelt superviseret bækkenbundstræning med en pjece med livsstilsråd hos kvinder med prolapsstadiet I-III (9). Studiet har lav risiko for bias. Kvinder i træningsgruppen rapporterer signifikant større og klinisk relevant forbedring af prolapsymptomer og patientoplevelt effekt sammenlignet med kontrolgruppen både ved 6 og 12 måneders follow-up. Der var en tendens til at kvinderne i interventionsgruppen havde større forbedring af prolapsstadiet, men dette var ikke signifikant. Ved 6 måneders follow-up har kvinderne i interventionsgruppen signifikante forbedringer i forhold til påvirkning af dagligdagsaktiviteter, seksualliv og blære- og tarmsymptomer. Ved 12 måneders follow-up er der ingen signifikante forskelle mellem grupperne, bortset fra at signifikant flere kvinder i kontrolgruppen er blevet henvist til bækkenbundstræning (9). Det bør bemærkes at resultater ved 12 måneders follow-up kan være underestimerede i det 27% af kvinderne i kontrolgruppen var blevet henvist til bækkenbundstræning ved 6 måneders follow-up. Studiet bekræfter fundene i det tidligere Cochrane review, men evidensen for effekt af bækkenbundstræning ved nedsynkning af underlivsorganer er nu langt mere robust (9) (↑).

Individuel bækkenbundstræning vs. ingen behandling hos kvinder over 55 år, prolapsstadiet I-II

Et RCT-studie fra 2014 (n= 287) sammenlignede effekten af individuel superviseret bækkenbundstræning mod en kontrolgruppe der ikke modtog behandling. De inkluderede kvinder var over 55 år og havde prolapsstadiet I-II. Efter 3 måneders behandling havde interventionsgruppen signifikant større reduktion af vandladningssymptomer og signifikant større reduktion af samlede symptomer (prolaps, blære- og

tarmsymptomer samlet). Det er dog usikkert om forskellen var klinisk relevant. Der var signifikant flere kvinder i interventionsgruppen der vurderede at deres symptomer var forbedret (57% vs. 13%). Der var ingen signifikante forskelle mellem grupperne i forhold til prolapsstadiet, prolapssymptomer, tarmsymptomer, seksualfunktion, generel eller diagnosespecifik livskvalitet (10). Ved follow-up efter 2 år var resultaterne stort set samstemmende. Der var signifikant effekt på samlede prolaps, blære og tarmsymptomer, men det er usikkert om resultatet er klinisk relevant. Der var stadig signifikant flere i træningsgruppen der rapporterede forbedrede symptomer (43% vs 14%). Der var ingen signifikante forskelle på prolapsstadiet, generel eller diagnosespecifik livskvalitet eller seksualfunktion (37).

Et systematisk review fra 2016 evaluerede evidensen for effekten af superviseret bækkenbundstræning hos kvinder med nedsynkning af underlivsorganer. Udover studierne der er inkluderet i Cochrane reviewet fra 2011 er de fire overstående RCT-studier inkluderet. Sammenlignet med kontrolbehandling har bækkenbundstræning signifikant effekt på prolapssymptomer og det konkluderes at der er indikationer på at bækkenbundstræning er effektivt i forhold til at forbedre subjektive prolapssymptomer samt vandladnings og tarmsymptomer (16) (↑). Bækkenbundstræning har også signifikant effekt på prolapsstadiet, men her er resultatet mere usikkert grundet få studier (16) (v).

Bækkenbundstræning og seksualfunktion, prolapsstadiet I-III

En sekundær analyse af et RCT-studie allerede inkluderet i Cochrane reviewet fra 2011 evaluerede effekten af superviseret bækkenbundstræning på seksualfunktion hos kvinder med nedsynkning af underlivsorganer (n=109). Signifikant flere kvinder i træningsgruppen rapporterede forbedring af seksualfunktion, 39% vs 5% (38) (v). Der var samtidig en tendens til at flere kvinder i træningsgruppen rapporterede at seksuelle gener var aftaget helt efter bækkenbundstræning, 12 kvinder vs 4 kvinder i kontrolgruppen, p= 0.07 (38) (v).

Bækkenbundstræning og livsstilsrådgivning på hold vs. livsstilsrådgivning alene, prolapsstadiet II-III.

Et dansk RCT-studie fra 2016 (n= 109) undersøgte effekten af bækkenbundstræning og livsstilsrådgivning på hold sammenlignet med livsstilsrådgivning på hold alene. Kvinder med prolapsstadiet II-III blev inkluderet. Ved 3 og 6 måneders follow-up var kvinderne der havde modtaget kombineret træning og livsstilsrådgivning signifikant mere tilbøjelige til at rapportere selv vurderet forbedring. Der var herudover ingen signifikante forskelle mellem grupperne, hverken på prolapsstadiet, prolapssymptomer, tarm og vandladningssymptomer eller diagnoserelateret livskvalitet (12) (↑). Begge grupper havde dog signifikant effekt på prolapssymptomer fra baseline til tre måneders follow-up (12) (↑). Ved 12 måneders follow-up var der ingen signifikante forskelle mellem grupperne. Det skal bemærkes at ca. 70% af kvinderne i kontrolgruppen nu havde modtaget bækkenbundstræning. Blandt de kvinder, der ikke havde søgt yderligere behandling var der i begge grupper fortsat signifikant effekt på prolapssymptomer (39).

Dette studie adskiller sig fra de hidtidige studier på området, ved at bækkenbundstræning er givet på hold og der foretages kun én individuel vurdering af bækkenbunds funktionen ved vaginal palpation. Samtidig adskiller populationen sig fra fleste øvrige træningsstudier, idet der inkluderes kvinder med prolapsstadiet II-III og ca. 45% har prolapsstadiet III.

Biofeedback træning/el-stimulation i tillæg til bækkenbundstræning, prolapsstadiet I-II

Et pilot RCT-studie (n=40) undersøgte effekten af biofeedback givet i tillæg til bækkenbundstræning og livsstilsrådgivning (20). De fandt at biofeedbackgruppen opnåede signifikant større forbedring i diagnoserelateret livskvalitet. Der var ingen signifikante forskelle på prolapsstadiet, muskelfunktion eller generel livskvalitet (20) (v).

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Der blev ikke identificeret studier, hvis hovedformål var at undersøgte effekten af el-stimulation alene eller givet i tillæg til bækkenbundstræning. I flere RCT studier får kvinder med manglende eller meget svag bækkenbundscontraktion tilbudt el-stimulation og/eller biofeedback i tillæg til bækkenbundstræningen (10,13).

Bækkenbundstræning træning vs træning af transversus abdominis, prolapsstadiet II

Kvinder med symptomatisk prolapsstadiet II blev randomiseret til transversus abdominis træning eller bækkenbundstræning. Begge grupper modtog samme antal sessioner og samme mængde opmærksomhed fra fysioterapeuten. Gruppen der modtog superviseret bækkenbundstræning havde signifikant bedre effekt på prolapsymptomer, prolapsrelateret livskvalitet, prolapsstadiet, muskelfunktion samt vandladnings og tarmsymptomer (40) (v).

Bækkenbundstræning før og efter prolapsoperation vs operation alene

Tre systematiske reviews undersøgte effekten af superviseret bækkenbundstræning givet i relation til operation for nedsynkning sammenlignet med operation alene (13,41,42). De fleste studier viser ikke signifikante fordele ved at give bækkenbundstræning i tillæg til operation. Der konkluderes stort set samstemmende, at der ikke er sufficient evidens, der støtter at bækkenbundstræning givet i relation til operation for nedsynkning er mere effektivt end operation alene (13,41,42) (↑). Forfatterne bag et stort, høj kvalitets RCT-studie (n=374), der er inkluderet i to af de ovenstående reviews, har efterfølgende publiceret yderligere resultater (flere outcomes og længere follow-up). De samlede resultater fra dette RCT-studie viser nu, at superviseret bækkenbundstræning, givet i tillæg til operation, ikke har signifikant bedre effekt end operation alene, hverken målt på prolapsymptomer, prolapsrelateret livskvalitet, prolapsstadiet og prolapsrecidiv (43) eller i forhold til patientoplevelt effekt, generel eller diagnosespecifik livskvalitet (44). Alle data er for både 6 eller 24 måneders follow-up (43,44) (↑). Ved fem års follow-up var der ingen signifikante forskelle mellem grupperne i forhold til prolapsrecidiv eller prolapsymptomer og ingen klinisk relevante forskelle i vandladningssymptomer, tarmsymptomer eller patientoplevelt effekt (45) (↑).

Sammenfatning af bækkenbundstræning

- Superviseret bækkenbundstræning har bedre effekt end ingen behandling/livsstilspjece på subjektive prolapsymptomer (9–11,13,16) (↑↑)
- Superviseret bækkenbundstræning har muligvis effekt på prolapsstadiet (9,13,14,16)(v)
- Superviseret træning er muligvis mere effektivt end selvtræning (14)(v).
- Langtidseffekten af bækkenbundstræning er usikker (9)(v)
- Bækkenbundstræning og livsstilsrådgivning på hold ser ud til at have samme effekt som livsstilsrådgivning på hold alene (12) (↑).
- Evidens tyder på at superviseret bækkenbundstræning er mere effektivt end træning af transversus abdominis (40) (v)
- Biofeedbacktræning i tillæg til bækkenbundstræning tilbydes ofte til kvinder med manglende eller svag bækkenbunds-funktion og kan muligvis forbedre effekten af bækkenbundstræning (10,13,20) (v)
- Grundet manglende evidens, vides det ikke om el-stimulation i tillæg til bækkenbundstræning forbedrer effekten, men el-stimulation tilbydes i en del protokoller til kvinder med manglende eller svag bækkenbunds-funktion (10,13)(v).
- Der er ikke evidens der støtter at bækkenbundstræning givet i relation til operation for nedsynkning af underlivsorganer er mere effektivt end operation alene (13,41–45) (↑).

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Strategier til at forbedre adherence til bækkenbundstræning

En artikelserie fra International Continence Society (ICS) undersøgte adherence ved bækkenbundstræning gennem en multimethods tilgang (Systematisk review af RCT-studier, meta-syntese af kvalitative studier og tværsnitsstudier af patient og behandler perspektivet på adherence) (21–23,46,47). Hovedparten af de inkluderede studier undersøger adherence til bækkenbundstræning hos kvinder med urininkontinens. Hovedfund er gengivet i flow-chartet under punktet: Barrierer og facilitatorer for bækkenbundstræning der bør adresseres ved et træningsforløb.

Vibrationsstimulation på perineum og sensorisk digital stimulation

Der er ikke identificeret studier, der undersøger effekten af perineal vibrationsstimulation til kvinder med nedsynkning af underlivsorganer. Kliniske retningslinjer for fysioterapeutisk behandling af urininkontinens hos kvinder anbefaler at sensorisk stimulation af bækkenbundsmuskulaturen kan gives under palpation som facilitering til voluntær bækkenbundskontraktion, hos kvinder uden voluntær knibefunktion (5,6) (V).

Pessarbehandling ved nedsynkning af underlivsorganer

En række observationelle studier har vist at pessarbehandling er effektivt i forhold til at forbedre prolapsymptomer, men der findes kun ganske få RCT-studier, der har undersøgt effekten af pessarbehandling ved nedsynkning af underlivsorganer (25,26,48). To RCT-studier har undersøgt effekten af ringbehandling i tillæg til bækkenbundstræning. Det ene studie (n=276) finder at ringbehandling i tillæg til bækkenbundstræning er mere effektivt i forhold til at reducere prolapsymptomer og forbedre prolapsrelateret livskvalitet end bækkenbundstræning alene (49). For 66% af kvinderne i pessargruppen kunne der opsættes et pessar i rette størrelse og 60% af kvinderne i pessargruppen anvender fortsat pessar efter 12 måneder. Signifikant flere kvinder i pessargruppen fik de novo stress urininkontinens og signifikant flere oplevede blæretømningsbesvær (49). Det andet RCT-studie (n=91) finder ingen signifikante forskelle mellem pessarbehandling givet i tillæg til bækkenbundstræning og bækkenbundstræning alene, hverken i forhold til prolapsymptomer, prolapsstadiet, diagnosespecifik livskvalitet eller seksuelle gener (prolapsstadiet I-II) (27). Et RCT-studie (n=162) undersøgte effekten af pessarbehandling sammenlignet med bækkenbundstræning hos kvinder over 55 år med prolapsstadiet II-III (25). For 57% af kvinderne i pessargruppen kunne der opsættes et pessar i rette størrelse og 43% af kvinderne i pessargruppen anvendte fortsat pessar ved 24 måneders follow-up. Der var ingen signifikante forskelle mellem grupperne målt på generelle underlivssymptomer efter 24 måneder. Pessargruppen opnåede en signifikant større, men sandsynligvis ikke klinisk relevant forbedring af prolapsymptomer i forhold til træningsgruppen. Blandt de kvinder der anvendte pessar oplevede 60% bivirkninger. Der var ingen rapporterede bivirkninger efter bækkenbundstræning. Herudover var der ingen andre signifikante forskelle mellem grupperne, hverken i forhold til prolapsstadiet, prolapsrelateret livskvalitet, generel livskvalitet, seksuelle gener eller selvoplevet effekt af behandling (25). Et RCT-studie sammenligner to forskellige pessarer mod hinanden og finder ingen signifikante forskelle. Begge grupper opnår signifikant og klinisk relevant effekt på prolapsymptomer og prolapsrelateret livskvalitet (26,48). Der blev ikke fundet RCT-studier der undersøger effekten af bækkenbundstræning givet i tillæg til pessarbehandling, men der er et RCT-studie undervejs der undersøger dette spørgsmål (50).

Sammenfatning pessarbehandling

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

- Pessarbehandling kan reducere prolapsymptomer (25,26,49) (v)
- Pessar behandling er muligvis mere effektivt end bækkenbundstræning alene (25) (v)
- For op imod 40% af dem der afprøver et pessar, kan der ikke findes et passende pessar (ubehag, pessar kan ikke placeres, pessaret falder ud) (25,49)(↑)
- Omkring 45-60% af de kvinder der afprøver et pessar anvender fortsat pessar på lang sigt (12-24 måneder) (25,26,49) (↑)
- Omkring 60% har bivirkninger ved brug af pessar (25)(v)
- Det er uafklaret om pessarbehandling i tillæg til bækkenbundstræning giver bedre effekt end træning alene (27,49) (v)
- Der er ikke identificeret studier der undersøger om bækkenbundstræning givet i tillæg til pessarbehandling har effekt, men der er et planlagt studie på området (peppy studiet)(50).

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



Litteratur

Referencer

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, m.fl. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):4–20.
2. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, m.fl. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecology J.* 1. februar 2017;28(2):191–213.
3. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women. Clinical guideline. Draft for consultation, October 2018 [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2018 s. 45. Tilgængelig hos: <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-ng10035/documents/html-content-2>
4. Urinary incontinence in women: management. Clinical Guideline. Nice. National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
5. Bernards ATM, Berghmans LCM, van Heeswijk-Faase IC, Westerik-verschuuren EHML, de Gee-de Ridder I, Groot JAM, m.fl. Review of the evidence. KNGF Guideline for physical therapy in patients with stress urinary incontinence. [Internet]. Royal Dutch Society for Physical Therapy; 2011 [henvist 14. november 2018]. Tilgængelig hos: http://www.kngfrichtlijnen.nl/images/pdfs/guidelines_in_english/sui_review_of_the_evidence_2011.pdf
6. Bernards ATM, Berghmans LCM, Van Heeswijk-Frasse IC, Westerik-verschuuren EHML, de Gee-de Ridder I, Groot JAM, m.fl. KNGF Guideline on stress urinary incontinence. Danish version. [Internet]. Royal Dutch Society for Physical Therapy; 2013 [henvist 14. november 2018]. Tilgængelig hos: https://www.fysio.dk/globalassets/documents/fafo/kliniske-retningslinjer/gyn-obs-urologi/kr_stress-urininkontinens_2013.pdf
7. Faecal incontinence in adults: management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [henvist 22. september 2017]. Tilgængelig hos: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg49>
8. National klinisk retningslinje for urininkontinens hos kvinder [Internet]. Sundhedsstyrelsen; 2016. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/8064FA387FA447CBAE2B945FA280C9E2.ashx>
9. Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, m.fl. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 3/1/2014 2014;383 North American Edition(9919):796–806.
10. Wiegersma M, Panman CMCR, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Dekker JH. Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: randomised controlled trial in primary care. *BMJ.* 22. december 2014;349:g7378.
11. Stupp L, Resende APM, Oliveira E, Castro RA, Girao MJBC, Sartori MGF. Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Int Urogynecology J.* oktober 2011;22(10):1233–9.
12. Due U, Brostrom S, Lose G. Lifestyle advice with or without pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a randomized controlled trial. *Int Urogynecology J.* april 2016;27(4):555–63.
13. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 7. december 2011;(12):CD003882.
14. Kashyap R, Jain V, Singh A. Comparative effect of 2 packages of pelvic floor muscle training on the clinical course of stage I-III pelvic organ prolapse. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* april 2013;121(1):69–73.
15. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bo K. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* august 2010;203(2):170.e1-7.
16. Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecology J.* juli 2016;27(7):981–92.
17. Asklund I, Nystrom E, Sjostrom M, Umefjord G, Stenlund H, Samuelsson E. Mobile app for treatment of stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn.* juni 2017;36(5):1369–76.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

18. Anbefalinger for best practice, indhentet fra lokalområderne ved kommenteringsmøde i Københavns Kommune d. 03.12.18 og d. 14.12.18.
19. Sjoström M, Umefjord G, Stenlund H, Carlbring P, Andersson G, Samuelsson E. Internet-based treatment of stress urinary incontinence: 1- and 2-year results of a randomized controlled trial with a focus on pelvic floor muscle training. *BJU Int.* december 2015;116(6):955–64.
20. Ahadi T, Taghvadoost N, Aminimoghaddam S, Forogh B, Bazazbehbahani R, Raissi GR. Efficacy of biofeedback on quality of life in stages I and II pelvic organ prolapse: A Pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* august 2017;215:241–6.
21. Frawley HC, McClurg D, Mahfooza A, Hay-Smith J, Dumoulin C. Health professionals' and patients' perspectives on pelvic floor muscle training adherence-2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper IV of IV. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):632–9.
22. Hay-Smith J, Dean S, Burgio K, McClurg D, Frawley H, Dumoulin C. Pelvic-floor-muscle-training adherence “modifiers”: A review of primary qualitative studies-2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper III of IV. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):622–31.
23. Dumoulin C, Alewijnse D, Bo K, Hagen S, Stark D, Van Kampen M, m.fl. Pelvic-Floor-Muscle Training Adherence: Tools, Measurements and Strategies-2011 ICS State-of-the-Science Seminar Research Paper II of IV. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):615–21.
24. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bø K, Braekken IH, Majida M, m.fl. Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* august 2010;203(2):170.e1-7.
25. Panman CMC, Wieggersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-van Leeuwen Y, Vermeulen KM, m.fl. Effectiveness and cost-effectiveness of pessary treatment compared with pelvic floor muscle training in older women with pelvic organ prolapse: 2-year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *Menopause N Y N.* december 2016;23(12):1307–18.
26. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Reid F. Pessaries (mechanical devices) for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 28. februar 2013;(2):CD004010.
27. Manonai J, Harnsomboon T, Sarit-apirak S, Wattanayingcharoenchai R, Chittacharoen A, Suthutvoravut S. Effect of Colpexin Sphere on pelvic floor muscle strength and quality of life in women with pelvic organ prolapse stage I/II: a randomized controlled trial. *Int Urogynecology J.* marts 2012;23(3):307–12.
28. Cheung RYK, Lee JHS, Lee LL, Chung TKH, Chan SSC. Vaginal Pessary in Women With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* juli 2016;128(1):73–80.
29. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* juni 2002;186(6):1160–6.
30. Smith FJ, Holman CDJ, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* november 2010;116(5):1096–100.
31. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* april 1997;89(4):501–6.
32. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Funk MJ. Lifetime Risk of Stress Urinary Incontinence or Pelvic Organ Prolapse Surgery. 2014;123(6):6.
33. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet Lond Engl.* 24. marts 2007;369(9566):1027–38.
34. Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstet Gynecol.* marts 2009;113(3):609–16.
35. Tok EC, Yasa O, Ertunc D, Savas A, Durukan H, Kanik A. The Effect of Pelvic Organ Prolapse on Sexual Function in a General Cohort of Women. *J Sex Med.* december 2010;7(12):3957–62.
36. Dietz HP. The aetiology of prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* oktober 2008;19(10):1323–9.
37. Panman C, Wieggersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Vermeulen KM, m.fl. Two-year effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: a randomised controlled trial in primary care. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2017;124(3):511–20.
38. Braekken IH, Majida M, Ellstrom Engh M, Bo K. Can pelvic floor muscle training improve sexual function in women with pelvic organ prolapse? A randomized controlled trial. *J Sex Med.* februar 2015;12(2):470–80.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

39. Due U, Brostrøm S, Lose G. The 12-month effects of structured lifestyle advice and pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(7):811–9.
40. Resende APM, Bernardes BT, Stüpp L, Oliveira E, Castro RA, Girão MJBC, m.fl. Pelvic floor muscle training is better than hypopressive exercises in pelvic organ prolapse treatment: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn.* 12. oktober 2018;
41. Haya N, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Maher C. Perioperative interventions in pelvic organ prolapse surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 19. august 2018;8:CD013105.
42. Zhang F-W, Wei F, Wang H-L, Pan Y-Q, Zhen J-Y, Zhang J-X, m.fl. Does pelvic floor muscle training augment the effect of surgery in women with pelvic organ prolapse? A systematic review of randomized controlled trials. *Neurourol Urodyn.* august 2016;35(6):666–74.
43. Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, Richter HE, Nygaard I, Weidner AC, m.fl. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. *JAMA.* 12. marts 2014;311(10):1023–34.
44. Weidner AC, Barber MD, Markland A, Rahn DD, Hsu Y, Mueller ER, m.fl. Perioperative Behavioral Therapy and Pelvic Muscle Strengthening Do Not Enhance Quality of Life After Pelvic Surgery: Secondary Report of a Randomized Controlled Trial. *Phys Ther.* 1. november 2017;97(11):1075–83.
45. Jelovsek JE, Barber MD, Brubaker L, Norton P, Gantz M, Richter HE, m.fl. Effect of Uterosacral Ligament Suspension vs Sacrospinous Ligament Fixation With or Without Perioperative Behavioral Therapy for Pelvic Organ Vaginal Prolapse on Surgical Outcomes and Prolapse Symptoms at 5 Years in the OPTIMAL Randomized Clinical Trial. *JAMA J Am Med Assoc.* 17. april 2018;319(15):1554–65.
46. McClurg D, Frawley H, Hay-Smith J, Dean S, Chen S-Y, Chiarelli P, m.fl. Scoping review of adherence promotion theories in pelvic floor muscle training - 2011 ICS state-of-the-science seminar research paper i of iv. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):606–14.
47. Dumoulin C, Hay-Smith J, Frawley H, McClurg D, Alewijnse D, Bo K, m.fl. 2014 consensus statement on improving pelvic floor muscle training adherence: International Continence Society 2011 State-of-the-Science Seminar. *Neurourol Urodyn.* september 2015;34(7):600–5.
48. Moore K, Dumoulin C, Bradley C. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardoza L, Khoury AE, Wein A, editors. *International consultation on urinary incontinence.* 5th. edition. Plymbridge, UK: Health publications Ltd.; 2013. pp.1101-95. 2013.
49. Cheung RYK, Lee JHS, Lee LL, Chung TKH, Chan SSC. Vaginal Pessary in Women With Symptomatic Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* juli 2016;128(1):73–80.
50. Hagen S, Sinclair L, Glazener C, Stark D, Pringle S, Logan J. PEssary Plus Physiotherapy for Pelvic Organ Prolapse – The PEPPY Study. A feasibility study for a randomised controlled trial of pelvic floor muscle training combined with vaginal pessary for women with pelvic organ prolapse. I [henvist 14. december 2018]. s. 1. Tilgængelig hos: https://www.ics.org/Abstracts/Publish/106/000616_poster.pdf

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Nyttige links

Links fra Københavns kommune

- Vejledning i terapeutfaglig dokumentation:
[Minimumskrav til terapeutfaglig dokumentation | Intra \(kk.dk\)](#)
- Vejledning i effektmåling på genoptræningsområdet:
[Effektmåling på genoptræningsområdet | Intra \(kk.dk\)](#)

Andre links

- Videoer med træningsinstruktioner på Københavns Kommunes hjemmeside
[Link til videoer med træningsinstruktioner](#)
- Gynzone, hjemmeside og apps med information til målpopulationen om nedsynkning og bækkenbundstræningsprogrammer
[Link til kvindekrop.dk](#) (gratis videoer)
[Link til gynzone.dk](#) (Betaling)
- www.tät.nu, hjemmeside med informations materiale og link til appen tät, der er testet i RCT-studie om urininkontinens (17)
Appen er gratis og findes på svensk, engelsk, spansk, tysk, arabisk og finsk
http://xn--tt-via.nu/?page_id=694&lang=en

Dokumenter fra VIP:

- Descensus vaginalis og samtidig mangelfuld bækkenbundsfunktion - fysioterapeutisk undersøgelse og behandling
[Link vip Descensus vaginalis og samtidig mangelfuld bækkenbundsfunktion - fysioterapeutisk undersøgelse og behandling](#)
- Vaginal descensus/genital prolaps, udredning og behandling af
[Link vip Vaginal descensus/genital prolaps, udredning og behandling af](#)
- Uro-genital prolaps
[Link vip Uro-genital prolaps](#)

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Bilag 1: Søgematrix

Litteratursøgning:

Der er foretaget søgning i følgende databaser

- Pubmed (I perioden 1966 – 05.12.18)
- CINAHL (I perioden 1978- 05.12.18)

Afgrænsning:

Søgningen afgrænses til meta-analyser, systematiske reviews og randomiserede kliniske forsøg. Fuldtækst artikler på engelsk og dansk inkluderes.

Søgestrategi:

Pubmed Søgestreng – 05.12.18 – Nedsynkning af underlivsorganer

((((((((((("pelvic organ prolapse"[MeSH]) OR "Pelvic organ prolapse") OR descensus) OR uterus prolapse*) OR vagina prolapse*) OR urogenital prolapse*) OR cystocele) OR rectocele)) AND (((((((((((((((((((((((exercise[MeSH]) OR Exercise) OR "Occupational therapy") OR "Occupational therapy"[MeSH]) OR "Physical therapy modalities"[MeSH]) OR "Physical therapy") OR Physiotherapy) OR Telerehabilitation[MeSH]) OR Telerehabilitation) OR immobilization) OR immobilization[MESH]) OR Rehabilitation[MeSH]) OR Rehabilitation) OR "Patient education as topic"[MeSH]) OR "patient education") OR "pain management"[MeSH]) OR "pain management") OR pelvic floor muscle exercise*) OR "pelvic floor muscle training") OR PFMT) OR Kegel exercise*) OR "feedback system") OR biofeedback) OR "electrical stimulation") OR "conservative treatment"[MeSH]) OR "Conservative treatment"))))

Limits: Systematic review, meta-analysis, clinical trials, randomized controlled trials.

CINAHL søgestreng – 05.12.18 – Nedsynkning af underlivsorganer

((((((((MM "Exercise+") OR (TI exercise) OR (AB exercise)) OR (((MM "Health Occupations+") OR (TI physiotherapy) OR (AB physiotherapy) OR (TI physical therapy) OR (AB physical therapy) OR (TI occupational therapy) OR (AB occupational therapy)) OR (((MM "Immobilization") OR (TI immobilization) OR (AB immobilization)) OR (((MM "Telerehabilitation") OR (TI telerehabilitation) OR (AB telerehabilitation)) OR (((MM "Rehabilitation") OR (TI rehabilitation) OR (AB rehabilitation)))) OR (MH "Pain Management") OR (TI "Pain Management") OR (AB "Pain Management") OR (MH "Patient Education+") OR (TI "Patient Education") OR (AB "Patient Education")) OR ((MH "Kegel Exercises") OR (TI "Kegel Exercises") OR (AB "Kegel Exercises") OR (TI "pelvic floor muscle exercise") OR (AB "pelvic floor muscle exercise") OR (TI "pelvic floor muscle training") OR (AB "pelvic floor muscle training") OR (TI PFMT) OR (AB PFMT) OR ((MH "Biofeedback") OR (TI "Biofeedback") OR (AB "Biofeedback") OR (TI "feedback system") OR (AB "feedback system") OR (TI electrical stimulation") OR (AB electrical stimulation") OR (TI "conservative treatment") OR (AB "conservative treatment"))) and (MH "Pelvic Organ Prolapse+") OR (TI (Pelvic organ prolapse) OR (AB (pelvic organ prolapse) OR (TI (descensus) OR (AB (descensus) OR (TI (Uterus prolapse) OR (AB (Uterus prolapse) OR (TI (vagina prolapse) OR (AB (vagina prolapse) OR (TI (urogenital prolapse) OR (AB (urogenital prolapse) OR (TI (cystocele) OR (AB (cystocele) OR (TI (rectocele) OR (AB (rectocele)

Limits: Systematic review, randomized controlled trials.

| | |
|--------------------|--------------------------------------|
| Fagligt ansvarlig: | Lars Damkjær |
| E-mail: | SE86@kk.dk |
| Telefon: | 2346 9666 |
| Afdeling: | Afdeling For Rehabilitering |
| Center: | Center for Sundhed og Rehabilitering |

| | |
|---------------|--------------|
| Oprettet: | 02-07-2019 |
| Opdateret: | 01-10-2023 |
| Gældende til: | 01-10-2026 |
| Version: | 1.0 |
| E-doc: | 2023-0383266 |



Søgematrix:

Urininkontinens

| <i>Population – kombineret med OR</i> | <i>Intervention – kombineret med OR</i> | <i>Comparison</i> | <i>Outcome</i> |
|--|--|-------------------|----------------|
| "Pelvic organ prolapse" Descensus Uterus prolapse* Vagina prolapse* Urogenital prolapse* Cystocele Rectocele | Exercise "Occupational therapy" "Physical therapy modalities" "Physical therapy" Physiotherapy Telerehabilitation Immobilization Rehabilitation Patient education as topic "Patient Education" "Pain Management" Pelvic floor muscle exercise* "pelvic floor muscle training" PFMT Kegel exercise* Biofeedback "Feedback system" "Electrical stimulation" "Conservative treatment" | | Alle |
| Limits: Meta-analyse, Systematic reviews, RCT | Language: Engelsk, dansk | | |

In- og eksklusionskriterier for anvendt litteratur:

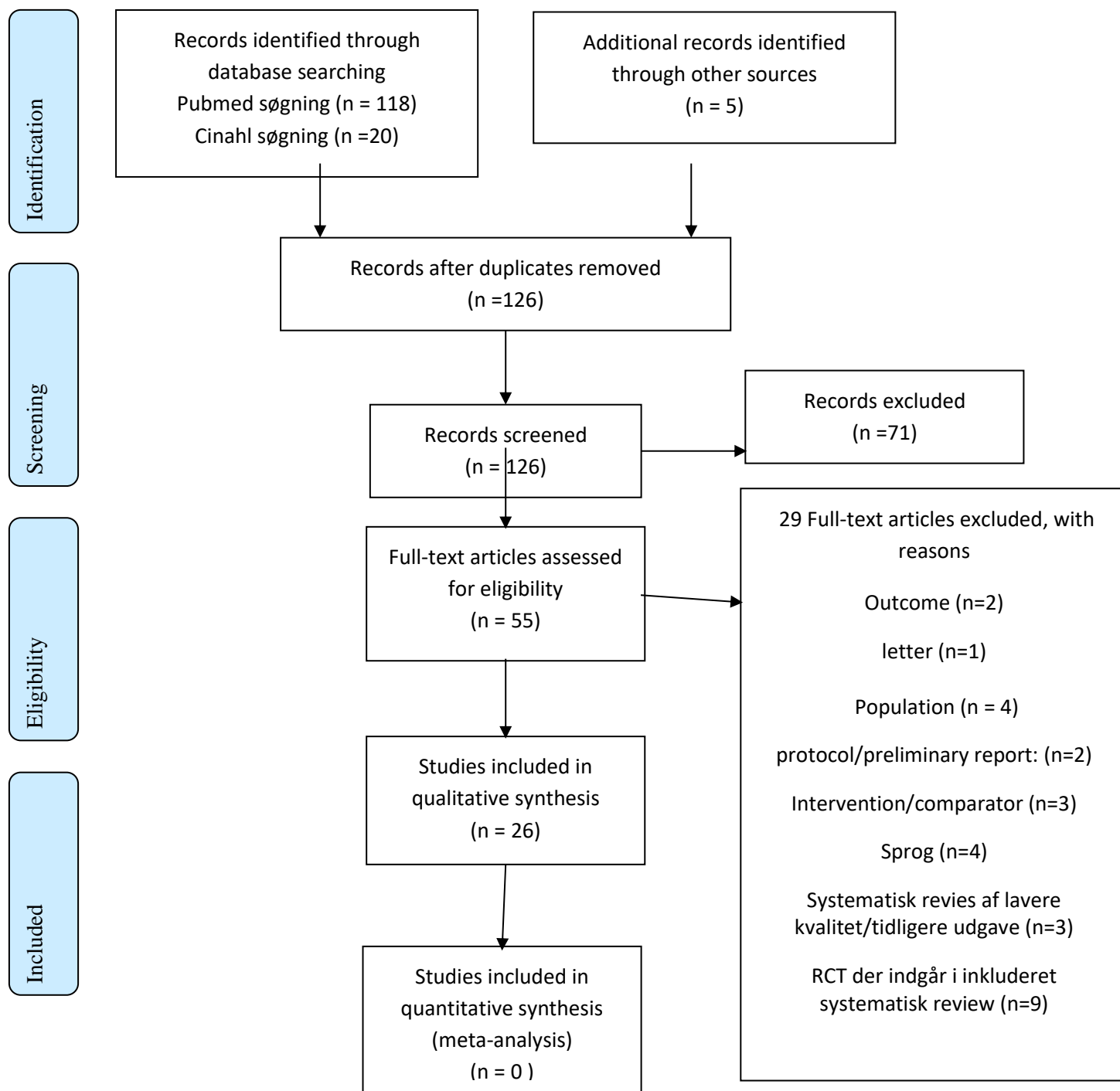
Inklusionskriterier

- Studier der inkluderer kvinder over 18 år med nedsynkning af underlivsorganer, både rectocele, cystocele og/eller nedsynkning af uterus

Eksklusionskriterier

- Studier der omhandler forebyggelse af nedsynkning af underlivsorganer
- Studier der omhandler forebyggelse og behandling af nedsynkning af underlivsorganer under graviditet.

Bilag 2: PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

www.prisma-statement.org.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Bilag 3: Kvalitetsvurdering af anvendt litteratur:

Kvantitative studier

Randomiserede kontrollerede studier:

- Higgins JPT, Green S (editors) Cochrane handbook for Systematic. Reviews of Interventions. [Link til Cochrane handbook](#)
- Observationelle studier - Sign50: [Link Sign50](#)
- Diagnostiske studier- QUADAS 2: [Link QUADAS 2](#)

Se også:

- Whiting PF et al QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *Ann Intern Med.* 2011 Oct 18;155(8):529-36.

Kvalitative studier

- CASP: [Link CASP](#)

Se også:

- LANCET – Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines; Malterud K, 2001, 358 (11) 483-88
- JAMA – Users’ Guides to the Medical Literature, XXIII Qualitative Research in Health Care, A. Are the results of the study valid?; Giacomini MK and Cook DJ, 2000, 284 (3) 357-362

Systematiske reviews

- Systematiske Reviews: [Link amstar systematiske reviews checkliste](#)

Se også:

- Shea BJ et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol.* 2009; 62 (10) 1013-20

Kliniske retningslinjer

- Guidelines - AGREE II: [Link AGREE II guidelines](#)

Se også:

- Brouwers et al. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines

Bilag 3A: Risk of bias skema af randomiserede kliniske studier

| | Random sequence generation (selection bias) | Allocation concealment (selection bias) | Blinding of participants and personnel (performance bias) | Blinding of outcome data (detection bias) | Incomplete outcome data (attrition bias) | Selective reporting (reporting bias) | Other sources of bias: Balance in baseline characteristics? | Other sources of bias: Free from performance bias? |
|--------------------|---|---|---|---|--|--------------------------------------|---|--|
| Due 2016 | + | + | - | + | + | + | + | + |
| Resende 2018 | + | + | - | + | - | + | + | + |
| Hagen 2014 (Poppy) | + | + | - | + | + | + | + | + |
| Wiegersma 2014 | + | + | - | - | + | + | + | ?* |
| Barber 2014 + 2018 | + | + | ? | + | + | + | + | + |
| Brækken 2009+2015 | + | + | - | +/-** | + | + | ? | + |
| Ahadi 2017 | ? | + | ? | ? | ?*** | - | + | ?*** |
| Kashyap 2013 | ? | ? | - | - | **** | + | ? | ?**** |
| Stupp 2011 | + | ? | ? | + | + | + | + | + |
| Panman 2016 | + | + | - | - | + | + | + | ?* |
| Cheung 2016 | + | + | - | + | + | + | + | ?***** |
| Manonai 2012 | + | + | - | + | + | - | + | + |

*Kvinder der inkluderes, har ikke selv søgt hjælp, men er fundet via screening i almen praksis. Herved er der inkluderet kvinder der kun har lette prolapsymptomer ved baseline, dette kan muligvis underestimere effekten interventionen.

** Måling af objektive outcome er blindet eller selvrapporteret, interviewer ved semistrukturerede interview er ikke blindet.

*** Kvinder der falder fra ekskluderes fra analyser, men det er uklart hvor mange det drejer sig om.

**** Stort frafald i kontrolgruppen, ingen sensisitivitetsanalyser.

***** Adherence til bækkbundstræning var lav, kun 40-50% udførte regelmæssig træning (min. 3 x ugl)

Bilag 3B: Kvalitetsvurdering af systematiske reviews (AMSTAR):

| | Hagen 2011 | Haya 2018 | Zhang 2016 | Li 2016 | Bugge 2013 |
|--|---|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|
| 1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO? | Green | Green | Green | Green | Green |
| 2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol? | Green | Green | Red | Red | Yellow |
| 3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review? | Red | Green | Red | Red | Red |
| 4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy? | Green | Green | Green | Yellow | Green |
| 5. Did the review authors perform study selection in duplicate? | Green | Green | Green | Green | Green |
| 6. Did the review authors perform data extraction in duplicate? | Green | Green | Green | Green | Green |
| 7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions? | Green | Green | Red | Red | Green |
| 8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail? | Green | Green | Yellow | Green | Green |
| 9. (RCT) Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review? | Green | Green | Green | Green | Green |
| 10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review? | Red | Red | Red | Red | Red |
| 11. (RCT) If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results? | Green | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted | Green | No meta-analysis conducted |
| 12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis? | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | No meta-analysis conducted |
| 13. Did the review authors account for RoB in individual studies when | Green | Green | Green | Green | Green |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

| | | | | | |
|--|---|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|
| interpreting/ discussing the results of the review? | | | | | |
| 14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review? | | | | | |
| 15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review? | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | No meta-analysis conducted | No meta-analysis conducted | < 10 studier inkluderet i de enkelte analyser | No meta-analysis conducted |
| 16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review? | | | | | |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Bilag 3C: Kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer/guidelines (AGREE II):

| | | International Continence Society (ICS) 2013 | Nice guideline Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women. Udgives 2019 |
|-----------------------------------|---|--|--|
| 1. Scope and Purpose | The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described | - | + |
| | The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically describe | - | + |
| | The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described | - | + |
| 2. Stakeholder Involvement | The guideline development group includes individuals from all the relevant professional groups. | - | + |
| | The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought. | - | + |
| | The target users of the guideline are clearly defined. | - | + |
| 3. Rigour of Development | Systematic methods were used to search for evidence. | + | + |
| | The criteria for selecting the evidence are clearly described | + | + |
| | The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described | + | + |
| | The methods for formulating the recommendations are clearly described | + | + |
| | The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations | - | + |
| | There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence. | + | + |
| | The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication. | - | + |
| | A procedure for updating the guideline is provided. | ? | + |

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



| | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|
| 4. Clarity of Presentation | The recommendations are specific and unambiguous. | + | + |
| | The different options for management of the condition or health issue are clearly presented | + | + |
| | Key recommendations are easily identifiable | ? | + |
| 5. Applicability | The guideline describes facilitators and barriers to its application. | - | - |
| | The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice | - | + |
| | The potential resource implications of applying the recommendations have been considered. | - | + |
| | The guideline presents monitoring and/ or auditing criteria. | - | - |
| 6. Editorial Independence | The views of the funding body have not influenced the content of the guideline. | - | + |
| | Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed. | - | + |