

Af *Jakob Duelund-Jakobsen*, læge, Phd-studerende, Aarhus Universitets Hospital, Tage-Hansens Gade og *Steen Buntzen*, overlæge dr. med., Aarhus Universitets Hospital, Tage-Hansens Gade.

# Fækal inkontinens – udredning og behandling

Ufrivillig afgang af afføring og tarmluft er lidelser med alvorlige menneskelige konsekvenser. Det er derfor glædeligt, at der indenfor de seneste 15-20 år er sket en klar ændring i indstillingen til disse problemer såvel i befolkningen som indenfor sundhedsvæsenet. Det er fortsat uklart, hvor mange personer der lider af ufrivillig afgang af afføring og tarmluft. Det skyldes, at mange ikke taler åbent om deres problemer. En nyere finsk undersøgelse har opgjort, at 5,2 % af den voksne befolkning over 30 år lider af ufrivillig afgang af afføring mindst 2 gange om måneden. Mange har så store problemer, at de isolerer sig. Fejlagtigt tror mange, at det kun er kvinder, som lever med problemet. I den før omtalte finske undersøgelse angav 6,5 % af kvinderne og 4 % af mændene, at de havde problemer med at holde på afføringen. Mange af de personer, der har problemer i det daglige, kan hjælpes med enkelte midler.

## Årsager til inkontinens

Der kan være mange årsager til, at man får problemer med at holde på tarmluften eller afføringen. Udløsende årsager kan være sukkersyge, stofskiftesygdom, diskusprolaps, hjerneblødning eller skader på lukkemuskel-apparatet efter fødsel eller kirurgi. Hos en mindre gruppe skyldes inkontinensen medfødte anomalier. Den største gruppe oplever at blive inkontinente uden kendt årsag.

Ændringer i afføringsvanerne og pludselig opstået inkontinens kan være et tegn på en alvorlig tarmlidelse, i værste fald kræft i tyktarmen eller endetarmen. Pludselige væggtab, blod i afføring og/eller afføringsændringer er således signaler, der skal udredes nærmere for at udelukke eller hurtigt opdage alvorlig sygdom.

## Udredning for ufrivillig afgang af afføring

Når den praktiserende læge er blevet opmærksom på problemet, vil hun/han som udgangspunkt stå for den første udredning og behandling. Indledningsvis vil en gennemgang af kost, livsstil og afføringsvaner finde sted. Mange kan hjælpes med simple råd og vejledninger. Hvis kost og livsstilsændringer ikke medfører en mærkbar forbedring af evnen til at holde på afføringen, kan en henvisning til sygehuset blive aktuel. Her vil man ved en ambulans konsultation skabe sig et overblik over sværhedsgraden af symptomerne og derefter planlægges et individuelt undersøgelses- og behandlingsprogram. Hos en mindre gruppe vil der være behov for at blive henvist til en af landets højt specialiserede afdelinger for at blive set af specialister indenfor inkontinensområdet. Specialafdelingerne råder over avanceret udstyr til at undersøge og vurdere bækkenbundens funktion og dennes samspil med tyktarmen og endetarmen. På flere højt specialiserede afdelinger varetages den første udredning og behandling af specialuddannede sygeplejersker. Den efterfølgende udredning og behandling varetages af speciallæger. Nedenfor er der en kort præsentation af de behandlingsmuligheder, der findes for at afhjælpe ufrivillig afgang af afføring.

## Behandlingsmuligheder for ufrivillig afgang af afføring

Kost, stoppende medicin og livsstilsændring vil være det mindst indgribende og første tiltag, man tilbyder til personer med ufrivillig afgang af afføring. Disse tiltag er ofte prøvet hos den praktiserende læge. Kosten skal ændres til mere fiberholdig. Visse fødeemner, der erfaringsmæssig har tendens til at give tynd afføring, bør undgås. Såfremt kostændringer ikke giver mere samlet

afføring, kan dette søges opnået med stoppende medicin. Fastere afføringens konsistens giver færre afføringsuheld.

### Bækkenbundstræning

Bækkenbundstræning (bio-feed-back) er regelret træning af de muskler, som er medvirkende til at opretholde kontrollen over afføringen. Instruktionen i bækkenbundstræning gives af specialuddannede fysioterapeuter eller sygeplejersker. Bækkenbundstræning har til formål at opnå større muskelstyrke og bedre koordination af bækkenbunden. Bækkenbundstræning i kombination med ændret kost og stoppende medicin vil gavne en stor gruppe af patienterne.

### Transanal irrigation – Vandlavement

Transanal irrigation er skylning af tyktarmen og endetarmen med postevand gennem et specialfremstillet skyllesystem. Tanken bag behandlingen er enkel – hvis

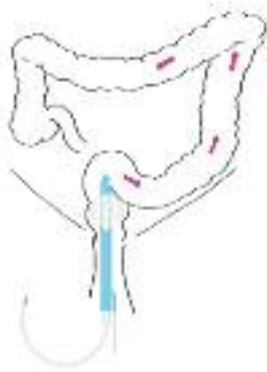


Fig. 1a: Vandlavementet indgives gennem et specielt ballonkateter i endetarmen.

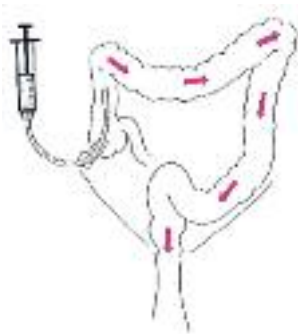


Fig. 1b: Vandlavementet indgives gennem en skyllestomi i højre side af tyktarmen.

sig, at skylning gennem denne stomi i tarmbevægelsernes retning, giver en mere effektiv tømning end skylning mod tarmbevægelses retning (fig. 1b).

tarmen er tom for afføring, vil man undgå ufrivillig afgang af afføring. Til skyllebehandling anvendes et specialkateter med en oppustelig ballon (fig. 1a).

Kateteret indføres via endetarmen, når skyllevandet er løbet ind fjernes kateteret, hvorefter tarmen tømmes for skyldevand og afføring. Proceduren udføres hver til hver anden dag. Systemet er meget simpelt, og har i større undersøgelser vist sig at være effektiv for over halvdelen af de behandlede. Opnås der ikke tilstrækkelig effekt af skyllebehandling nedefra, er en anden mulighed at der ved en mindre operation tildannes en lille skyllestomi af blindtarm, kaldet Malone's operation. Det har vist

### Bulking

Bulking er en metode, hvorved der under bedøvelse indsprøjtes et materiale i relation til lukkemusklerne. Materialet er med til at mindske passagen ved endetarmens åbning. Behandlingen er især effektiv til afhjælpning af sivende afføringsinkontinens kombineret med ufrivillig afgang af tarmluft. Korttids resultaterne af behandlingen er lovende, men på nuværende tidspunkt er der begrænset viden omkring langtidsresultaterne.



Fig. 2: Røntgenbillede der viser velplaceret elektrode ved korsbenet. Pacemakeren er placeret diskret i baldens dybe fedtvæv.

### Sakral Nerve Stimulation

Patienter der fortsat lider af ufrivillig afgang af afføring efter at have afprøvet forskellige former for behandling, uden tilstrækkelig effekt, har i de seneste 10-12 år fået et nyt behandlingstilbud, sakral nerve stimulation (SNS). Metoden indebærer direkte elektrisk stimulation af nerverne til bækkenbundsmuskulaturen. Metoden blev i 1981 introduceret til patienter med vandladningsforstyrrelser. I 1995 blev SNS for første gang anvendt hos 3 patienter med ufrivillig afgang af afføring. 2 af patienterne havde efterfølgende ingen problemer med at holde på afføringen.

SNS proceduren er opdelt i to dele – først en testoperation, hvor der i lokal eller fuld bedøvelse indføres en midlertidig test elektrode. Patienten udskrives med



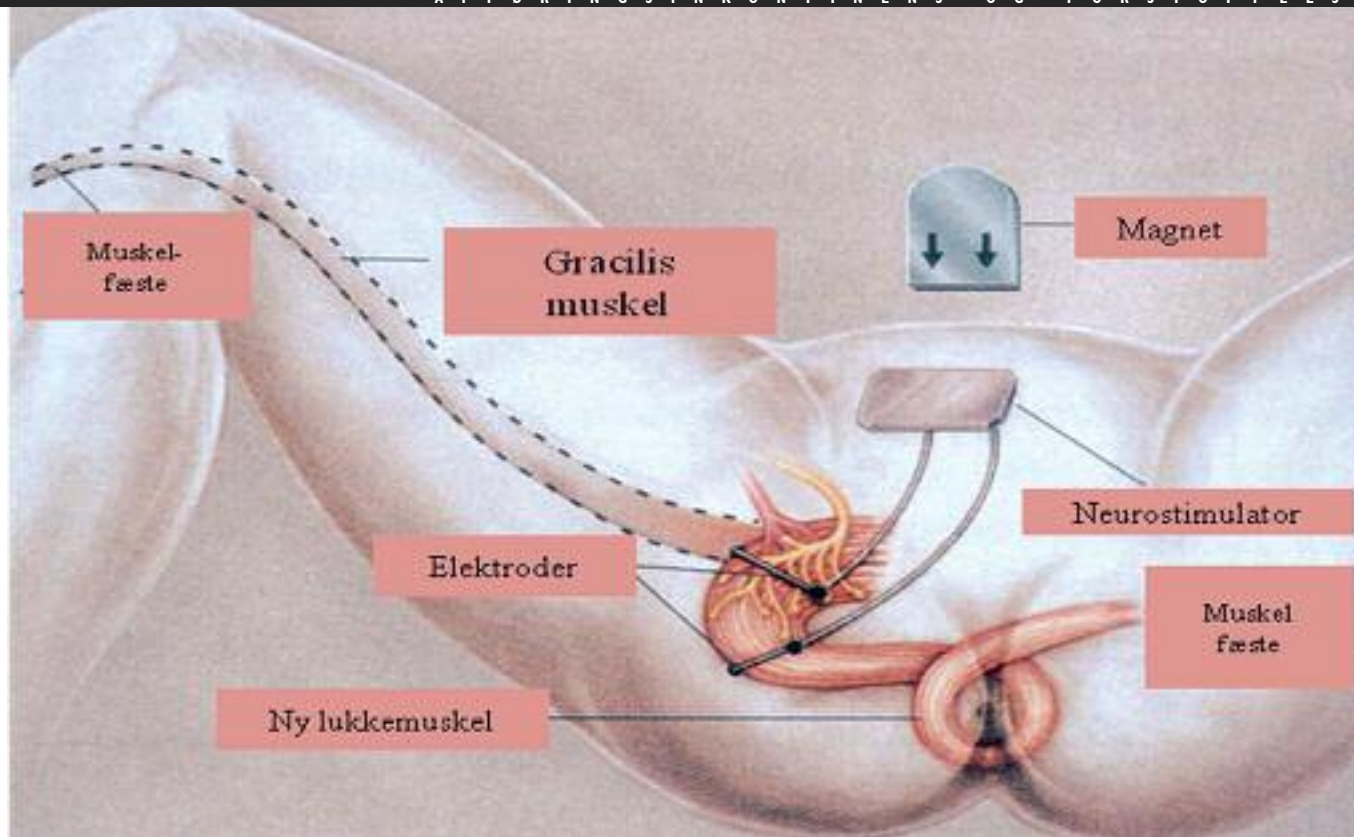


Fig. 3: Ny lukkemuskel konstrueret vha. en muskel fra låret "Dynamisk graciloplastik"

denne elektrode og går i 3 uger med denne koblet til en udvendig pacemaker. Hvis testperiode forløber tilfredsstillende, tilbydes indoperation af en permanent elektrode og pacemaker (fig. 2).

Flere undersøgelser har vist, at op mod 65-70 % af de behandlede har en vedvarende, god effekt. Pacemakeren indopereres diskret i balden. Batteri-levetiden af pacemakeren er individuel, ofte holder den op mod 5 år, hvorefter den udskiftes ved en mindre operation.

### Rekonstruktion af endetarmens lukkemuskel

I de tilfælde, hvor der er sket skader på den ydre lukkemuskel ved fødsler eller andre traumer, kan der operativt foretages reparation af defekten. Ved en mindre operation samles enderne af den ødelagte ydre lukkemuskel. Den umiddelbare effekt af denne behandling giver gode resultater. Op mod 70-80 % opnår en betydelig forbedring af evnen til at holde på afføringen. Effekten af operationen er størst for de yngre patienter. Flere undersøgelser har vist, at effekten af denne operation aftager over tid, og en mindre gruppe har efterfølgende brug for supplerende behandling i form af tarmskylning eller SNS.

### Avanceret kirurgisk behandling

Hos en mindre gruppe af patienter er årsagen, at der er så svære skader på den ydre lukkemuskel, at den ikke kan syes sammen eller bringes til at fungere ved SNS. Hos disse patienter kan man forsøge at erstatte lukkemusklen enten ved at flytte en muskel fra låret eller ved

at indoperere en kunstig lukkemuskel.

Ved førstnævnte indgreb anvendes en af lårets lange, tynde muskler (gracilismusklen), som kan flyttes uden betydning for gangfunktionen. Muskens tilhæftning ved knæet løsnes og musklen føres rundt om endetarmens nederste del (Fig. 3).

For at få musklen til at sluttet tæt omkring endetarmen, skal den konstant være sammentrukket, dette opnås ved at tilkoble en pacemaker. Langtidsresultater

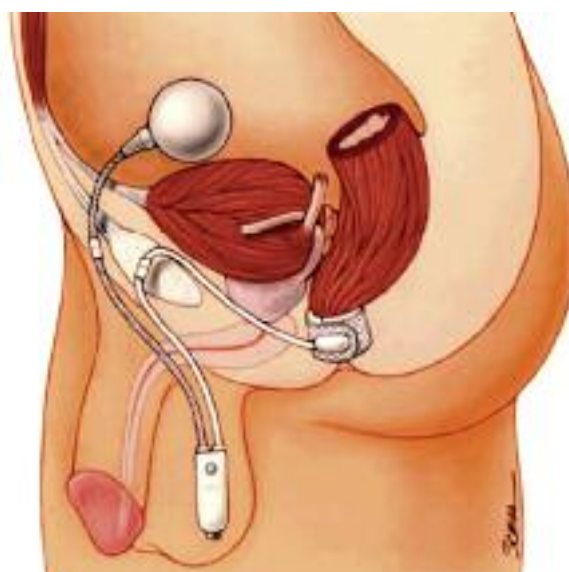


Fig. 4: Skematisk tegning af en kunstig lukkemuskel med tilhørende pumpe og væskereservoir

har vist, at 60-70 % får en klar forbedring af evnen til at kontrollere afføringen. Operationen er kompliceret, og der er en betydelig risiko for komplikationer, der oftest kræver kirurgisk indsats.

En anden mulighed er indoperation af en kunstig lukkemuskel. Der findes flere systemer. Ofte anvendes et system med en manchete rundt om endetarms nederste del. Manchetten fyldes med væske, hvorved endetarmen lukkes. Der tilkobles et avanceret system af pumper og slanger, der regulerer væskemængden i manchetten. Pumpen placeres hos mænd i pungen og hos kvinder i en af de store skamlæber (Fig. 4).

Det er et mindre indgreb at indoperere en kunstig lukkemuskel end at foretage en muskelflytning, og langtidsresultaterne er de samme. Risikoen for infektion er imidlertid større end ved muskelflytning, fordi det er et fremmedlegeme, som indopereres tæt på endetarmen. Omkring 40 % af de kunstige lukkemuskler ender med at måtte fjernes - oftest på grund af infektion.

### Stomi

At føre tyktarmen ud på maven som en stomi, hvor afføringen opsamles i en pose, kan være en god løsning, hvis der ikke er andet, som giver et tilfredsstillende be-

handlingsresultat. Med tildannelsen af en stomi undgår man ufrivillig afgang af afføring. Stomi kan kombineres med tarmskyllning, hvorved man selv får kontrol over tid og sted for tarmtømmingen.

### Referenceliste

ADDIN RW.BIBAitola P, Lehto K, Fonsell R, Huhtala H. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 30 years or more in general population. *Colorectal Dis.* 2010 Jul;12(7):687-691.

Christensen P, Krogh K, Buntzen S, Payandeh F, Laurberg S. Long-term outcome and safety of transanal irrigation for constipation and fecal incontinence. *Dis.Colon Rectum* 2009 Feb;52(2):286-292.

Maeda Y, Laurberg S, Norton C. Perianal injectable bulking agents as treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2010 May 12;(5)(5):CD007959.

Michelsen HB, Thompson-Fawcett M, Lundby L, Krogh K, Laurberg S, Buntzen S. Six years of experience with sacral nerve stimulation for fecal incontinence. *Dis.Colon Rectum* 2010 Apr;53(4):414-421.

Altomare DF, Ratto C, Ganio E, Lolli P, Masin A, Villani RD. Long-term outcome of sacral nerve stimulation for fecal incontinence. *Dis.Colon Rectum* 2009 Jan;52(1):11-17.

Rasmussen OO, Puggaard IL, Christiansen J. Secondary anal sphincter repair following obstetric injury. Significance of age for the functional result. *Ugeskr.Laeger* 2000 Mar 27;162(13):1887-1889.



**husk**

Nyt produkt fra  
HUSK PRODUCTS

Nemt at drikke - smager godt

Hjælper til en ubesværet tarmfunktion

Bestil gratis prøver på telefon  
32 51 96 00 eller [info@husk.dk](mailto:info@husk.dk)

**Husk® fibre - go' fordøjelse!**

Det nye Husk® fibre kosttilskud er nemt at drikke og har en frisk smag af solbær eller lemon. Husk® fibre består af pulveriserede Psyllium frøskalder, der hurtigt opløses i et glas vand. En nem måde at få ekstra fibre i kosten.

Husk® fibre kan købes på apoteket, hos Matas, i hebekostforretninger og mange dagligvareforretninger.

**husk fibre**

HUSK PRODUCTS [www.huskfibre.dk](http://www.huskfibre.dk)