



Analinkontinens efter fødsel

EFTER EN FØDSEL KAN MAN FÅ PROBLEMER MED AT HOLDE PÅ AFFØRINGEN, MEN DET ER HELDIGVIS SJÆLDENT, AT DET BLIVER ET PERMANENT PROBLEM.

DET ER VIGTIGT, AT MAN IKKE BLIVER FLOV OVER PROBLEMET OG FORTIER DET.

I STEDET SKAL MAN KONTAKTE LÆGE, FOR DER KAN GØRES NOGET VED DET.

Analinkontinens er defineret som 'ufrivillig afgang af luft, tynd afføring eller formet afføring, som udgør et socialt eller hygiejnisk problem'. Det er en meget bred definition, som fx ikke rummer noget om hyppigheden af inkontinensepisoderne. Der er stor forskel på, om man ind imellem har problemer med at holde på luft, eller om man dagligt har problemer med at holde på formet afføring. Fordi definitionen er så upræcis, er det svært at gøre op, hvor mange der har behandlingskrævende analinkontinens efter en fødsel.

Hvordan påvirker fødslen endetarmen?

Endetarmens evne til at tilbageholde luft og afføring er et komplekst samspil af mange faktorer (se figur 1). I

forbindelse med graviditet og fødsel belastes bækkenbunden, så det kan være sværere at knibe sammen omkring endetarmen. Derudover kan der ved en fødsel ske skader på endetarmens blodkar og nerveforsyning, så endetarmens funktion forstyrres. Størst risiko for analinkontinens har man dog, hvis der ved fødslen kommer en bristning af endetarmens lukkemuskler – ringmusklerne.

Omkring endetarmen er der en indre og en ydre ringmuskel, som i fællesskab hjælper til at tilbageholde luft og afføring. Skeden og ringmusklerne er adskilt af mellemkødet, der kun er få cm bredt (se figur 2). Når man føder et barn gennem skeden bliver vævet udspilet og mange fødende får en bristning i mellemkødet.

Hos ca. 3-4 % af alle fødende går bristningen så langt ned i mellemkødet, at lukkemusklerne bliver revet over. Denne type bristning kaldes en sphincterruptur. Risikoen for bristning af lukkemusklen er størst, hvis man føder for første gang, føder et stort barn, barnet bliver taget med sugekop eller man får et 'klip' i mellemkødet.

Bristning i ringmusklen

Hvis lukkemusklen brister ved fødslen, bliver den syet af en læge på fødeafdelingen. I dagene efter fødslen er det vigtigt at undgå at blive forstoppet. Man anbefaler derfor behandling med et mildt afføringsmiddel, som medfører færre smerter, når man skal af med afføring, hurtigere normalisering af tarmfunktionen og hurtigere udskrivelse fra sygehuset. Hvis man får lidt for meget afføringsmiddel kan afføringen blive for tynd, og det kan være svært at holde på den de første dage efter fødslen. Det kan også være, at man kun kan holde på afføringen, hvis man er lige ved siden af toilettet, fordi man kun kan tilbageholde afføringstrangen i meget kort tid. Dette kaldes urgency og er et karakteristisk tegn på påvirkning af den ydre lukkemuskel.

Analinkontinens lige efter fødslen

Selvom man ikke har haft sphincterruptur, kan det være svært at holde på luft og måske afføring lige efter en fødsel. Men undersøgelser tyder på, at kvinder med bristning i ringmusklen har cirka 3 gange så stor risiko for analinkontinens 6 uger efter en fødsel sammenlignet med kvinder uden denne type bristning. Symptomerne bedres over tid, og efter 6 måneder er risikoen kun knap dobbelt så stor.

Hvis man indenfor de første tre uger efter bristning af ringmusklen har problemer med at holde på formet afføring eller har voldsom urgency, kan det være tegn på, at syningen i ringmusklen er sprunget op, eller at musklen ikke heler, som den skal. Man skal derfor kontakte sit fødested, så man kan komme ind til en undersøgelse. Indenfor de første 3 uger efter en fødsel kan ringmusklen nemlig sys sammen igen med gode resultater.

Hvis man får afføringsinkontinens eller voldsom urgency efter en fødsel uden bristning i ringmusklen, er det ligeledes vigtigt, at man kontakter sit fødested. Nogle gange sker det nemlig, at man ikke opdager bristninger i ringmusklen ved fødslen. Men indenfor de første 3 uger kan muskelenderne samles, så man undgår varige symptomer.

Analinkontinens på lang sigt

I måneder til år efter en fødselsbristning i lukkemusklen oplever 33 % urgency. Heldigvis er det kun 2-4 %, der har problemer med at holde på formet afføring.

Hos kvinder, der ikke har haft bristning af lukkemusklen, vil ca. 1 % have analinkontinens ét år efter fødslen. Med alderen påvirkes funktionen af nerver og muskler omkring endetarmen, og dette kan medføre analinkontinens. Set over et langt liv spiller alder en langt større rolle end fødsler for udviklingen af analinkontinens. Man kan derfor heller ikke undgå analinkontinens hos kvinder ved at lave kejsersnit på alle fødende – faktisk skal man lave kejsersnit på 167 kvinder, for at undgå at én kvinde bliver analinkontinent.

Hos kvinder stiger hyppigheden af urininkontinens efter overgangsalderen, men det samme gælder ikke for analinkontinens, hvor alene alderen spiller en rolle.

Behandling af analinkontinens efter fødsel

Ved analinkontinens efter fødsel skal man have lavet en grundig undersøgelse, som inkluderer gynækologisk undersøgelse og ultralydsundersøgelse af den nederste del af endetarmen, hvor det kan undersøges, om der er skader på ringmusklerne. Finder man betydende defekter i ringmusklen hos en kvinde med analinkontinens indenfor de første 3 uger efter fødslen, bør man sy ringmusklen sammen. Denne forsinkede sammensyning af ringmusklen bør ske på en gynækologisk-obstetrisk afdeling med særlig erfaring i denne type operationer. Ligeledes bør disse afdelinger tage sig af behandlingen, hvis syningen af ringmusklen springer op og skal gendannes efter fødslen.

Er der derimod gået mere end 3 uger, er resultaterne af kirurgisk behandling ikke så gode, og man vil derfor ofte starte med anden behandling. Disse behandlinger retter sig mod flere af de andre faktorer, der spiller en rolle for kontinensen (se figur 1 på næste side).

Kosttilskud med fiberprodukter kan mindske analinkontinens, og dette vil ofte være førstevalgs-behandling. Desuden kan medicin, som hæmmer tarmens bevægelser, være en mulighed ved inkontinens, der skyldes tynd afføring.

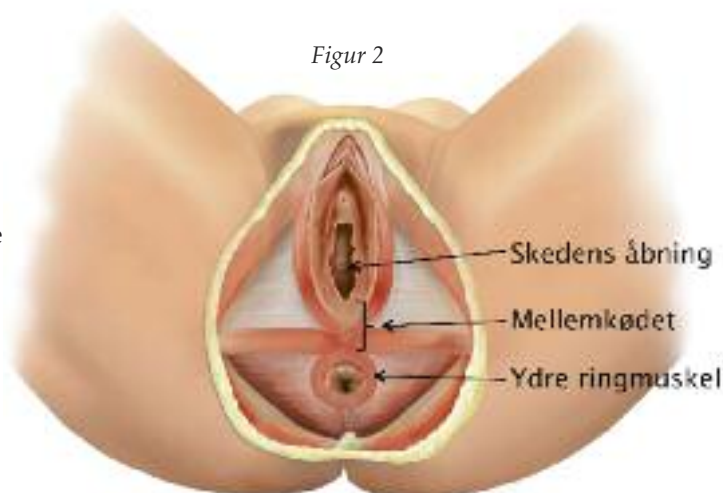
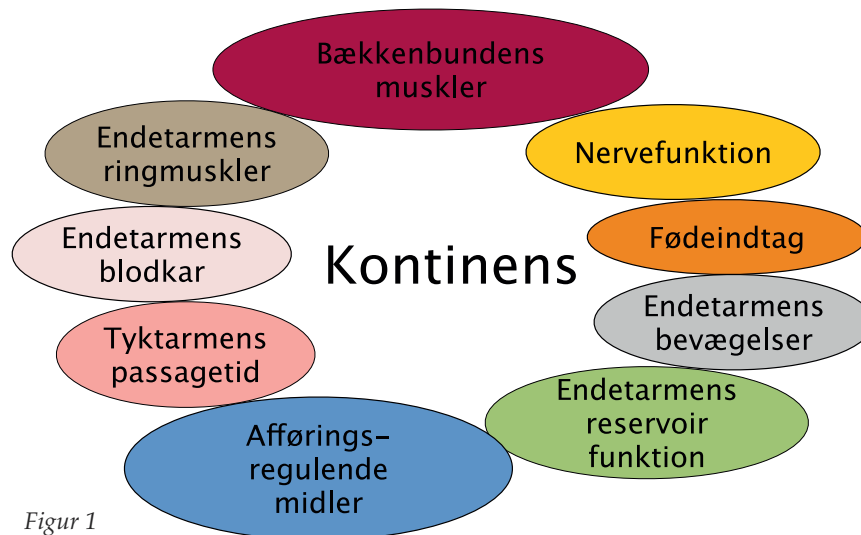


ILLUSTRATION VENLIGST UDLÅNT AF GYNZONE



Figur 1

Optræning af bækkenbunden efter instruktion fra fysioterapeut kan mindske analinkontinens, formentlig fordi bækkenbundens øvrige muskler trænes til at kunne knibe sammen omkring endetarmen og lukke den af. Bækkenbundstræningen kan suppleres med biofeedback, men der er ikke vist en sikker effekt af hverken dette supplement eller bækkenbundstræningen alene.

Der findes en række hjælpemidler, som kan mindske generne fra analinkontinens. Disse kan bruges sammen med anden behandling.

Hvis disse behandlinger ikke har effekt, bør kvinden henvises til funktionsundersøgelse af endetarmen og videre behandling på en mavetarm-kirurgisk afdeling med særlig interesse i analinkontinens. Man har der mulighed for at indoperere en lille pacemaker, som over korsbenet stimulerer nerverne til endetarmen og ringmusklerne. Det er en sikker behandling, som samtidig har vist lovende resultater på højde med kirurgisk rekonstruktion af lukkemusklen.

Hvis der er åbenlyse defekter i ringmusklerne, defekter i mellemkødet og betydende afførings-inkontinens, kan man overveje at operere og rekonstruere ringmusklen. Gennemsnitligt bliver ca. 70-80 herved kontinente, men effekten synes at aftage over tid, så kun ca. 50 % er kontinente efter 5 år.

Hvad med næste fødsel

Hvis man har fået inkontinens for afføring eller svær urgency i forbindelse med en fødsel og har fået varige gener trods behandling, vil man som udgangspunkt blive tilbudt planlagt kejsersnit ved en ny graviditet. Hvis man derimod har haft en ringmuskelskade, som er helet uden problemer, vil man som udgangspunkt anbefale fødsel gennem skeden. Risikoen for at få en

bristning af ringmusklen også ved næste fødsel er ca. 4-7 %, hvilket svarer til risikoen for en førstegangsfødsel. Flergangsfødsel uden tidligere ringmuskelbristning har derimod en lavere risiko for denne type bristning. Valg af forløsningsmåde afhænger i sidste ende dog også af kvindens ønsker.

Nyttige links

Hvis du vil vide mere om fødsler og analinkontinens, kan følgende links være til hjælp:

WWW.GYNZONE.DK/KVINDE-LIV > fødsler og bækkenbunden inkl. hjælp til genoptræning

WWW.DSOG.DK/SANDBJERG/SPHINCTERRUPTUR_2011.PDF – indeholder også patientvejledning



OM FORFATTEREN

Marianne Glavind-Kristensen
f. 1968

Afdelingslæge, ph.d. ved Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, Skejby. Tilknyttet det Urogynækologiske team. Kandidat fra Aarhus Universitet 1995.

Ph.d. 'Modstandsarteriers funktionelle egenskaber i relation til ovariefunktion, NO og vasoaktive farmaka'. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, 2001.

Speciallæge i Gynækologi og obstetrik 2008

Formand for styregruppen for Hindsgaøl Gynækologiske Guidelines under DSOG. Tidligere formand for kursusudvalget i DUGS. Del-tovholder for Sandbjerg/Hindsgaøl guideline om 'Sphincteruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning'