

Statusartikel | Klinisk Praksis

Ugeskr Læger 2023;185:V03230215

Analinkontinens hos voksne

Anders Gram-Hanssen^{1, 2}, Ulrike Ries Feddersen¹, Julie Blockmann¹, Peter Christensen³ & Michael Sørensen¹

1) Gastroenheden, Kirurgisk Sektion, Københavns Universitetshospital – Hvidovre Hospital, 2) Center for Perioperativ Optimering, Afdeling for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Københavns Universitetshospital – Herlev Hospital, 3) Klinik for Bækkenbundslidelser, Mave- og Tarmkirurgi, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger 2023;185:V03230215

HOVEDBUDSKABER

- Fækalinkontinens hos voksne defineres som tilbagevendende ukontrolleret defækation igennem mindst tre måneder.
- Behandlingen er fortrinsvist konservativ og kan ofte udføres i almen praksis.
- Patienter bør henvises til en specialiseret afdeling ved manglende effekt af konservativ behandling.

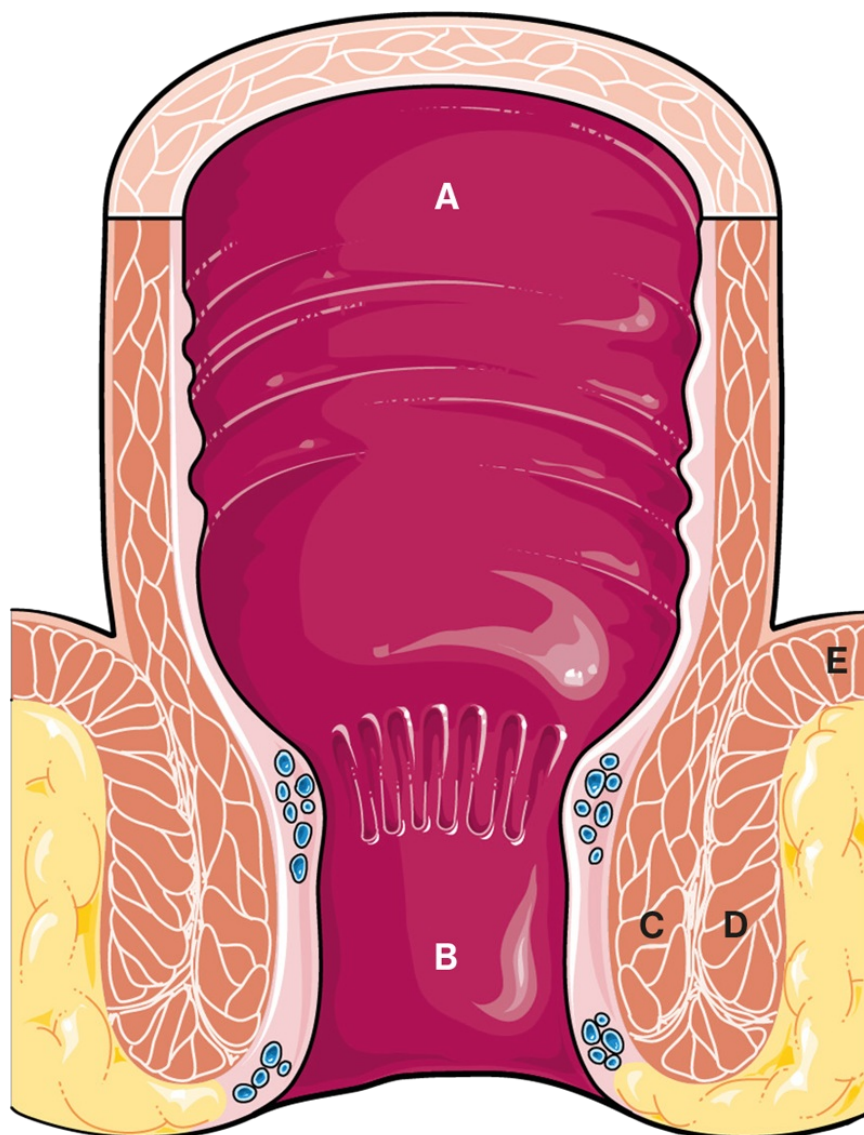
Ufrivillig afgang af fæces eller flatus kan være socialt invaliderende, uafhængigt af graden af inkontinens [1]. Analinkontinens er manglende evne til at holde på fæces og/eller flatus, og fækalinkontinens betyder manglende evne til at holde på fæces [2]. Iht. Rom IV-kriterierne skal symptomerne have været persisterende eller tilbagevendende gennem mindst tre måneder for at opfylde de diagnostiske kriterier for voksne [3]. Prævalensen af analinkontinens blandt voksne blev tidligere estimeret til omkring 2% [4], men nyere studier rapporterer prævalenser helt op til 7,7% for fækalinkontinens alene [5, 6]. Hyppigheden stiger med alderen, og kvinder udgør størstedelen af patienterne. Analinkontinens kan skyldes en række forskellige tilstande (**Tabel 1**) og kan opstå som følge af enhver forstyrrelse af den normale kontinensfunktion (**Figur 1**). Behandlingen følger dog i store træk de samme principper uanset ætiologi. Analinkontinens har ofte gennemgribende konsekvenser for de berørte og deres livskvalitet [7], men det er desværre stadig et tabubelagt emne for både patienter og sundhedsprofessionelle [8], hvorfor tilstanden formentlig er underdiagnosticeret.

TABEL 1 Eksempler på årsager til analinkontinens.

<i>Traumatiske årsager</i>
Obstetrisk sfinkterlæsion
Bækkentraume
<i>Neurologiske årsager</i>
Rygmarvsskade
Stroke
Multipel sklerose
Diabetisk neuropati
Obstetrisk nervelæsion
<i>Iatrogene årsager</i>
Analkirurgi, f.eks. absces- eller fistelkirurgi
Kolorektal kirurgi, f.eks. lav anterior resektion
Stråleskade
<i>Kolorektal/anal sygdom</i>
Rektalprolaps
Rectocele
Inflammatorisk tarmsygdom
Perianal fistel
Cancer
<i>Diverse</i>
Aldersbetinget aftagende muskelmasse
Medfødte defekter

FIGUR 1 De vigtigste strukturer involveret i opretholdelse af analkontinens. A: rectum; B: analkanalen; C: interne sfinkter; D: eksterne sfinkter; E: bækkenbunden.

Figuren er adapteret med tilladelse fra Servier Medical Art og er baseret på en skabelon stillet til rådighed under Creative Commons Attribution 3.0 Unported License.



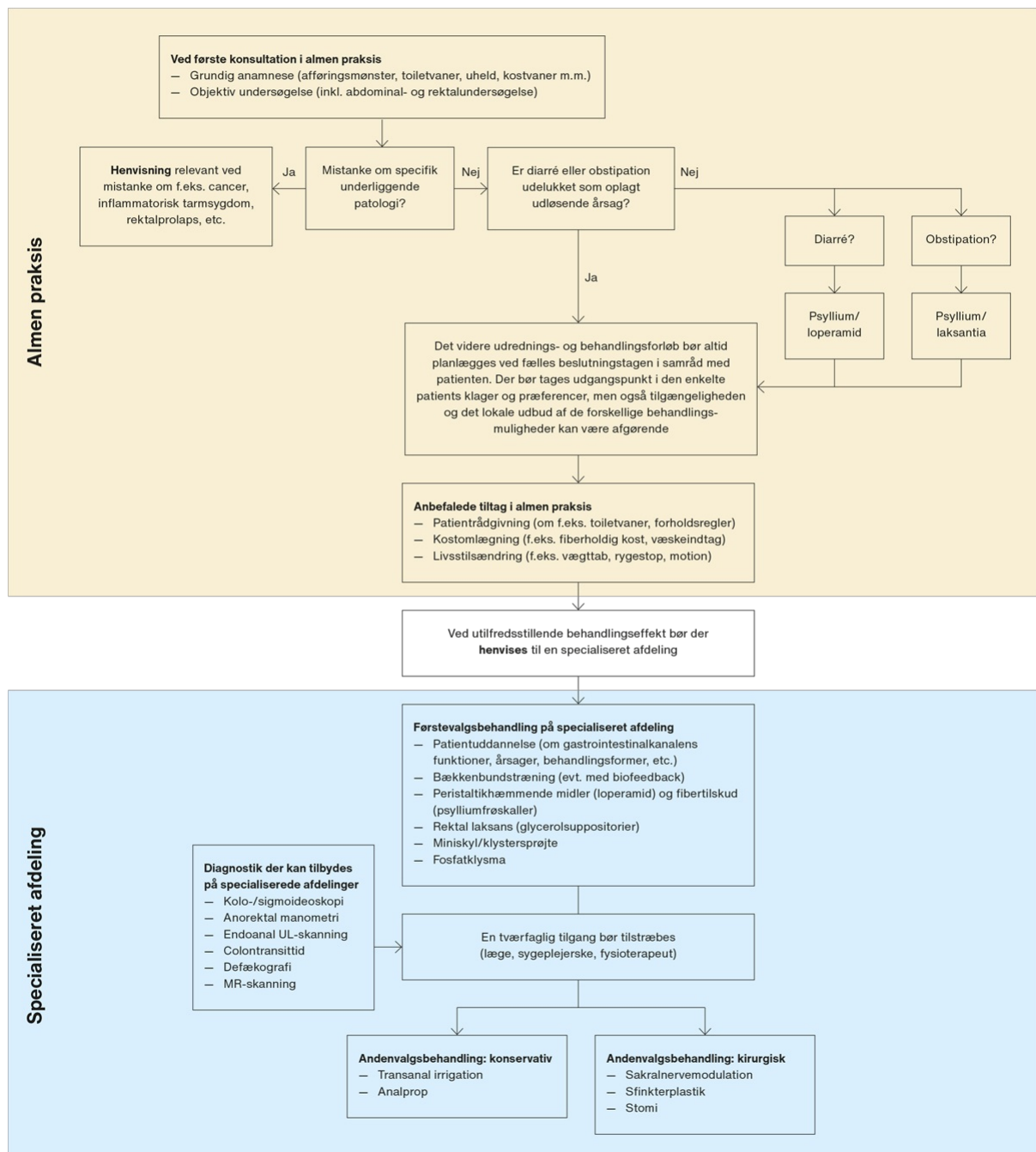
Formålet med denne artikel er at give et overblik over udrednings- og behandlingsmuligheder for analinkontinens med fokus på den konservative behandling. Sekundært håber vi at kunne medvirke til at øge kendskabet til tilstanden og dens udbredelse og dermed mindske tabuet omkring emnet. Artiklen tager udgangspunkt i den danske nationale kliniske retningslinje fra 2017 [2] og den europæiske behandlingsvejledning fra 2022 [6].

UDREDNING

En udrednings- og behandlingsalgoritme er skitseret i **Figur 2**. Den initiale udredning starter med en anamnese,

der inkluderer oplysninger om afføringsmønster og -konsistens, toiletvaner, omfang og hyppighed af inkontinensepisoder, evt. samtidig urininkontinens, kost- og drikkevaner, kirurgisk og obstetrisk historik samt sociale og personlige konsekvenser for patienten og vedkommendes behov for hjælpemidler. Hvis muligt anbefales det at afklare, hvorvidt patientens inkontinensepisoder er forudgået af afføringstrang (urgeinkontinens), om episoderne er uvarslede (passiv inkontinens), eller om der i stedet er en gradvis siven af en mindre mængde afføring (soiling). Der findes flere simple spørgeskemaer om afføringsinkontinens, så sværhedsgraden nemt kan objektiviseres, og skemaerne kan anvendes til måling af behandlingseffekten [9, 10]. Den objektive undersøgelse inkluderer abdominal og rektal undersøgelse [6].

FIGUR 2 Forslag til udrednings- og behandlingsalgoritme (oversat og adapteret med tilladelse fra [7]).



Foreligger der herefter mistanke om specifik underliggende patologi, f.eks. cancer, inflammatorisk tarmsygdom eller rektal prolaps, henvises patienten til den relevante afdeling [11]. Selv om analinkontinens kan skyldes en underliggende cancer, skal det bemærkes, at den absolutte risiko for cancer hos inkontinente patienter er lav [12]. Patienten bør henvises til videre udredning og behandling for analinkontinens på en specialiseret afdeling, hvis basale konservative behandlingstiltag ikke giver tilfredsstillende effekt [13]. Se **Tabel 2** for forslag til, hvilke oplysninger en henvisning kan indeholde. Den videre udredning i specialiseret regi kan inkludere: 1) anorektal manometri til trykmåling i analkanalen under både kontraktion og hvile. Samtidig undersøges sensibiliteten i rectum, og der kan laves en væskeretentionstest [14]. 2) Endoanal UL-undersøgelse foretages ved mistanke om sfinkterruptur, og undersøgelsen har høj sensitivitet for detektion af sfinkterlæsioner. Digital rektaleksploration er ikke tilstrækkeligt til afklaring af dette [13]. 3) Øvrige undersøgelser er sigmoideo- eller koloskopi, røntgendefækografi, neurofysiologiske undersøgelser, MR-skanning af bækkenet samt måling af colontransittid [14].

TABEL 2 En henvisning til en specialiseret afdeling eller til praktiserende speciallæge anbefales at inkludere følgende oplysninger om patienten.

Omfang og hyppighed af inkontinensepisoder
Afføringsmønster, afføringskonsistens og toiletvaner
Urge-inkontinens, passiv inkontinens eller soiling ^a
Evt. samtidig urininkontinens
Kirurgisk og obstetrisk historik
Sociale konsekvenser for patienten
Patientens behov for hjælpemidler
Objektive fund ved abdominal og rektal undersøgelse
Tidligere udførte undersøgelser inkl. koloskopi og hidtidige behandlingsforsøg for analinkontinens
Evt. relevant komorbiditet, f.eks. diabetes mellitus, neurologisk sygdom
Fravær af alarmsymptomer

a) Gradvis siven af en mindre mængde afføring.

KONSERVATIV BEHANDLING

Tre ud af fire patienter kan helt eller delvist behandles uden operation og ofte med simple midler. Ikke alle disse patienter opnår dog fuld kontinensfunktion, men for en del patienter sigtes i stedet efter en relativ forbedring i kontinensfunktion til et, for patienten, mere tåleligt niveau. Kirurgisk behandling tilbydes kun til patienter uden

tilfredsstillende effekt af den konservative behandling. Initial udredning og basal konservativ behandling kan foregå i sygeplejerske styrede tilbud i hospitalsregi [15] eller varetages i primærsektoren. Det kan også foregå i kommunalt regi, idet flere kommuner på tværs af landet tilbyder tværfaglig rådgivning og konservative behandlingsforløb til borgere med analinkontinens. Patienterne kan ligeledes gøres opmærksomme på Kontinensforeningen, der har mange gratis tilbud på foreningens hjemmeside.

De initiale tiltag i den konservative behandling består af basal undervisning i anatomi og fysiologi, information om årsager til analinkontinens samt rådgivning om kost, adfærd og toiletvaner. Typisk anbefales en mere fiberholdig diæt, regelmæssige måltider og tilstrækkeligt væskeindtag (1,5-2 l dgl.). Det tilrådes at have regelmæssige toiletbesøg, benytte fodskammel og efterkomme afføringstrangen, når den opstår, da det typisk vil lede til en bedre tømning. Disse basale konservative tiltag støttes af den europæiske behandlingsvejledning, men er baseret på sparsom evidens [6].

Førstevalg ved analinkontinens er behandling med loppefrøskaller, og det er vigtigt, at der indtages en korrekt mængde fibertilskud (bemærk, at dosis er produktafhængig) [2]. Hvis der samtidig er tegn på obstipation, kan der suppleres med laksantia, og typisk startes med 1 g magnesiumoxid om aftenen.

Ved diarrébettinget analinkontinens foreslås behandling med loppefrøskaller, evt. suppleret med et peristaltikhæmmende middel (loperamid). Den danske nationale kliniske retningslinje anbefaler loppefrøskaller som førstevalgsbehandling [2], baseret på ét studie, som fandt, at loppefrøskaller og loperamid begge er effektive til at mindske antallet af inkontinensepisoder, men at loperamid er forbundet med flere bivirkninger [16]. Den europæiske behandlingsvejledning anbefaler loppefrøskaller og loperamid som ligeværdige behandlinger, men evidensen herfor er fortsat sparsom [6].

Bækkenbundstræning

Vejledning i bækkenbundstræning udføres af specialuddannede fysioterapeuter og er rettet mod at styrke den muskulatur, der er med til at opretholde analinkontinensen [17]. Samtidig informeres patienterne om den rette position ved defækation, og om hvordan bækkenbunden hensigtsmæssigt afslappes i den forbindelse. Fysioterapi kan inkludere såkaldt biofeedback, som ved hjælp af en analprobe giver patienten mulighed for at måle sin knibestyrke og dermed målrette træningen. Både den danske nationale kliniske retningslinje [2] og den europæiske behandlingsvejledning [6] angiver, at bækkenbundstræning med eller uden biofeedback kan anvendes.

Suppositorier, klyksma, miniskyl og analpropper

Glycerolsuppositorier eller fosfatklyksma kan forsøges som behandling til patienter med tømningsproblemer, hos hvem orale laksantia ikke har haft tilstrækkelig effekt [18]. Til disse patienter kan også anvendes såkaldt miniskyl/klystersprøjte, som er en lille håndholdt pumpe, der sprøjter en mindre mængde vand (ca. 100 ml) op i endetarmen, hvorved en bedre tømning opnås. Analprop kan anvendes til patienter med passiv analinkontinens, men ikke alle patienter kan tolerere disse [6, 18, 19].

Transanal irrigation

Ved utilstrækkelig effekt af ovenstående behandling kan patienterne i tillæg tilbydes den mere omfattende transanale irrigation, hvor der indsættes et kateter i rectum og skylles med op til en liter vand. Opstart og oplæring i dette foregår i hospitalsregi og forestås af specialuddannet personale. Anvendelsen støttes af den europæiske behandlingsvejledning [6] og den danske nationale kliniske retningslinje [2].

Gruppebaseret patientuddannelse

På Hvidovre Hospital har man siden 2016 tilbudt kvinder, som er blevet henvist med analinkontinens, at deltage

i et fokuseret patientuddannelsesforløb [20, 21]. Uddannelsen tilbydes nu også i Københavns Kommune, samt på Køge og Svendborg sygehus. Uddannelsen tilbydes inden påbegyndelse af et egentligt behandlingsforløb, og ca. 40% af deltagerne har kun behov for dette tilbud.

Uddannelsen består af tre undervisningssessioner fordelt over 3-4 uger og med en tværfaglig indsats fra både en læge, en sygeplejerske, en fysioterapeut og en tidligere patient. Deltagerne bliver her introduceret til basal viden om mave-tarm-kanalen, årsager til analinkontinens samt de gængse konservative behandlingsformer. Kvinderne får ligeledes udleveret loppefrøskaller, glycerolsuppositorier og analpropper. En fysioterapeut underviser i bækkenbundsøvelser og vigtigheden af disse. Uddannelsen lægger vægt på sparring mellem patienterne og aftabusering af emnet. Til dette formål møder patienterne en tidligere inkontinenspatient, der fortæller om sit eget behandlingsforløb. I det sidste modul af uddannelsen informeres patienterne om de videre behandlingsmuligheder ved svigt af den basale konservative behandling.

KIRURGISK BEHANDLING

Sakralnervemodulation

Patienter med svær fækalinkontinens (dvs. inkontinens for flydende eller formet afføring på ugentlig basis), som ikke har haft tilstrækkelig effekt af konservativ behandling, kan tilbydes sakralnervemodulation [6, 22]. Dette indebærer indoperation af en stimulator (pacemaker), som typisk placeres i nates, og en elektrode placeret i et af os sacrum's foramina S3-S4, mhp. stimulation af de sakrale nerverødder [23]. Den europæiske behandlingsvejledning fra 2022 anbefaler, primært på baggrund af et Cochranereview publiceret i 2015 [22], at sakralnervemodulation kan anvendes efter utilfredsstillende behandlingseffekt af både basal og specialiseret konservativ behandling [6].

Sfinkterplastik

Patienter med større sfinkterruptur, typisk efter fødselsbristning, kan tilbydes sfinkterplastik [18, 24]. Sfinkterdefekten påvises ved endoanal UL-undersøgelse. Yngre patienter opnår typisk et godt resultat på den korte bane, men ofte ses aftagende kontinensfunktion over tid. Den europæiske behandlingsvejledning fra 2022 anbefaler, på baggrund af begrænset evidens, at sfinkterplastik kan anvendes som behandling til patienter med sfinkterruptur ved manglende effekt af konservativ behandling [6]. Kirurgisk behandling af fødselsrelaterede sfinkterskader behandles kun på få højt specialiserede afdelinger [25].

Stomi

Anlæggelse af en kolostomi kan i sjældne tilfælde være final behandling af patienter med svær behandlingsrefraktær fækalinkontinens. Stomianlæggelse er vist at kunne forbedre disse patienters livskvalitet og anbefales i den europæiske behandlingsvejledning [6]. Enkelte patienter kan have gavn af en appendikostomi, hvorigennem der kan indføres et kateter, og der kan foretages antegrad colonskylning på daglig basis [26, 27].

ØVRIG BEHANDLING

Perkutan eller transkutan nervestimulation

Særligt til patienter med urgency kan der anvendes perkutan nervestimulation af n. tibialis posterior eller n. dorsalis genitales [28]. Metoden er mindre invasiv, men også mindre effektiv end sakralnervemodulation [7] og har ikke vundet særlig indpas i Danmark. Aktuelt undersøges det i flere danske studier, om transkutan nervestimulation med plastelektrode nær n. dorsalis genitales kan være effektiv til behandling af urgency [29].

KONKLUSION

Behandlingen for analinkontinens er hovedsageligt konservativ og kan i et betydeligt omfang foregå i almen praksis. Patientrådgivning om kost, toiletvaner og livstilsændringer er førstevalgsbehandling. Ved behov for yderligere udredning og behandling kan patienter henvises til en specialiseret afdeling, hvor der tilbydes et tværfagligt behandlingsforløb, som kan inkludere brug af forskellige hjælpemidler og fokuseret bækkenbundstræning. Udvalgte patienter skal udredes nærmere og kan have gavn af kirurgisk behandling i form af sakralnervemodulation, sfinkterplastik eller stomi.

Korrespondance *Anders Gram-Hanssen*. E-mail: anders@gram-hanssen.dk

Antaget 17. maj 2023

Publiceret på ugeskriftet.dk 17. juli 2023

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterernes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2023;185:V0323021

SUMMARY

Anal incontinence in adults

Anders Gram-Hanssen, Ulrike Ries Feddersen, Julie Blockmann, Peter Christensen & Michael Sørensen

Ugeskr Læger 2023;185:V03230215

Anal incontinence affects more than 7% of the population, but it is likely to be underreported due to its sensitive nature. This review summarises the current knowledge of managing this condition. Initial diagnosis and evaluation of anal incontinence, as well as basic conservative treatment, can be managed in primary care. This may include patient education about the nature of the condition, as well as advice about appropriate diet, toilet routine, and lifestyle adjustments. Incontinence due to diarrhoea or constipation may be treated pharmacologically. If necessary, patients should be referred for specialised evaluation and treatment

REFERENCER

1. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77-97.
2. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for analinkontinens hos voksne - konservativ behandling og udredning af nyopstået faekalinkontinens efter fødsel. 2017. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/NKR-Anal-inkontinens-hos-voksne/National-Klinisk-Retningslinje-Analinkontinens-hos-voksne.ashx?sc_lang=da&hash=F946B52AE6D848D3A723BFAA2C3CA167 (27. mar 2023).
3. Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23(2):151-163.
4. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA*. 1995;274(7):559-61.
5. Ng KS, Sivakumaran Y, Nassar N, Gladman MA. Fecal incontinence: community prevalence and associated factors – a systematic review. *Dis Colon Rectum*. 2015;58(12):1194-209.
6. Assmann SL, Keszhelyi D, Kleijnen J et al. Guideline for the diagnosis and treatment of faecal incontinence - a UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. *United Eur Gastroenterol J*. 2022;10(3):251-86.
7. Bartlett L, Nowak M, Ho YH. Impact of fecal incontinence on quality of life. *World J Gastroenterol*. 2009;15(26):3276-3282.
8. Hughes BT, Chepyala P, Hendon S et al. Fecal incontinence in an inpatient population: a not uncommon finding. *Dig Dis Sci*. 2009;54(10):2215-9.

9. Cotterill N, Norton C, Avery KNL et al. Psychometric evaluation of a new patient-completed questionnaire for evaluating anal incontinence symptoms and impact on quality of life: the ICIQ-B. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(10):1235-50.
10. Maeda Y, Parés D, Norton C et al. Does the St. Mark's incontinence score reflect patients' perceptions? *Dis Colon Rectum*. 2008;51(4):436-42.
11. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for kræft i tyk- og endetarm. 2022. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2022/Pakkeforloeb-for-kraeft-i-tyk-og-endetarm> (27. mar 2023).
12. Adelborg K, Veres K, Sundbøll J et al. Risk of cancer in patients with fecal incontinence. *Cancer Med*. 2019;8(14):6449-57.
13. Carrington EV, Scott SM, Bharucha A et al. Expert consensus document: advances in the evaluation of anorectal function. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018;15(5):309-23.
14. Carrington EV, Heinrich H, Knowles CH et al. The international anorectal physiology working group (IAPWG) recommendations: standardized testing protocol and the London classification for disorders of anorectal function. *Neurogastroenterol Motil*. 2020;32(1):e13679.
15. Duelund-Jakobsen J, Haas S, Buntzen S et al. Nurse-led clinics can manage faecal incontinence effectively: results from a tertiary referral centre. *Colorectal Dis*. 2015;17(8):710-5.
16. Markland AD, Burgio KL, Whitehead WE et al. Loperamide versus psyllium fiber for treatment of fecal incontinence: the fecal incontinence prescription (Rx) management (FIRM) randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum*. 2015;58(10):983-93.
17. Ussing A, Dahn I, Due U et al. Efficacy of supervised pelvic floor muscle training and biofeedback vs attention-control treatment in adults with fecal incontinence. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019;17(11):2253-61.e4.
18. Duelund-Jakobsen J, Worsøe J, Lundby L et al. Management of patients with faecal incontinence. *Therap Adv Gastroenterol*. 2016;9(1):86-97.
19. Deutekom M, Dobben AC. Plugs for containing faecal incontinence. *Cochrane database Syst Rev*. 2015;2015(7):CD005086.
20. Gastroenheden, Hvidovre Hospital. Etablering og gennemførelse af patientuddannelse for kvinder med afføringsinkontinens. 2017. https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/gastroenheden/forskning/Documents/Etablering_og_gennemfoerelse_af_patientuddannelse_for_kvinder_med_affoeringsinkontinens_Rapport.pdf (27. mar 2023).
21. Gastroenheden, Hvidovre Hospital. Evaluering af langtidseffekter af deltagelse i patientuddannelse for kvinder med afføringsinkontinens. 2018. https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/gastroenheden/forskning/Documents/Rapport_Evaluering_af_langtidseffekter_for_kvinder_med_affoeringsinkontinens_bevilling_17-A-0033.pdf (27. mar 2023).
22. Thaha MA, Abukar AA, Thin NN et al. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation in adults. *Cochrane database Syst Rev*. 2015;2015(8):CD004464.
23. Matzel KE, Chartier-Kastler E, Knowles CH et al. Sacral neuromodulation: standardized electrode placement technique. *Neuromodulation*. 2017;20(8):816-24.
24. Brown HW, Dyer KY, Rogers RG. Management of fecal incontinence. *Obstet Gynecol*. 2020;136(4):811-22.
25. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Gynækologi og obstetrik. 2023. <https://www.sst.dk/-/media/Viden/Specialplaner/Specialplan-for-gyn%C3%A6kologi-og-obstetrik/Specialvejledning-for-Gynaekologi-og-obstetrik-den-16-marts-2023> (15. apr 2023).
26. Worsøe J, Christensen P, Krogh K et al. Long-term results of antegrade colonic enema in adult patients: assessment of functional results. *Dis Colon Rectum*. 2008;51(10):1523-8.
27. Chéreau N, Lefevre JH, Shields C et al. Antegrade colonic enema for faecal incontinence in adults: long-term results of 75 patients. *Colorectal Dis*. 2011;13 (8):e238-42.
28. Knowles CH, Horrocks EJ, Bremner SA et al. Percutaneous tibial nerve stimulation versus sham electrical stimulation for the treatment of faecal incontinence in adults (CONFIDeNT): a double-blind, multicentre, pragmatic, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386(10004):1640-8.
29. Qvist N, Hansen UD, Christensen P et al. Electrical stimulation of the dorsal clitoral nerve in the treatment of idiopathic defecatory urgency. *Tech Coloproctol*. 2023. doi: 10.1007/S10151-023-02752-Y.