

# Behandling af fækal inkontinens i speciallægepraksis

Speciallæge John Christiansen

Kirurgisk Speciallægeklinik, København

## Resume

**Introduktion:** En analyse af behandlingen af fækal inkontinens i speciallægepraksis med særlig interesse for denne lidelse.

**Materiale og metoder:** Der blev i perioden 1.5.2003 til 31.12.2005 henvist 61 patienter, 49 kvinder og 12 mænd, med en medianalder på henholdsvis 72 og 67 år til undersøgelse og behandling for fækal inkontinens. Den mediane inkontinensscore på Wexnerskalaen var 11, og den mediane livskvalitetsscore på en visuel analog skala fra 0-10 var fem.

Behandlingen bestod i kirurgisk korrektion af rektoanal mucosaprolaps og grad 3-4 hæmoroïder, medicinsk behandling samt sfinktertræning. Patienterne blev fulgt op med en spørgeskemaundersøgelse med en median observationstid på 23 måneder (spændvidde: 18-31).

**Resultater:** Seks patienter blev umiddelbart viderehenvist til specialafdeling. Ti patienter, som ikke havde tilstrækkelig effekt af den konservative behandling inden for 3-11 måneder, henvistes til specialafdeling. I alt 41 af 45 patienter besvarede det udsendte spørgeskema. Den mediane Wexnerscore faldt fra 11 til 5 ( $p < 0,01$ ), og livskvalitetsscoren på den visuelle analoge skala faldt fra 5 til 2 ( $p < 0,01$ ). I alt 38 af de 51 patienter (75%; 95% sikkerhedsgrænser: 60-86), som gennemgik den konservative behandling, var så tilfredse med resultatet, at de ikke ønskede henvisning til hospital med henblik på anden behandling.

**Konklusion:** Patienter, der lider af moderat fækal inkontinens, som ikke har oplagt traumatisk genese herunder fødselslæsion, kan behandles tilfredsstillende i speciallægepraksis.

Behandling af analinkontinens sker i de fleste tilfælde på specialiserede kirurgiske afdelinger, der råder over ekspertise til analfysiologisk udredning og transrektal ultralydskanning samt mulighed for at tilbyde operativ behandling. Den kirurgiske behandling, som har gennemgået en betydelig udvikling gennem de sidste 20-25 år, har fokuseret på metoder, som kunne bedre den anale kontinens i de tilfælde, hvor simpel sfinkterrekonstruktion ikke var tilstrækkeligt. Disse har omfattet muskeltransposition med og uden elektrisk stimulation [1, 2], indoperation af kunstig lukkemuskel [3, 4] og endelig en minimalt invasiv metode, som består i sakralnervestimulering, og som har givet særdeles lovende resultater [5, 6].

Fremkomsten af disse metoder til behandling af en tilstand, hvor det eneste kirurgiske behandlingstilbud tidligere var kolostomi, har ikke overraskende afsløret et stort og hidtil uerkendt behandlingsbehov, som er blevet bekræftet ved epidemiologiske undersøgelser, der har vist en prævalens af fækal inkontinens hos den ikkeinstitutionaliserede del af befolk-

ningen på omkring 7% og helt op til 20%, hvis inkontinens for tynd afføring og flatus inkluderes [7, 8]. Omkring 20% af patienter med colon irritabile, der er præget af diarré, er periodvis fækalt inkontinente [9].

Med et behandlingsbehov af dette omfang er man i stigende grad begyndt at interessere sig for mere konservative metoder, herunder medicinsk behandling, sfinktertræning og kostregulation – også for bedre at kunne afgrænse den gruppe patienter, som bør henvises til egentlig inkontinenskirurgi.

Formålet med denne kohorteundersøgelse var at analysere resultatet af en konservativ behandlingsstrategi for analinkontinens i en speciallægepraksis med særlig interesse for denne lidelse.

## Materiale og metoder

Materialet består af 61 patienter, 49 kvinder og 12 mænd, der blev henvist for fækal inkontinens i perioden fra 1.5.2003 – hvor der indførtes transrektal ultralydskanning – til 31.12.2005, således at alle patienter har en opfølgningstid på mindst 18 måneder. Medianalderen for kvinder var 72 år (spændvidde: 25-90) og for mænd 67 år (40-79). Varigheden af inkontinensstilstanden varierede fra seks måneder til 15 år med en medianværdi på fire år.

På grundlag af anamnesen er den sandsynlige ætiologi til inkontinensen som anført i **Tabel 1**.

Hos 39 patienter kunne tilstanden ikke relateres til andre lidelser eller hændelser (idiopatisk inkontinens). Dette gjaldt for ni af de 12 mænd (75%) og for 30 af kvinderne (63%). I alt 11 kvinder havde tidligere gennemgået fødsler, der var kompliceret med perineal udrift, der krævede suturering. Hos disse er fødselslæsionen anset for den ætiologiske faktor, selv om tidsrummet fra fødslen til udviklingen af fækalinkontinens varierede fra fem til 30 år. Fem patienter relaterede deres inkontinens til operation for discusprolaps/spinalstenose, to til tidligere operation for analfistel, to havde fuldvægsrektalprolaps, en rectocele med prolaps af bage vaginalvæg, og endelig var inkontinens hos en patient opstået efter strålebehandling for uteruscancer.

Sværhedsgraden af inkontinensstilstanden blev klassificeret i henhold til Wexners inkontinensskala [10] (**Tabel 2**). Endvidere blev patienterne bedt om på en visuel-analog skala (VAS) fra 0 til 10 at angive, i hvilket omfang inkontinensstilstanden påvirkede deres livskvalitet, hvor 0 betød, at inkontinensen ikke spillede nogen rolle, og 10 betød, at patienten følte sin livskvalitet ødelagt på grund af inkontinens.

Den mediane Wexnerscore var 11 (spændvidde: 4-20) og den mediane VAS-score var fem (spændvidde: 1-9).

Hos 29 patienter drejede det sig om *urge*-inkontinens, hos 22 om passiv og hos 10 om både *urge* og passiv inkontinens.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 1. Ætiologi til analinkontinens hos 61 patienter.

	n
Idiopatisk . . . . .	39
Fødselslæsion . . . . .	11
Discusprolaps/spinalstenose . . . . .	5
Rektalprolaps . . . . .	2
Tidligere analkirurgi . . . . .	2
Rectocele med vaginal prolaps . . . . .	1
Tidligere strålebehandling . . . . .	1

Tabel 2. Wexners inkontinensskala.

Inkontinensstype	Aldrig	Sjældent	Af og til	Oftest	Altid
Formet afføring . . . . .	0	1	2	3	4
Tynd afføring . . . . .	0	1	2	3	4
Luft . . . . .	0	1	2	2	4
Bærer ble eller indlæg . . . . .	0	1	2	3	4
Ændret levevis . . . . .	0	1	2	3	4

0 = fuld kontinens. 20 = total inkontinens. Sjældent = mindre end en gang pr. måned. Af og til = 1-3 gange pr. måned. Oftest = mere end en gang pr. uge, men ikke hver dag. Altid = dagligt.

Tre patienter havde symptomer på colon irritabile med overvejende diarré, og 15 led af obstrueret defækation i form af inkomplet rektal tømning trods pressen. En patient var i mesalazinbehandling for hæmorrhagisk proktitis og var i fuld remission.

Alle patienter fik foretaget sigmoideoskopi, og hvor der fandtes indikation herfor, bl.a. ved symptomer på colon irritabile, blev der foretaget røntgenundersøgelse af colon med dobbeltkontrast.

Den anorektale undersøgelse omfattede eksploration, anoskopi og transrektal ultralydskanning (Merlin ultralydsskanner 1101, transducertype 1850, B&K Medical, Herlev, Danmark). Ved skanningen blev det vurderet, om der var defekter i eksterne og interne sfinkter, samt om patienten kunne kontrahere eksterne sfinkter. Endvidere blev det vurderet, om der hos patienter med obstrueret defækation forekom paradoks sfinkterkontraktion (kontraktion af eksterne sfinkter under pressen).

Behandlingen bestod i kirurgisk korrektion af simple analidelser, som kan bidrage til analinkontinens i form af »soi-ling«, dvs. grad 3-4 hæmoroïder samt intern rektoanal mucosaprolaps, hvor der ved pressen kom prolaps af rektalmucosa til linea dentata, hvilket fandtes hos alle patienter med obstrueret defækation. Behandlingen bestod i koagulation med infrarødt lys, ligaturer og om nødvendigt excision [11, 12].

Den konservative behandling omfattede kostregulation, medicinsk behandling og sfinktertræning. Målet med kostregulationen var at opnå en passende fæceskonsistens, hvad der hos mange betød tilskud af psyllium (fibertilskud).

Den medicinske behandling omfattede antidiarrémidler med loperamid som første valg, idet dette præparat endvidere øger hviletrykket i analsfinkter [13] eller codeindråber 15 mg/

ml, der var doseret i relation til patientens fysiske og sociale aktiviteter. Phenylephrincreme anvendtes hos enkelte patienter med moderat og passiv fækallækage [13]. Ved inkomplet rektal tømning anvendtes glycerolsuppositorier og hos enkelte endvidere selvadministreret rektalt vandlavement f.eks. givet med øresprøjte.

Sfinktertræning blev udført som knibeøvelser, idet patienten blev instrueret under vejledning af transrektal ultralydskanning, hvor det tydeligt ses, når eksterne sfinkter kontraheres. Patienten blev opfordret til at udføre 20 maksimale knibninger af mindst fem sekunders varighed tre eller flere gange daglig. Ved en kontrolundersøgelse efter 2-3 måneder blev det sikret, at patienten fortsat udførte knibningerne korrekt, men der anvendtes ikke systematiske kontrolparametre for knibeeffekten [14].

Ved en efterfølgende spørgeskemaundersøgelse blev patienterne anmodet om igen at udfylde Wexners inkontinensskema samt VAS for livskvalitet jf. ovenfor. Forskellen i disse parametre blev analyseret ved hjælp af Wilcoxon's test for pardifferenser.

## Resultater

Ved den kliniske undersøgelse fandtes hos to kvinder en ikke tidligere diagnosticeret rektal fuldvægsprolaps, og hos en patient fandtes et stort rectocele, hvor der ved pressen fremkom prolaps af bageste vaginalvæg. Disse patienter henvistes direkte til hospitalsbehandling.

Ved anoskopi fandtes prolaberende rektal mucosa til linea dentata hos 32 patienter, der alle var kvinder, hvoraf 15 yderligere led af obstrueret defækation.

Transrektal ultralydskanning viste hos tre kvinder med tidligere fødselslæsion en defekt fortil i eksterne sfinkter, der var større end 20°. Alle tre havde tidligere gennemgået fødsler med perineal udrift. Disse patienter henvistes direkte til specialafdeling med henblik på sfinkterrekonstruktion.

Blandt de øvrige 55 patienter viste skanningen en defekt i eksterne sfinkter fortil på 5-10° hos fire, fibrose hos seks, der alle var kvinder, og hos en mand fandtes en defekt i interne sfinkter efter tidligere fisteloperation. Hos de øvrige 44 patienter fandtes normale forhold.

Ti patienter blev efter 3-11 måneder henvist til specialafdeling med henblik på vurdering af indikationen for sakralnervestimulering, da den konservative behandling ikke, eller kun forbigående, havde bedret inkontinensstilstanden.

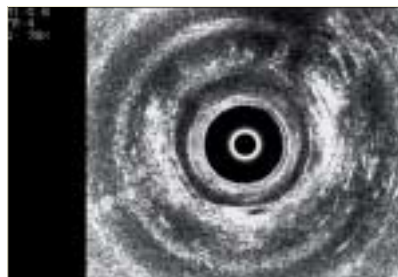
Otte patienter fik gentaget mucosaresektion efter 6-15 måneder på grund af forværret inkontinens efter en periode med bedring.

I alt 41 af de resterende 45 patienter besvarede spørgeskemaet. Den mediane observationstid var 23 måneder (spændvidde 18-31).

Wexnerscoren faldt fra 11 (4-20) til 5 (1-20),  $p < 0,01$ . Den inkontinensrelaterede livskvalitet målt med VAS ændredes fra 5 (1-9) til 2 (0-9),  $p < 0,01$ .

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Transrektal ultralydskanning hos patient med tidligere obstetrisk sfinkterlæsion. Der ses en defekt i eksterne sfinkter på ca. 30 grader mellem kl. 12 og kl. 1.



Tre patienter, herunder en som i observationsperioden havde haft hjerneblødning, var uforandret inkontinente, men ønskede ikke henvisning til videre udredning. I alt 38 af de 51 konservativt behandlede patienter (75%; 95% sikkerhedsgrænser: 60-86), der er fulgt op, var så tilfredse med resultatet, at de ikke ønskede henvisning til hospital med henblik på anden behandling.

Fem af 15 patienter med obstrueret defækation måtte fortsat i perioder anvende glycerol-suppositorier eller rektalskylning.

### Diskussion

Patientmaterialet i denne undersøgelse adskiller sig på et væsentligt punkt fra hospitalsmaterialer, idet gruppen af yngre kvinder med fødselslæsion er næsten fraværende, hvilket utvivlsomt skyldes, at disse patienter stort set altid henvises direkte til specialafdeling, da behandlingen hos flertallet vil være operativ.

Inkontinensgraden målt på Wexnerskalaen var væsentligt lavere end i et nyligt publiceret dansk materiale fra en specialafdeling, hvor den mediane Wexnerscore før behandling var 16 som udtryk for, at der til en vis grad er tale om to forskellige patientpopulationer [15]. Dette er dog ikke ensbetydende med, at konservativ behandling ikke har effekt ved svær inkontinens, idet tre af syv patienter med en Wexnerscore på 15 eller mere i nærværende materiale opnåede et tilfredsstillende resultat.

I en fransk populationsundersøgelse, som omfattede 7.196 patienter [7], fandtes, at 82% af de patienter, som led af inkomplet rektal tømning (obstrueret defækation), var fækal inkontinente, og at 29% af de patienter, der havde fækal inkontinens, led af obstrueret defækation. Dette svarer til fundet i nærværende materiale, hvor 25% (15/61) led af inkomplet rektal tømning. Forklaringen på sammenhængen kan dels være, at den prolaberende rektalmucosa, som fandtes hos alle patienter med obstrueret defækation, vanskeliggør en effektiv lukning af analkanalen, men det kan ikke udelukkes, at en reflektorisk sfinkterafslapning på grund af fækal indhold i rectum bidrager til inkontinensen.

Ud over den medicinske behandling, som har været anvendt i denne undersøgelse, har amitriptylin i en dosis på 20 mg daglig i et enkelt studium vist sig i stand til at reducere antallet af inkontinensepisoder signifikant [16]. Virkningen skyldes muligvis en reduktion i antallet af rektale motorkomplekser.

Under medicinsk behandling kan også henføres perianal

injektion af forskellige ikkeabsorberbare, vævsneutrale stoffer som kollagen og silikone. Disse virker ved at lægge sig som en pude rundt om anus og bidrage til at holde denne lukket hos patienter med dårlig intern sfinkterfunktion. Hos patienter med passiv inkontinens er der i mindre materialer påvist effekt, men observationstiden er endnu begrænset [13]. I ingen af de publicerede undersøgelser er behandlingen udført i lokalnæstese, og den kan alene af denne grund ikke anses for velegnet til anvendelse i speciallægepraksis. Hertil kommer, at hvor analmanometri er uden betydning for at forsøge de i denne undersøgelse anvendte behandlinger, bør injektionsbehandlingen næppe forsøges, hvis ikke der er dokumenteret lavt analt hviletryk som udtryk for en dårligt fungerende intern sfinkter.

Det er ikke muligt på grundlag af nærværende undersøgelse at vurdere effekten af de enkelte medicinske behandlinger, da de i intet tilfælde er anvendt isoleret.

Sfinktertræning er i nærværende undersøgelse gennemført som knibeøvelser, hvor det ved hjælp af transrektal ultralydundersøgelse er sikret, at patienten kniber korrekt. Egentlig biofeedback-træning, hvor patienten måler effekten af sin træning på f.eks. et manometer er ikke udført, og i øvrigt har en randomiseret undersøgelse ikke vist sikker forskel på effekten af biofeedback og knibeøvelser [17]. I en nyligt publiceret norsk undersøgelse blev der opnået effekt af biofeedback-træning hos 79% af de patienter, der havde inkontinens efter fødselslæsion, men materialerne er vanskelige at sammenligne, da gennemsnitsalderen i det nævnte materiale kun var 36 år [18]. Der synes ikke at være publiceret patientmaterialer med en alderssammensætning som i det foreliggende.

Som effektparameter ved knibeøvelser under transrektal ultralydskanning kan man anvende isotonisk udtræningstid (den tid eksterne sfinkter kan holdes maksimalt kontraheret) eller isometrisk udtræning (antallet af femsekunderskontraktioner der kan udføres indtil det på ultralydmonitoren kan ses, at kontraktionen ikke længere kan holdes) [14]. Disse parametre er i nærværende undersøgelse kun anvendt hos enkelte patienter, som ønskede at have et pejlemærke for deres sfinktertræning.

Det må konkluderes, at patienter der lider af moderat fækal inkontinens, som ikke har en umiddelbar traumatisk genese, herunder fødselslæsion, meget vel kan søges behandlet i en kirurgisk speciallægepraksis.

Korrespondance: John Christiansen, Bülowsvej 7A, 4. th., DK-1870 Frederiksberg C. E-mail: jochr@dadlnet.dk

Antaget: 19. juni 2008  
Interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- Christiansen J, Sørensen M, Rasmussen OØ. Gracilis transposition for anal incontinence. *Brit J Surg* 1990;77:139-40.
- Baeten CGMI, Christiansen J, Madoff RD et al. Safety and efficacy of dynamic graciloplasty for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2000;43:743-51.

- Christiansen J, Lorentzen M. Implantation of artificial sphincter for anal incontinence. *Lancet* 1987;1:244-5.
- Lehur PA, Zerbib F, Neunlist M et al. Comparison of quality of life and anorectal function after artificial sphincter implantation. *Dis Colon Rectum* 2002;45:508-13.
- Matzel KE, Kamm MA, Stösser M et al. Sacral spinal nerve stimulation for faecal incontinence: multicentre study. *Lancet* 2004;363:1270-6.
- Rasmussen ØØ, Buntzen S, Sørensen M et al. Sacral nerve stimulation in fecal incontinence. *Dis Colon rectum* 2004;47:1158-63.
- Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P et al. Defecation disorders: a French population survey. *Dis Colon Rectum* 2005;49:219-27.
- Giebel GD, Lefering R, Troidl H et al. Prevalence of fecal incontinence. What can be expected. *Int J Colorect Dis* 1998;13:73-7.
- Drossman DA, Sandler RS, Broom CM et al. Urgency and fecal soiling in people with bowel dysfunction. *Dig Dis Sci* 1986;31:1221-5.
- Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993;36:77-97.
- Pescatori M, Spyrou M, d'Urso AP. A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the »iceberg diagram«. *Colorectal Disease* 2006;8:785-9.
- Kleinübing H, Pinho MSL, Ferreira LC. Longitudinal multiple rubber band ligation: an alternative method to treat mucosal prolapse of the anterior rectal wall. *Dis Colon Rectum* 2006;49:876-8.
- Ehrenpreis ED, Chang D, Eichenwald E. Pharmacotherapy for fecal incontinence: a review. *Dis Colon Rectum* 2006;50:641-9.
- Solomonj MJ, Rex J, Eysers AA et al. Biofeedback for fecal incontinence using transanal ultrasonography. *Dis Colon Rectum* 2000;43:788-91.
- Michelsen HB, Buntzen S, Krogh K et al. Rectal volume tolerability and anal pressures in patients with fecal incontinence treated with sacral nerve stimulation. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1039-44.
- Santoro GA, Eitan BZ, Pryde A et al. Open study of low-dose amitriptyline in the treatment of patients with idiopathic fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1676-82.
- Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnet J et al. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology* 2003;125:1320-9.
- Naimy N, Lindam AT, Bakka A et al. Biofeedback vs. Electrostimulation in the treatment of postdelivery anal incontinence: a randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2005;50:2040-6.

# Antiarytmisk behandling for at opretholde sinusrytmen efter konvertering af atrieflimren

## En gennemgang af et Cochrane-review

Læge Philip Osbak, læge Rikke Egede & overlæge Gorm Boje Jensen

Hvidovre Hospital, Hjerte-lunge-afdelingen

Atrieflimren (AF) forekommer hyppigt, især hos ældre. Tilstanden er ledsaget af væsentlig øget risiko for apopleksi, hjertesvigt og død, og incidensen er stigende [1]. Ubehandlet er ventrikelfrekvensen ofte væsentligt forøget, hvilket i sig selv medfører symptomer og eventuelt hjertesvigt.

Behandlingsmålene er dels at forebygge tromboemboli, dels at genskabe sinusrytmen (SR) eller alternativt at opnå en passende regulering af ventrikelfrekvensen. AF kan søges konverteret medicinsk eller med synkroniseret *direct current* (DC)-konvertering. Recidiv af AF er hyppigt forekommende. I et studie med en initial succesrate på 86% var blot 23% i sinusrytme efter et år og 16% efter to år [2].

Forsøg på konvertering har især tidligere været den almindelige praksis (rytmekontrol). Flere randomiserede kontrollerede kliniske undersøgelser (RACE og AFFIRM) har imidlertid sat spørgsmålstegn ved denne strategi. Studierne viste nemlig, at rytmekontrol ikke var frekvenskontrol overlegen mht. mortalitet, hospitalisering og et kombineret kardiovaskulært udfald [3, 4]. Nu anses de to strategier for ligeværdige, og valget af behandling bør derfor være vejledt af patientens

symptomatologi. Med de aktuelt tilgængelige antiarytmika anbefaler internationale og nationale kliniske retningslinjer, at den primære behandlingsstrategi er frekvenskontrol, men rytmekontrol, det vil sige konvertering til SR og efterfølgende behandling for at undgå recidiv, er relevant hos yngre patienter, patienter med førstegangs-AF og især hos patienter, der er symptomatiske trods relevant frekvenskontrol [2].

### Cochrane-review

Adskillige antiarytmika har været benyttet til at opretholde SR efter konvertering fra AF. Formålet med det aktuelle Cochrane-review [5] er at vurdere effekten af langvarig behandling med antiarytmika på kliniske udfald som død, emboli-forekomst, bivirkninger og tilbagefald af AF, og sekundært at sammenligne udfaldet af anvendelsen af forskellige effektive antiarytmika.

Ved en systematisk søgning i de relevante litteraturl databaser Cochrane-databasen, MEDLINE og EMBASE blev der fundet 2.576 artikler om emnet. For at blive inkluderet i dette review skulle visse kriterier være opfyldt: Kontrollerede undersøgelser publiceret frem til maj 2005, hvor alle patienter var konverteret fra AF til SR og randomiseret til enten en interventionsgruppe eller kontrolgruppe. Interventionsgruppen skulle have modtaget behandling i mindst seks måneder med et relevant antiarytmikum. 45 artikler opfyldte inklusionskriterierne. Der indgik i alt 12.259 patienter. Nogle studier var