

# Seksuel dysfunktion er hyppig hos patienter med analfistler og analfissurer

Malene Broholm<sup>1</sup>, Henrik Møller<sup>2</sup> & Ismail Gögenur<sup>2</sup>

## STATUSARTIKEL

1) Center for Perioperativ Optimering, Kirurgisk Afdeling, Herlev Hospital  
2) Kirurgisk Gastroenterologi, Roskilde og Køge Sygehuse

Ugeskr Læger  
2015;177:V11140623

Analfissurer og analfistler er hyppigt forekommende lidelser. For patienter med analfissurer er der årligt ifølge Landspatientregisteret 13.000 kontakter til danske sygehuse, og for patienter med analfistler er der årligt ca. 3.000 kontakter. Mange af disse patienter behandles også i almen praksis.

Analfistler er en abnorm kommunikation mellem analkanalen og oftest hudoverfladen, hvilket muliggør passage af fæces og flatus. De giver gener i form af sekretion, kløe og recidiverende abscesser [1]. Analfistler er oftest kryptogent deriveret, men kan også opstå på grund af inflammation, infektion, traume eller stråleskader på endetarmen [2]. Perianale abscesser og fistler kan også opstå på grund af Crohns sygdom. I et kohortestudie fandt man hos patienter med Crohns sygdom en incidensrate på 33% efter ti år og 50% efter 20 år [3].

Analfissurer udgør 15% af alle anallidelser [4]. Det er en smertefuld lidelse med stærke, skærende og krampagtige smerter ved defækation og i timerne efter. Mellem defækationerne vil der oftest være svie, kløe og lettere stikkende smerter [1]. Det er tidligere blevet dokumenteret, at analfistler og -fissurer kan medføre nedsat livskvalitet for den enkelte patient [5] og sandsynligvis kan medføre psykosocial og seksual dysfunktion [6].

Formålet med denne statusartikel var at undersøge, hvorvidt der i litteraturen rapporteres om en sammenhæng mellem disse lidelser og seksual dysfunktion.

## METODER TIL VURDERING AF SEKSUEL DYSFUNKTION EFTER KIRURGI

Til vurdering af seksual funktion har man primært benyttet spørgeskemaer og selvrapportering fra patienterne. I hhv. 1997 og 2000 kom der to validerede spørgeskemaer til vurdering af seksual funktion, og disse spørgeskemaer er de mest benyttede nationalt og internationalt. Til måling af kvinders seksuelle funktion benyttes Female Sexual Function Index (FSFI) [7] og til mænd International Index of Erectile Function (IIEF) [8]. FSFI opgøres i en skala med 19 punkter og en score fra 0 til 36. Denne score vil normalt være højere end 26,5. IIEF er en skala med 15 punkter og en score fra 0 til 30. For begge

gælder, at en høj score er relateret til bedre seksual funktion.

## SEKSUEL DYSFUNKTION EFTER OPERATION FOR ANALFISTEL

Ved en systematisk søgning i flere databaser fandt vi fem relevante studier. I et kohortestudie undersøgte man 47 kvinders seksuelle funktion efter behandling for rektovaginale fistler med obstetrisk eller kryptoglandulær ætiologi [6]. Deltagernes gennemsnitlige alder var 43 år. Efter behandling var 66% af de kurerede seksuelt aktive, hvorimod kun 34% af de ikke-kurerede var seksuelt aktive ( $p = 0,08$ ). Blandt de kvinder, der var seksuelt aktive postoperativt, oplevede en ud af fire dyspareuni. Hos de 19 kvinder, der blev kureret af behandlingen, var den gennemsnitlige FSFI-score 22. Hos de 15 kvinder, der ikke blev kureret, var den gennemsnitlige FSFI-score 20. Der fandtes dog ikke nogen signifikant forskel på FSFI-scoren i de to grupper.

I et retrospektivt kohortestudie blev seksual dysfunktion undersøgt efter kirurgisk behandling for analfistler hos 41 patienter med Crohns sygdom [9]. De blev sammenlignet med en kontrolgruppe på 51 personer. Blandt kvinderne i studiet fandt man en median-FSFI-score på 12, hvorimod kvinderne i kontrolgruppen havde en FSFI-score på 22 ( $p = 0,8$ ). Ved yderligere operation i bækkenbunden faldt FSFI signifikant. Hos de mandlige patienter fandt man ikke en IIEF, der var signifikant forskellig fra kontrolgruppens. Man fandt derimod, at IIEF blev reduceret signifikant ved risikofaktorer som længerevarende Crohns sygdom, absces og fækal inkontinens.

I et studie blev otte kvinder fulgt efter m. gracilis-transposition for recidiverende rektovaginale fistler [10]. Præoperativt var syv ud af otte seksuelt aktive. Postoperativt var fire ud af syv seksuelt aktive efter en medianfollowupperiode på 28 måneder. Af de fire oplevede én nedsat libido, og to oplevede nedsat seksual aktivitet. Den hyppigste forklaring fra disse kvinder var, at de følte sig mindre attraktive. Herudover oplevede to øget dyspareuni postoperativt.

I et retrospektivt studie [11] blev 21 kvinder behandlet for rektovaginal fistel med Martiusflap-proceduren. Den primære ætiologi i denne gruppe

var Crohns sygdom. Medianfollowupperioden var 35 måneder. Ud af de 21 inkluderede besvarede 15 FSFI-spørgeskemaet. Dette studie viste en median-FSFI på 14. Overraskende fandt man også, at der ikke var en forskel på FSFI blandt kurerede og ikkekurerede patienter.

I et prospektivt studie [12] undersøgte man 16 mænd med sfinkterskader efter operation for analfistler. Disse patienter havde alle fækal inkontinens og erektil dysfunktion. De blev alle behandlet med sfinkterplastik og fulgt i 14-22 måneder. Hos 13 patienter førte operationen til fuld fækal kontrol, og disse patienter opnåede også normal erektil funktion. De resterende tre patienter opnåede kun partiel fækal kontrol, og de havde fortsat erektil dysfunktion.

### SEKSUEL DYSFUNKTION HOS PATIENTER MED ANALFISSUR

Vores søgning resulterede i fundet af et relevant studie om analfissurer og seksuel dysfunktion. I dette prospektive studie [13] fulgte man 32 mænd med akut analfissur og 21 mænd med kronisk analfissur. De blev fulgt i en periode på 17,3 måneder, og den gennemsnitlige alder var 37 år. Alle 32 mænd med akut fissur klagede over erektil dysfunktion. Ud af de 21 mænd med kronisk analfissur havde 16 erektil dysfunktion.

De havde dog alle erektil dysfunktion i den akutte fase. Ingen af de 53 mænd havde erektil dysfunktion, før fissuren opstod.

Patienter med akutte analfissurer blev behandlet konservativt med laksantia og varme bade, og de kroniske analfissurer blev behandlet kirurgisk ved lateral sfinkterotomi. Den konservative behandling var succesfuld hos 27/32, og de resterende fem blev behandlet kirurgisk. Den erektil funktion blev normaliseret hos 30/32. Lateral sfinkterotomi kurerede 19/21, og de fik ligeledes normal erektil funktion. Patienter med persisterende fissur havde fortsat erektil dysfunktion.

### DISKUSSION

Ved litteratursøgningen var det overraskende, hvor begrænset en mængde litteratur, der findes om emnet. På trods af systematisk søgning i flere databaser fandt vi kun meget lidt, og de fundne studier var for heterogene til at give en mere overordnet forståelse for problemstillingen. Det er foruroligende, i betragtning af hvor mange patienter der potentielt er berørt af de store konsekvenser, lidelserne kan medføre.

Analfistler og særligt analfissurer er hyppigt forekommende lidelser. Studier har vist en tendens til, at rektovaginale, anovaginale og perianale fistler påvirker seksuel funktion. To studier viste overraskende en vedvarende lav FSFI-score hos kvinderne trods

lukning af fistlen. Dette kan tyde på, at en længerevarende tilstand med analfistel kan påvirke kvinders seksuelle funktion permanent. Denne observation stemmer overens med resultaterne fra et studie af livskvalitet ved fækal inkontinens, hvor der også blev påvist en varig forringet livskvalitet trods behandling af inkontinensen [14]. Evidensen er dog begrænset til få mindre studier, og disse studier er primært begrænset til undersøgelse af patienter med rektovaginale og anovaginale fistler, som kun udgør 9% af alle fistler [14]. Kun i et enkelt studie undersøgte man graden af seksuel dysfunktion hos patienter med analfissurer [13]. Studiet viste, at 100% af mændene med analfissurer og 76% af mændene med de kroniske fissurer oplevede erektil dysfunktion i den akutte fase. Studier har endvidere dokumenteret, at analfissurer kan have stor indflydelse på patienternes livskvalitet [4, 16].

I et studie undersøgte man anatomisk og fysiologisk sammenhæng mellem bulbocavernosusmusklen og den eksterne analsfinkter hos mænd [17]. Bulbocavernosusmusklen er central for erektil funktion. Studiet viste, at muskelfibre fra den eksterne analsfinkter fortsætter uafbrudt over i bulbocavernosusmusklen. Stimulation af glans penis inducerede synkron kontraktioner af bulbocavernosusmusklen og den eksterne analsfinkter med identiske aktionspotentialer. Den anatomiske og den fysiologiske undersøgelse viste således, at bulbocavernosusmusklen er en integreret del af den eksterne analsfinkter (**Figur 1**). Denne sammenhæng kan være en mulig forklaring på, at erektil funktion påvirkes ved skader på den eksterne analsfinkter. Dette kan gælde for både fissurer og transsfinkteriske fistler.

Resultaterne af disse undersøgelser understreger et behov for yderligere forskning på området. Analfistler og analfissurer optræder oftest hos yngre patienter. I alle studierne var patienter i gennemsnit < 45 år. I studiet af erektil dysfunktion blandt mænd med analfissurer var gennemsnitsalderen 37 år. Hos



#### FAKTABOKS

Analfissurer og -fistler er hyppige lidelser og udgør mere end 15% af alle anallidelser.

Disse lidelser kan have negative konsekvenser for patienters seksuelle funktion.

Næsten alle mandlige patienter med disse anallidelser oplever erektil dysfunktion.

Meget tyder på, at også kvinder med disse lidelser kan opleve seksuel dysfunktion.

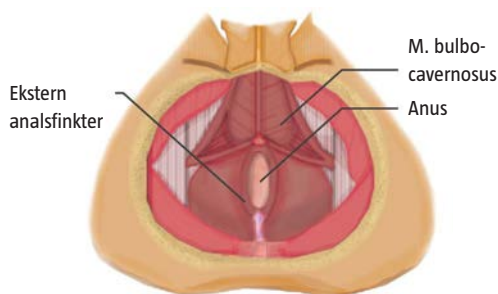
FIGUR 1

Operation for analfistel. Fistelkanalen er isoleret.



FIGUR 2

Nær relation mellem ekstern analsfinkter og m. bulbocavernosus.



kvinder har lidelserne ofte obstetrisk ætiologi. Det er derfor rimeligt at antage, at der findes en ung patientgruppe med disse lidelser og potentielt med seksuel dysfunktion. Der er dog behov for evidens for at kunne dokumentere dette.

De omtalte studier i denne statusartikel viser, at analfistler og analfissurer hos mandlige patienter øger risikoen for erektil dysfunktion. Et positivt fund var, at en succesfuld behandling i de fleste tilfælde også afhjalp erektil dysfunktion. Den rigtige og succesfulde behandling er derfor også en vigtig faktor for patienternes seksuelle funktion (Figur 2). For de kvindelige patienter er succesfuld behandling af den anale lidelse muligvis ikke altid nok. Det er derfor også vigtigt med målrettet forskning af kvindernes seksuelle funktion efter behandling af anallidelser. Den sparsomme evidens peger på et stort behov for forskning.

## SUMMARY

Malene Broholm, Henrik Møller & Ismail Gögenur:  
Sexual dysfunction is frequent in patients with anal fistulas and anal fissures  
Ugeskr Læger 2015;177:V11140623

Anal fistulas and fissures are frequent disorders. Affected patients may have significant psychosocial and sexual dysfunction. A few studies have investigated patients with anal fissures and fistulas with regard to sexual dysfunction. These studies showed a significant degree of sexual dysfunction among the affected patients. Data are surprisingly limited in this field. More studies are needed to describe this issue and to define a successful treatment for these patients.

**KORRESPONDANCE:** Malene Broholm, Center for Perioperativ Optimering, Kirurgisk Afdeling, Herlev Hospital, Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev.  
E-mail: malenebroholm87@gmail.com

**ANTAGET:** 8. januar 2015

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 23. februar 2015

**TAKSIGELSE:** Christoffer Skovgaard takkes for produktion af Figur 2.

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Qvist N. Anallidelser. I: Borgwardt A, Borre M, Elberg JJ et al, red. Kirurgi. København: FADL's Forlag, 2012:354-64.
2. Sneider EB, Maykel JA. Anal abscess and fistula. *Gastroenterol Clin North Am* 2013;42:773-84.
3. Schwartz DA, Loftus EV Jr, Tremaine WJ et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology* 2002;122:875-80.
4. Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M et al. Sphincter-sparing anal-fissure surgery: a 1-year prospective, observational, multicentre study of fissurectomy with anoplasty. *Colorectal Dis* 2013;15:359-67.
5. Adamina M, Ross T, Guenin MO et al. Anal fistula plug: a prospective evaluation of success, continence and quality of life in the treatment of complex fistulae. *Colorectal Dis* 2014;16:547-54.
6. El-Gazzaz G, Hull TL, Mignanelli E et al. Obstetric and cryptoglandular rectovaginal fistulas: long-term surgical outcome; quality of life; and sexual function. *J Gastrointest Surg* 2010;14:1758-63.
7. Rosen R, Brown C, Heiman J et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208.
8. Rosen RC, Riley A, Wagner G et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822-30.
9. Riss S, Schwameis K, Mittlbock M et al. Sexual function and quality of life after surgical treatment for anal fistulas in Crohn's disease. *Tech Coloproctol* 2013;17:89-94.
10. Lefevre JH, Bretagnol F, Maggiori L et al. Operative results and quality of life after gracilis muscle transposition for recurrent rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* 2009;52:1290-5.
11. Pitel S, Lefevre JH, Parc Y et al. Martius advancement flap for low rectovaginal fistula: short- and long-term results. *Colorectal Dis* 2011;13:112-5.
12. Shafik A. Injured external anal sphincter in erectile dysfunction. *Andrologia* 2001;33:35-41.
13. Shafik A, El-Sibai O. The anocavernosal erectile dysfunction syndrome. II Anal fissure and erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2000;12:279-83.
14. Lefevre JH, Parc Y, Giraudo G et al. Outcome of antegrade continence enema procedures for faecal incontinence in adults. *Br J Surg* 2006;93:1265-9.
15. Andreani SM, Dang HH, Grondona P et al. Rectovaginal fistula in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 2007;50:2215-22.
16. Griffin N, Acheson AG, Tung P et al. Quality of life in patients with chronic anal fissure. *Colorectal Dis* 2004;6:39-44.
17. Shafik A. Physioanatomic entirety of external anal sphincter with bulbocavernosus muscle. *Arch Androl* 1999;42:45-54.