



Torunn K. Pedersen,
spesialsykepleier/
tverrfaglig koordinator,
Universitetssykehuset
Nord-Norge HF

Mona Stedenfeldt,
BSc (Hons) MSc PhD,
leder av Nasjonal
kompetansetjeneste
for inkontinens og
bekkenbunnsykdom

Stig Norderval, MD
PhD overlege, Nasjonal
kompetanstjeneste for
inkontinens og bekken-
bunnsykdom

Anal inkontinens kan behandles

Over halvparten av pasientene ved Konservativ inkontinens-poliklinikk ble så bra at behandlingen kunne avsluttes.

Pasienter med anal inkontinens eller lekkasje fra endetarmen opplever ufrivillig lekkasje av både urin og/eller avføring. Dette er et sosialt og hygienisk problem preget av tabu og stigma. Norske studier viser at mellom 1–10 prosent er plaget med anal inkontinens avhengig av hvordan man definerer lekkasje (1–3).

Anal inkontinens er et helseproblem som påvirker både pasient og helsepersonell. Man ser at kvinner og menn med anal inkontinens isolerer seg og endrer livsstil, og at livskvaliteten deres ofte blir kraftig forringet. Mange sliter i flere år med store plager uten å få tilbud om riktig behandling på grunn av manglende kompetanse og mangel på tilrettelagte tilbud i helsetjenesten. Dette helseproblemet er til nå ofte oversett og til dels neglisjert.

Figur 1: Viser pasientalgoritme for pasienter med anal inkontinens



Anal inkontinens er egentlig et tegn eller symptom, og ikke en diagnose. Det er derfor viktig og at man finner årsaken i hvert enkelt tilfelle.

Lite koordinert behandling

Det kan være mange årsaker til anal inkontinens, for eksempel muskler, bindevev, nerver eller kognitive evner, men felles er at en eller flere mekanismer ved avføringssystemet er påvirket. Følgende grupper er i faresonen:

- › Eldre personer
- › Personer som har gjennomgått operasjoner i bekkenet
- › Kvinner med fødselsskader
- › Personer med nevrologiske sykdommer
- › Personer med tarmsykdommer som gir løs avføring
- › Personer som er blitt bestrålt i bekkenet
- › Personer som har opplevd seksuelle overgrep

Tradisjonelt har spesialitetene gynekologi, urologi, gastroenterologisk kirurgi, nevrologi og fysioterapi jobbet hver for seg og hatt sin utredning og sitt behandlingstilbud uten et strukturert

samarbeid. Dette har medført at tiltakene ofte har vært utilstrekkelige og ikke gitt gode nok resultater. Pasientene opplever ikke sjelden å bli kasteballer i helse-systemet, noe som er ressurskrevende både personellmessig og økonomisk, og ikke minst for pasienten selv.

Jobber tverrfaglig

I 2006 etablerte Universitetssykehuset Nord-Norge kompetansesenter for inkontinens og bekkenbunnsykdom (KIB). Hensikten med sentret var, og er, tverrfaglig tilnærming til pasientgruppen og fagområdet, å etablere fullstendige pasientalgoritmer, sørge for skreddersydde og riktig behandlings- og utredningsmetoder, etablere gode kliniske evalueringsverktøy og sist, men ikke minst, vektlegge forskning, nettverksbygging og informasjonsspredning. Sentret favner personer med urin- og avføringslekkasje, tømningproblemer, obstipasjon og bekkenbunnsmerter. Per i dag arbeider senteret tverrfaglig på tvers av følgende avdelinger og seksjoner: Gynekologi, nevrologi, urologi med urolog og uroterapeut, røntgen, gastrokirurgi,

Hovedbudskap

Pasienter med anal inkontinens (AI) har ufrivillig lekkasje av luft eller avføring fra endetarmen. Dette er et helseproblem som er preget av stigma og tabu, og mange pasienter opplever å ikke få tilstrekkelig hjelp i helsevesenet. Vi viser at systematisk konservativ behandling i 3–6 måneder er svært viktig tiltak hvor 55 prosent blir så bra at behandlingen kan avsluttes. Resultatene viser også at de som har kun AI responderer bedre på behandlingen enn de som har AI sammen med urininkontinens.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- › Inkontinens
- › Defekasjon
- › Urinveier

Tabell 1: Oversikt over skåringsskjemaer som kartlegger analinkontinens og mulige tilleggspolmerer

Scoringsskjema inkludert i baseline skjema	Kartlegger
St. Marks intervjukskjema	Anal inkontinens
ODSS	Defekasjonsproblem
Wexner Constipation Score	Obstipasjon
ICIQ-UI-SF	Urininkontinens
Sexual dysfunksjon	Seksuell dysfunksjon
VAS	Smerte

Tabell 2: Beskrivelse av pasientene som er ferdigbehandlet ved KIP siden 2009.

	N	%
Totalt antall behandlede pasienter	79	100
Mann	7	8.9
Kvinne	72	91.1
Problem		
Analinkontinens (AI)	58	73.4
Obstipasjon	18	22.8
Urininkontinens (UI)	26	32.9
Bekkenbunnssmerter	19	24.1
Behandling		
Bekkenbunnstrening	77	97.5
Biofeedback/elektrostimulering	14	17.7
Livsstilsamtaler	20	25.3
Medikament	33	42.8
Kostholdsveiledning	16	20.3
Do- trening	63	79.7
Antall behandlingen (mean)	4,5*	1,9*
Videre behandling		
Stomi	3	3.8
Smerteskole	4	5.1
Botox injeksjon	5	6.3
Operasjon	5	6.3
SNM	9	11.4

* Gjennomsnitt og standard avik

sykepleie og fysioterapi. Når pasientens problemer vurderes som sammensatte og kompliserte, blir de diskutert på et tverrfaglig møte før utredning og behandling avgjøres.

I 2009 ble Konservativ inkontinens-poliklinikk (KIP) startet for å bedre behandlingstilbudet til den gruppen pasienter med avføringsproblemer ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Poliklinikken ble opprettet som et ledd mellom utredning/identifisering av symptomer og kirurgi (figur 1). Konservativ behandling før kirurgi er viktig og verdifullt både for pasienter og helsetjenesten.

Etableringen og prosedyrene for behandlingstilbudet ble basert på et nært samarbeid med biofeedback-klinikken på St. Marks Hospital i London. Poliklinikken er i henhold til NICE (National Institute of Clinical Excellence) (4) guidelines for konservativ behandling av anal inkontinens. Samarbeidet med St. Marks er fortsatt opprettholdt med gjensidige utvekslingsopphold.

«Mange sliter i flere år med store plager uten å få tilbud om riktig behandling.»

I dag driftes KIP av fysioterapeut og sykepleier. I oppstarten arbeidet profesjonene sammen for å dra nytte av hverandres kunnskaper. Det ble enklere å forstå hverandres behov for assistanse ved de enkelte pasientene, og hvilke faggrupper pasienten skulle behandles av. Poliklinikken er utvidet til også å behandle tømningproblemer, obstipasjon og bekkensmerter.

Konservativ behandling

Konservativ behandling av anal inkontinens består av mange elementer. Forskning viser at de riktig konservative tiltakene vil hjelpe mange pasienter til en bedre hverdag. Det er ikke dokumentert at ett tiltak alene har effekt, men en behandlingsspakke som består av flere tiltak gir resultater. Der resultatet ikke er godt nok, viser videre forskning at man får et bedre resultat etter kirurgi der konservative tiltak er benyttet tidligere (4).

Sentralt i den konservative behandlingen er bekkenbunnstrening, og i tillegg kommer tiltak som biofeedback, elektrostimulering, medikamenter, livsstilsveiledning, kostholdsveiledning og dotrening.



Prosedyre

Personer med mistanke om følgende sykdommer bør få disse undersøkt før behandling av anal inkontinens:

- › irriterbar tarmsykdom
- › inflammatorisk tarmsykdom
- › cancer i mage/tarm
- › rektalt prolaps og hemoroider
- › fødselsskade på analsfinkters
- › andre traumer

«Mange pasienter har feil sittestilling på toalettet.»

Pasienter med anal inkontinens kan ofte ha andre problemer i tillegg: Urininkontinens, obstipasjon, tømningsproblemer og/eller smerter i bekkenbunnen. Disse bør utredes med anorektal undersøkelse, rectal compliance (hvor følsom tarmen er), ODSS, Wexner; som måler grad av avføringsproblem/obstipasjon, VAS-skår, som måler grad av smerte og røntgendefekografi; der tarmen fylles med kontrast og man ser dysfunksjoner som for eksempel prolaps.

Når pasienten er klarert for patologi, evalueres pasienten ved hjelp av et baselineskjema som inneholder spørsmål om alle relevante data samt inkluderer standardiserte skjemaer for skåring av pasienter med problemer for inkontinens og bekkenbunnssykdom. Disse skjemaene ligger tilgjengelig på <http://www.unn.no/inkontinens>.

Trenger fortrolighet

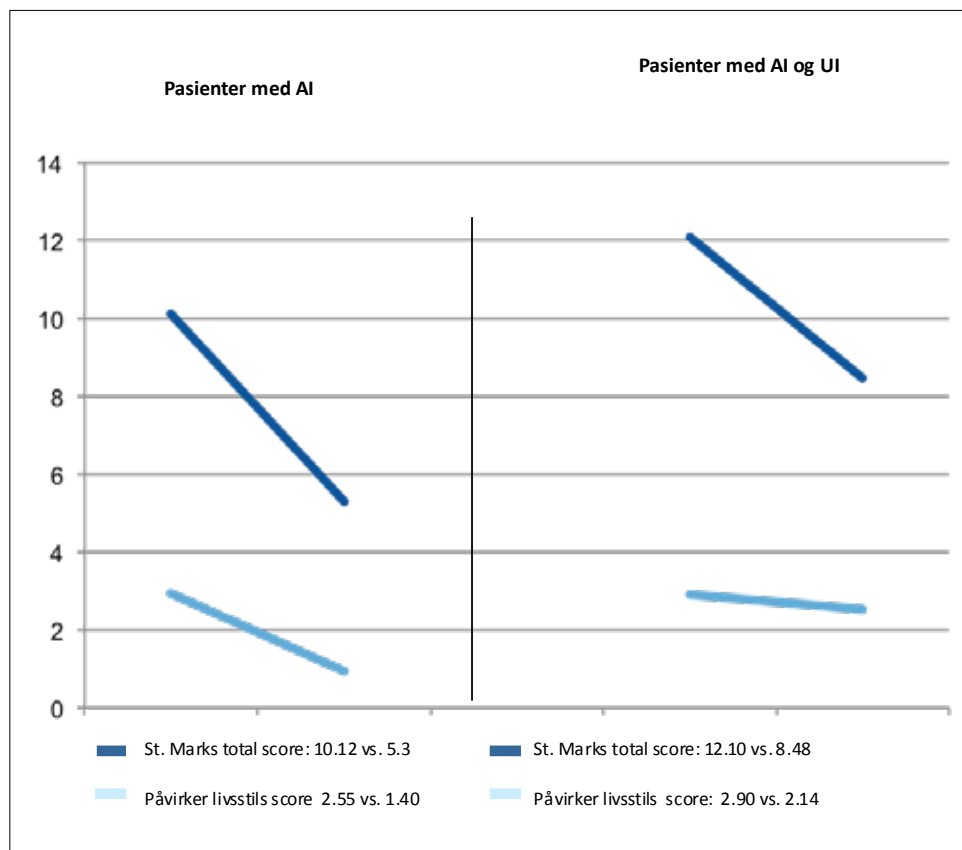
Mange pasienter har problemer med rengjøring, kosthold, spisevaner, mosjon, toalettvaner og økonomi. Pasienten skal ha individuelle tiltak.

I den konservative tilnærmingen er det viktig å vinne pasientens tillit og fortrolighet. Opplysningene fra pasienten kan være avgjørende for behandlingen, så man bør ha god tid og lytte til pasienten. Det er essensielt å kartlegge graden av anal inkontinens. Vi bruker St. Marks intervju-score, som evaluerer pasientens plager de siste fire ukene. Man kan også bruke andre evalueringsskjemaer, men det viktigste er at man benytter det samme skjemaet på pasienten, under og ved avslutning av behandlingen.

Som nevnt har pasienten ofte tilleggsproblemer som urininkontinens, smerte og så videre. Derfor er det viktig å kartlegge alle problemområdene som er omtalt i tabell 1.

For å kunne gi riktig behandling bør man palper og være nøye med å beskrive funn. Ved palpasjon undersøkes knipestyrken i den anale

Figur 2: Viser gjennomsnitt St. Marks evalueringsscore før vs. etter behandling av pasient isolert analinkontinens vs. pasienter med både analinkontinens og urininkontinens.



lukkemuskelen og graderes fra nivå 0–5, hvor 0 = ingen knip, og 5 et meget sterkt knip. Nivået forteller hva vi kan forvente av pasienten på dette tidspunktet, hvor mange sekunder knipe- og hviletid pasienten skal starte treningen med. Behandlingen baseres på resultatet av disse undersøkelsene.

I tilfeller der pasienten har problemer med å finne bekkenbunnen er biofeedback og eventuelt elektrostimulering et godt alternativ. Treningen foregår med en analprobe og et biofeedbackapparat som registrerer styrken i lukkemuskelen, eller en kontinuerlig stimulering av lukkemuskelen med strøm.

Ved lekkasje oppstår ofte sårhet i huden rundt endetarmen. Pasienten kan få hjelp av medikamenter, Imodium og Vi-Siblin. Disse medikamentene gjør avføringen fastere, og dermed lettere å holde igjen. I tillegg kan engangskluter og barrierekluter som tilfører huden en beskyttende hinne være til stor hjelp.

Sittestilling på toalettet

Det viser seg at mange pasienter har feil sittestilling på toalettet og presser for å få tømt tarmen. Det er derfor viktig å lære dem riktig stilling, og om hvordan bekkenbunnen fungerer under press. For lettere å tømme seg er det viktig at ryggen holdes rett og knærne er høyere enn hoften. Det kan ofte være nødvendig å bruke en krakk for å få til dette. Hvis man i tillegg puster med magen og slapper av vil tarmen tømme seg lettere.

Det kan også være nødvendig å gi informasjon om kosthold, fiber og drikkemengde. Det er videre viktig med dovaner, og pasienten oppfordres til å gå regelmessig på toalettet til samme tidspunkt. Det kan også være lurt å bruke en ballongsprøyte som et klyster etter tømning for å forsikre seg om at tarmen er helt tømt. Dette kan også forhindre lekkasje etter tømning.

Mange pasienter bruker bind i tilfelle lekkasje, spesielt når de er i aktivitet ute. Et annet

Tabell 3: Gjennomsnitt score av St. Marks for analinkontinens og ICIQ-UI-SF for urininkontinens før vs. etter behandling.

	Gjennomsnitt før behandling (SD)	Gjennomsnitt etter behandling (SD)	P*
Pasienter med AI	N= 58		
St. Marks total score	10.87 (5.35)	6.51 (6.05)	<0.001
St. Marks påvirker hverdagslivsskår	2.55 (1.73)	1.40 (1.70)	= 0.022
Pasienter med AI uten UI	N=34		
St. Marks total skår	10.12 (5.60)	5.3 (5.66)	<0.001
St. Marks påvirker hverdagslivsskår	2.32 (1.74))	0.94 (1.52)	<0.001
Pasienter med AI og UI	N=22		
St. Marks total skår	12.10 (4.76)	8.48(6.26)	=0.018
St. Marks total påvirker hverdagslivsskår	2.90 (1.77)	2.14 (1.74)	=0.141
ICIQ-UI-SF total skår	11.05 (3.91)	8.9 (3.94)	=0.007
ICIQ-UI –SF påvirker hverdagslivsskår	5.24 (2.30)	4.10 (2.44)	=0.023

*Statistisk test for vurdering av signifikant forskjell mellom gjennomsnitt før vs. etter utført med Paret t-test.

nyttig hjelpemiddel er anal plugg, en tampong som settes i endetarmen etter tømning. Denne kan være redning for mange og gjør det lettere å være fysisk aktiv, kle seg i lyse farger, eller oppholde seg på stranden.

Behandlingen

Etter at vi har kartlagt pasientens plager grundig, samt fysiske forhold og livsstil, får pasienten et behandlingstilbud som varer i et halvt år. Behandlingsresultatene blir vurdert underveis. Hvis det ikke er noen merkbar bedring etter tre til fire måneder, henviser vi pasienten til annen behandling.

Erfaringer ved poliklinikken viser at det er essensielt å følge opp og kontrollere pasientene under behandlingen. Pasienter med tett oppfølging blir mer motiverte og resultatet av konservativ behandling blir bedre. Tid for oppmøte eller telefonkonsultasjon avtales i samsvar med pasienten.

Resultat fra konservativ behandling

Siden oppstart i oktober 2009 har KIP evaluert alle pasienter etter behandling. De blir skåret med baseline-skjema før og etter behandling. Skjemaet inneholder alle intervjuer og skårings-skjemaer som vist i tabell 1. Våre resultater viser at det blir henvist flest kvinner (91 prosent), at 40 prosent av pasientene har urinlekkasje i tillegg til analinkontinens og at hver pasient i gjennomsnitt fikk 4,5 behandlinger (tabell 2). Resultatene viser en bedring på 50 prosent ved konservativ behandling av anal inkontinens (tabell 3). I tilfeller hvor pasienten også har urininkontinens er bedringsprosenten ikke like høy for urininkontinens (tabell 3 og figur 2). Av 58 pasienter blir 32 (55 prosent) så bra at behandlingen kan avsluttes (tabell 2).

Konklusjon

Anal inkontinens er en svært belastende tilstand for dem som rammes. Hjelpen disse pa-

sientene får i helsevesenet er ofte utilstrekkelig. Dette på tross av at man oppnår svært gode resultater med systematiske konservative tiltak. Våre resultater viser at pasientene i snitt blir 50 prosent bedre etter konservativ behandling og at hele 55 prosent blir så bra at behandlingen kan avsluttes. ■■

REFERANSER

1. Bharucha AE. Fecal incontinence. *Gastroenterology* 2003; 124(6):1672-1685.
2. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke C, Frasurek J, Myklebust I, Vonen B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian county. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(10):989-994.
3. Rommen K, Schei B, Rydning A, Sultan H, Morkved S. Prevalence of anal incontinence among Norwegian women: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2012; 2(4).
4. Norton C, Thomas L, Hill J. Management of faecal incontinence in adults: summary of NICE guidance. *BMJ* 2007; 334(7608):1370-1371.

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no