



Uroterapeut - en viktig resurs i vården



Analinkontinens – ett gömt och glömt symptom

Många studier visar ett samband mellan svårighetsgrad av analinkontinens och påverkan på livskvalitet. Helhetsperspektiv är av stor betydelse när man utreder och behandlar patienter med analinkontinens.

Definition av analinkontinens

Definitionen i Sverige anges ofta som återkommande och ofrivilliga läckage av gas, lös eller fast avföring och för individen ett socialt och hygieniskt problem. Internationellt används ofta begreppet fekal inkontinens vilket innebär läckage av enbart fast eller lös avföring. Begreppet soiling innebär ett mindre läckage ("fartränder") av slem eller avföring.

Tillfälliga besvär vid diarré med svårighet att hinna till toaletten i tid räknas inte som inkontinens.

Förekomst

Internationella studier visar en förekomst av avföringsinkontinens hos 1-3 procent av befolkningen. Bland personer äldre än 65 år rör det sig om 7-10 procent. Det föreligger sannolikt en avsevärd underrapportering på grund av tabu hos de drabbade men även på grund av att vårdgivare inte fångar symtomet.

Bakomliggande orsaker

Orsaker till analinkontinens är ofta en kombination av flera faktorer. En mer omfattande analinkontinens kan bland annat bero på;

- Skada på slutmuskel och/eller muskulatur/ligament, i bäckenbotten.
- Nedsatt känsel och/eller nedsatt vidgningsförmåga i ändtarmen.
- Bristande förmåga till muskelkontroll orsakad av neurologisk skada
- Förändringar eller sjukdomstillstånd i magtarmkanalen

Riskgrupper

Personer med

- lös avföring
- obstipation
- neurologiska sjukdomar och/eller skador
- nedsatt kognitiv förmåga
- urininkontinens
- vaginal eller rektal prolaps och svag bäckenbotten
- efter kolo- och/eller anorektal-kirurgi
- efter strålbehandling i bäckenbotten

- Svaga äldre personer
- Kvinnor efter komplicerad förlossning
- Miljö och livsstilsfaktorer, såsom biverkning av läkemedel, kroppsligt handikapp, obesitas

Diagnostik

- Hälsohistoria; framför allt inom gynekologi, urologi, neurologi, gastroenterologi, psykosocialt och sexualitet.
- Hälsostatus och kartläggning av symtom; Ett standardiserat frågeformulär och tarmdagbok kan vara till stor hjälp. Bedömning utifrån individens hälsa, förmåga till egenvård kan påverka val av utredning och behandling.
- Inspektion: lokal hudirritation, hemorrojder, slutet/öppen anus? Finns knipreflex vid beröring perianalt? Bedömning av perineums stabilitet och längd, sänkning av bäckenbotten vid kryst med eventuell prolaps.
- Palpation: vaginalt, analt och bedömning av knipförmåga
- Prokto/Rektoskopi./Koloskopi
- Laboratorieprover, till exempel TSH, blodsocker, blodvärde, F-Hb, urin och faecesodling

Specialistundersökningar:

- Endoanalt ultraljud, visar den interna och externa sfinkterns tjocklek, eventuella fistlar, ärr eller skador.
- Anorektal manometri, är en funktionskontroll av vilotonus, knipförmåga, analkanalens längd och reservoarvolym.
- Defekografi är en kontraströntgen av tömningsprocessen, påvisar anatomiska och funktionella förändringar.
- Neurofysiologiska undersökningar mäter nervimpulser och muskelaktivitet i sfinkter och bäckenbottenmuskulatur

Behandling *

Behandlingsalternativ är dels konservativ och/eller kirurgisk behandling.

- Kost och livsstilsintervention
- Läkemedel
- Bäckenbottenträning
- Bäckenbottenträning med Biofeedback
- Elektrostimulering
- Hjälpmedel
- Anal-irrigation, lavemangsteknik
- Kirurgi

Meta Gylin
Södertälje sjukhus

Eva Westling
Bäckenbottencentrum Danderyds sjukhus

Uroterapeuter med fokus på analinkontinens

** arbete pågår med framtagande av riktlinjer och rekommendationer för uroterapeutisk omvårdnad och behandling vid analinkontinens*