



National klinisk retningslinje for analinkontinens hos voksne – konservativ behandling og udredning af nyopstået fækalinkontinens efter fødsel

Quick guide

Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til at afhjælpe analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Det anbefales, at man informerer patienten om at afprøve det valgte middel systematisk dvs dagligt og i én måned. Dosering kan undervejs justeres op eller ned, hvis der er manglende virkning eller hvis der opstår bivirkninger.

Psyllium-frøskaller

Den optimale dosis for psyllium-frøskaller kendes ikke, men det er beskrevet, at den mest typiske dosis er 7,1 gr. psyllium-frøskaller. Da der findes forskellige produktnavne på markedet bør man afpasse anbefalede dosis ved at læse på fiberindhold i produktet. Det vides ikke hvor meget væske der bør indtages sammen med psyllium-frøskaller, for at undgå at psyllium-frøskaller virker for stoppende. Et væskeindtag på 1 1/2- 2 liter væske i døgnet (alt inklusiv) formodes at være passende, men bør tilpasses den enkeltes behov. Der er ikke fundet særlige bivirkninger ved psyllium-frøskaller, men et studie har vist at patienter som indtog psyllium-frøskaller overfor et placebo oplevede at maven oplevedes meget fyldt, når de tog psyllium-frøskaller. Der er desuden fundet en mulig sammenhæng mellem øget fiberindtag og øget luftdannelse og dermed øget risiko for flatusinkontinens.

Loperamid

Det er fundet at loperamid på enten til 2 mg x 2 dagligt og op til 4 mg x 3 dagligt kan mindske diarré og kan mindske inkontinens hos patienter som har fækal inkontinens i forbindelse med deres diarré. Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme.

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat.



Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens ved kronisk diarré.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Se praktiske råd om psyllium-frøskaller og loperamid i støtteteksten til første anbefaling.

Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter kirurgi for rectum cancer.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Se praktiske råd om psyllium-frøskaller og loperamid i støtteteksten til første anbefaling.

Overvej at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens opstået efter analkirurgi for benigne sygdomme.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Se praktiske råd om psyllium-frøskaller og loperamid i støtteteksten til første anbefaling.

Det er god praksis at afprøve psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Se praktiske råd om psyllium-frøskaller og loperamid i støtteteksten til første anbefaling.



Det er god praksis at afprøve psyllium-frøskaller eller laksantia, hvis analinkontinensen menes at være udløst af forstoppelse, idet der er fundet sammenhæng mellem forstoppelse og analinkontinens.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Det er vigtigt i anamnesen af patienter med analinkontinens, altid at spørge til tarmtømningsproblemer og afføringsmønster, idet forstoppelse og forringet tarmtømning er fundet at hænge sammen med analinkontinens. Patienter med forstoppelsesudløst analinkontinens bør informeres om at tage det valgte laksantia dagligt, og patienten skal informeres om, at det valgte laksantia kan doseres til ønsket konsistens.

Desuden skal patienten informeres om, at man kan kombinere flere slags laksantia, idet der kan være behov for både et peristaltikfremmende og et osmotisk laksantia.

Arbejdsgruppen forslår, at man følger op på behandling, da behandling i høj grad er baseret på, at der i anamnesen er beskrevet forstoppelse eller tarmtømningsbesvær i forbindelse med analinkontinens.

Overvej det nøje om analtømning med suppositorier eller rektal væske skal anvendes til plejehjemsbeboere. Oral laksantia bør altid forsøges inden analtømning afprøves, da der ikke er fundet bedre effekt af supplerende analtømning end oral laksantia alene.

Svag anbefaling mod

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Analtømning kan afprøves i sin mest simple form med rektale suppositorier eller rektal væske, enten i form af fosfatklyx eller vand.

Transanal irrigation udgør en mere omfattende procedure, hvor man indsætter et kateter i rectum og fylder op mod en liter vand i tarmen. Proceduren tager mellem 30-120 minutter og gennemføres dagligt eller hver anden dag efter behov. Denne procedure bør alene iværksættes i samarbejde med specialafdeling.



Det er god praksis at anal irrigation først afprøves efter anden behandling er afprøvet og at behandlingen udføres af eller i samarbejde med specialuddannet personale.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Analtømning kan afprøves i sin mest simple form med rektale suppositorier eller rektal væske, enten i form af fosfatklyx eller vand.

Transanal irrigation udgør en mere omfattende procedure, hvor man indsætter et kateter i rectum og fylder op mod en liter vand i tarmen. Proceduren tager mellem 30-120 minutter og gennemføres dagligt eller hver anden dag efter behov. Denne procedure bør alene iværksættes i samarbejde med specialafdeling.

Overvej at henvise voksne med analinkontinens til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Det anbefales at bækkenbundstræningsforløbet strækker sig over 8-16 uger for at sikre at en træningseffekt kan opnås. Desuden anbefales det, at patienten gennemfører regelmæssig hjemmetræning mindst 3 gange ugentligt, gerne dagligt.

Det kan ikke ud fra foreliggende litteratur vurderes, hvilket bækkenbundstræningsprogram som er mest effektivt. Træningen bør være individuelt tilpasset, så den tager udgangspunkt i patientens funktionsniveau. Træningsintensiteten bør progredieres i takt med at forbedringer opnås. Træningen bør tilrettelægges så den tilgodeser forbedring af muskelstyrke, dynamisk og statisk udholdenhed, samt koordination.

Det kan ikke vurderes om bækkenbundstræning suppleret med visuel eller auditiv feedback er mere effektivt end bækkenbundstræning, hvor der alene gives feedback i forbindelse med indvendig undersøgelse.



Overvej at henvise kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Det anbefales, at bækkenbundstræningsforløbet strækker sig over 8-16 uger for at sikre at en træningseffekt kan opnås. Desuden anbefales det, at patienten gennemfører regelmæssig hjemmetræning mindst 3 gange ugentligt, gerne dagligt.

Det kan ikke ud fra foreliggende litteratur vurderes, hvilket bækkenbundstræningsprogram som er mest effektivt. Træningen bør være individuelt tilpasset, så den tager udgangspunkt i patientens funktionsniveau. Træningsintensiteten bør progredieres i takt med at forbedringer opnås. Træningen bør tilrettelægges, så den tilgodeser forbedring af muskelstyrke, dynamisk og statisk udholdenhed, samt koordination.

Det kan ikke vurderes om bækkenbundstræning suppleret med visuel eller auditiv feedback er mere effektivt end bækkenbundstræning, hvor der alene gives feedback i forbindelse med indvendig undersøgelse.

Man bør have for øje at kvinder efter fødslen kan have smerter i genitalområdet, hvorfor man være tage hensyn til dette og eventuelt udsætte indvendig undersøgelse til smerterne er aftaget.

Overvej at henvise kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter fødsel til endoanalultralydsundersøgelse, idet klinisk undersøgelse alene ikke kan detektere anale sphincterskader, og fordi rekonstruktion eller anden kirurgisk behandling kan være et muligt tilbud såfremt inkontinensen skyldes en anal sphincterdefekt.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Mindre end halvdelen af kvinder med fækalinkontinens efter fødsel opsøger selv behandling. Det er derfor vigtigt, at sundhedspersonale som er i kontakt med kvinder efter en fødsel aktivt spørger ind til disse symptomer.

Såfremt der ved 8 ugers undersøgelse konstateres fækalinkontinens skal kvinden henvises til nærmeste center som både kan foretage endoanalultralydskanning samt varetage den videre behandling. Udredning og behandling af kvinder med postpartum fækalinkontinens er en højt specialiseret funktion.

Det er således specialeplanen i den pågældende region, der vil være afgørende for, hvem der står for udredning og behandling.



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for konservativ behandling af analinkontinens, samt for et udredningsspørgsmål.

Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Fokus for den nationale kliniske retningslinje er voksne over 18 år med analinkontinens. Retningslinjen omhandler borgere og patienter, hvor man har udelukket behandlingskrævende patologi og hvor der skønnes at være behov for at igangsætte en sundhedsfaglig indsats overfor problemet.

Retningslinjen omhandler ikke særskilt patienter med neurologisk sygdom, såsom MS, Mb Parkinson, eller apopleksi men disse patientgrupper er omvendt heller ikke udelukket fra retningslinjen, og samme behandlingstiltag som hos ikke-neurogen analinkontinens kan derfor afprøves på disse patientgrupper.

De rygmarskadede udgør en særlig gruppe, og de er ikke omfattet af denne retningslinje.

Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Yderligere information fra Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer (NKR), der blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016. I perioden 2017-2020 er de nationale kliniske retningslinjer blevet vurderet for behov for opdatering.

Uddybende materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk