



Analinkontinens hos voksne - konservativ behandling og udredning af nyopstået fækalinkontinens efter fødsel



National klinisk retningslinje



© Sundhedsstyrelsen, 2017. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.1

Format: PDF

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-309-7

Kontaktperson

Sundhedsstyrelsen

Islandsbrygge 67, København

NKR Sekretariat@sst.dk

+4572227400

Sponsorer / Finansiering

Sundhedsstyrelsen

Ansvarsfraskrivelse

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab. Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, således at borgere og patienter også kan orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-309-7

Version: 1.1

Indhold

Centrale budskaber	4
1 - Læsevejledning.....	12
2 - Indledning.....	14
3 - Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens	16
4 - Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia.....	26
5 - Psyllium-frøskaller versus laksantia til afhjælpning af analinkontinens udløst af forstoppelse	29
6 - Analtømning til afhjælpning af fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere.....	31
7 - Bækkenbundstræning til voksne med anal inkontinens	37
8 - Bækkenbundstræning til kvinder med anal inkontinens efter fødsel	41
9 - Udredning af fækalinkontinens hos kvinder efter fødsel	45
10 - Referenceliste	48
11 - Baggrund.....	53
12 - Implementering.....	54
13 - Monitorering	55
14 - Opdatering og videre forskning	56
15 - Beskrivelse af anvendt metode.....	57
16 - Fokuserede spørgsmål	58
17 - Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	61
18 - Søgebeskrivelse, inkl. flow chart.....	63
19 - Evidensvurderinger	64
20 - Arbejdsgruppen og referencegruppen	65
21 - Ordliste	67
Referencer	68

Centrale budskaber

1 - Læsevejledning

2 - Indledning

3 - Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens

Svag anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

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 (1). 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 (2).

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 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(3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme(3,5) .

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

Svag anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

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 (1). 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 (2).

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 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(3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme (3,5) .

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

Svag anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

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 (1). 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 (2).

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 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(3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme(3,5) .

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

Svag anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

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 (1). 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 (2).

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 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 (3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme (3,5) .

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

4 - Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia

God praksis (konsensus)

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

Det anbefales, at man informerer patienten om at afprøve det valgte middel systematisk, dvs. dagligt og i mindst 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(1). 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 psylliumfrøskaller, 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(2) .

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 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(3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme(3,5) .

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

5 - Psyllium-frøskaller versus laksantia til afhjælpning af analinkontinens udløst af forstoppelse

God praksis (konsensus) Ny

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.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

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.

6 - Analtømning til afhjælpning af fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere

Svag anbefaling mod

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.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

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.

God praksis (konsensus)

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.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

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.

7 - Bækkenbundstræning til voksne med anal inkontinens

Svag anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

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.

8 - Bækkenbundstræning til kvinder med anal inkontinens efter fødsel

Svag anbefaling Ny

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

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.

9 - Udredning af fækalinkontinens hos kvinder efter fødsel

Svag anbefaling

Overvej at henvise kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter fødsel til endoanalultral lydundersøgelse, 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.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Remark:

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 endoanalultral lydskanning 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.

10 - Referenceliste

11 - Baggrund

12 - Implementering

13 - Monitorering

14 - Opdatering og videre forskning

15 - Beskrivelse af anvendt metode

16 - Fokuserede spørgsmål

17 - Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

18 - Søgebeskrivelse, inkl. flow chart

19 - Evidensvurderinger

20 - Arbejdsgruppen og referencegruppen

21 - Ordliste

1 - Læsevejledning

Retningslinjen er bygget op i to lag:

1. Lag - Anbefalingen

Stærk anbefaling for (Grøn)

Der gives en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention

Stærk anbefaling imod (Grøn + Rød)

Der gives en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Der anvendes også en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

Svag/betinget anbefaling for (Gul)

Der gives en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag/betinget anbefaling imod (Gul + Rød)

Der gives en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Denne anbefaling anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelige at afgøre. Ligeledes anvendes den også, når det vurderes, at patientens præferencer varierer.

God praksis (Grå)

God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

Se bilag "Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer" for mere information

2. Lag – Grundlaget for anbefalingen

Klik på anbefalingen, hvis du vil vide mere om grundlaget for anbefalingen

Evidensprofilen: De samlede effektestimater samt referencer til studierne.

Sammenfatning: Overblik over samt kort gennemgang af den tilgrundliggende evidens

Kvaliteten af evidensen:

Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt

Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes

Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

- : Kort beskrivelse af gavnlige og skadelige virkninger, kvaliteten af evidensen og overvejelser om patientpræferencer.

Rationale: Beskrivelse af hvorledes de ovenstående elementer blev vægtet i forhold til hinanden og resulterede i den aktuelle anbefalings retning og styrke.

Praktiske oplysninger: Praktisk information vedrørende behandlingen og oplysninger om eventuelle særlige patientovervejelser.

Adaption: Såfremt anbefalingen er adapteret fra en anden retningslinje, findes her en beskrivelse af eventuelle ændringer.

Diskussion: Hvis du er logget ind som bruger, kan du her komme med kommentarer til specifikke anbefalinger.

Referencer: Referenceliste for anbefalingen.

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

For en hurtig og informativ intriduktion til GRADE anbefales følgende artikel G.Goldet, J.Howick. Understanding GRADE: an introduction. Journal of Evidence-Based Medicine 6 (2013) 50-54. Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org>.

Desuden henvises der til Sundhedsstyrelsens [metodehåndbog](#) for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af de Nationale Kliniske Retningslinjer.

2 - Indledning

Formål

Der er nationalt et manglende kendskab til, hvorledes borgere med analinkontinens behandles, hvilket især er fremtrædende i primærsektoren.

Formålet med denne retningslinje er derfor at øge kendskabet til, hvordan analinkontinens kan afhjælpes med simple midler. Målet er, at retningslinjen kan medvirke til, at man tilbydes afhjælpning af sin analinkontinens, uanset om man henvender sig til egen læge, til et kommunalt genoptræningscenter, er i kontakt med hjemmeplejen eller bor på plejehjem.

Det er desuden et stort ønske, at retningslinjen kan være med til at skabe fokus på analinkontinens for dermed at mindske det tabu, som omgiver analinkontinens.

Afgrænsning af patientgruppe

Den nationale kliniske retningslinje omhandler 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 rygmarvsskadede udgør en særlig gruppe, og de er ikke omfattet af denne retningslinje.

Målgruppe/bruger

Målgruppen for denne retningslinje er alle autoriserede sundhedsprofessionelle, som møder borgere og patienter med analinkontinens. Herunder praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, hjemmeplejere, plejehjemsansatte, og ansatte i hospitalssektoren. Retningslinjen kan også bruges af borgere og patienter med analinkontinens, samt af disses pårørende.

Emneafgrænsning

Den nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen.

Det er derfor ikke muligt at dække alle relevante problemstillinger vedrørende udredning eller behandling af analinkontinens i denne retningslinje, og sundhedspersonale bør være opmærksom på andre forhold end de som dækkes i retningslinjen fx. brug af medicin, kost, væskeindtag og motion kan have indflydelse på analinkontinens.

Retningslinjen berører heller ikke brug af hjælpemidler såsom bleer eller analpropper, og sundhedspersonale anbefales at sætte sig ind i gældende regler på området, når de skal rådgive borgere med analinkontinens om dette.

Fokus for denne nationale kliniske retningslinje for analinkontinens er således afgrænset til at afdække behandling med simple midler, som kan tilbydes i primærsektoren. Retningslinjen beskæftiger sig i udgangspunktet ikke med den specialiserede behandling, som tilbydes på specialafdelinger. Der er dog medtaget et udredningsspørgsmål relateret til udredning af kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter fødslen.

De fokuserede spørgsmål, som retningslinjen tager udgangspunkt i er:

- Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) til at afhjælpe analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere?
- Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin(loperamid) ved kronisk diarré udløst analinkontinens?
- Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) ved analinkontinens efter kirurgi for rectum cancer?
- Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens opstået efter anal kirurgi for benigne sygdomme?
- Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia?
- Bør man bruge psyllium-frøskaller eller laksantia til at afhjælpe analinkontinens hos kronisk forstoppede med samtidig analinkontinens?

- Kan analtømning afhjælpe fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt?
- Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos voksne?
- Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel?
- Bør kvinder med vedvarende fækalinkontinens efter fødsel tilbydes endoanal ultralydsundersøgelse?

Vedlagt som bilag til retningslinjen findes beskrivelse af de anvendte søgestrategier for søgning af hhv. guidelines, systematiske reviews og primær litteratur, samt flow-charts med begrundelser for eksklusion af ikke relevante referencer

Patientperspektivet

Kontinensforeningen, som er en patientforening for mennesker med inkontinens, har været repræsenteret i den nedsatte referencegruppe for denne kliniske retningslinje. Foreningen har herigennem haft mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdige retningslinje. Se medlemmerne af referencegruppen i afsnittet "arbejdsgruppen og referencegruppen".

Rationale for ikke at opdatere i 2017

SST har på baggrund af tilbagemeldinger fra faglige selskaber besluttet ikke at opdatere retningslinjen i 2017. Som udgangspunkt vil der tages stilling til behov for opdatering hvert tredje år.

3 - Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens

I følgende afsnit undersøges brugen af henholdsvis psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) til at afhjælp analinkontinens hos følgende patientgrupper og borgere:

- Ældre hjemmeboende borgere, der lider af analinkontinens
- Patienter og borgere med kronisk diarré medførende analinkontinens, hvor anden årsag til diarré er uret (idiopatisk)
- Patienter og borgere, som er analinkontinente efter kirurgi for rectum cancer og hvor recidiv er udelukket
- Patienter og borgere med analinkontinens opstået efter anal kirurgi for benigne sygdomme.

Oprindeligt er der spurgt selvstændigt ind til evidensen bag hvert af de fire ovenstående grupper af borgere og patienter (fokuseret spørgsmål 1-4), men da evidensgrundlaget, arbejdsgruppens overvejelser og de resulterende anbefalinger er nøjagtigt de samme for de fire grupper, afrapporterer der samlet for grupperne i dette kapitel.

Fokuseret spørgsmål 1-4:

Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) til at afhjælp analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere, der lider af analinkontinens?

Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin(loperamid) ved kronisk diarré udløst analinkontinens?

Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) ved analinkontinens efter kirurgi for rectum cancer?

Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens opstået efter anal kirurgi for benigne sygdomme?

Baggrund for valg af spørgsmål

Førstebehandlingsvalg til afhjælpning af analinkontinens er en regulering af afføringens konsistens, så afføringen bliver mere formet, og dermed bliver nemmere at holde på. Behandlingen er forbundet med få bivirkninger, lave omkostninger og kan umiddelbart iværksættes. Effekten af behandlingen kan inden for kort tid nemt evalueres.

Afføringskonsistensen kan bedres ved at tilbageholde væske i afføringen og/eller ved at dæmpe tarmperistaltikken. Dette kan ske ved hjælp af supplerende kostfibre, såsom psyllium-frøskaller, og det kan gøres ved hjælp af peristaltikdæmpende medicin(6) .

I Danmark anvendes to præparater hyppigst. Det drejer sig om psyllium-frøskaller og loperamid. Sidstnævnte anbefales internationalt fremfor andre peristaltikdæmpende præparater, på grund af få bivirkninger(7,8). Psyllium-frøskaller er et fibertilskud (sælges som naturpræparat) med få kendte bivirkninger. Der er fundet sammenhæng mellem nedsat fiberindtag og analinkontinens(9) , og det er fundet at psyllium-frøskaller kan afhjælp medicinudløst diarré. Omvendt er også fundet, at et øget fiberindtag kan medføre øget analinkontinens(6) .

Målet er derfor at undersøge, om man bør anvende psyllium-frøskaller eller loperamid til at afhjælp analinkontinens og fækalinkontinens hos en række forskellige patientgrupper og borgere.

Svag anbefaling

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

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 (1). 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 (2).

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 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(3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme(3,5).

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Voksne med analinkontinens
Intervention: Psyllium-frøskaller
Sammenligning: Loperamid

Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier, som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo(3,5,10), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo(1,2), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid(11), mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid(12). Kun studiet af Markland 2014(12) kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, hvorfor de resterende seks studier blev ekskluderet af analysen.

Studiet af Markland 2014(12) var et randomiseret kontrolleret studie med et crossover design. Hver periode varede 4 uger, hvorefter deltagerne havde en 2 ugers wash-out periode inden cross-over. I indeværende analyse blev alene data fra første periode anvendt. I studiet fandt man, at psyllium-frøskaller og loperamid havde en næsten identisk positiv effekt på antal inkontinensepisoder.

Studiet er alene publiceret som abstract og selvom arbejdsgruppen har haft adgang til data vedrørende livskvalitet, bivirkninger og ophør med behandling pga. bivirkninger, har forfatterne ikke ønsket at disse data anvendes i retningslinjen, før data er fuldt publiceret. Det er således kun muligt at rapportere data vedrørende antal inkontinensepisoder for hhv.

psyllium-frøskaller og loperamid, mens det forhåbentligt senere bliver muligt at rapportere på de resterende effektmål.

De fire patientgrupper/borgere for dette fokuserede spørgsmål er ikke ekskluderet fra studiet. Vi mener derfor, at man kan antage at patientgrupperne/borgerne er omfattet af studiet, og konkluderer i forhold til dette

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Loperamid	Psyllium- frøskaller		
Livskvalitet (QOL)					
9 Kritisk					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Forstoppelse (constipation)					
6 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Behandlingsophør pga. bivirkninger (dropout due to adverse effects)					
5 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Mavesmerter (stomach pain) ¹					
6 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Antal ugentlige inkontinensilfælde (Number of weekly incontinence episodes) Follow up 4 uger (follow-up 4 weeks)	Baseret på data fra: 73 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	4.1 (gennemsnit)	4.8 (gennemsnit)	Meget lav Et studie, brede konfidensintervaller	
		Forskelle: MD 0.7 højere (CI 95% 1.55 lavere - 2.99 højere)			

1. Udfald ikke rapporteret (Outcome not reported)

Svag anbefaling

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

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 (1). 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 (2).

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 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(3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme (3,5) .

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Voksne med analinkontinens
Intervention: Psyllium-frøskaller
Sammenligning: Loperamid

Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier, som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo(3,5,10), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo(1,2), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid(11), mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid(12) . Kun studiet af Markland 2014(12) kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, hvorfor de resterende seks studier blev ekskluderet af analysen.

Studiet af Markland 2014(12) var et randomiseret kontrolleret studie med et crossover design. Hver periode varede 4 uger, hvorefter deltagerne havde en 2 ugers wash-out periode inden cross-over. I indeværende analyse blev alene data fra første periode anvendt. I studiet fandt man, at psyllium-frøskaller og loperamid havde en næsten identisk positiv effekt på antal inkontinensepisoder.

Studiet er alene publiceret som abstract og selvom arbejdsgruppen har haft adgang til data vedrørende livskvalitet, bivirkninger og ophør med behandling pga. bivirkninger, har forfatterne ikke ønsket at disse data anvendes i retningslinjen, før data er fuldt publiceret. Det er således kun muligt at rapportere data vedrørende antal inkontinensepisoder for hhv. psyllium-frøskaller og loperamid, mens det forhåbentligt senere bliver muligt at rapportere på de resterende effektmål.

De fire patientgrupper/borgere for dette fokuserede spørgsmål er ikke ekskluderet fra studiet. Vi mener derfor, at man kan antage at patientgrupperne/borgerne er omfattet af studiet, og konkluderer i forhold til dette

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Loperamid	Psyllium- frøskaller		
Livskvalitet (QOL)					
9 Kritisk					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Forstoppelse (constipation)					
6 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Behandlingsophør pga. bivirkninger (dropout due to adverse effects)					
5 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Mavesmerter (stomach pain) ¹					
6 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Antal ugentlige inkontinensstilfælde (Number of weekly incontinence episodes) Follow up 4 uger (follow-up 4 weeks)	Baseret på data fra: 73 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	4.1 (gennemsnit)	4.8 (gennemsnit)	Meget lav Et studie, brede konfidensintervaller	
		Forskel: MD 0.7 højere (CI 95% 1.55 lavere - 2.99 højere)			

1. Udfald ikke rapporteret (Outcome not reported)

Svag anbefaling

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

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 (1). 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 (2).

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 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(3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme(3,5).

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Voksne med analinkontinens
Intervention: Psyllium-frøskaller
Sammenligning: Loperamid

Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier, som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo(3,5,10), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo(1,2), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid(11), mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid(12). Kun studiet af Markland 2014(12) kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, hvorfor de resterende seks studier blev ekskluderet af analysen.

Studiet af Markland 2014(12) var et randomiseret kontrolleret studie med et crossover design. Hver periode varede 4 uger, hvorefter deltagerne havde en 2 ugers wash-out periode inden cross-over. I indeværende analyse blev alene data fra første periode anvendt. I studiet fandt man, at psyllium-frøskaller og loperamid havde en næsten identisk positiv effekt på antal inkontinensepisoder.

Studiet er alene publiceret som abstract og selvom arbejdsgruppen har haft adgang til data vedrørende livskvalitet, bivirkninger og ophør med behandling pga. bivirkninger, har forfatterne ikke ønsket at disse data anvendes i retningslinjen, før data er fuldt publiceret. Det er således kun muligt at rapportere data vedrørende antal inkontinensepisoder for hhv.

psyllium-frøskaller og loperamid, mens det forhåbentligt senere bliver muligt at rapportere på de resterende effektmål.

De fire patientgrupper/borgere for dette fokuserede spørgsmål er ikke ekskluderet fra studiet. Vi mener derfor, at man kan antage at patientgrupperne/borgerne er omfattet af studiet, og konkluderer i forhold til dette

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Loperamid	Psyllium- frøskaller		
Livskvalitet (QOL)					
9 Kritisk					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Forstoppelse (constipation)					
6 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Behandlingsophør pga. bivirkninger (dropout due to adverse effects)					
5 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Mavesmerter (stomach pain) ¹					
6 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Antal ugentlige inkontinensstilfælde (Number of weekly incontinence episodes) Follow up 4 uger (follow-up 4 weeks)	Baseret på data fra: 73 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)	4.1 (gennemsnit)	4.8 (gennemsnit)	Meget lav Et studie, brede konfidensintervaller	
		Forskelle: MD 0.7 højere (CI 95% 1.55 lavere - 2.99 højere)			

1. Udfald ikke rapporteret (Outcome not reported)

Svag anbefaling

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

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 (1). 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 (2).

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 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 (3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme (3,5).

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Der er fundet samme effekt af psyllium-frøskaller og loperamid ift antal inkontinenstilfælde. Der er fundet en tendens til øgede bivirkninger ved loperamid, hvorfor psyllium-frøskaller anbefales som første behandlingsvalg.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav, da der kun er fundet et studie, som alene publiceret som et abstract. Studiets resultater har brede konfidensintervaller, og den fundne effekt kan derfor være usikker. Muligvis på grund af den korte publikation er randomiseringsproceduren ikke beskrevet.

Patientpræferencer

Det er uvist om patienterne foretrækker psyllium-frøskaller eller loperamid. For nogle patienter vil oplevelsen af at tage et fibertilskud være at foretrække, mens andre hellere vil have en tablet. Der vil desuden være forskel på om patienten ønsker fibertilskud i løs form eller som kapsler.

Rationale

Da effekt af psyllium-frøskaller og loperamid er ens mht antal inkontinenstilfælde, og der er tendens til at loperamid har flere bivirkninger anbefales det at psyllium-frøskaller afprøves før loperamid afprøves

Fokuseret Spørgsmål

Population: Voksne med analinkontinens
Intervention: Psyllium-frøskaller
Sammenligning: Loperamid

Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier, som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo(3,5,10), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo(1,2), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid(11), mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid(12) . Kun studiet af Markland 2014(12) kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, hvorfor de resterende seks studier blev ekskluderet af analysen.

Studiet af Markland 2014(12) var et randomiseret kontrolleret studie med et crossover design. Hver periode varede 4 uger, hvorefter deltagerne havde en 2 ugers wash-out periode inden cross-over. I indeværende analyse blev alene data fra første periode anvendt. I studiet fandt man, at psyllium-frøskaller og loperamid havde en næsten identisk positiv effekt på antal inkontinensepisoder.

Studiet er alene publiceret som abstract og selvom arbejdsgruppen har haft adgang til data vedrørende livskvalitet, bivirkninger og ophør med behandling pga. bivirkninger, har forfatterne ikke ønsket at disse data anvendes i retningslinjen, før data er fuldt publiceret. Det er således kun muligt at rapportere data vedrørende antal inkontinensepisoder for hhv. psyllium-frøskaller og loperamid, mens det forhåbentligt senere bliver muligt at rapportere på de resterende effektmål.

De fire patientgrupper/borgere for dette fokuserede spørgsmål er ikke ekskluderet fra studiet. Vi mener derfor, at man kan antage at patientgrupperne/borgerne er omfattet af studiet, og konkluderer i forhold til dette

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Loperamid	Psyllium- frøskaller		
Livskvalitet (QOL)					
9 Kritisk					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Forstoppelse (constipation)					
6 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Behandlingsophør pga. bivirkninger (dropout due to adverse effects)					
5 Vigtig					Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Mavesmerter (stomach pain) ¹					Vi fandt ingen evidens til dette outcome

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater Loperamid Psyllium- frøskaller		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
<p>6 Vigtig</p> <p>Antal ugentlige inkontinensstilfælde (Number of weekly incontinence episodes) Follow up 4 uger (follow-up 4 weeks)</p>	<p>Baseret på data fra: 73 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>4.1 (gennemsnit)</p>	<p>4.8 (gennemsnit)</p>	<p>Meget lav Et studie, brede konfidensintervaller</p>	
<p>Forskelle: MD 0.7 højere (CI 95% 1.55 lavere - 2.99 højere)</p>					

1. Udfald ikke rapporteret (Outcome not reported)

4 - Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia

Fokuseret spørgsmål 5:

Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Førstebehandlingsvalg til afhjælpning af analinkontinens er en regulering af afføringens konsistens, så afføringen bliver mere formet, og dermed bliver nemmere at holde på. Behandlingen er forbundet med få bivirkninger, lave omkostninger og kan umiddelbart iværksættes. Effekten af behandlingen kan inden for kort tid nemt evalueres.

Afføringskonsistensen kan bedres ved at tilbageholde væske i afføringen og/eller ved at dæmpe tarmperistaltikken. Dette kan ske ved hjælp af supplerende kostfibre, såsom psyllium-frøskaller, og det kan gøres ved hjælp af peristaltikdæmpende medicin(6) .

I Danmark anvendes to præparater hyppigst. Det drejer sig om psyllium-frøskaller og loperamid. Sidstnævnte anbefales internationalt fremfor andre peristaltikdæmpende præparater, på grund af få bivirkninger(7,8). Psyllium-frøskaller er et fibertilskud (sælges som naturpræparat) med få kendte bivirkninger. Der er fundet sammenhæng mellem nedsat fiberindtag og analinkontinens(9) , og det er fundet at psyllium-frøskaller kan afhjælpe medicinudløst diarré. Omvendt er også fundet, at et øget fiberindtag kan medføre øget analinkontinens(6) .

Målet er derfor at undersøge, om man bør anvende psyllium-frøskaller eller loperamid til at afhjælpe analinkontinens og fækalinkontinens hos patienter og borgere, som er analinkontinente efter strålebehandling af abdomen eller genitalia.

God praksis (konsensus)

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

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 mindst 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(1). 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 psylliumfrøskaller, 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(2).

Loperamid

Det er fundet, at loperamid i dosis 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(3,4). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme(3,5).

Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat. Det er vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ loperamid systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Der er fundet samme effekt af psylliumfrøskaller og loperamid ift. antal inkontinensstilfælde. Der er fundet en tendens til øgede bivirkninger ved loperamid, hvorfor psyllium-frøskaller anbefales som første behandlingsvalg

Kvaliteten af evidensen

Der kunne ikke findes studier, som afdækkede problemstillingen for målgruppen, idet det eneste fundne studie, der afdækkede emnet, netop ekskluderede denne målgruppe.

Patientpræferencer

Det er uvist om patienterne foretrækker psyllium-frøskaller eller loperamid. For nogle patienter vil oplevelsen af at tage et fibertilskud være at foretrække, mens andre hellere vil have en tablet. Der vil desuden være forskel på om patienter ønsker fibertilskud i løs form eller som kapsler.

Rationale

Der er i litteraturgennemgangen ikke fundet studier, der specifikt undersøger effekten af psyllium-frøskaller eller loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia.

Omvendt er der ikke fundet studier, der har fundet kontraindikationer mht. at afprøve psyllium-frøskaller eller loperamid til

patientgruppen. Det foreslås derfor som en god praksis anbefaling, at psyllium-frøskaller anvendes som førstevalg, idet der ikke er fundet særlige bivirkninger ved anvendelse af psyllium-frøskaller.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Kronisk forstoppede voksne med samtidig analinkontinens (Rome III)
Intervention: Psyllium-frøskaller
Sammenligning: Laksantia (peroral)

Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier, som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo(3,5,10), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo(1,2), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid(11), mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid(9).

Studiet af Markland 2014(12) kunne som det eneste anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, men patientgruppen for indeværende spørgsmål, patienter med analinkontinens efter strålebehandling, var ekskluderet fra studiet. Se også oversigt over de ekskluderede studier i bilag.

Da patientgruppen for det fokuserede spørgsmål (patienter med analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia) var ekskluderet fra Markland studie, kan studiets konklusioner ikke anvendes direkte overfor på denne patientgruppe, hvorfor anbefalingen er alene fremkommet ved konsensus.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Alle outcomes				Vi fandt ingen evidens der besvarede det fokuserede spørgsmål

5 - Psyllium-frøskaller versus laksantia til afhjælpning af analinkontinens udløst af forstoppelse

Fokuseret spørgsmål 6:

Bør man bruge psyllium-frøskaller eller laksantia til at afhjælpe analinkontinens hos kronisk forstoppede med samtidig analinkontinens?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Der menes at være tre årsager til forstoppelsesudløst analinkontinens:

- 1) Ophobning af afføring (Fecal Impaction), hvor der samler sig klumper af afføring i den nederste del af tarmen. Dette kan være forårsaget af fx nedsat evne til tarmtømning, fysisk inaktivitet, nedsat væskeindtag, medicinbivirkninger og/eller metaboliske sygdomme.
- 2) Mangelfuld tarmtømning, hvor der er siven af mindre mængder afføring (soiling) ofte indenfor et par timer efter toiletbesøg. Problematikken menes at have forbindelse med anal slimhindeprolaps, rectocele, eller en dyskoordineret defækation, hvor personen ikke har en passende afslapning af sin bækkenbundsmuskler under defækation.
- 3) Forringet tarmtømning pga. svaghed af bækkenbundsmusklerne herunder den anale sphincter. Man mener, at eftergivelig bækkenbund kan medvirke til forringet tarmtømning. Årsagen til en svag og eftergivelig bækkenbund er formodentlig børnefødsler og kronisk forstoppelse, hvor der er opstået skader på muskulatur, nerveforsyning og bindevæv i forbindelse med langvarig pressen (Nurko S 2011)

Formålet med dette spørgsmål er at undersøge om det er bedst at anvende Psyllium-frøskaller eller laksantia til at afhjælpe analinkontinens udløst af forstoppelse.

God praksis (konsensus)

Ny

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.

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.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Der formodes, at såvel psylliumfrøskaller som laksantia kan have positiv effekt på den forstoppelse som udløser analinkontinens. Det formodes at der ikke er større bivirkninger ved hverken laksantia eller psyllium-frøskaller.

Kvaliteten af evidensen

Der blev ikke fundet randomiserede eller observationelle studier, der kunne belyse dette fokuserede spørgsmål.

Patientpræferencer

Vi har ingen viden om variation i præferencer.

Rationale

Antallet af voksne med forstoppelsesudløst fækalinkontinens er ukendt, men flere studier har fundet sammenhæng mellem fækalinkontinens og kronisk forstoppelse. Der er således fundet, at selvrapporteret forringet tarmtømning udgør en næsten 4 gange øget (OR) risiko for rapportering af fækalinkontinens(13,14), og der er fundet en signifikant sammenhæng mellem selvrapporteret forringet tarmtømning og forekomst af fækalinkontinens(15).

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Kronisk forstoppede voksne med samtidig analinkontinens (Rome III)
Intervention: Psyllium-frøskaller
Sammenligning: Laksantia (peroral)

Sammenfatning

Der blev ud fra eksisterende guidelines, systematiske reviews eller udvidet litteratursøgning ikke fundet randomiserede eller observationelle studier, der kunne belyse dette fokuserede spørgsmål.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater Laksantia (peroral) Psyllium-frøskaller	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Alle outcomes				Vi fandt ingen evidens der besvarede det fokuserede spørgsmål

6 - Analtømning til afhjælpning af fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere

Fokuseret spørgsmål 7:

Kan analtømning afhjælpe fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Op mod halvdelen af ældre plejehjemsbeboere har problemer med at holde på afføringen (16). Årsager til afføringsinkontinens hos plejehjemsbeboere menes at være aldringsrelaterede neuromuskulære forandringer og forandringer forårsaget af co-morbiditet, herunder neurologiske lidelser inklusiv demens. Disse ændringer kan medføre ændret og ofte nedsat motilitet i tarmen, nedsat evne til at rumme afføring i tarmen, og nedsat evne til at holde på afføringen enten pga nedsat muskelfunktion eller manglende fornemmelse af tarmfyldning.

Det er typisk for plejehjemsbeboere, at de ofte ikke er helt selvhjulpne, men har behov for hjælp til personlig hygiejne. Fækalinkontinens vil derfor hos denne gruppe borgere medføre en del omkostninger relateret til dette i form af øget personaleforbrug, bleforbrug, tøjvask og rengøring.

På mange plejehjem er det fast procedure at anvende afføringsmidler. I et randomiseret studie af ældre som blev indlagt på geriatrisk afsnit, fandt man, at regelmæssig brug af oral laksantia uanset om den ældre havde et kendt inkontinensproblem eller ej mindskede forekomst af afføringsinkontinens og reducerede tidsforbrug hos plejepersonale (17).

Formålet med dette spørgsmål, er at undersøge om brug af analtømning kan mindske forekomst af afføringsinkontinens hos plejehjemsbeboere, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt.

Svag anbefaling mod

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.

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.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Plejehjemsbeboere med afføringsinkontinens, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt
Intervention: Regelmæssig anal tømning > 1 gang ugentligt
Sammenligning: Ingen analtømning

Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet et prospektivt randomiseret kontrolleret studie, der kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål (18). I studiet indgik 206 plejehjemsbeboere med mindst ugentlig fækalinkontinens og mindst et registreret tilfælde af ophobet afføring indenfor de sidste 2 måneder. Deltagerne blev randomiseret til enten oral laksantia alene eller til oral laksantia suppleret med analtømning. Follow up var 5 og 8 uger efter opstart af intervention. Man fandt at

tilføjelse af analtømning i form af glycerol suppositorier og et ugentligt vandklyx ikke havde bedre effekt på antal inkontinensepisoder end brug af oral laksantia alene.

Studiet var af meget lav kvalitet, idet der både var uklarhed vedrørende randomisering af deltagere, og et markant stort frafald, så der kun blev præsenteret resultater på 123 af de oprindeligt 206 inkluderede deltagere efter 5 ugers intervention. Opgørelse efter 8 uger var yderligere inkomplet, idet der kun blev rapporteret data for de deltagere som modtog anal tømning.

Livskvalitet, forekomst af hudgener, antal cystittilfælde, smerter ved analtømning og ophør med behandling pga bivirkninger kunne ikke belyses ud fra det fundne studie. I det fundne studie fandtes ingen forskel i antal inkontinensepisoder ved brug af oral laksantia alene versus oral laksantia med samtidig analtømning. Dog finder man ved digital undersøgelse af gruppen, som modtog anal tømning, at fuldstændig tarm tømning mindsker antal inkontinensepisoder med 35 %, og at der er 42 % færre episoder med behov for tøjvask. Man konkluderer endvidere, at tidsforbrug for plejepersonale minimeres, når der er en komplet tarm tømning. Gruppen, som ikke modtager anal tømning undersøges ikke digitalt, hvorfor det ikke vides om man ville have fundet den samme effekt hos denne gruppe.

To review artikler har ud fra den eksisterende litteratur konkluderet, at transanal irrigation er effektivt hos omkring halvdelen med fækalinkontinens (19,20), men at mellem 8-60% ophører med at anvende det igen.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
hudgener (skin problems) 6 Vigtig				Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Smerter ved anal tømning (pain during anal discharge) 6 Vigtig				Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Ophør med behandling pga bivirkninger (drop out) 6 Vigtig				Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Livskvalitet (QOL) ¹ 9 Kritisk				Vi fandt ingen evidens til dette outcome

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
<p>Antal cystittilfælde (Number of cystitis cases) ²</p> <p>6 Vigtig</p>				Vi fandt ingen evidens til dette outcome
<p>Antal tilfælde af fækalinkontinens (fecal incontinence incidences)</p>	<p>Baseret på data fra: 123 patienter i 1 studier. ³ (Randomiserede studier)</p>	<p>24 (gennemsnit)</p> <p>24 (gennemsnit)</p> <p>Forskel: MD 0 højere (CI 95% 3.94 lavere - 3.94 højere)</p>	<p>Meget lav Risiko for bias, manglende præcision</p>	

1. Udfald ikke rapporteret (Outcome not reported)
2. Udfald ikke rapporteret (Outcome not reported)
3. Systematisk oversigtsartikel [4] med inkluderede studier: Chassagne 2000. **Basalinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

God praksis (konsensus)

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.

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.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Fordelen ved analtømning er, at der er større sandsynlighed for fuldstændig tarmtømning, hvilket kan være vigtigt i forbindelse med fx hudproblemer, som forværres af fækalinkontinens.

Ulemperne ved analtømning er, at det er tidskrævende og omstændeligt, og at det for mennesker med kognitive ændringer,

muligvis kan opleves som et overgreb.

Tidsforbruget kan dog i visse tilfælde opvejes af et mindre behov for bleskift og en mulig

Kvaliteten af evidensen

Det blev fundet et studie af meget lav kvalitet.

Der er ikke fundet studier, som omhandler anvendelse af transanal irrigation til plejehjemsbeboere.

Patientpræferencer

Det er uklart om der er variation, men det formodes, at det er de færreste som umiddelbart vil ønske anal tømning, hvis orallaksantia kan afhjælpe deres fækalinkontinens.

Andre overvejelser

Transanal irrigation er en omfattende procedure, som kræver særskilt oplæring.

Rationale

Man bør kun overveje at anvende analtømning i særlige tilfælde, efter oral laksantia er afprøvet eller hvor der er særlige hensyn, som gør at laksantia ikke er tilstrækkeligt. Eksempelvis ved behov for en fuldstændig sikker tarmtømning som følge af hudproblemer, som forværres af fækalinkontinens.

Der er ikke fundet studier, der omhandler anvendelse af transanal irrigation til plejehjemsbeboere. Arbejdsgruppen anbefaler, at der henvises til specialafdeling, hvis man skønner at der er behov for transanal irrigation efter anden behandling har været afprøvet.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Plejehjemsbeboere med afføringsinkontinens, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt
- Intervention:** Regelmæssig anal tømning > 1 gang ugentligt
- Sammenligning:** Ingen analtømning

Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet et prospektivt randomiseret kontrolleret studie, der kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål (18). I studiet indgik 206 plejehjemsbeboere med mindst ugentlig fækalinkontinens og mindst et registreret tilfælde af ophobet afføring indenfor de sidste 2 måneder. Deltagerne blev randomiseret til enten oral laksantia alene eller til oral laksantia suppleret med analtømning. Follow up var 5 og 8 uger efter opstart af intervention. Man fandt at tilføjelse af analtømning i form af glycerol suppositorier og et ugentligt vandklyx ikke havde bedre effekt på antal inkontinensepisoder end brug af oral laksantia alene.

Studiet var af meget lav kvalitet, idet der både var uklare vedrørende randomisering af deltagere, og et markant stort frafald, så der kun blev præsenteret resultater på 123 af de oprindeligt 206 inkluderede deltagere efter 5 ugers intervention. Opgørelse efter 8 uger var yderligere inkomplet, idet der kun blev rapporteret data for de deltagere som modtog anal tømning.

Livskvalitet, forekomst af hudgener, antal cystittilfælde, smerter ved analtømning og ophør med behandling pga bivirkninger kunne ikke belyses ud fra det fundne studie. I det fundne studie fandtes ingen forskel i antal inkontinensepisoder ved brug af oral laksantia alene versus oral laksantia med samtidig analtømning. Dog finder man ved digital undersøgelse af gruppen,

som modtog anal tømning, at fuldstændig tarm tømning mindsker antal inkontinensepisoder med 35 %, og at der er 42 % færre episoder med behov for tøjvask. Man konkluderer endvidere, at tidsforbrug for plejepersonale minimeres, når der er en komplet tarm tømning. Gruppen, som ikke modtager anal tømning undersøges ikke digitalt, hvorfor det ikke vides om man ville have fundet den samme effekt hos denne gruppe.

To review artikler har ud fra den eksisterende litteratur konkluderet, at transanal irrigation er effektivt hos omkring halvdelen med fækalinkontinens (19,20), men at mellem 8-60% ophører med at anvende det igen.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
hudgener (skin problems) 6 Vigtig				Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Smerter ved anal tømning (pain during anal discharge) 6 Vigtig				Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Ophør med behandling pga bivirkninger (drop out) 6 Vigtig				Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Livskvalitet (QOL) ¹ 9 Kritisk				Vi fandt ingen evidens til dette outcome
Antal cystittilfælde (Number of cystitis cases) ² 6 Vigtig				Vi fandt ingen evidens til dette outcome

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Antal tilfælde af fækalinkontinens (fecal incontinence incidences)	Baseret på data fra: 123 patienter i 1 studier. ³ (Randomiserede studier)	24 (gennemsnit)	24 (gennemsnit)	Meget lav Risiko for bias, manglende præcision	
		Forskel: MD 0 højere (CI 95% 3.94 lavere - 3.94 højere)			

1. Udfald ikke rapporteret (Outcome not reported)
2. Udfald ikke rapporteret (Outcome not reported)
3. Systematisk oversigtsartikel [4] med inkluderede studier: Chassagne 2000. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

7 - Bækkenbundstræning til voksne med anal inkontinens

Fokuseret spørgsmål 8:

Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos voksne?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Bækkenbundstræning indebærer, at man på systematisk vis og ved hjælp af specifikke voluntære øvelser træner de tværstribe muskler i bækkenbunden inklusiv de tværstribe lukkemuskler omkring urinrør og endetarmsåbning mhp at mindske inkontinens. Målet med træningen er at øge muskelstyrke, muskeludholdenhed og koordination, idet der er fundet sammenhæng mellem nedsat bækkenbundsfunction og analinkontinens (21,22,23).

Der er ingen konsensus blandt fagprofessionelle omkring, hvad der er det bedste træningsregime, hverken i forhold træningsmængde eller intensitet, træningshyppighed eller længden af træningsforløbet. Træningen af bækkenbundens tværstribe muskler bør være baseret på almene træningsfysiologiske principper, og træningen skal planlægges mhp. specificitet og til progression. For at sikre specificitet dvs., at det reelt er bækkenbundsmusklerne inklusiv den ydre anale lukkemuskel, som trænes, er det vigtigt, at undersøge om personen kniber korrekt, dvs. undlader at anvende hjælpemusklener eller kommer til at anvende bugpresse.

Et studie viste, at 12% anvendte bugpresse og at 44% anvendte andre muskler i forsøget på at frembringe en bækkenbundscontraktion (24). Man bør derfor i ethvert træningsforløb foretage en indvendig undersøgelse sv. til bækkenbundsmusklerne og den anale lukkemuskel, så det sikres at bækkenbundstræningen udføres korrekt.

Hvis patienten skal opnå en optimal effekt af sin træning, skal denne justeres i træningsforløbet, så der hele tiden er en grad af "overload" i forbindelse med træningen uden at dette påvirker kvaliteten af træningen.

En vigtig faktor relateret til bækkenbundstræning er at øge bevidstheden om at anvende sine bækkenbundsmuskler til at aflukke åbningerne i bækkenbunden, når bugtrykket stiger, og når der er yderligere behov for at holde tilbage for tarmluft eller afføring. Der lægges derfor særlig vægt på træning af koordination, udholdenhed og knibehastighed hos mennesker med analinkontinens (25)

Netop på grund af disse særlige behov tilbydes bækkenbundstræning til afhjælpning af analinkontinens ofte sammen med et redskab, dvs. en eller anden form for biofeedback, som kan være behjælpelig med at aflæse om patienten udfører træningen korrekt, og som kan give patienten feedback på træningen. Der er i litteraturen beskrevet forskellige former for bækkenbundstræning under betegnelsen biofeedback træning fx i form af EMG biofeedback, manometrisk biofeedback, ballontræning og anal ultralyd. De fleste programmer har samtidig foreskrevet bækkenbundstræning uden biofeedback sideløbende med biofeedback træningen.

På trods af, at der anvendes forskellige feedback redskaber er det fortsat usikkert om bækkenbundstræning udført sammen med feedback har signifikant bedre effekt end individuelt superviseret bækkenbundstræning (27, 26, 28). Da det desuden er usikkert, om der kan tilbydes biofeedback til alle patienter med analinkontinens i primærsektoren, har vi valgt at se på bækkenbundstræning som en fælles betegnelse for enhver form for individuelt superviseret bækkenbundstræning, hvor der foretages en indvendig undersøgelse af muskelfunctionen i forbindelse med træningen.

Formålet med de fokuserede spørgsmål er at undersøge om individuelt superviseret bækkenbundstræning tilbudt med eller uden et hjælperedskab kan afhjælpe analinkontinens hos henholdsvis voksne med analinkontinens generelt.

Svag anbefaling

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

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.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Bækkenbundstræning er en sikker intervention og skadevirkninger vurderes at være få og milde. Den positive effekt af interventionen vurderes at være større end eventuelle gener.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav. Der er fundet manglende blinding af behandler og patient, problemer med randomiseringsprocedurer, samt inkomplette data.

Patientpræferencer

Det vurderes, at de fleste patienter vil ønske at afprøve interventionen, men nogle patienter vil afstå fra det.

Andre overvejelser

Det bør være specialuddannet sundhedspersonale som varetager interventionen, og det anbefales at patientens knibefunktion undersøges ved en indvendig undersøgelse i forbindelse med bækkenbundstræningen for at sikre at patienten udfører træningen korrekt.

Rationale

Da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning og der ikke er beskrevet bivirkninger ved behandlingen, bør man, for at afhjælpe analinkontinens hos voksne, overveje at henvise til individuelt superviseret bækkenbundstræning.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Voksne med analinkontinens
Intervention: Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/- Biofeedback)
Sammenligning: Ingen superviseret bækkenbundstræning

Sammenfatning

I evidensgrundlaget indgik 4 randomiserede kontrollerede studier som alle var af lav kvalitet. I litteratursøgningen blev yderligere 19 (20) studier fundet. Disse studier blev ekskluderet fra analysen, da de ikke indeholdte relevante comparisons, eller ikke rapporterede anvendelige data. Oversigt over disse studier med baggrund for eksklusion af de enkelte studier findes som bilag.

To af de 4 inkluderede studier viste en lille, men positiv effekt af bækkenbundstræning (26,29), mens de resterende studier ikke kunne finde forskel i antal inkontinensepisoder efter individuelt superviseret bækkenbundstræning sammenlignet med ikke-individuelt superviseret bækkenbundstræning. Begge studier havde inkluderet en et års opfølgning, som viste fortsat positiv effekt af intervention overfor kontrolgruppen. De fire studier havde hovedsageligt kvinder inkluderet, men det formodes at effekten af bækkenbundstræning er ens uanset køn.

I det største af de fire studier (Norton 2003, n= 171, 159 kvinder) sammenlignede man bækkenbundstræning med og uden biofeedback overfor livsstilsrådgivning uden bækkenbundstræning. Studiet var veldesignet, men havde svagheder vedrørende blinding af behandlere og undersøgere af effekt. Studiet af Heymen 2009 inkluderede 168 (83 ud af de 108 som modtog bækkenbundstræning var kvinder) og undersøgte effekten af superviseret bækkenbundstræning tilbudt sammen med manometrisk biofeedback versus verbalt instrueret bækkenbundstræning. I studiet fandt man positiv effekt på antal ugentlige inkontinensstilfælde. Studiet var af lav kvalitet, især pga. af store frafald, og havde desuden svagheder omkring inklusions- og randomiseringsforløbet.

Et fransk studie(30) med 157 deltagere sammenlignede individuelt superviseret biofeedback med livsstilsrådgivning uden bækkenbundstræning. Studiet fandt ingen forskel i effekt i forhold til antal ugentlige inkontinensepisoder mellem grupperne, men studiet havde et stort frafald i træningsgruppen, og inkomplet rapportering af data for begge grupper.

Et svensk studie(31), der alene er publiceret som et abstract, randomiserede 65 kvinder til hhv. 2 måneders livsstilsrådgivning eller 4-6 måneders biofeedback træning, hvorefter begge grupper fortsatte med en kombinationsbehandling. Begge grupper havde alene positiv effekt af kombinationsbehandlingen. Data fra studiet er ikke publiceret på en sådan måde, at de kan anvendes i analysen.

Det var ikke muligt ud fra de inkluderede studier at opgøre data på livskvalitet, idet data ikke blev rapporteret på en måde at de kunne analyseres. Vi fandt ingen data vedrørende smerter ved bækkenbundstræning, mens frafald kunne opgøres ud fra 3 studier.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Frafald (dropout) 6 Vigtig	Relative risiko 1.15 (CI 95% 0.57 - 2.3) Baseret på data fra 496 patienter i 3 studier. (Randomiserede studier)	200 per 1.000	230 per 1.000	Meget lav Risiko for bias samt bredt konfidensinterval	
Smerter (pain) 6 Vigtig		Forskelle: 30 flere per 1.000 (CI 95% 86 færre - 260 flere)			
Livskvalitet - (QOL)					

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
<p>9 Kritisk</p> <p>Antal daglige inkontinensstilfælde (No. of daily incontinence episodes)</p> <p>Antal ugentlige inkontinensstilfælde (No. of weekly incontinence episodes)</p> <p>Antal dage per uge med inkontinens (No. of days per week with incontinence)</p>	<p>Baseret på data fra: 92 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p> <p>Baseret på data fra: 140 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p> <p>Baseret på data fra: 93 patienter i 1 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>0.7 (gennemsnit)</p> <p>0.8 (gennemsnit)</p> <p>Forskel: MD 0.1 højere (CI 95% 0.39 lavere - 0.59 højere)</p> <p>1 (gennemsnit)</p> <p>0 (gennemsnit)</p> <p>Forskel: MD 1 lavere (CI 95% 1.66 lavere - 0.34 højere)</p> <p>1.6 (gennemsnit)</p> <p>0.83 (gennemsnit)</p> <p>Forskel: MD 0.77 lavere (CI 95% 1.48 lavere - 0.06 lavere)</p>	<p>Lav Kun et studie og der er frafald samt manglende blinding</p> <p>Lav Kun et studie og manglende blinding</p> <p>Meget lav Kun et studie med unklar allokation concealment, manglende blinding, stort frafald</p>	<p>Sammendrag</p>

8 - Bækkenbundstræning til kvinder med anal inkontinens efter fødsel

Fokuseret spørgsmål 9:

Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Bækkenbundstræning indebærer, at man på systematisk vis og ved hjælp af specifikke voluntære øvelser træner de tværstribe muskler i bækkenbunden inklusiv de tværstribe lukkemuskler omkring urinrør og endetarmsåbning mhp at mindske inkontinens. Målet med træningen er at øge muskelstyrke, muskeludholdenhed og koordination, idet der er fundet sammenhæng mellem nedsat bækkenbundsfunktion og analinkontinens(21-23) .

Der er ingen konsensus blandt fagprofessionelle omkring, hvad der er det bedste træningsregime, hverken i forhold til træningsmængde eller intensitet, træningshyppighed eller længden af træningsforløbet. Træningen af bækkenbundens tværstribe muskler, bør være baseret på almene træningsfysiologiske principper, og træningen skal planlægges mhp. specificitet og til progression. For at sikre specificitet dvs., at det reelt er bækkenbundsmusklerne inklusiv den ydre anale lukkemuskel, som trænes, er det vigtigt, at undersøge om personen kniber korrekt, dvs. undlader at anvende hjælpemusklener eller kommer til at anvende bugpresse.

Et studie viste, at 12% anvendte bugpresse og at 44% anvendte andre muskler i forsøget på at frembringe en bækkenbundskontraktion(24). Man bør derfor i ethvert træningsforløb foretage en indvendig undersøgelse sv. til bækkenbundsmusklerne og den anale lukkemuskel, så det sikres at bækkenbundstræningen udføres korrekt.

Hvis patienten skal opnå en optimal effekt af sin træning, skal denne justeres i træningsforløbet, så der hele tiden er en grad af "overload" i forbindelse med træningen uden at dette påvirker kvaliteten af træningen.

En vigtig faktor relateret til bækkenbundstræning er at øge bevidstheden om at anvende sine bækkenbundsmuskler til at aflukke åbningerne i bækkenbunden, når bugtrykket stiger, og når der er yderligere behov for at holde tilbage for tarmluft eller afføring. Der lægges derfor særlig vægt på træning af koordination, udholdenhed og knibehastighed hos mennesker med analinkontinens(25) .

Netop på grund dette særlige behov tilbydes bækkenbundstræning til afhjælpning af analinkontinens ofte sammen med et redskab, dvs. en eller anden form for biofeedback, som kan være behjælpelig med at aflæse om patienten udfører træningen korrekt, og som kan give patienten feedback på træningen. Der er i litteraturen beskrevet forskellige former for bækkenbundstræning under betegnelsen biofeedback træning fx i form af EMG biofeedback, manometrisk biofeedback, ballontræning og anal ultralyd. De fleste programmer har samtidig foreskrevet bækkenbundstræning uden biofeedback sideløbende med biofeedback træningen.

På trods af, at der anvendes forskellige feedback redskaber er det fortsat usikkert om bækkenbundstræning udført sammen med feedback har signifikant bedre effekt end individuelt superviseret bækkenbundstræning(26-28). Da det desuden er usikkert, om der kan tilbydes biofeedback til alle patienter med analinkontinens i primærsektoren, har vi valgt at se på bækkenbundstræning som en fælles betegnelse for enhver form for individuelt superviseret bækkenbundstræning, hvor der foretages en indvendig undersøgelse af muskelfunktionen i forbindelse med træningen.

Formålet med de fokuserede spørgsmål er at undersøge om individuelt superviseret bækkenbundstræning tilbudt med eller uden et hjælperedskab kan afhjælpe analinkontinens kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel.

Svag anbefaling

Ny

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

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.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Bækkenbundstræning er en sikker intervention og skadevirkninger vurderes at være få og milde. Den positive effekt af interventionen vurderes at være større end eventuelle gener.

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er meget lav. Der er fundet manglende blinding af behandler og patient, problemer med randomiseringsprocedurer, samt inkomplette data. Der kan desuden være tale om indirectness, idet studierne ikke er udført på kvinder lige efter fødsel.

Patientpræferencer

Det vurderes, at de fleste patienter vil ønske at afprøve interventionen, men nogle patienter vil afstå fra det.

Andre overvejelser

Det bør være specialuddannet sundhedspersonale, som varetager interventionen, og det anbefales, at patientens knibefunktion undersøges ved en indvendig undersøgelse i forbindelse med bækkenbundstræningen for at sikre at patienten udfører træningen korrekt.

Rationale

Da der er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning og der ikke er beskrevet bivirkninger ved behandlingen, bør man overveje at henvise kvinder med analinkontinens opstået efter fødsel til individuelt superviseret bækkenbundstræning.

Fokuseret Spørgsmål

Population:	Kronisk forstoppede voksne med samtidig analinkontinens (Rome III)
Intervention:	Psyllium-frøskaller
Sammenligning:	Laksantia (peroral)

Sammenfatning

I evidensgrundlaget indgik 4 randomiserede kontrollerede studier som alle var af lav kvalitet. I litteratursøgningen blev yderligere 19 (20) studier fundet. Disse studier blev ekskluderet fra analysen, da de ikke indeholdte relevante sammenlignelige behandlingsmetoder, eller ikke rapporterede anvendelige data. Oversigt over disse studier med baggrund for eksklusion af de enkelte studier findes som bilag.

To af de 4 inkluderede studier viste en lille men signifikant effekt af bækkenbundstræning(26,29), mens de resterende studier ikke kunne finde forskel i antal inkontinensepisoder efter individuelt superviseret bækkenbundstræning sammenlignet med ikke individuelt superviseret bækkenbundstræning. Begge studier havde inkluderet en et års opfølgning, som viste fortsat positiv effekt af intervention overfor kontrolgruppen. De fire studier havde hovedsageligt kvinder inkluderet, men det formodes at effekten af bækkenbundstræning er ens uanset køn.

I det største af de fire studier(26) (Norton 2003, n= 171, 159 kvinder) sammenlignede man bækkenbundstræning med og uden biofeedback overfor livsstilsrådgivning uden bækkenbundstræning. Studiet var veldesignet, men havde svagheder vedrørende blinding af behandlere og undersøgere af effekt. Studiet af Heymen 2009(29) inkluderede 168 (83 ud af de 108 som modtog bækkenbundstræning var kvinder) og undersøgte effekten af superviseret bækkenbundstræning tilbudt sammen med manometrisk biofeedback versus verbalt instrueret bækkenbundstræning. I studiet fandt man positiv effekt på antal ugentlige inkontinensstilfælde. Studiet var af lav kvalitet, især pga. af store frafald, og havde desuden svagheder omkring inklusions- og randomiseringsforløbet.

Et fransk studie(30) med 157 deltagere sammenlignede individuelt superviseret biofeedback med livsstilsrådgivning uden bækkenbundstræning. Studiet fandt ingen forskel i effekt i forhold til antal ugentlige inkontinensepisoder mellem grupperne, men studiet havde et stort frafald i træningsgruppen, og inkomplet rapportering af data for begge grupper.

Et svensk studie(31), der alene er publiceret som et abstract, randomiserede 65 kvinder til hhv. 2 måneders livsstilsrådgivning eller 4-6 måneders biofeedback træning, hvorefter begge grupper fortsatte med en kombinationsbehandling. Begge grupper havde alene positiv effekt af kombinationsbehandlingen. Data fra studiet er ikke publiceret på en sådan måde, at de kan anvendes i analysen.

Det var ikke muligt ud fra de inkluderede studier at opgøre data på livskvalitet, idet data ikke blev rapporteret på en måde at de kunne analyseres. Vi fandt ingen data vedrørende smerter ved bækkenbundstræning, mens frafald kunne opgøres ud fra 3 studier.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Laksantia (peroral)	Psyllium- frøskaller		
Frafald (Dropout) 6 Vigtig	Relative risiko 1.15 (CI 95% 0.57 - 2.3) Baseret på data fra 496 patienter i 3 studier.	200 per 1.000	230 per 1.000	Meget lav Risk of bias samt bredt konfidentsinterval	
		Forskelle: 30 flere per 1.000 (CI 95% 86 færre - 260 flere)			
Smerter (Pain)					Ingen data

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater Laksantia (peroral) Psyllium- frøskaller		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
6 Vigtig					
Livskvalitet (Quality of life)					Ikke muligt at lave meta-analyse
9 Kritisk					
Antal daglige inkontinensstilfælde (No. of daily incontinence episodes)	Baseret på data fra: 92 patienter i 1 studier.	0.7	0.8	Lav Kun et studie og der er frafald samt manglende blinding	
Antal ugentlige inkontinensstilfælde (No. of weekly incontinence episodes)	Baseret på data fra: 140 patienter i 1 studier.	1	0	Lav Kun et studie og manglende blinding	
Antal dage per uge med inkontinens (No. of days per week with incontinence)	Baseret på data fra: 93 patienter i 1 studier.	1.6	0.83	Meget lav Kun et studie med unclear allokation concealment, manglende blinding, stort frafald	

9 - Udredning af fækalinkontinens hos kvinder efter fødsel

Fokuseret spørgsmål 10:

Bør kvinder med vedvarende fækalinkontinens efter fødsel tilbydes endoanal ultralydsundersøgelse?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Incidenten for erkendt obstetrisk anal sphincter ruptur (OASIS) årligt i Danmark ligger på 3,6% (DSOG, SST 2009). Risikoen for OASIS er størst blandt førstegangsfødende kvinder, men mors alder (> 35 år), barnets vægt (> 4000 gr), manglende overblik over mellemkødet under fødslen, uregelmæssig hovedstilling, instrumentel forløsning og forlænget presseperiode er fundet at øge risikoen for OASIS (DSOG guideline).

Oftest diagnosticeres OASIS ved fødslen, men det er beskrevet at skaderne kan overses eller fejl-diagnosticeres, så kvinden reelt har en "okkult sphincter ruptur". Betydningen af disse okkulte OASIS er usikker, da hovedparten af disse skader er mindre skader set ved en ultralydsscanning hos kvinder uden symptomer.

Der findes ikke danske tal på, hvor mange kvinder som har en okkult OASIS. Et internationalt systematisk review fra 2007 fandt ud fra 19 studier en incidens på 29,2% (Johnson 2007), og selvom det synes højt, må man må formode, at danske tal ligger på samme niveau. Hver tredje kvinde som pådrager sig en OASIS vil udvikle analinkontinens i en eller anden grad, ligesom kvinder uden OASIS kan have analinkontinens efter en fødsel. Det er relevant at udspørge alle kvinder som har født vaginalt om symptomer på analinkontinens (Oberwalder 2004).

OASIS er i et stort systematisk review fundet at udgøre den største risiko for udvikling af fækalinkontinens postpartum (Bols 2011), og blandt kvinder som udviklede fækalinkontinens senere i livet, fandt man at 71% havde defekter i deres anale sphinter (Oberwalder M 2004).

Danske kvinder tilbydes en 8 ugers opfølgning efter fødslen hos praktiserende læge. Hvis udenlandske tal kan overføres til danske forhold, vil omkring 4% af de vaginalt fødende kvinder rapportere fækalinkontinens efter fødslen (MacArthur C 1997), og der vil være en signifikant sammenhæng mellem dette og OASIS (Bols 2011).

Spørgsmålet er om en digital undersøgelse af anal sphincter (rektal eksploration) kan afdække mulige anal sphincterskader hos disse kvinder eller om kvinder med nyopstået fækalinkontinensen efter vaginal fødsel bør henvises til specialiseret udredning mhp. endoanal ultralydsscanning.

Svag anbefaling

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.

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.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Fordelen ved endoanalultralydsundersøgelse er, at det er en hurtig og meget lidt invasiv undersøgelse med høj sensitivitet og specificitet. Undersøgelsen er risikofri og medfører ikke større ubehag. Ulempen ved undersøgelsen er at den kræver henvisning til specialafdeling.

Kvaliteten af evidensen

De fundne to studier er af lav kvalitet med svagheder især vedr. manglende blinding af undersøgere. Den samlede kvalitet af evidensen er derfor meget lav.

Patientpræferencer

Kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter vaginal fødsel vil sandsynligvis ville ønske en endoanal ultralydsundersøgelse mhp. størst diagnostisk sikkerhed for årsagen til deres fækalinkontinens.

Andre overvejelser

Selvom endoanal ultralydsundersøgelse er en mindre undersøgelse, kræver udførelse og tolkning af undersøgelsen specialiseret personale. Der må påregnes 38 / 68 ressourcer til uddannelse af personale i denne type specialiseret ultralydsscanning.

Rationale

I de to inkluderede studier har man fundet at digital rektal undersøgelse i bedste fald kan finde mellem 82-87% af anal sphincterdefekter (39) og i værste fald knap 40% af defekterne, sammenlignet med endoanal ultralydsscanning (38). Rektal eksplorationen har størst diagnostisk sikkerhed ved større defekter.

I begge studier er undersøgelse foretaget af klinikere tilknyttet en specialafdeling, og man kan forestille sig at mindre erfarne undersøgere vil opnå dårligere resultater.

Vil man undersøge om skade på anal sphincter kan være den tilgrundliggende årsag til fækalinkontinens efter en fødsel, bør kvinden derfor henvises til endoanal ultralydsundersøgelse på en specialafdeling.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Kvinder med fækalinkontinens opstået efter fødsel uden kendt ruptur af anal lukkemuskel (m. sphincter ani)
- Intervention:** Ultralydsundersøgelse
- Sammenligning:** Klinisk undersøgelse

Sammenfatning

Der indgik to studier i evidensgrundlaget. Begge studier sammenlignede digital rektal undersøgelse med endoanal ultralydsscanning.

I det ene studie (38) indgik 312 deltagere (90% kvinder, middel alder 59 år). Studiet var en del af et større prospektivt studie, hvor man undersøgte effekten af bækkenbundstræning til patienter med fækalinkontinens. Studiet viste både lav sensitivitet og specificitet for digital rektal undersøgelse ved anal lukkemuskeldefekter på < 150 grader sammenlignet med endoanal ultralyd, mens det var muligt at klassificere store defekter (totale rupturer) 100% korrekt.

I det andet studie (39) indgik alene kvinder (n= 74, median alder 58 år). Studiet var retrospektivt, og man gennemgik journaler på patienter med fækalinkontinens, som var blevet ultralydsscannet efter en digital rektal undersøgelse. Studiet viste god sensitivitet, men lav specificitet for digital rektal undersøgelse sammenlignet med endoanal ultralyd.

Begge inkluderede studier vurderes til at være af lav kvalitet pga manglende blinding af undersøgere. .

Det var ikke muligt at beregne en samlet sensitivitet og specificitet på baggrund af resultaterne fra de to studier grundet stor heterogenitet.

To studier blev ekskluderet i analysen, da undersøgelse omhandlede anvendelsen af ultralyd i den primære diagnostik af OASIS umiddelbart postpartum mhp. at forebygge okkulte OASIS og på længere sigt fækalinkontinens (Faltin 40,41)

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
Sensitivitet (sensitivity) ¹	Målt med: Spændvidde fra 44 % til 87% Baseret på data fra: 386 patienter i 2 studier. (Observationelle studier)		Meget lav Ublindede studier, med meget stor forskul i resultat. Ikke muligt at beregne sensitivitet ud fra data	
Specificitet (specificity) ²	Målt med: Spændvidde fra 30% til 79% Baseret på data fra: 386 patienter i 2 studier. (Observationelle studier)		Meget lav Ublindede studier, med meget stor forskul i resultat. Ikke muligt at beregne gennemsnitlige sensitivitet ud fra data	

1. Range 44% til 87%

2. Range 30% to 79%

10 - Referenceliste

- (1) Bliss DZ, Jung HJ, Savik K, Lowry A, LeMoine M, Jensen L, et al. Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence. *Nurs Res* 2001 Jul-Aug;50:203-213.
- (2) Bliss DZ, Savik K, Jung HJ, Whitebird R, Lowry A. 3400503; Symptoms associated with dietary fiber supplementation over time in individuals with fecal incontinence. *Nurs Res* 2011;60:558-67.
- (3) Read M, Read NW, Barber DC, Duthie HL. Effects of loperamide on anal sphincter function in patients complaining of chronic diarrhea with fecal incontinence and urgency. *Dig Dis Sci* 1982;27:807-814.
- (4) Cann PA, Read NW, Holdsworth CD, Barends D. Role of loperamide and placebo in management of irritable bowel syndrome (IBS). *Dig Dis Sci* 1984;29:239-247.
- (5) Sun WM, Read NW, Verlinden M. Effects of loperamide oxide on gastrointestinal transit time and anorectal function in patients with chronic diarrhoea and faecal incontinence. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:34-38.
- (6) Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. 5th International Consultation on Incontinence. Paris, France: ICUDEAU, 2013. p. 1913.
- (7) Gattuso JM, Kamm MA. Adverse effects of drugs used in the management of constipation and diarrhoea. *Drug Saf* 1994;10:47-65.
- (8) Omar MI, Alexander CE. Drug treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD002116.
- (9) Markland AD, Richter HE, Burgio KL, Bragg C, Hernandez AL, Subak LL. Fecal incontinence in obese women with urinary incontinence: prevalence and role of dietary fiber intake. *Obstet Gynecol* 2009;200:566 e1-6.
- (10) Hallgren T, Fasth S, Delbro DS, Nordgren S, Oresland T, Hulten L. Loperamide improves anal sphincter function and continence after restorative proctocolectomy. *Dig Dis Sci* 1994;39(12):2612-2618.
- (11) Lauti M, Scott D, Thompson-Fawcett MW. Fibre supplementation in addition to loperamide for faecal incontinence in adults: a randomized trial. *Colorectal Dis* 2008;10(6):553-562.
- (12) Markland AD. Fiber or Imodium Prescription (Rx) Management for Bowel Incontinence. Fiber or Imodium Prescription (Rx) Management for Bowel Incontinence: The FIRM Randomized Clinical Trial *Gastroenterology* 2014;146(5):S154-

S155.

(13) Kalantar JS, Howell S, Talley NJ. Prevalence of faecal incontinence and associated risk factors; an underdiagnosed problem in the Australian community? *Med J Aust* 2002;176:54-57.

(14) Bharucha AE, Seide BM, Zinsmeister AR, Melton LJ, 3. 2536490; Relation of bowel habits to fecal incontinence in women. *Am J Gastroenterol* 2008 Jun;103:1470-1475.

(15) Damon H, Guye O, Seigneurin A, Long F, Sonko A, Faucheron JL, et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroenterol Clin Biol* 2006;30:37-43.

(16) Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004;126:S3-7.

(17) Ryan D, Wilson A, Muir TS, Judge TG. The reduction of faecal incontinence by the use of "Duphalac" in geriatric patients. *Curr Med Res Opin* 1974;2:329-333.

(18) Chassagne P, Jegou A, Gloc P, Capet C, Trivalle C, Doucet J, et al. Does treatment of constipation improve faecal incontinence in institutionalized elderly patients? *Age Ageing* 2000;29(2):159-164.

(19) Tod AM, Stringer E, Lavery C, Dean J, Brown J. Rectal irrigation in the management of functional bowel disorders: a review. *Br J Nurs* 2007;16:858-864.

(20) Christensen P, Krogh K. Transanal irrigation for disordered defecation: a systematic review. *Scand J Gastroenterol* 2010 May;45:517-527.

(21) Otto SD, Clewing JM, Grone J, Buhr HJ, Kroesen AJ. Repeatability of anorectal manometry in healthy volunteers and patients. *J Surg Res* 2013;185:e85-92.

(22) Lam TJ, Kuik DJ, Felt-Bersma R. Anorectal function evaluation and predictive factors for faecal incontinence in 600 patients. *Colorectal Dis* 2012;14:214-223.

(23) Telford KJ, Ali AS, Lymer K, Hosker GL, Kiff ES, Hill J. Fatigability of the external anal sphincter in anal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2004;47:746-52; discussion 752.

(24) Moen MD, Noone MB, Vassallo BJ, Elser DM. Pelvic floor muscle function in women presenting with pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:843-846.

(25) Norton C, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7:CD002111.

(26) Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology* 2003 Nov;125:1320-1329.

(27) Solomon MJ, Pager CK, Rex J, Roberts R, Manning J. Randomized, controlled trial of biofeedback with anal manometry, transanal ultrasound, or pelvic floor retraining with digital guidance alone in the treatment of mild to moderate fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2003;46:703-710.

(28) Bols E, Berghmans B, De Bie R, Govaert B, Van Wunnik B, Heymans M, et al. Rectal balloon training as add-on therapy to pelvic floor muscle training in adults with fecal incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2012;31(1):132-138.

(29) Heymen S, Scarlett Y, Jones K, Ringel Y, Drossman D, Whitehead WE. Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2009;52(10):1730-1737.

(30) Damon H, Siproudhis L, Faucheron J-, Piche T, Abramowitz L, Eleouet M, et al. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: A multicentre randomized study. *Digestive and Liver Disease* 2014;46(3):237-242.

(31) Johansson E, Walter S, Ingemansson A, Ryn A-, Hallbook O. Randomized trial of biofeedback or medical treatment for fecal incontinence. *Neurogastroenterology and Motility* 2012;24:183.

(32) DSOG. Sphincterruptur ved vaginal fødsel: behandling og opfølgning (guideline). : [Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi], 2011. 47 s.

(33) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.

(34) Johnson JK, Lindow SW, Duthie GS. The prevalence of occult obstetric anal sphincter injury following childbirth--literature review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;20:547-554.

(35) Oberwalder M, Dinnewitzer A, Baig MK, Thaler K, Cotman K, Nogueras JJ, et al. The association between late-onset fecal incontinence and obstetric anal sphincter defects. *Arch Surg* 2004;139:429-432.

(36) Bols EM, Hendriks EJ, Berghmans BC, Baeten CG, Nijhuis JG, de Bie RA. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010 Mar;89:302-314.

(37) MacArthur C, Bick DE, Keighley MR. Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:46-50.

- (38) Dobben AC, Terra MP, Deutekom M, Gerhards MF, Bijnen AB, Felt-Bersma RJ, et al. Anal inspection and digital rectal examination compared to anorectal physiology tests and endoanal ultrasonography in evaluating fecal incontinence. *Int J Colorectal Dis* 2007;22(7):783-790.
- (39) Jeppson PC, Paraiso MFR, Jelovsek JE, Barber MD. Accuracy of the digital anal examination in women with fecal incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2012;23(6):765-768.
- (40) Faltin DL, Boulvain M, Irion O, Bretones S, Stan C, Weil A. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95(5):643-647.
- (41) Faltin DL, Boulvain M, Floris LA, Irion O. Diagnosis of anal sphincter tears to prevent fecal incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2005;106(1):6-13.
- (42) Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2004;47(8):1341-1349.
- (43) Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, Mueller ER, Tuteja A, et al. 2748224; Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology* 2009;137:512-7, 517 e1-2.
- (44) Teunissen TA, van dB, van dH, Lagro-Janssen A. Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15:10-3; discussion 13.
- (45) Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004;126:S3-7.
- (46) MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107(12):1460-1470.
- (47) AlAmeel T, Andrew MK, MacKnight C. The association of fecal incontinence with institutionalization and mortality in older adults. *Am J Gastroenterol* 2010;105:1830-1834.
- (48) Hughes BT, Chepyala P, Hendon S, Crowell MD, Olden KW. Fecal incontinence in an inpatient population: a not uncommon finding. *Dig Dis Sci* 2009;54:2215-2219.
- (49) Slieker-Ten Hove MC, Pool-Goudzwaard A, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen R, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. *Neurourol Urodyn* 2010;29(4):545-550.

(50) Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg IR, Westergren A. Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. *Neurourol Urodyn* 2004;23:211-222.

(51) Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993;36:77-97.

(52) Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. 1760067; Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut* 1999;44:77-80.

(53) Haylen BT d,Ridder D. An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) Joint Report on the terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2009;29:4-20.

11 - Baggrund

I det følgende præsenteres baggrunden for den nationale kliniske retningslinje for analinkontinens hos voksne.

Analinkontinens defineres som manglende evne til at holde på luft eller afføring. Fækalinkontinens defineres som manglende evne til at holde på afføring. (6, 53). Tidligere anvendte man alene definitionen fækalinkontinens, men i nyere internationale standardiseringsrapporter skelner man nu mellem fækalinkontinens, og analinkontinens.

I indeværende kliniske retningslinje bruges betegnelsen fækalinkontinens, når der alene tales om inkontinens for afføring, og analinkontinens, når der både menes inkontinens for flatus og afføring. Et hyppigt symptom i forbindelse med analinkontinens er urgency for afføring, som kan være med eller uden fækalinkontinens.

Prævalensen af analinkontinens blandt voksne i Danmark er ukendt, men det formodes, at den er på niveau med andre vestlige lande. Internationale tal viser, at mellem 2-24 % af den voksne befolkning oplever, at de ikke kan holde på luft eller afføring (6,42).

I et studie af Whitehead fra 2009 fandt man en prævalens for fækalinkontinens på 8,3% for hjemmeboende borgere uanset køn, og man fandt ligeledes, at prævalensen steg markant med alderen. Således var forekomsten blandt unge under 30 år på 2,9%, mens den hos ældre hjemmeboende borgere over 70 år var steget til 15,3%. Man fandt samtidig at 20-24% oplevede daglig inkontinens for tarmluft (43).

Hollandske tal har vist, at 6 % af hjemmeboende borgere over 60 år har fækalinkontinens (44), mens det er fundet at op mod halvdelen af plejehjemsbeboere har fækalinkontinens (6,16).

Man kan umiddelbart forestille sig, at prævalensen for analinkontinens er højere for kvinder end for mænd pga børnefødsler, men der er i studier ikke fundet den store kønsforskel (43,46).

Antallet af ældre borgere over 65 år er ifølge Ældresagen (Ældresagens hjemmeside) steget fra 15,5 % i 1993 til 17,8 % i 2013. På trods af at størstedelen af disse borgere er selvhjulpne, må man formode at analinkontinens er forbundet med begrænsning i fysisk og social aktivitet, ligesom tilstanden er psykisk belastende for mange (ICI p 1471). For denne gruppe borgere vil nemme og simple behandlinger og tiltag være at foretrække, således at borgeren kan forblive uafhængig.

Ubehandlet fækalinkontinens øger sammen med nedsat kognitiv funktion og nedsat fysisk funktion risikoen for at blive plejehjemsbeboer fremfor at kunne blive i eget hjem (47). Analinkontinens øger desuden risikoen for social isolation, idet analinkontinens er belagt med et voldsomt tabu. Man regner således med, at færre end hver tredje søger hjælp for deres problemer med analinkontinens (13,37).

Det har ligeledes vist sig, at det ikke kun er patienterne, som ikke vil tale om deres inkontinens, men at sundhedspersonale undlader at spørge til problemet (13, 48). Det er derfor vigtigt at sundhedspersonale spørger til problemer med analinkontinens, og man bør være opmærksom på, at hyppigheden er lige høj hos mænd og kvinder, men at der tilsyneladende er flere kvinder end mænd som søger hjælp.

Patienten med analinkontinens bør af sin praktiserende læge som minimum udspørges om varigheden og hyppigheden af analinkontinensen, ændringer i afføringsmønster eller blod i afføringen, forstoppelse eller besværet tarmtømning, tidligere anal- eller rektalkirurgi, samt for kvinders vedkommende også om fødselsforløb med speciel fokus på evt bristninger af perineum.

På trods af at urgency for afføring ikke altid medfører inkontinens, kan dette være lige så invaliderende for patienten som reel fækalinkontinens, og man bør spørge til dette. Der bør også spørges til samtidig urininkontinens, da dobbelinkontinens forekommer hyppigt (49, 50).

Egen læge bør tænke på kolorektalcancer og henvise til specialiseret udredning i henhold til retningslinjernes for dette. Som minimum bør der foretages rektal eksploration for at vurdere anal sphincters knibefunktion.

Der findes spørgeskemaer og scorer som med fordel kan anvendes i udredningen og i evalueringen af et behandlingstiltag (51,52).

12 - Implementering

Der bør rettes en særlig implementeringsindsats overfor det sundhedsfaglige personale i primærsektoren, som tilser borgere og patienter, som er i risikogruppen for at udvikle analinkontinens. Der tænkes her på fx kommunale hjemmesygeplejersker, alment praktiserende læger, fysioterapeuter, plejehjems personale, m.v.

13 - Monitorering

Det er vanskeligt at identificere indikatorer for analinkontinens hos voksne, idet der foreligger få velegnede data på området. Det foreslås derfor, at ICP koden D17 anvendes til at følge udviklingen i antallet af personer, som diagnosticeres for analinkontinens i almen praksis. Disse data kan evt. sammenlignes med udviklingen i antal hypertension tilfælde.

14 - Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt vil der tages stilling til behov for opdatering hvert tredje år med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Videre forskning

Litteraturgennemgangen ved udviklingen af indeværende retningslinje har vist, at konservativ behandling til afhjælpning af analinkontinens er sparsomt belyst.

Der er behov for større veludvalgte randomiserede kontrollerede studier, der undersøger effekten af simple tiltag såsom brug af psyllium-frøskaller eller loperamid til behandling af fækalinkontinens. Studierne bør have adekvat behandlingstid og follow-up.

Der er et stort behov for at undersøge effekten af simple tiltag hos plejehjemsbeboere med fækalinkontinens.

For med større sikkerhed at afgøre effekten af bækkenbundstræning, er der et behov for større veludvalgte randomiserede kontrollerede studier, der undersøger effekten af bækkenbundstræning og eller biofeedback mod en ægte kontrolgruppe fremfor udelukkende at sammenligne forskellige træningsmodaliteter mod hinanden. Særligt er der behov for studier der undersøger effekten af bækkenbundstræning og/eller biofeedback til behandling af analinkontinens opstået post partum. Fremtidige studier bør anvende anbefalingerne fra CONSORT retningslinjerne, når studierne designes og rapporteres, og der bør benyttes relevante og valide effektmål.

15 - Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog, som findes på Sundhedsstyrelsens [hjemmeside](#).

16 - Fokuserede spørgsmål

Outcomes er angivet som vigtigt (V) eller kritisk (K)

Fokuseret spørgsmål 1 – Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) til at afhjælpe analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere?

Population: Ældre hjemmeboende borgere med analinkontinens

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Loperamid

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 2 - Bør man bruge psyllium-frøskaller eller stoppende medicin(loperamid) ved kronisk diarré udløst analinkontinens?

Population: Voksne med kronisk diarré medførende analinkontinens, hvor anden årsag til diarré er udredt (idiopatisk)

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Loperamid

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 3 - Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin (loperamid) ved analinkontinens efter kirurgi for rectum cancer?

Population: Patienter, som er analinkontinente efter kirurgi for rectum cancer og hvor recidiv er udelukket

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Loperamid

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 4- Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens opstået efter anal kirurgi for benigne sygdomme?

Population: Patienter som er analinkontinente efter analkirurgi for benigne sygdomme

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Loperamid

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 5 - Bør man anvende psyllium-frøskaller eller stoppende medicin ved analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia?

Population: Patienter som er analinkontinente efter strålebehandling af abdomen eller genitalia

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Loperamid

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 6 – Bør man bruge psyllium-frøskaller eller laksantia til at afhjælpe analinkontinens hos kronisk forstoppede med samtidig analinkontinens?

Population: Kronisk forstoppede voksne med samtidig analinkontinens (Rome III)

Intervention: Psyllium-frøskaller

Sammenligning: Laksantia (peroral)

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forstoppelse (V), Mavesmerter (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 7 – Kan analtømning afhjælpe fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt?

Population: Plejehjemsbeboere med afføringsinkontinens, hvor anden behandling ikke har haft tilstrækkelig effekt

Intervention: Regelmæssig analtømning >1 gang ugentligt

Sammenligning: Ingen analtømning

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Forekomst af hudgener (bledermatit) (V), Antal cystittilfælde (V), Smerter ved analtømning (V), Ophør med behandling pga bivirkninger (V)

Fokuseret spørgsmål 8 – Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos voksne?

Population: Voksne med analinkontinens

Intervention: Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/-Biofeedback)

Sammenligning: Ingen bækkensbundstræning

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Smerter (V), Frafald (V)

Fokuseret spørgsmål 9 – Kan individuelt superviseret bækkenbundstræning afhjælpe analinkontinens hos kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel?

Population: Kvinder med analinkontinens efter fødsel

Intervention: Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/-Biofeedback)

Sammenligning: Ingen bækkensbundstræning

Outcome: Livskvalitet (K), Inkontinensstilfælde (K), Smerter (V), Frafald (V)

Fokuseret spørgsmål 10 - Bør kvinder med vedvarende fækalinkontinens efter fødsel tilbydes endoanal ultralydsundersøgelse?

Population: Kvinder med fækalinkontinens opstået efter fødsel uden kendt ruptur af anallukkemuskel (m. sphincter ani)

Intervention/indextest: Klinisk undersøgelse kombineret med ultralydsscanning

Sammenligning/referencestandard: Klinisk undersøgelse

Outcome: Diagnostisk accuracy: sensitivitet, specificitet, raten af falsk positive, raten af falsk negative

17 - Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Formulering af evidensbaserede anbefalinger:

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Ved evidens vælges en af følgende fire typer af anbefalinger

Stærk anbefaling for (Grøn)

Der gives en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Det er klart, at fordelene opvejer ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention

Ordlyd: Giv/brug/anvend...

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.

Stor gavnlig effekt og ingen eller få skadevirkninger.

Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.

Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

Stærk anbefaling imod (Grøn+Rød)

Der gives en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

Ordlyd: Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.

Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.

Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.

Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen.

Svag anbefaling for (Gul)

Der gives en svag anbefaling for intervention en, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende. Der er større mulighed for variation i individuelle præferencer.

Ordlyd: Overvej at...

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.

Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.

Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.

Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Svag anbefaling imod (Gul+Rød)

Der gives en svag anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Ordlyd: Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.

Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.

Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.

Klinikeren vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Formulering af anbefaling ved mangel på evidens:

God praksis anbefaling (Grå)

God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således udelukkende på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der udelukkende er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

Ordlyd:

For:

Det er god praksis at overveje....

Imod:

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

18 - Søgebeskrivelse, inkl. flow chart

Til denne kliniske retningslinje er søgningerne foretaget i en defineret gruppe databaser, der er udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer, nærmere beskrevet i Metodehåndbogen. Søgningerne er foretaget af Jens Peter Andersen i samarbejde med fagkonsulent Ulla Due. Søgeprotokoller med søgestrategierne for de enkelte databaser vil være tilgængelige via SST.dk

Indledende søgning efter kliniske retningslinjer er foretaget i følgende informationskilder:

Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA database, The Cochrane Library, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Medline, Embase og Cinahl.

Søgningerne er foretaget i perioden 8. januar - 14. maj 2014, fordelt på tre omgange.

Den første del af søgninger er en international søgning på guidelines og medicinske teknologivurderinger (MTV). I de øvrige omgange er der søgt mere specifikt med udgangspunkt i de fokuserede spørgsmål (PICOs). I anden søgerunde er der fremfundet sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser) der i sidste søgerunde er suppleret med opfølgende primærlitteratur.

Ved medikamenter er søgt alle tilgængelige synonymer og handelsnavne i Embase og Medline. For øvrige kontrollerede søgetermer er fritekst synonymer (f.eks. MeSH entry terms) også søgt.

Søgetermer

Engelsk: anal incontinence, fecal/faecal incontinence, anus incontinence, feces/ faeces incontinence, bowel incontinence, incontinentia alvi, stool incontinence, rectal/rectum incontinence, isapagula, loperamide, psyllium, laxatives, constipation, enema, pelvis floor, kinesiotherapy, pelvic floor muscle training, feedback system, biofeedback

Dansk: anal inkontinens, fekal inkontinens

Norsk: anal inkontinens, fekal inkontinens, inkontinens

Svensk: avföringsinkontinens, analinkontinens, fekalinkontinens

Inklusionskriterier

Publikationsår: De sidste 10 år (2003 – maj 2014).

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk

Dokumenttyper: guidelines, clinical guidelines, HTA, meta-analyser, systematiske reviews, RCT

Flowcharts kan findes på Sundhedsstyrelsens [hjemmeside](#).

19 - Evidensvurderinger

Arbejdsgruppens AGREE vurderinger (Guidelines) og Amstar vurderinger (systematiske reviews) kan tilgås på Sundhedsstyrelsens [hjemmeside](#).

20 - Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. NKR for analinkontinens hos voksne består af følgende personer (i alfabetisk rækkefølge):

- Michael Sørensen, formand for arbejdsgruppen, Sundhedsstyrelsen
- Jens Peter Andersen, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Kristoffer Lande Andersen, sekretariatsmedarbejder, Sundhedsstyrelsen
- Birgitte Bøje, Dansk Sygepleje Selskab
- Ulla Due, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Marianne Glavind Kristensen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Lene Paulsen, Dansk Urogynækologisk Selskab
- Niels Qvist, Dansk Kirurgisk Selskab
- Peter Torsten Sørensen, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Simon Tarp, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Anja Ussing, Dansk Selskab for Fysioterapi

Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag.

Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Referencegruppens medlemmer

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. NKR for analinkontinens hos voksne består af følgende personer (i alfabetisk rækkefølge):

- Ghalib Ali, Region Sjælland
- Susanne Axelsen, Kontinensforeningen
- Kittie Carlson, Socialstyrelsen
- Sara Kindberg, Jordemoderforeningen
- Mette Otkær, Roskilde Kommune
- Bo Hempel Sparsø, Region Hovedstaden
- Ole Dybvad Vinge, Region Nordjylland
- Lena Wivel, KL

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for analinkontinens hos voksne har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Danske regioner
- Kommunernes Landsforening
- Kontinensforeningen
- Danske Patienter
- Lægeforeningen
- Dansk Sygepleje Råd
- De lægevidenskabelige selskaber
- Jordemoderforeningen
- Danske Fysioterapeuter

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Tom Øresland, Professor, Afdeling for Gastrointestinal kirurgi, Akershus Universi-tetssykehus HF, Norge
- Stig Norderval, Overlæge, Afdeling for gastroenterologisk kirurgi, Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, Norge
- Marianne Starck Søndergard, Overlæge, Kirurgisk afdeling, Malmø Universitetshospital, Sverige

21 - Ordliste

Anal inkontinens: Klage over ufrivillig afgang af flatus eller afføring (Haylen 2010)

Fækalinkontinens: Inkontinens for tynd eller formet afføring.

Sensitivitet: Sandsynligheden for et sandt positivt testresultat. Det vil i denne retningslinje sige, at man har en skade, hvis testen viser en skade

Specificitet: Sandsynligheden for sandt negativt testresultat. Det vil i denne retningslinje sige, at man ikke har en skade, hvis testen ikke viser en skade

Rome III kriterier for obstipation: For at opfylde Rom III-kriterierne for obstipation kræves det, at der gennem de seneste tre måneder har været to eller flere af neden- stående symptomer til stede:

- Pressen ved mindst 25% af afføringerne
- Hård afføring ved mindst 25% af afføringerne
- Fornemmelse af ufuldstændig tømning af endetarmen ved mindst 25% af afføringerne
- Fornemmelse af forsnævring eller blokering ved mindst 25% af afføringerne
- Manuel manøvre for at hjælpe afføring ud (f.eks. digital ud- rømning, støtte på perineum eller i vagina) ved mindst 25% af afføringerne
- Færre end 3 afføringer pr. uge

(Kilde Ugeskrift for Læger 174/40, 1. oktober 2012 Christensen & Krogh og The Rome Foundation)

M. sphincter ani: Endetarmens lukkemuskler

Referencer

1. NKR 12 Analinkontinens. Fokuseret spørgsmål 1-4: Psyllium frøskaller – Rev.man-analyse. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2015. [Link](#)
2. NKR 12 Analinkontinens. Fokuseret spørgsmål 1-4: Psyllium frøskaller – Metaanalyse. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2015.
3. NKR 12 Analinkontinens. Fokuseret spørgsmål 1-4: Psyllium frøskaller – Ekskluderede studier. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2015.
4. NKR 12 Analinkontinens. Fokuseret spørgsmål 7: Analtømning – Rev.man-analyse. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2015. [Link](#)
5. NKR 12 Analinkontinens. Fokuseret spørgsmål 7: Analtømning – Metaanalyse. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2015.
6. NKR 12 Analinkontinens. Fokuseret spørgsmål 8-9: Bækkenbundstræning – Rev.man-analyse. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2015. [Link](#)
7. NKR 12 Analinkontinens. Fokuseret spørgsmål 8-9: Bækkenbundstræning – Metaanalyse. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2015.
8. NKR 12 Analinkontinens. Fokuseret spørgsmål 10: Fækalinkontinens hos kvinder efter fødsel – Rev.man-analyse. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2015. [Link](#)
9. NKR 12 Analinkontinens. Fokuseret spørgsmål 10: Fækalinkontinens hos kvinder efter fødsel – Metaanalyse. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2015.
10. NKR 12 Analinkontinens. Fokuseret spørgsmål 10: Fækalinkontinens hos kvinder efter fødsel – Flowcharts. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2015.
11. Sundhedsstyrelsen_National klinisk retningslinje_Analinkontinens_flowchart_systematiske_reviews_København_Sundhedsstyrelsen_2015.
12. Sundhedsstyrelsen_National klinisk retningslinje_Analinkontinens_flowchart_guidelines_fokuseret spørgsmål 1_10_København_Sundhedsstyrelsen_2015.