

Inkontinenca

Fecal incontinence

Matic Koželj*

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana

Gastroenterolog 2018; suplement 3: 80–85

Ključne besede: *fekalna inkontinenca, funkcionalne motnje, biofeedback*

Key words: *fecal incontinence, functional disorder, biofeedback*

POVZETEK

Fekalna inkontinenca je dalj časa trajajoče nehoteno uhajanje plinov ali blata, ki je lahko tekoče ali formirano. Prisotnost inkontinence pomembno zmanjša kakovost življenja in povzroča veliko socialno stigmo. Vzroki inkontinence so različni in obsegajo funkcijske ali strukturne živčnomišične okvare anorektalnega področja ali centralnega žičnega sistema. Vsem bolnikom, ki so zmožni razumevanja je treba ponuditi razlago vzroka inkontinence in jim razložiti nefarmakološke ukrepe zdravljenja. Bolnikom s funkcionalno okvaro analne zapiralke ali motenim zaznavanjem mišic medeničnega dna ponudimo poskus zdravljenja z biofeedback metodo.

ABSTRACT

Fecal incontinence is the inability to control bowel movements, causing stool to leak unexpectedly from the rectum. Fecal incontinence ranges from an occasional leakage of stool while passing gas to a complete loss of bowel control. It reduces the quality of life and is a cause of social stigma. There are various causes of fecal incontinence, including functional and structural damage of muscles and nerves of anogenital region, as well as the central nervous system. Patients with fecal incontinence need to be educated about the cause of their disease; Basic pharmacological and non-pharmacological treatment has to be offered to all of the patients with fecal incontinence, while biofeedback therapy has to be offered to patients with dysfunction of anal sphincter.

*Matic Koželj, dr. med

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Interna kinika, UKC Ljubljana, Japljeva 2, 1000 Ljubljana

E-pošta: kozelj.matic@gmail.com

UVOD

Inkontinenca je nehoteno uhajanje plinov ali blata, ki je lahko tekoče ali celo formirano. Je simptom in ne diagnoza, vzroki so številni. Povzroča veliko socialno stigmo. Stopnja inkontinence je odvisna od pogostosti, volumna in konsistence blata, ki bolniku uide.

V populaciji, starejši od 60 let se vsaj 1x/mesec inkontinenca pojavi pri 36 % bolnikov, pri bolnikih v domski oskrbi pa je inkontinentnih celo do 60 % bolnikov (1).

FIZIOLOGIJA

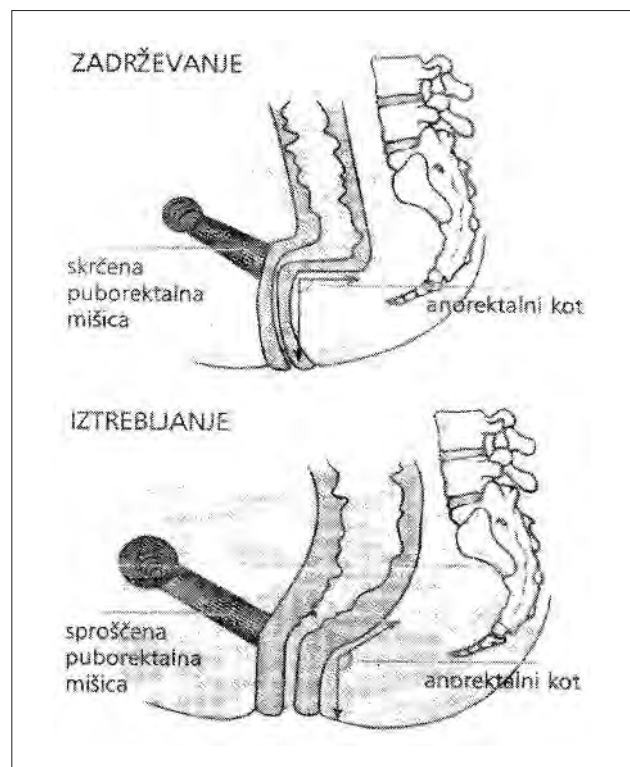
Mehanizem zadrževanja blata je kompleksen. Strukture, kot so notranja analna zapiralka, zunanja analna zapiralka, rektum s svojo občutljivostjo in kapaciteto ter živčne povezave so pomembne za pravilno delovanje končnega dela širokega črevesa. Najpogostejši motnji v delovanju tega zapletenega dela črevesa sta zaprtje in inkontinenca za blato (1, 2).

Analna zapiralka je ključni del pri zadrževanju blata. Sestoji iz notranjega analne zapiralke iz gladkomišičnih celic ter zunanje analne zapiralke iz vlaken m. levator ani. Sfinkter z zunanje strani objema puborektalna mišica. Notranja zapiralka vzdržuje kontinenco blata v mirovanju in prispeva 70–80 % k bazalnemu tonusu sfinktra. Ob hoteni kontrakciji se tonus okrepi, k čemer prispeva zunanja zapiralka, puborektalna mišica pa ob tem poveča anorektalni kot, s čimer ovira prehod blata proti analnemu kanalu. Zunanjo zapiralko oživčuje pudentalni živec, ki ga sestavljajo mešana vlakna sakralnih živcev iz nivoja S2–S4, puborektalno mišico pa neposredna živčna vlakna istega področja (1, 2).

Ob prihodu blata v danko, se v steni vzdražijo receptorji za nateg in preko rektoanalnega inhibitornega refleksa se sprosti notranja analna zapiralka. Popustitev tonusa notranjega analnega sfinktra omogoči prodiranje črevesne vsebine v analni kanal. Ta ima v distalnem delu že bolj specializirane čutnice, ki zaznajo konsistenco blata - tako velikokrat vemo, ali bomo izločili trdo, tekoče blato ali pa le pline. Preko

rektoanalnega kontraktilnega refleksa se skrči notranja analna zapiralka. Raztezanje danke občutimo kot poziv na blato in skrčimo zunanjo analno zapiralko. Okvara živčnih končičev in njihova znižana občutljivost na dražljaje je pomemben proces pri patogenezi inkontinence blata (1, 2).

Ob primerni priložnosti za odvajanje blata se analni kot zmanjša, medenično dno spusti, povišamo intraabdominalni tlak in skrčimo stene rektuma ter sprostimo zunanji sfinkter, ob čemer izločimo blato iz telesa. Če take primerne priložnosti ni, se preko simpatičnega nitja zavre kontrakcija mišic rektuma, ob tem pa zavestno skrčimo zunanjo analno zapiralko. Blato se ob tem premakne nazaj v kompliantni rektum. V kolikor se komplanca rektuma zmanjša, pride do urgentnih pozivov in posledične urgentne inkontinence (1, 2).



Slika 1. Anorektalni kot pri iztrebljanju in zadrževanju blata (1)

ETIOLOGIJA

Vzroki za inkontinenco obsegajo funkcijske ali strukturne živčnomišične okvare anorektalnega področja ali centralnega žičnega sistema:

- **Zmanjšana občutljivost rektuma** lahko vodi v zastajanje blata, kopičenje blata v rektumu in izgubo občutka za kontrakcijo zunanjega analnega sfinktra. Tako klinično sliko najdemo pri bolnikih s sladkorno boleznijo
- **Prekomerna občutljivost rektuma** vodi zmanjšano podajnost in kapaciteto rektuma in posledičnim uhajanjem blata tekoče konsistence. Pogost vzrok za tako vrsto inkontinence je npr. kronična vnetna črevesna bolezen. Podobno klinično sliko najdemo pri poškodbah zunanjega ali notranjega analnega sfinktra, npr. po poškodbah perineja ob porodu ali zapletih operacij rektuma (npr. hemoroidov).
- **Poškodba živčnih vlaken**, ki vplivajo na kontinenco srečamo pri porodu, obporodnih poškodbah, kroničnem zaprtju, možganski kapi, poškodbah hrbtenjače in nekaterih sistemskih boleznih, kot je multipla skleroza.
- **Anatomske nepravilnosti rektuma**, kot sta rektokela in prolaps rektuma.
- **Kognitivni upad** pri dementnih in duševno manjrazvitih in funkcionalna okrnjenost pri hendikepiranih sta tudi pogosta vzroka inkontinence (1, 2, 4).

PRISTOP K BOLNIKU Z INKONTINENCO

Pri bolniku s simptomi fekalne inkontinence je pomembno, da imamo zanj dovolj časa. Pomembno je, ali ima bolnik težave z uhajanjem blata in ali je blato zmožen zadržati, kakšno je blato (tekoče/čvrsto), kolikokrat dnevno se pojavlja, v kakšnih okoliščinah se pojavi, ali potrebuje higienske vložke, ali je prisotna tudi urinska inkontinenca. Pomemben je tudi podatek o težavah z drisko ali zaprtjem. Bolnika povprašamo tudi o pridruženih boleznih; npr. sladkorni bolezen, znane nevrološke motnje, je morda po možganski kapi ali poškodbi hrbtenjače, ima demenco. Pri ženskah je potrebno povprašati o zapletih med porodom. Vpliv na kakovost življenja ocenimo z različnimi vprašalniki o kakovosti življenja (HQRL), v raziskavah je najbolj upora-

bljan vprašalnik Cleveland Clinic Fecal Incontinence score.

Klinični pregled sestoji iz splošnega, nevrološkega statusa in digitorektalnega pregleda. Pri digitorektalnem pregledu najprej pregledamo perinej, vidimo lahko fistule, brazgotine ali hemoroide. Vneta pordela koža ali umazano spodnje perilo so posredni znaki inkontinence za blato. Ocenimo sensoriko v perianalnem območju ter ob draženju kože opazujemo nehoteno kontrakcijo analnega sfinktra; odsotnost le-te kaže na okvaro hrbtenjače (nivo S1) ali pudendalnega živca. Med pregledom ocenimo mišično moč in funkcijo: bolnika med pregledom prosimo, da stisne puborektalno mišico (s tem ocenjujemo moč zunanje analne zapiralke) in prosimo, da simulira odvajanje blata (ocenjujemo dissinergijo – krčenje zapiralke namesto njene sprostitve). Na doseg prsta iščemo možne vzroke obstrukcije (blato, tumor...) (1, 3).

KLINIČNA SLIKA

Ločimo tri tipe inkontinence:

- **Urgentna inkontinenca** predstavlja izgubo inkontinence kljub ohranjenim mehanizmom zadrževanja blata. Srečamo jo pri bolnikih, pri katerih je volumen blata povečan (npr. diareja), ali pa je kapaciteta rektuma zmanjšana (npr. proktitis pri KVČB ali po obsevanju); srečamo jo tudi pri bolnikih, ki so težje pokretni, ker v doglednem času ne zmorejo do stranišča.
- Pri **pasivni inkontinenci** bolniki ne čutijo poziva za odvajanje blata in ne čutijo, da jim blato uide. To srečamo pri bolnikih z nevrološkimi okvarami ali periferno nevropatijo, npr. pri sladkorni bolezni.
- **Uhajanje blata** v ožjem pomenu besede se pojavi, ko imajo bolniki normalen akt defekacije, po zaključenem aktu pa jim blato uide. Problem je v dissinergiji zapiralke pri odvajanju blata ali pri hiposenzitivnem rektumu, kjer se kopiči formirano blato, mimo njega pa skozi sproščena analna sfinktra uhaja tekoče blato. Tak tip inkontinence srečamo pri bolnikih z sladkorno boleznijo ter pri dementnih bolnikih (1, 2, 4).

PREISKAVE PRI BOLNIKU Z INKONTINENCO

Izvajanje preiskav pri bolniku z inkontinenco je individualno. Pri večini bolnikov opravimo laboratorijske in endoskopske preiskave, nadaljnje preiskave pa zastavljamo glede na tip inkontinence.

1. **Laboratorijske preiskave:** pri bolnikih z anamnezo driske izključujemo sladkorno bolezen, ščitnično disfunkcijo, laktozno intoleranco...
2. **Endoskopske preiskave** (rektosigmoidoskopija, kolonoskopija) služijo za izključitev rakave bolezni in organskih vzrokov kronične driske (KVČB, mikroskopski kolitis,...)
3. K preiskavam pristopamo **smotrno**. Pri bolnikih z napredovalo demenco, ki ne bodo zmožni učenja Keglovih vaj z diagnostiko po izključitvi reverzibilnih vzrokov zaključimo.
4. **Anorektalna manometrija** je najpomembnejša preiskava pri oceni inkontinence. Z njo ocenimo funkcijo zunanje in notranje analne zapiralke, prisotnost rektoanalnega inhibitornega refleksa ter dissinergijo pri poskusu odvajanja blata.
5. **EMG** nam lahko prikaže okvaro pudendalnega živca in delovanje zunanjega analnega sfinktra, vendar se rutinsko ne uporablja.
6. **Slikovne preiskave:** **EUZ rektuma** in **endoeanalna MR** prikažeta anatomijo zapiralk in puborektalno mišico; **funkcijsko MR slikanje medeničnega dna** poleg le-tega pokaže še spust medeničnega dna in medenične organe; z **defekografijo** si lahko prikažemo rektokelo in rektalni prolaps (1–6).

ZDRAVLJENJE

Zdravljenje inkontinence je večstopenjsko. Pomembna je natančna diagnoza in izključitev drugih organskih vzrokov inkontinence, preden pričnemo z zdravljenjem funkcionalnih motenj.

Primarne preventive inkontinence ne poznamo. Edina uspešna **sekundarna preventiva** za zdravljenje inkontinence so Keglove vaje za krepitev

medeničnega dna. Prej kot se bolniki vaj lotijo, prej je pričakovati učinek zdravljenja. Poleg tega je smiselno vsem bolnikom, ki so sposobni razumevanja, razložiti mehanizem odvajanja blata in splošna navodila za zmanjševanje tveganja za inkontinenco. Taka navodila pri 25 % bolnikov dosežejo pomemben učinek (zmanjšajo število epizod inkontinence za vsaj 50 %). Bolnik naj se izogiba kofeinu, glutenu (pri celiakiji), neresorbilnim sladkorjem. Povečati je treba vnos vlaknin, da blato postane bolj čvrsto. Med prehranskimi dopolnili lahko svetujemo tudi uporabo psiliuma. Uporaba vložkov oz. plenice, higiena perianalnega predela, uporaba negovalnih krem in protiglivičnih mazil preprečujejo okužbe kože in izboljšujejo počutje bolnika. (1–6)

FARMAKOLOŠKI UKREPI

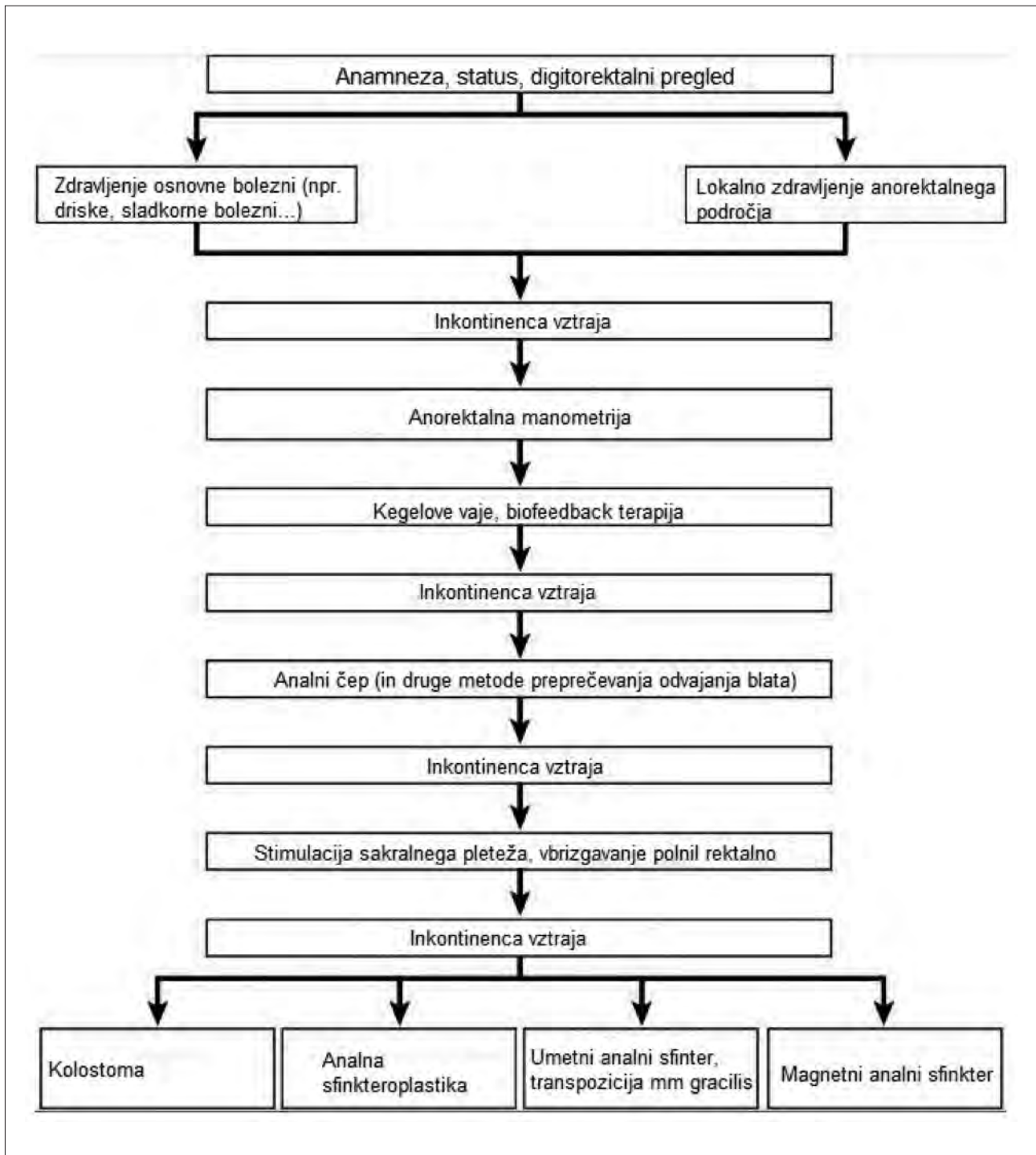
Pri inkontinenci ob diareji oz. mehkem blatu je prvo zdravilo izbora **loperamid**, ki podaljša čas prehoda skozi črevo in poviša bazalni tonus analnega sfinktra. Pri bolnikih, ki zdravila ne prenašajo je drugo zdravilo izbora **kodein sulfat**. Če sumimo na žolčne kisline kot vzrok diareje je treba poskusiti z **holestiraminom**.

Pri fekalni impakciji in »overflow« inkontinenci je potrebno **skrbeti za zdravljenje zaprtja**, kar dosežemo z glicerinskimi svečkami, preparati sene ali sirupi laktuloze; v skrajnih primerih se poslužujemo tudi (samo) klistiranja.

Potrebno je **preverjanje učinkov zdravljenja**, da iz inkontinence ne pride do zaprtja in obratno (1–6)

DRUGI UKREPI

Krepitev medeničnega dna s Keglovimi vajami je možno pri bolnikih z ohranjeno senzoriko v rektumu ter zmožnostjo kontrakcije in koordinacije analnega sfinktra. Pomaga pri pasivni in urgentni inkontinenci, vendar mora biti bolnik za zdravljenje motiviran. Nekaterim bolnikom lahko ponudimo tudi **biofeedback terapijo**, pri kateri med anorek-



Slika 1. Pristop k zdravljenju bolnikov z inkontinenco (povzeto po Bharucha AE, Rao SSC et al. *Surgical Interventions and the Use of Device-Aided Therapy for the Treatment of Fecal Incontinence and Defecatory Disorders. Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017)

talno manometrijo pod nadzorom poskušajo izvajati Kegelove vaje in ob tem uspešnost kontrakcije puborektalne mišice opazujejo na ekranu. Na našem kliničnem oddelku je prim. Koželj razvil svojo biofeedback metodo učenja vaj medeničnega dna s pripomočkom, ki vsebuje balonček na koncu cevke

urinskega katetra. Balonček se nato napolni z brizgo. Prednost metode je nizka cena in zmožnost uporabe v vsakem okolju, tudi na primarnem nivoju (1–6).

Stimulacija sakralnega živca je novejša metoda, ki je namenjena bolnikom z zmerno ali hudo inkon-

tinenco za blato, pri katerih metoda krepitve medeničnega dna z biofeedback terapijo ni bila uspešna. Sprva se stimulator za 2–3 tedne pusti izven telesa bolnika, v kolikor je doseženo izboljšanje za več kot 50 %, se nato stimulator vgradi pod kožo. Zapleti so povezani predvsem z okužbami, ki se dogajajo v manj kot 10 % (7)

Druge nekirurške metode z **izjemo analnih čepov**, s katerimi fizično preprečimo odvajanje blata, v Sloveniji trenutno še niso dostopne. Sem spada, vbrizgavanje polnil (avtologna tkiva) ali mioblastov v analni sfinkter, radiofrekvenčno, lasersko zdravljenje ali implantacija magnetnega sfinktra.

Kirurško zdravljenje je možno, če je prisotna poškodba analne zapiralke ali prolaps rektuma. V skrajnih in hudih primerih inkontinence lahko opravimo tudi diverzijsko stomo. V splošni bolnišnici Slovenj Gradec so v letu 2018 opravili tudi prvo vstavev umetne analne zapiralke v Sloveniji (1–6).

Literatura

1. Koželj M, Štabuc B. Fekalna inkontinenca. V: Košnik M et al. Interna medicina. Ljubljana, 2018.
2. Bharucha AE, Rao SSC et al. Surgical Interventions and the Use of Device-Aided Therapy for the Treatment of Fecal Incontinence and Defecatory Disorders. Clin Gastroenterol Hepatol 2017; 15: 1844–54.
3. Ruiz NA, Kaiser AM. Fecal incontinence - Challenges and solutions. World J Gastroenterol 2017; 23: 11–24.
4. Fecal incontinence in adults. BMJ Best Practice. [internet]; citirano 08.11.2018 Dosegljivo na: <https://best-practice.bmj.com/topics/en-us/840>
5. Faecal incontinence in adults: management. NICE guidelines. [internet]; citirano 08.11.2018. Dosegljivo na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg49/resources/faecal-incontinence-in-adults-management-pdf-975455422405>
6. Paquette et al. Fecal incontinence practice guideline. Dis Col Rect 2015; 58: 34–47.
7. Thaha, M. A., Abukar, A. A., Thin, N. N., Ramsanahie, A. & Knowles, C. H. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 8, CD004464 (2015).

Tabela 1. Povzetek zdravljenja inkontinence (1)

Zdravljenje	
Splošni ukrepi	Vložki/plenice, vzpostavitev lokalne higiene, negovalna krema, protiglivično zdravljenje; Prehranski ukrepi – izogibanje kofeinu, fruktozi, laktozi, maltozi; glutenu (pri celiakiji) Povečan vnos vlaknin oz. psiliuma za povečanje volumna blata Keglove vaje za mišice medeničnega dna
Zdravila	Loperamid 2–4 mg, ½ ure pred obroki Difenoksalat/atropin 5/0,05 mg 2x dnevno (ni v Sloveniji) Kodein fosfat 30 mg, 2x dnevno Holestiramin 2–6g/dan Amitriptilin 20 mg zv. Nadomestna hormonska terapija (ženske po menopavzi) Odvajala, klizme pri zaprtju ali fekalni impakciji
Kirurško	Stimulacija sakralnega živca Sfinkteroplastika Umetni analni sfinkter Diverzijska kolostoma
Kognitivno-vedenjska terapija	Biofeedback terapija pri bolnikih, ki razumejo in upoštevajo navodila
Drugo	Analni čepi Polnila (npr. z avtolognim tkivom) Eksperimentalna zdravljenja: magnetni sfinkter, radiofrekvenčna stimulacija, injiciranje mioblastov in matičnih celic