

Klinisk retningslinie
For akut indlagte, voksne patienter med apopleksia cerebri
Behovsområde: Udskillelse af fæces.
Problemstilling: Fækal inkontinens

Arbejdsgruppe	Susanne Zielke Klinisk oversygeplejerske MHSk (N), Neurologisk afdeling, Bispebjerg Hospital (sz02@bbh.regionh.dk). Doris Christensen, Forskningssygeplejerske, Apopleksiafsnittet, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital (dorch@as.aaa.dk). * kontaktpersoner og tværfaglig baggrundsgruppe se sidste side.		
Godkendt af	Udarbejdet Januar 2008	Godkendt af: Afdelingsledelsen Neurologisk afd. Århus Sygehus. Januar 2008	Opdateres senest Januar 2010
Baggrund	<p>Fækal inkontinens defineres enten som ufrivillig afføring eller manglende evne til at kontrollere luft, flydende eller fast afføring. Fækal inkontinens kan inddeles i undertyper med følgende kendetegn (1, 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passiv: ufrivillig, ubevidst afgang af luft eller afføring • Bydende trang: luft eller afføring kan ikke tilbageholdes • Sivende: form af afføring: type 5-7, ifølge Bristol skalaen, i forbindelse med udtamponering (sterkoral diarre) <p>Andre kendetegn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perianale hudproblemer <p>Forekomsten af fækal inkontinens varierer fra 0,8 til 6,2% i en almindelig befolkning, hyppigere hos ældre end yngre, uden signifikant kønsforskel og medfører lavere livskvalitet (3, 4). Forekomsten af fækal inkontinens i den akutte fase af apopleksi er 30 % og forekommer især hos patienter med store arterie cerebri anterior infarkter, påvirket bevidsthedsniveau, urininkontinens, synsdefekter, dysfagi, afasi og neglect. Forekomsten er faldende til ca. 11% efter 3-12 måneder, stigende til 15% efter 3 år (5). Efter 3 mdr. opstår fækal inkontinens især som følge af nedsat funktionsniveau, hvor pt. har behov for hjælp til toiletbesøg og/eller som følge af behandling med antikolinerg medicin. Ca. en tredjedel af de patienter der er fækal inkontinente ved 3 mdr. er kontinente ved 1 år (5). Fækal inkontinens i forbindelse med apopleksi kan skyldes påvirkning af både sensoriske og motoriske nervefibre, resulterende i manglende registrering og fornemmelse af trang til defækation (6). Hos patienter med apopleksi vil det derfor ofte være tale om passiv inkontinens (7). Aktuelt findes ingen studier som viser hvordan fækal inkontinens påvirker apopleksipatientens livskvalitet (8). Nyere Cochrane reviews viser manglende evidens vedrørende anbefalinger både hvad angår medicinsk behandling og brug af biofeedback (9, 10). Der er ikke udviklet screeningsredskaber til at identificere fækal inkontinens specifikt hos patienter med apopleksi. Neurogen Tarm Dysfunktion (NTD) score kan anvendes som screeningsredskab til identifikation af risikopatienter og som et evalueringsredskab til at vurdere effekten af interventionsprogrammet (11). Med baggrund i litteraturen kan det forventes at en del patienter med apopleksi er fækalt inkontinente i den akutte fase, men at problemet vil mindskes i løbet af rehabiliteringsfasen. Systematisk dataindsamling til vurdering af problemet med efterfølgende tilpasset behandling har vist en tendens til reduktion af episoder af</p>		

	fækal inkontinens efter 1 til 6 måneders intervention (12). Risikofaktorer (5, 8, 13-15) <ul style="list-style-type: none"> • Afhængighed af hjælp til at komme på toilettet • Nedsat funktionsniveau • Medicin der influerer på udvikling af obstipation¹, medførende sterkoral diarre
Formål	At genskabe kontinens, at normalisere patientens afføringsmønster
Anbefalinger	<u>Identifikation af patienter med fækal inkontinens</u> <ul style="list-style-type: none"> • Screening ifølge Neurogen Tarm Dysfunktion score (11, 12) C* • Rektal eksploration til undersøgelse for fæces i rektum (12) B* • Funktion af bækkenbund og lukkemuskel (12) B* <u>Udtømning af fæces i rectum ved sterkoral diarre (12)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Suppositorium Glycerol 1,2 g umiddelbart før defækation (12) B* eller • Digital stimulation (16, 17) B* Ved manglende effekt <ul style="list-style-type: none"> • Suppositorium Dulcolax 10 mg umiddelbart før defækation (11) B* Ved fortsat manglende effekt <ul style="list-style-type: none"> • Olieklysma 250 ml på lang sonde 12 timer før defækation √D • Fosfatklysma 240 ml på lang sonde umiddelbart før defækation (11) B* <u>Forebyggende behandling af fækal inkontinens</u> <ul style="list-style-type: none"> • Planlægge toiletbesøg i forhold til patientens daglige vaner (18) B* • Defækation på tilpasset toilet/bækkenstol evt. med fodstøtte (12) B* • Privathed (12) B* Ved svag bækkenbund/lukkemuskel <ul style="list-style-type: none"> • Bækkenbundstræning vurdering v. fysioterapeut (12) B* • Normalisere afføringens konsistens og mønster v. hjælp af (1) √D <ul style="list-style-type: none"> ○ Reduktion af diarre fremkaldende fødeemner² ○ Reduktion af fibre i kosten ○ Movicol 1-3 breve a 13 g. dgl. (19) B* (I forhold til Bristol skalaens formtyper (2)) • Hygiejne, hudpleje, tilpassede inkontinenshjælpemidler √D <u>Specifik behandling af fækal inkontinens</u> <ul style="list-style-type: none"> • Peristaltikhæmmende medicin (12) <ul style="list-style-type: none"> ○ Imodium 2-4 mg. e.o., 30 min før måltid B* • Yderligere udredning ved vedvarende problemer (1) √D <u>Vejledning om forebyggende tiltag</u> <ul style="list-style-type: none"> • Specifik vejledning rettet mod patientens problemer (12) B*

¹ Diuretika, jerntilskud, antihypertensiver, antipsykotika, anticholinergika, antacida, antiepileptika, opoidanalgetika, ganglieblokerende stoffer

² F.eks. Koffein, laktose, fruktose, eller andre fødeemner som patienten ved er diarreprovokerende

Monitorering	<p><u>Kvalitetsindikatorer ved udskrivelsen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter med normal defækation (formtype 3 og 4), ifølge afføringsdagbog/plejeplan. • Andel af patienter med normal tarmkontrol ifølge Barthel Index 100 (BI) eller Modificeret BI (MBI)(20)
Referencer	<p>(1) Rao SSC. Diagnosis and Management of Fecal Incontinence. The American Journal of Gastroenterology 2004;99:1585-1604 (Ia).</p> <p>(2) Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006;130:1480-1491 (IV).</p> <p>(3) 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 (IIa).</p> <p>(4) Pretlove SJ, Radley S, Toozs-Hobson PM, Coomarasamy A, Khan KS. prevalence of anal incontinence in adults according to age and gender: a systematic review and meta-regression analysis. Int. Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunc 2006;17(4):407-417 (Ia).</p> <p>(5) Harari D, Coshall C, Rudd AG, Wolfe CDA. New-Onset Fecal Incontinence After Stroke: Prevalence, Natural History, Risk Factors, and Impact. Stroke 2003;34(1):144-150 (Ib).</p> <p>(6) Remes-Troche JM, Rao SSC. Defecation disorders: Neuromuscular aspects and treatment. Current Gastroenterology Reports 2006;8(4):291-299 (IV).</p> <p>(7) Chatoor SJ, G. TCR, V. CA, Emmanuel. Faecal incontinence. British Journal of Surgery 2007;94(2):134-144 (IV).</p> <p>(8) Brittain K, Perry S, Shaw C, Matthews R, Jagger C, Potter J. Isolated Urinary, Fecal, and Double Incontinence: Prevalence and Degree of Soiling in Stroke Survivors. Journal of the American Geriatrics Society 2006;54:1915-1919 (III).</p> <p>(9) Cheetham M, Brazzelli M, Norton C, Glazener CMA. Drug treatment for faecal incontinence in adults (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2003(3):(Ia).</p> <p>(10) Norton C, Cody DJ, Hosker G. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults (review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2006(3):(Ia).</p> <p>(11) Krogh K, Christensen P, Sabroe S, Lauerberg S. Neurogenic bowel dysfunction score. Spinal Cord 2006;44(10):625-631 (III).</p> <p>(12) Harari D, Norton C, Lockwood L, Swift C. Treatment of constipation and</p>

	<p>fecal incontinence in stroke patients. Stroke 2004;35:2549-2555 (Ib).</p> <p>(13) Baztan JJ, Domenech JR, Gonzalez M. New-Onset Fecal Incontinence After Stroke: Risk Factor or Consequence of Poor Outcomes After Rehabilitation? Stroke 2003;34(8):101e-102 (IV).</p> <p>(14) Pettersen R. Inkontinens etter hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;10(127):1383-6 (IV).</p> <p>(15) Winge K, Rasmussen D, Werdelin L. Constipation in neurological diseases. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003;74:13-19 (IV).</p> <p>(16) Korsten MA, Singal AK, Monga A, Charala G, Khan AM, Palmon R. Anorectal stimulation causes increased colonic motor activity in subjects with spinal cord injury. Journal Spinal Cord Med 2007;31(1):31-35 (III).</p> <p>(17) Addison R, Smith M. Digital rectal examination and manual removal of faeces. Royal College of Nursing 2004:1-9 (IV).</p> <p>(18) Venn MR, Taft L, Carpentier B, Applebaugh G. The influence of timing and suppository use on efficiency and effectiveness of bowel training after a stroke. Rehabilitation Nursing 1992;17(3):116-20 (Ib).</p> <p>(19) DiPalma JA, Cleveland M, McGovan J, Herrera JL. A randomized multicenter placebo-controlled trial of polyethylene glycol laxative for chronic treatment of chronic constipation. Am J Gastroenterol 2007;102:1-6 (Ia).</p> <p>(20) Schepers VPM, Ketelaar M, van de Port IGL, Visser-Meily JMA, Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Disability & Rehabilitation 2007;29(3):221 - 230 (IV).</p>																																	
Evidensberegning	<table border="1" data-bbox="411 1435 1465 1787"> <thead> <tr> <th>Publikationstype</th> <th>Evidens</th> <th>Styrke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Metaanalyse, systematisk oversigt</td> <td>Ia</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>Randomiseret kontrolleret studie</td> <td>Ib</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>Kontrolleret ikke randomiseret studie</td> <td>IIa</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>Kohorteundersøgelse</td> <td>IIb</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>Diagnostisk test (direkte diagnostisk test)</td> <td>IIb</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>Case-kontrol undersøgelse</td> <td>III</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Diagnostisk test (indirekte diagnostisk metode)</td> <td>III</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Beslutningsanalyse</td> <td>III</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Deskriptiv undersøgelse</td> <td>III</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Mindre serier, oversigtsartikel, ekspertvurdering, ledende artikel</td> <td>IV</td> <td>D</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kilde: www.nip.dk</p> <p>Når der ikke er fundet brugbar evidens, angives god klinisk praksis som D med en vinge (D^v). En stjerne (*) markerer at studiet er nedgraderet, fordi det enten ikke er relateret til patienter med apopleksia cerebri, eller at der er metodiske problemer.</p>	Publikationstype	Evidens	Styrke	Metaanalyse, systematisk oversigt	Ia	A	Randomiseret kontrolleret studie	Ib	A	Kontrolleret ikke randomiseret studie	IIa	B	Kohorteundersøgelse	IIb	B	Diagnostisk test (direkte diagnostisk test)	IIb	B	Case-kontrol undersøgelse	III	C	Diagnostisk test (indirekte diagnostisk metode)	III	C	Beslutningsanalyse	III	C	Deskriptiv undersøgelse	III	C	Mindre serier, oversigtsartikel, ekspertvurdering, ledende artikel	IV	D
Publikationstype	Evidens	Styrke																																
Metaanalyse, systematisk oversigt	Ia	A																																
Randomiseret kontrolleret studie	Ib	A																																
Kontrolleret ikke randomiseret studie	IIa	B																																
Kohorteundersøgelse	IIb	B																																
Diagnostisk test (direkte diagnostisk test)	IIb	B																																
Case-kontrol undersøgelse	III	C																																
Diagnostisk test (indirekte diagnostisk metode)	III	C																																
Beslutningsanalyse	III	C																																
Deskriptiv undersøgelse	III	C																																
Mindre serier, oversigtsartikel, ekspertvurdering, ledende artikel	IV	D																																

<p>Tværfaglig baggrundsgrupper og kontaktpersoner</p>	<p>Bispebjerg Hospital, Apopleksiklinikken: Tværfaglig baggrundsgruppe: *Karin Wogensen (kw09@bbh.regionh.dk), klinisk sygeplejespecialist, Jeanne Woll, klinisk sygeplejespecialist, Lone Steffensen, social og sundhedsassistent, nøgleperson, Ane Hjærtshøj sygeplejerske, nøgleperson, Per Meden overlæge PhD.</p> <p>Århus Sygehus: Tværfaglig baggrundsgruppe: *Birgitte Blicher Pedersen (biblp@as.aaa.dk), klinisk sygeplejespecialist cand. scient. san., Vibeke Bock, specialeansvarlig sygeplejerske, Anne Alsted, specialeansvarlig fysioterapeut, Mette Skærbæk, specialeansvarlig ergoterapeut, Hanne Søndergaard afdelingssygeplejerske, Tine H. Andersen, farmaceut, Klaus Krogh, dr.med. PhD., Grethe Andersen, overlæge dr. med.</p> <p>* Kontakt personer</p>
---	--