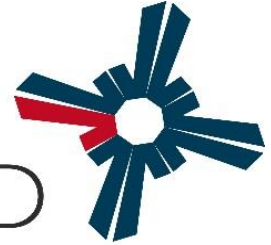


ENHED
FOR
KVALITET



Analinkontinens hos voksne

- Konservativ behandling og udredning af nyopstået fækalieinkontinens efter fødsel

Anbefalinger og evidens: En forklaring af de anvendte symboler

Foran anbefalingerne i de kliniske retningslinjer er der angivet symboler, som indikerer styrken af anbefalingerne. Symbolerne forklares her:

↑↑ = Stærk anbefaling for

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for interventionen, når der er evidens for, at de samlede fordele ved en intervention vurderes at være klart større end ulemperne. Der skal derfor være vægtige grunde til ikke at følge anbefalingen.

↑ = Svag/betinget anbefaling for

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne. En svag anbefaling kan også gives, hvis der ikke er tilstrækkelig litteratur på området til at give en stærk anbefaling. Det bør klart overvejes at følge en svag/betinget anbefaling.

↓ = Svag/betinget anbefaling imod

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod en intervention, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, eller hvor balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger er vanskelig at afgøre, fordi litteraturen ikke er entydig.

↓↓ = Stærk anbefaling imod

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene, eller i tilfælde hvor gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

✓ = God praksis

God praksis anbefalinger bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af den arbejdsgruppe, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Anvendes, når der ikke er fundet (tilstrækkelig) relevant litteratur.

Arbejdsgruppens væsentligste generelle anbefalinger

- Retningslinjen omhandler voksne over 18 år med analinkontinens, hvor **behandlingskrævende patologi er udelukket**.
- Retningslinjen omhandler ikke særsilt patienter med neurologisk sygdom som f.eks. multipel **sklerose, Parkinsons sygdom eller apopleksi**. Disse patientgrupper er dog ikke udelukket fra retningslinjen, hvorfor behandlingstiltagene i retningslinjen kan afprøves på disse patientgrupper. Patienter med rygmarvs-skade er ikke omhandlet af denne retningslinje.
- Sundhedspersonale bør **afdække eventuelle problemer med analinkontinens** hos kendte risikogrupper (kronisk diarré, forstoppelse, anal/rektal kirurgi, strålebehandling af abdomen eller genitalia, fødsels-skader, neurologiske sygdomme) både blandt mænd og kvinder, da kun 1 ud af 3 selv søger hjælp for analinkontinens.
- Samtidig **tilstedeværelse af urininkontinens bør afdækkes**, da dobbeltinkontinens er hyppigt forekom-mende.
- Patienter med analinkontinens bør tilbydes **basal udredning af praktiserende læge**.
- Bækkenbundstræning bør varetages af **specialuddannet sundhedspersonale**. Det anbefales, at patien-tens knibefunktion undersøges ved **indvendig palpation** for at sikre, at bækkenbundstræningen udføres korrekt.
- Bækkenbundstræning bør være **individuel tilpasset**, så den tager udgangspunkt i patientens funktions-niveau.
- Patientens **værdier og præferencer bør inddrages**, når der vælges behandling.

Anbefalinger knyttet til fysioterapeutiske interventioner

1. Bækkenbundstræning til voksne med analinkontinens

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

Træningen bør tilrettelægges ud fra almene træningsfysiologiske principper, så der sikres tilstrækkelig grad af overload og progression. Både muskelstyrke, statisk og dynamisk udholdenhed og koordination bør tilgodeses i træningsprogrammet. Samlet træningstid anbefales at være 8-16 uger. Patienten bør udføre hjemmetræning mindst 3 gange ugentligt, gerne dagligt.

2. Bækkenbundstræning til kvinder med analinkontinens efter fødsel (indenfor 2 år efter fødsel)

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

Kvinder kan efter fødslen have smerter i genitalområdet, hvorfor indvendig undersøgelse af knibefunktion kan udsættes til smerter er aftaget. Herudover bør bækkenbundstræningen tilrettelægges som beskrevet for bækkenbundstræning til voksne med analinkontinens.

Beskrivelse af de fysioterapeutiske interventioner og effekter fra de inkluderede studier

Bækkenbundstræning ved analinkontinens (voksne inkl. kvinder efter fødsel)	
Indhold	Information om endetarmens og bækkenbundens anatomi og funktion. Defækationsergonomi (siddestilling, preseteknik). Indvendig palpation af knibeteknik. Muskelstyrke, udholdenhed, koordination Biofeedback-træning ved EMG og/eller sensorisk biofeedback ved manometri.
Varighed pr. session	30-60 min.
Varighed af forløb	3-6 måneder
Frekvens	2-3 gange ugentligt til 1 gang månedligt Herudover daglig hjemmetræning
Intensitet	Muskelstyrke: Op til 50 maksimale knib, længde uoplyst Udholdenhed: Lange knib, længde uoplyst Koordination: Op til 50 hurtige knib, længde uoplyst
Opbygning	Individuel supervision. Progression: Knibe i stående stilling og i dagligdags situationer
Effekt på	Effekt på antallet af inkontinensepisoder Ikke muligt at opgøre data på livskvalitet

Der er evidens for effekt af interventionerne ved ovenstående frekvens og varighed. Anbefalingerne i skemaet er baseret på de inkluderede studier, og er altså derfor ikke nødvendigvis de eksakte grænseværdier for, hvornår der kan forventes effekt af træning.

Retningslinjens øvrige anbefalinger, der kan have relevans for den fysioterapeutiske indsats

3. Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens

- ↑ *Overvej* at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til at afhjælpe analinkontinens hos ældre hjemmeboende borgere.
- ↑ *Overvej* at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens ved kronisk diarré, hvor anden årsag er udelukket (idiopatisk).
- ↑ *Overvej* at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter kirurgi for rectum-cancer, hvor recidiv er udelukket.
- ↑ *Overvej* at anvende psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens opstået efter analkirurgi for benigne sygdomme.
- √ Det er god praksis at afprøve psyllium-frøskaller som førstevalg fremfor loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia.

4. Psyllium-frøskaller versus laksantia til afhjælpning af analinkontinens udløst af kronisk forstoppelse

- √ 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.

5. Analtømning til afhjælpning af fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere

- ↓ *Overvej nøje*, om der skal foretages analtømning med suppositorier eller rectal 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.
- √ 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.

6. Udredning af fækalinkontinens hos kvinder efter fødsel

- ↑ *Overvej* at henvise kvinder med nyopstået fækalinkontinens efter fødsel til endoanal ultralydsundersøgelse, 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 sphincter defekt.

En National Klinisk Retningslinje bør læses og bruges som:

- En rettesnor for **god klinisk praksis** og som en fast del af den fysioterapeutiske **kliniske ræsonnering** til behandling af patienter med en given diagnose.
- En vejledning, der kan fraviges, hvis vægtige **faglige argumenter** taler for det, og fravigelsen sker under hensyntagen til den enkelte patients tarv.
- **Udvalgte evidensbaserede anbefalinger** for eller imod enkeltstående interventioner. Anbefalingerne går derfor på delelementer i det samlede udrednings- og behandlingsforløb.
- En **kilde til inspiration**, hvis du er i tvivl om, hvad et behandlingsforløb kan eller bør bestå af.

En National Klinisk Retningslinje er:

- Resultatet af en fælles national indsats for at sikre evidensbaseret og ensartet høj behandlingskvalitet på tværs af landet.
- Mellem 7 og 10 udvalgte tværfaglige kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet') med relevans for en given diagnose.
- Et omfattende litteraturstudie, der fører til et antal anbefalinger relateret til udredning og behandling. Nogle anbefalinger vil være relevante for fysioterapeuter, andre vil ikke være relevante.
- Udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen med deltagelse af relevante faglige ressourcerpersoner.

Den fulde retningslinje inkl. metodebeskrivelser mv. kan downloades på www.fysio.dk/kliniske-retningslinjer



Kontakt med Danske Fysioterapeuter?

Danske Fysioterapeuter

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tlf. 33 41 46 20

Fysio.dk

