

# National klinisk retningslinje for analinkontinens hos voksne



Hovedforfatter

NKR sekretariatet, Sundhedsstyrelsen

First Published

Sidst opdateret

## Indhold

- 1 - Baggrund, metode og læsevejledning
- 2 - Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens
- 3 - Løppefrøskaller versus laksantia til afhjælpning af analinkontinens udløst af forstoppelse
- 4 - Analtømning til afhjælpning af fækalinkontinens hos plejehjemsboere
- 5 - Bækkenbundstræning
- 6 - Udredning af fækalinkontinens hos postpartum kvinder
- 7 - Implementering
- 8 - Monitorering
- 9 - Opdatering og videre forskning

# Sammenfatning af anbefalingerne

## 1 - Baggrund, metode og læsevejledning

## 2 - Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens

### Ældre hjemmeboende borgere

#### Svag anbefaling

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

### Kronisk diarré

#### Svag anbefaling

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

### Efter kirurgi for rectum cancer

#### Svag anbefaling

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

### Efter analkirurgi for benigne sygdomme

#### Svag anbefaling

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

### 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.

## 3 - Loppfrøskaller versus laksantia til afhjælpning af analinkontinens udløst af forstoppelse

**God praksis (konsensus)**

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

**4 - Analtømning til afhjælpning af fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere****Svag anbefaling**

Overvej det nøje inden analtømning med suppositorier eller rektal væske 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.

**God praksis (konsensus)**

Det er god praksis at henvise plejehjemsbeboere til specialafdeling, hvis der skønnes behov for at afprøve transanal irrigation efter anden behandling er afprøvet.

**5 - Bækkenbundstræning****Svag anbefaling**

Overvej at henvise voksne med anal inkontinens til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da det er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning og ingen særlige skadevirkninger.

**Svag anbefaling**

Overvej at henvise kvinder med vedvarende analinkontinens postpartum til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da det er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning og ingen særlige skadevirkninger.

**6 - Udredning af fækalinkontinens hos postpartum kvinder****Svag anbefaling**

Overvej at henvise kvinder med ny-opstået fækal inkontinens efter fødsel til

endoanal ultralyd, idet klinisk undersøgelse alene ikke kan detektere anale sphincterskader og kirurgisk behandling kan være et muligt tilbud såfremt inkontinensen skyldes en anal sphincter-defekt.

## **7 - Implementering**

## **8 - Monitorering**

## **9 - Opdatering og videre forskning**

# 1 - Baggrund, metode og læsevejledning

## [1.1 Version og opdatering](#)

## [1.2 Læsevejledning](#)

### [1.2.1 Evidens og anbefaling](#)

### [1.2.2 Ordliste](#)

### [1.2.3 Juridiske forhold](#)

## [1.3 Metode](#)

### [1.3.1 Evidensens kvalitet](#)

### [1.3.2 Anbefalingernes grundlag og implikationer](#)

### [1.3.3 Beskrivelse af anvendt metode](#)

### [1.3.4 Søgestrategi](#)

## [1.4 Arbejds- og referencegruppe](#)

## [1.5 Baggrun](#)

## [1.6 Formål](#)

## [1.7 Afgrænsning af patientgruppe](#)

## [1.8 Målgruppe/bruger](#)

## [1.9 Emneafgrænsning](#)

## [1.10 Patientperspektivet](#)

Denne nationale kliniske retningslinje for analinkontinens hos voksne er en del af en serie af nationale kliniske retningslinjer udgivet af Sundhedsstyrelsen NKR sekretariat.

## **1.1 Version og opdatering**

Høringsversion.

1. september 2014

## **1.2 Læsevejledning**

Læsevejledningen foreligger ikke på nuværende tidspunkt.

### **1.2.1 Evidens og anbefaling**

Se afsnit 1.3.1 og 1.3.2.

### **1.2.2 Ordliste**

Her vil komme ordforklaringer på bl.a: Anal inkontinens

Fækalinkontinens

Sensitivitet

Specificitet

Rome III kriterier for obstipation M. sphincter ani

### **1.2.3 Juridiske forhold**

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, og patienter kan også 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.

### 1.3 Metode

[Anchor] For en uddybet beskrivelse af metoden bag udarbejdelsen af denne nationale kliniske retningslinje, henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog.

Se link: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/metode/metodehaandbog>

#### 1.3.1 Evidensens kvalitet

##### Høj (????)

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

##### Moderat (???o)

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 (??oo)

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

##### Meget lav (?ooo)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt. Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org>

#### 1.3.2 Anbefalingernes grundlag og implikationer

##### Stærk anbefaling for ??

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

Evidens af høj kvalitet

Stor tilsigtet effekt og ingen eller få utilsigtede bivirkninger /komplikationer ved interventionen

Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede til fordel for interventionen

##### Implikationer:

De fleste patienter vil ønske interventionen.

Langt de fleste klinikere vil ordinere interventionen.

##### Svag/betinget anbefaling for ?

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, 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 det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

Evidens af lav kvalitet

Den tilsigtede effekt ved interventionen vurderes at være marginalt større end de utilsigtede bivirkninger/komplikationer

Patienternes præferencer og værdier varierer væsentligt eller er ukendte

##### Implikationer:

De fleste patienter vil ønske interventionen, men en væsentlig del vil også afstå fra den

Klinikere vil skulle hjælpe patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer

##### Svag/betinget anbefaling imod ?

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

Evidens af lav kvalitet

Usikker effekt ved interventionen

Usikre bivirkninger/komplikationer ved interventionen

De utilsigtede bivirkninger/komplikationer ved interventionen vurderes at være marginalt større end den tilsigtede effekt

Patienters præferencer og værdier varierer væsentligt eller er ukendte

Implikationer:

De fleste patienter vil afstå fra interventionen, men en del vil ønske den  
Klinikerne vil skulle hjælpe patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer

**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. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

Evidens af høj kvalitet

Den tilsigtede effekt af interventionen er lav

Visse eller betydelige utilsigtede bivirkninger/ komplikationer ved interventionen

Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen

Implikationer:

De fleste patienter vil ikke ønske interventionen. Klinikere vil typisk ikke ordinere interventionen

**God praksis ?**

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalinger kan være enten for eller imod interventionen. Anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens.

**1.3.3 Beskrivelse af anvendt metode**

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog.

**1.3.4 Søgestrategi**

Se vedhæftede filer

**1.4 Arbejds- og referencegruppe**

Arbejdsgruppens medlemmer

Jens Peter Andersen, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen

Kristoffer Lande Andersen, sekretariatsmedarbejder, Sundhedsstyrelsen Gitte 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

Michael Sørensen, formand for arbejdsgruppen, Sundhedsstyrelsen

Peter Torsten Sørensen, Dansk Selskab for Almen Medicin

Simon Tarp, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen

Anja Ussing, Dansk Selskab for Fysioterapi

Referencegruppens medlemmer

Ghalib Ali, Region Sjælland

Kristoffer Lande Andersen, sekretariatsmedarbejder, Sundhedsstyrelsen Susanne Axelsen, Kontinensforeningen

Gitte Bøje, Dansk Sygepleje Selskab

Kittie Carlson, Socialstyrelsen

Ulla Due, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen

Sara Kindberg, Jordemoderforeningen

Marianne Glavind Kristensen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi Mette Otkær, Roskilde Kommune

Lene Paulsen, Dansk Urogynækologisk Selskab

Niels Qvist, Dansk Kirurgisk Selskab

Bo Hempel Sparsø, Region Hovedstaden

Michael Sørensen, formand for referencegruppen, Sundhedsstyrelsen Peter Torsten Sørensen, Dansk Selskab for Almen Medicin

Simon Tarp, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen

Anja Ussing, Dansk Selskab for Fysioterapi

Ole Dybvad Vinge, Region Nordjylland

Lena Wivel, KL

**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.

Habilitetserklæringerne kan ses her: (link kommer senere)



Per review og offentlig høring

Denne retningslinje har været i bred, offentlig høring september 2014 og er i samme periode peer-reviewet af [navne kommer senere].

## 1.5 Baggrund og indledning

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

Anal inkontinens defineres som en manglende evne til at holde på luft eller afføring. Tidligere anvendte man alene definitionen fækalinkontinens, men i nyere internationale standardiseringsrapporter skelner man nu mellem fækalinkontinens, og analinkontinens. Hvor fækalinkontinens alene omhandler fækalinkontinens dækker analinkontinens både inkontinens for tarmluft og/ eller sammen med inkontinens for afføring (ICI 2013, de Ridder 2010).

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.

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 (Macmillan 2004, ICI 2013). Et amerikansk studie fra 2009 viste en prævalens for fækalinkontinens på 8,3% for hjemmeboende borgere, 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 (Whitehead 2009). Hollandske tal har vist, at 6 % af hjemmeboende borgere over 60 år har fækalinkontinens (Teunissen 2004), mens det er fundet at op mod halvdelen af plejehjemsbeboere har fækalinkontinens (Nelson R 2004, ICI 2013).

Antallet af ældre borgere over 65 år er ifølge Ældresagen 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 (AlAmeel T 2010). 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 (Kalantar JS 2002, MacArthur C 1997). 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 (Kalantar JS 2002, Hughes BT 2009).

Patienter med analinkontinens bør af sin praktiserende læge som minimum udspørges om graden og hyppigheden af inkontinensen, ændringer i afføringsmønster, forstoppelse eller besværet tarmtømning, tidligere anal- eller rektalkirurgi, samt for kvinders vedkommende også om fødselsforløb med speciel fokus på evt bristninger af perineum. Desuden bør der spørges til urininkontinens, idet der er stort sammenfald med analinkontinens.

Egen læge bør tænke på kolorektalcancer og henvise i henhold til retningslinjernes for dette, og som minimum bør der foretages rektal eksploration for at udelukke anden behandlingskrævende patologi, og for at vurdere anal sphincters knibefunktionen.

## 1.6 Formål

Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er overordnet at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet. 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 kendskab 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 eller 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.

## 1.7 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 neurogene lidelser, såsom MS, Mb Parkinson, eller halvsidig lammelser, 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 transanal irrigation eller appendikostomi er den primære behandling til denne patientgruppe.

## 1.8 Målgruppe/bruger

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

## 1.9 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.

Fokus for denne nationale kliniske retningslinje for analinkontinens er behandling med simple midler, som kan tilbydes i primærsektoren. Retningslinjen beskæftiger sig således ikke i udgangspunktet med den specialiserede behandling som tilbydes på specialafdeling. 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 postpartum?

Bør kvinder med vedvarende fækalinkontinens postpartum ultralydsscannes?

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

### 1.10 Patientperspektivet

Kontinensforeningen, som er en patientforening for mennesker med inkontinens 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 afsnit 1.4

## 2 - Psyllium-frøskaller versus loperamid til afhjælpning af analinkontinens

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 (ICI 2013).

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 (Gattuso 1994, Omar 2013). Psyllium-frøskaller er et fibertilskud (sælges som naturpræparat) med få kendte bivirkninger. Der er fundet sammenhæng mellem nedsat fiberindtag og analinkontinens (Markland 2004), og det er fundet at at psyllium-frøskaller kan afhjælpe medicinuløst diarré. Omvendt er også fundet at et øget fiberindtag kan medføre øget analinkontinens. (ICI 2013).

Målet med de efterfølgende spørgsmål (3.1-3.5) er derfor at undersøge, om man bør anvende psyllium-frøskaller eller loperamid til at afhjælpe analinkontinens og fækalinkontinens hos en række forskellige patientgrupper og borgere.

### Ældre hjemmeboende borgere

#### Svag anbefaling

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

### Praktiske oplysninger

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.

Den optimale dosis for psyllium-frøskaller kendes ikke, men det er beskrevet at den mest typiske dosis er 7,1 gr. psyllium-frøskaller (Bliss 2001). Da der findes forskellige produktnavne på markedet bør man afpasse anbefalede dosis ved at læse på fiberindhold i produktet. 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 (Bliss 2011)

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 (Read 1982, Cann 1984). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme (Sun 1997, Read 1992) Ved ønske om at afprøve loperamid bør man desuden overveje, om der kan være mulige kontraindikationer for anvendelse af dette præparat.

### Nøgleinformationer

#### Gavnlig og skadelige virkninger

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

#### Kvaliteten af evidensen

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

#### Værdier og præferencer

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 heller vil have en tablet Der vil desuden være forskel på, om patienten. ønsker fibertilskud i løs form eller som kapsler.

**Andre overvejelser**

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.

**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 loppefrøskaller afprøves før loperamid afprøves

**PICO (2.1)**

**Population:** Ældre hjemmeboende borgere med analinkontinens

**Intervention:** Psyllium-frøskaller

**Kontrol:** Loperamid

**Alle udfald:** Livskvalitet, Inkontinenstilfælde, Forstoppelse, Mavesmerter, Ophør med behandling pga bivirkninger

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Psyllium-frøskaller	Loperamid	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgningstid
Antal ugentlige inkontinenstilfælde Efter 4 uger	Lav Et Studie, Brede Konfidensintervaller,	:	mean 4.8	mean 4.1	MD 0.7 færre (CI 1.55 færre - 2.99 mere )	73, opfølgning efter 4 uger

**PICO Sammenfatning**

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo (Read 1982, Hallgren 1994, Sun 1997), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo (Bliss 2001, 2011), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid (Lauti 2008), mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid (Markland 2014).

Kun studiet af Markland 2014 kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, hvorfor de resterende seks studier blev ekskluderet af analysen (Oversigt over de seks ekskluderede studier findes som bilag).

Studiet af Markland 2014 var et randomiseret kontrolleret studie med et cross-over 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.

**PICO Referencer**

D. Z. Bliss K. Savik H. J. Jung R. Whitebird A. Low. Symptoms associated with dietary fiber supplementation over time in individuals with fecal incontinence. . . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21543963>

M. I. Omar C. E. Alexand. Drug treatment for faecal incontinence in adults. . . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23757096>

M. Read N. W. Read D. C. Barber H. L. Duth. Effects of loperamide on anal sphincter function in patients complaining of chronic diarrhea with fecal incontinence and urgency. . . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7105952>

W. M. Sun N. W. Read M. Verlind. Effects of loperamide oxide on gastrointestinal transit time and anorectal function in patients with chronic diarrhoea and faecal incontinence. . . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9018764>

D Z Bliss H J Jung K Savik A Lowry M LeMoine L Jensen C Werner K Schaff. Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence. . .

Bilag til litteraturgennemgang psyllium-frøskaller versus loperamid. . .

## Kronisk diarré

### Svag anbefaling

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

### Praktiske oplysninger

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.

Den optimale dosis for psyllium-frøskaller kendes ikke, men det er beskrevet at den mest typiske dosis er 7,1 gr. loppefrøskaller (Bliss 2001). Da der findes forskellige produktnavne på markedet bør man afpasse anbefalede dosis ved at læse på fiberindhold i produktet. Der er ikke fundet særlige bivirkninger ved loppefrøskaller. *Et studie har vist at patienter som indtog loppefrøskaller overfor et placebo oplevede at maven oplevedes meget fyldt, når de tog loppefrøskaller (Bliss 2011)*

Det er fundet at loperamid på enten til 2 mg x 2 dagligt og op til 4 mg x 3 dagligt kan mindske diarré og kan mindske inkontinens hos patienter som har fækal inkontinens i forbindelse med deres diarré (Read 1982, Cann 1984). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme (Sun 1997, Read 1992).

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

### Nøgleinformationer

#### Gavnlig og skadelige virkninger

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

#### Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen er lav, da der kun er fundet et studie, som alene er 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.

#### Værdier og præferencer

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 heller vil have en tablet. Der vil desuden være forskel på om pt. ønsker fibertilskud i løs form eller som kapsler.

#### Andre overvejelser

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.

### 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 loppefrøskaller afprøves før loperamid afprøves

### PICO (2.2)

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

**Intervention:** Psyllium-frøskaller

**Kontrol:** Loperamid

**Alle udfald:** Livskvalitet, Inkontinensstilfælde, Forstoppelse, Mavesmerter, Ophør med behandling pga bivirkninger

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Psyllium-frøskaller	Loperamid	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgningstid
Antal inkontinensepisoder ugentligt Efter 4 uger	Lav Et Studie, Brede Konfidensintervaller	:	mean 4.8	mean 4.1	MD 0.7 færre (CI 1.55 færre - 2.95 mere)	73 deltagere, opfølgning efter 4 uger

### PICO Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo (Read 1982, Hallgren 1994, Sun 1997), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo (Bliss 2001, 2011), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid (Lauti 2008), mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid (Markland 2014).

Kun studiet af Markland 2014 kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, hvorfor de resterende seks studier blev ekskluderet af analysen (Oversigt over de seks ekskluderede studier findes som bilag).

Studiet af Markland 2014 var et randomiseret kontrolleret studie med et cross-over 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.

### PICO Referencer

AD Markla. Markland: Fiber or Imodium Prescription (Rx) Management for Bowel Incontinence: The FIRM Randomized Clinical Trial. . .

### Efter kirurgi for rectum cancer

Svag anbefaling

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

### Praktiske oplysninger

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.

Den optimale dosis for psyllium-frøskaller kendes ikke, men det er beskrevet at den mest typiske dosis er 7,1 gr. psyllium-frøskaller (Bliss 2001). Da der findes forskellige produktnavne på markedet bør man afpasse anbefalede dosis ved at læse på fiberindhold i produktet. 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 (Bliss 2011)

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 (Read 1982, Cann 1984). Det anbefales at starte med laveste dosis,

da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme (Sun 1997, Read 1992).

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

## Nøgleinformationer

	<p><b>Gavnlige og skadelige virkninger</b></p> <p>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.</p>
	<p><b>Kvaliteten af evidensen</b></p> <p>Kvaliteten af evidensen er lav, da der kun er fundet et studie, som alene er 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.</p>
	<p><b>Værdier og præferencer</b></p> <p>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 heller vil have en tablet. Der vil desuden være forskel på om pt. ønsker fibertilskud i løs form eller som kapsler.</p>
	<p><b>Andre overvejelser</b></p> <p>Vigtigt at kliniker informerer grundigt, og at patienten afprøver psyllium-frøskaller/ <i>loperamid</i> systematisk. Der bør foretages en systematisk opfølgning på anvendelse og effekt.</p>

## 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 loppefrøskaller afprøves før loperamid afprøves.

## PICO (2.3)

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

**Intervention:** Psyllium-frøskaller

**Kontrol:** Loperamid

**Alle udfald:** Livskvalitet, Inkontinenstilfælde, Forstoppelse, Mavesmerter, Ophør med behandling pga bivirkninger

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Psyllium-frøskaller	Loperamid	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgningstid
Antal inkontinensepisoder ugentligt Efter 4 uger	Lav Kun Et Studie, Brede Konfidensintervaller	:	mean 4.8	mean 4.1	MD 0.7 færre (CI 1.55 færre - 2.95 mere)	73 deltagere, opfølgning efter 4 uger

## PICO Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo (Read 1982, Hallgren 1994, Sun 1997), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo (Bliss 2001, 2011), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid (Lauti 2008), mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid (Markland 2014).

Kun studiet af Markland 2014 kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, hvorfor de resterende seks studier blev ekskluderet af analysen (Oversigt over de seks ekskluderede studier findes som bilag).

Studiet af Markland 2014 var et randomiseret kontrolleret studie med et cross-over 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.

### PICO Referencer

AD Markla. Markland: Fiber or Imodium Prescription (Rx) Management for Bowel Incontinence: The FIRM Randomized Clinical Trial. . .

## Efter analkirurgi for benigne sygdomme

### Svag anbefaling

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

### Praktiske oplysninger

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.

Den optimale dosis for psyllium-frøskaller kendes ikke, men det er beskrevet at den mest typiske dosis er 7,1 gr. psyllium-frøskaller (Bliss 2001). Da der findes forskellige produktnavne på markedet bør man afpasse anbefalede dosis ved at læse på fiberindhold i produktet. 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 (Bliss 2011).

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 (Read 1982, Cann 1984). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme (Sun 1997, Read 1992).

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

## Nøgleinformationer

### Gavnlig og skadelig virkning

Der er fundet samme effekt af psyllium-frøskaller 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

Kvaliteten af evidensen er 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.

### Værdier og præferencer



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 heller vil have en tablet. Der vil desuden være forskel på om pt. ønsker fibertilskud i løs form eller som kapsler.

#### Andre overvejelser

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.

#### Rationale

Da effekt af loppefrøskaller og loperamid er ens mht antal inkontinensstilfælde, og der er tendens til at loperamid har flere bivirkninger anbefales det at loppefrøskaller afprøves før loperamid afprøves

#### PICO (2.4)

**Population:** Patienter som er analinkontinente efter anal kirurgi for benigne sygdomme

**Intervention:** Psyllium-frøskaller

**Kontrol:** Loperamid

**Alle udfald:** Livskvalitet, Inkontinensstilfælde, Forstoppelse, Mavesmerter, Ophør med behandling pga bivirkninger

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Psyllium-frøskaller	Loperamid	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgningstid
Antal ugentlige inkontinensstilfælde Efter 4 uger	Lav Et Studie, Brede Konfidensintervaller	:	mean 4.8	mean 4.1	MD 0.7 færre (CI 1.55 færre - 2.95 mere )	73 deltagere, opfølgning efter 4 uger

#### PICO Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet 7 randomiserede studier som omhandlede psyllium-frøskaller eller loperamid: Tre studier sammenlignede loperamid med placebo (Read 1982, Hallgren 1994, Sun 1997), to studier sammenlignede psyllium-frøskaller med placebo (Bliss 2001, 2011), et studie undersøgte psyllium-frøskaller i tillæg til loperamid (Lauti 2008), mens et studie sammenlignede psyllium-frøskaller med loperamid (Markland 2014).

Kun studiet af Markland 2014 kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål, hvorfor de resterende seks studier blev ekskluderet af analysen (Oversigt over de seks ekskluderede studier findes som bilag).

Studiet af Markland 2014 var et randomiseret kontrolleret studie med et cross-over 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.

#### PICO Referencer

AD Markla. Markland: Fiber or Imodium Prescription (Rx) Management for Bowel Incontinence: The FIRM Randomized Clinical Trial. . .

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.

**Praktiske oplysninger**

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.

Den optimale dosis for psyllium-frøskaller kendes ikke, men det er beskrevet at den mest typiske dosis er 7,1 gr. psyllium-frøskaller (Bliss 2001). Da der findes forskellige produktnavne på markedet bør man afpasse anbefalede dosis ved at læse på fiberindhold i produktet. 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 (Bliss 2011)

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 (Read 1982, Cann 1984). Det anbefales at starte med laveste dosis, da der kan være bivirkninger ved anvendelse af loperamid i form af mavesmerter, forstoppelse, hovedpine, kvalme (Sun 1997, Read 1992).

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

**Nøgleinformationer****Gavnlig og skadelig virkning**

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**

Der kunne ikke findes studier som afdækkede problemstillingen for målgruppen, idet det eneste fundne studie, der afdækkede det fokuserede spørgsmål, netop ekskluderede denne målgruppe. Evidensen er derfor ekstrapoleret fra andre patientgrupper.

**Værdier og præferencer**

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 heller vil have en tablet. Der vil desuden være forskel på om pt. ønsker fibertilskud i løs form eller som kapsler.

**Andre overvejelser**

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.

**Rationale**

Der er i litteraturgennemgangen ikke fundet studier som specifikt undersøger effekten af psyllium-frøskaller eller loperamid til afhjælpning af analinkontinens efter strålebehandling af abdomen eller genitalia. I det inkluderede studie har man ekskluderet denne gruppe patienter, og der kan således ikke gives en anbefaling. Omvendt er der ikke fundet studier, der har fundet kontraindikationer mht. at afprøve psyllium-frøskaller eller loperamid til patientgruppen.

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

**PICO (2.5)****Population:** Patienter som er analinkontinente efter strålebehandling af abdomen eller genitalia**Intervention:** Psyllium-frøskaller**Kontrol:** Loperamid**Alle udfald:** Livskvalitet, Inkontinensstilfælde, Forstoppelse, Mavesmerter, Ophør med behandling pga bivirkninger

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Psyllium-frøskaller	Loperamid	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgningstid
Antal ugentlige inkontinensstilfælde Efter 4 uger	Meget lav Kun Et Studie, Og Målgruppen Er Ekskluderet Af Studiet	:	mean 4.8	mean 4.1	MD 0.7 færre (CI 1.55 færre - 2.95 mere )	73 deltagere, opfølgning efter 4 uger

**PICO Sammenfatning**

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

I studiet af Markland 2014, findes den relevante comparison dvs. psyllium-frøskaller versus loperamid, men man har ekskluderet patienter som har modtaget strålebehandling af abdomen eller genitalia, hvorfor ingen litteratur kan besvare det forkusede spørgsmål for denne målgruppe.

**PICO Referencer**

AD Markla. Markland: Fiber or Imodium Prescription (Rx) Management for Bowel Incontinence: The FIRM Randomized Clinical Trial. . .

### 3 - Løppefrøskaller versus laksantia til afhjælpning af analinkontinens udløst af forstoppelse

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 løppefrøskaller eller laksantia til at afhjælpe analinkontinens udløst af forstoppelse.

#### God praksis (konsensus)

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

#### Praktiske oplysninger

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.

Det er vigtigt, at patienten informeres om at tage det valgte laksantia dagligt, og at patienten får at vide, at det kan titreres ind 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.

#### Nøgleinformationer

<b>Gavnlig og skadelige virkninger</b>	Arbejdsgruppen anbefaler at man anvender det laksantia som har bedst effekt for patienten, og som har færrest bivirkninger. Vi har ikke belæg for at anbefale psyllium-frøskaller fremfor laksantia
<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der blev ikke fundet randomiserede eller observationelle studier som kunne belyse dette fokuserede spørgsmål.
<b>Værdier og præferencer</b>	Vi har ingen viden om præferencer.
<b>Andre overvejelser</b>	Arbejdsgruppen anbefaler 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.

**Rationale**

Antallet af voksne med forstoppelsesudløst fækalinkontinens er ukendt, men flere studier har fundet sammenhæng med fækalinkontinens og kronisk forstoppelse. Der er således fundet, at selvrapporeret forringet tarmtømning udgør en næsten 4 gange øget (OR) risiko for rapportering af fækalinkontinens (Kalantar JS 2002, Bharucha AE 2008), og der er fundet en signifikant sammenhæng mellem selvrapporeret forringet tarmtømning og forekomst af fækalinkontinens (Damon H 2006).

**PICO (3.1)**

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

**Intervention:** Psyllium-frøskaller

**Kontrol:** Laksantia (peroral)

**Alle udfald:** Livskvalitet, Inkontinensstilfælde, Forstoppelse, Mavesmerter, Ophør med behandling pga bivirkninger

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Psyllium-frøskaller	Laksantia (peroral)	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgnings tid
No Outcomes						

**PICO Sammenfatning**

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

**PICO Referencer**

## 4 - Analtømning til afhjælpning af fækalinkontinens hos plejehjemsbeboere

Op mod halvdelen af ældre plejehjemsbeboere har problemer med at holde på afføringen (Nelson RL 2004). 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 (Ryan D 1974).

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

### Svag anbefaling

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

### Praktiske oplysninger

Anal tømning 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.

### Nøgleinformationer

#### Gavnlig og skadelige virkninger

Oral laksantia er nemt at anvende, hvori mod anal tømning kan være tidskrævende og omstændigt. Man bør kun overveje at anvende anal tømning i særlige tilfælde efter at oral laksantia er afprøvet eller hvor der er særlige hensyn, som gør at laksantia ikke er tilstrækkeligt fx, at der er behov for en fuldstændig sikker tarmtømning fx pga hudproblemer, som forværres af FI.

#### Kvaliteten af evidensen

Det blev fundet et studie af lav kvalitet

#### Værdier og præferencer

Det er de færreste som umiddelbart vil ønske anal tømning, hvis oral laksantia kan afhjælpe deres FI. For mennesker med kognitive ændringer, kan anal tømning opleves som et overgreb, og det bør overvejes i hvert enkelte tilfælde om effekten af anal tømning overstiger mulige bivirkninger.

#### Andre overvejelser

Anal tømning kan være ressourcekrævende, hvis der skal afsættes tid til at udføre og afvente at effekt af tømning.

## Rationale

Der foreligger kun et studie af meget lav metodisk kvalitet som i rimelig grad rammer målgruppen og det fokuserede spørgsmål. Studiet viser 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 tøjkask. 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 (Tod 2007, Christensen 2010), men at mellem 8-60% ophører med at anvende det igen.

## PICO (4.1)

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

**Intervention:** Regelmæssig anal tømning > 1 gang ugentligt

**Kontrol:** Ingen analtømning

**Alle udfald:** Inkontinensstilfælde, livskvalitet, forekomst af hudgener, antal cystittilfælde, smerter ved analtømning, ophør med behandling pga bivirkninger

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Regelmæssig anal tømning > 1 gang ugentligt	Ingen analtømning	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgningstid
Afføringsinkontinens	Meget lav Især Pga Risk Of Bias	:	mean 24	mean 24	MD færre (CI 3.94 færre - 3.94 mere )	123 (et studie)

## PICO Sammenfatning

I litteratursøgningen blev der fundet et prospektivt randomiseret kontrolleret studie som kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål (Chassagne 200). 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

## PICO Referencer

P Chassagne A Jégou P Gloc C Capet C Trivalle J Doucet P Denis E Berco. Chassagne: Does treatment of constipation improve faecal incontinence in institutionalized elderly patients? . . .

God praksis (konsensus)

Det er god praksis at henvise plejhjemsbeboere til specialafdeling, hvis der skønnes behov for at afprøve transanal irrigation efter anden behandling er afprøvet.

## Praktiske oplysninger

Transanal irrigation udgør en 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

### Gavnlige og skadelige virkninger

Transanal irrigation er en omfattende procedure, som kræver særskilt oplæring. Oral laksantia er nemt at anvende, hvori mod transanal irrigation kan være tidskrævende og omstændigt. Man bør kun overveje at anvende transanal irrigationi særlige tilfælde efter anden behandling er afprøvet eller hvor der er særlige hensyn, som gør at der er behov for en fuldstændig sikker tarmtømning fx pga hudproblemer, som forværres af fækalinkontinens

### Kvaliteten af evidensen

Der er ikke fundet studier som omhandler anvendelse transanal irrigation til plejhjemsbeboere.

### Værdier og præferencer

Det er de færreste som umiddelbart vil ønske transanal irrigation for at afhjælpe deres fækalinkontinens. For mennesker med kognitive ændringer, kan transanal irrigation opleves som et overgreb, og det bør overvejes i hvert enkelte tilfælde om effekten af transanalirrigation overstiger mulige bivirkninger.

### Andre overvejelser

Transanal irrigation kan være ressourcekrævende, og der skal afsættes tid til at udføre og afvente effekt af tømning.

## Rationale

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

## PICO (4.1)

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

**Intervention:** Regelmæssig anal tømning > 1 gang ugentligt

**Kontrol:** Ingen analtømning

**Alle udfald:** Inkontinens tilfælde, livskvalitet, forekomst af hudgener, antal cystittilfælde, smerter ved analtømning, ophør med behandling pga bivirkninger

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Regelmæssig anal tømning > 1 gang ugentligt	Ingen analtømning	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgningstid
Afføringsinkontinens	Meget lav Især Pga Risk Of Bias	:	mean 24	mean 24	MD færre (CI 3.94 færre - 3.94 mere )	123 (et studie)



**PICO Sammenfatning**

I litteratursøgningen blev der fundet et prospektivt randomiseret kontrolleret studie som kunne anvendes til at besvare det fokuserede spørgsmål (Chassagne 200). 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

**PICO Referencer**

P ChassagneA JegoP GlocC CapetC TrivalleJ DoucetP DenisE Berco. Chassagne: Does treatment of constipation improve faecal incontinence in institutionalized elderly patients? . . .

## 5 - Bækkenbundstræning

Bækkenbundstræning indebærer, at man på systematisk vis og ved hjælp af specifikke voluntære øvelser træner de tværstribede muskler i bækkenbunden inklusiv de tværstribede 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 (Telford 2004, Lam TJ 2012, Otto SD 2013).

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 tværstribede 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 hjælpemuskler 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 (Moen 2009). Man bør derfor i ethvert træningsforløb foretage en indvendig undersøgelse sv. til bækkenbundsmusklerne og den anal 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 (Norton 2012)

Netop på grund af 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 (Solomon 2003, Norton 2003, Bols 2011). 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 hos henholdsvis voksne med analinkontinens generelt samt specifikt kvinder med vedvarende analinkontinens efter fødsel.

### Svag anbefaling

Overvej at henvise voksne med anal inkontinens til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da det er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning og ingen særlige skadevirkninger.

### Praktiske oplysninger

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**

<b>Gavnlige og skadelige virkninger</b>	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.
<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af de inkluderede studier er lav, især pga manglende blinding af behandler og patient, samt inkomplette data.
<b>Værdier og præferencer</b>	Det vurderes at de fleste patienter vil ønske at afprøve interventionen, men at nogle patienter ikke kan motiveres til at forsøge denne behandling, da der er stilles krav om en vis egen indsats.
<b>Andre overvejelser</b>	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 lille, men positiv effekt af bækkenbundstræning, og der ikke er beskrevet bivirkninger ved behandlingen bør man overveje at henvise til bækkenbundstræning, såfremt patienten ønsker dette.

**PICO (5.1)**

**Population:** Voksne med analinkontinens

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

**Kontrol:** Ingen bækkenbundstræning

**Alle udfald:** Livskvalitet, Inkontinensstilfælde, smerter, frafald

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/- Biofeedback)	Ingen bækkenbundstræning	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgningstid
Frafald	Meget lav - Risk of bias samt bredt konfindensinterval	RR: 1.15 (CI 0.57 - 2.3)	200 per 1.000	230 per 1.000	30 mere (CI 86 færre - 260 mere )	496 (3)
Complete responders, no incontinence last week of study	Meget lav - Uklar randomisering, manglende blinding, manglende præcision	RR: 1.89 (CI 0.92 - 3.85)	per 1.000	per 1.000	færre (CI færre - færre )	18 (1)
Livskvalitet - ikke muligt at lave meta-analyse	Ikke angitt	:	mean		MD færre (CI færre - færre )	4 studier
Inkontinensstilfælde per dag	Lav Kun Et Studie Og Der Er Er Frafald Samt Manglende Blinding	:	mean 0.8	mean 0.7	MD 0.1 mere (CI 0.39 færre - 0.59 mere )	92 (1)
Inkontinensstilfælde per uge	Lav Kun Et Studie Og Manglende Blinding	:	mean 0	1	MD 1 færre (CI 1.66 færre - 0.34 færre )	140 (1)
Antal dage per uge med inkontinens	Meget lav Kun Et Studie Med Unclear Allokation Concealment, Manglende Blinding, stort Frafald	:	mean 0.83	1.6	MD 0.77 færre (CI 1.48 færre - 0.06 færre )	93 (1)

### PICO Sammenfatning

I evidens grundlaget indgik 5 randomiserede kontrollerede studier som alle var af lav kvalitet. I litteratursøgningen blev yderligere 19 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 5 inkluderede studier viste en lille men klar positiv effekt af bækkenbundstræning (Norton 2003, Heymen 2009), mens de resterende studier ikke kunne finde forskel i antal inkontinensepisoder efter individuelt superviseret bækkenbundstræning overfor ikke individuelt superviseret bækkenbundstræning

I det største af de 5 studier (Norton 2003, n= 171) 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.

I 2 studier (Illyckij 2005, n=23, Heymen 2009, n= 168)) undersøgte man effekten af superviseret bækkenbundstræning tilbudt sammen med manometrisk biofeedback versus verbalt instrueret bækkenbundstræning. I studiet af Heymen fandt man positiv effekt på antal ugentlige inkontinensstilfælde, mens man ikke kunne finde forskel på effekt mellem grupperne i studiet af Illyckij 2005). Begge studier

var af lav kvalitet, især pga. af store frafald, og det største af studierne (Heymen 2009) havde desuden svagheder omkring inklusions- og randomiseringsforløbet.

Et fransk studie (Damon 2013) 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 (Johansson 2012) som alene er publiceret som et abstract randomiseredes 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.

## PICO Referencer

Damon HenriSiproudhis LaurentFaucheron Jean-LucPiche ThierryAbramowitz LaurentEléouet MarianneEtienney IsabelleGodeberge PhilippeValancogne GuyDenis AngéliqueMion FrançoisSchott Anne-Mar. Damon H: Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: a multicentre randomized study.. . .

Norton ChristineChelvanayagam SonyaWilson-Barnett JeniferRedfern SallyKamm Michael. Norton C: Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence.. . .

Heymen SteveScarlett YolandaJones KennethRingel YehudaDrossman DouglasWhitehead William. Heymen S: Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence.. . .

### Svag anbefaling

Overvej at henvise kvinder med vedvarende analinkontinens postpartum til individuelt superviseret bækkenbundstræning, da det er fundet en positiv effekt af bækkenbundstræning og ingen særlige skadevirkninger.

## Praktiske oplysninger

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, og 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 postpartum kvinder 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 de inkluderede studier er lav, især pga manglende blinding af behandler og patient, samt inkomplette data. Der kan desuden være tale om indirectness idet studierne ikke er udført på kvinder postpartum.

**Værdier og præferencer**

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 lille, men positiv effekt af bækkenbundstræning og der ikke er beskrevet bivirkninger ved behandlingen bør man overveje at henvise til bækkenbundstræning, såfremt patienten ønsker dette.

**PICO (5.1)**

**Population:** Voksne med analinkontinens

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

**Kontrol:** Ingen bækkenbundstræning

**Alle udfald:** Livskvalitet, Inkontinensstilfælde, smerter, frafald

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Individuelt superviseret bækkenbundstræning af mindst 8 ugers varighed (+/- Biofeedback)	Ingen bækkenbundstræning	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgningstid
Frafald	Meget lav - Risk of bias samt bredt konfindensinterval	RR: 1.15 (CI 0.57 - 2.3)	200 per 1.000	230 per 1.000	30 mere (CI 86 færre - 260 mere )	496 (3)
Complete responders, no incontinence last week of study	Meget lav - Uklar randomisering, manglende blinding, manglende præcision	RR: 1.89 (CI 0.92 - 3.85)	per 1.000	per 1.000	færre (CI færre - færre )	18 (1)
Livskvalitet - ikke muligt at lave meta-analyse	Ikke angitt	:	mean		MD færre (CI færre - færre )	4 studier
Inkontinensstilfælde per dag	Lav Kun Et Studie Og Der Er Er Frafald Samt Manglende Blinding	:	mean 0.8	mean 0.7	MD 0.1 mere (CI 0.39 færre - 0.59 mere )	92 (1)
Inkontinensstilfælde per uge	Lav Kun Et Studie Og Manglende Blinding	:	mean 0	1	MD 1 færre (CI 1.66 færre - 0.34 færre )	140 (1)
Antal dage per uge med inkontinens	Meget lav Kun Et Studie Med Unclear Allokation Concealment, Manglende Blinding, stort Frafald	:	mean 0.83	1.6	MD 0.77 færre (CI 1.48 færre - 0.06 færre )	93 (1)

### PICO Sammenfatning

I evidens grundlaget indgik 5 randomiserede kontrollerede studier som alle var af lav kvalitet. I litteratursøgningen blev yderligere 19 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 5 inkluderede studier viste en lille men klar positiv effekt af bækkenbundstræning (Norton 2003, Heymen 2009), mens de resterende studier ikke kunne finde forskel i antal inkontinensepisoder efter individuelt superviseret bækkenbundstræning overfor ikke individuelt superviseret bækkenbundstræning

I det største af de 5 studier (Norton 2003, n= 171) 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.

I 2 studier (Illyckyj 2005, n=23, Heymen 2009, n= 168)) undersøgte man effekten af superviseret bækkenbundstræning tilbudt sammen med manometrisk biofeedback versus verbalt instrueret bækkenbundstræning. I studiet af Heymen fandt man positiv effekt på antal ugentlige inkontinensstilfælde, mens man ikke kunne finde forskel på effekt mellem grupperne i studiet af Illyckyj 2005). Begge studier

var af lav kvalitet, især pga. af store frafald, og det største af studierne (Heymen 2009) havde desuden svagheder omkring inklusions- og randomiseringsforløbet.

Et fransk studie (Damon 2013) 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 (Johansson 2012) som alene er publiceret som et abstract randomiseredes 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.

### **PICO Referencer**

Damon Henri Siproudhis Laurent Faucheron Jean-Luc Piche Thierry Abramowitz Laurent Eléouet Marianne Etienney Isabelle Godeberge Philippe Valancogne Guy Denis Angélique Mion François Schott Anne-Mar. Damon H: Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: a multicentre randomized study.. . .

Norton Christine Chelvanayagam Sonya Wilson-Barnett Jenifer Redfern Sally Kamm Michael. Norton C: Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence.. . .

Heymen Steve Scarlett Yolanda Jones Kenneth Ringel Yehuda Drossman Douglas Whitehead William. Heymen S: Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence.. . .



## 6 - Udredning af fækalinkontinens hos postpartum kvinder

Incidensen 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 fejldiagnosticeres, så kvinden reelt har en "okkult sphincter ruptur". Betydningen af disse okkulter 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 formode, at danske tal ligger på samme niveau. Hver tredje kvinde som pådrager sig en OASIS vil udvikle symptomer på 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 postpartum hos praktiserende læge. Hvis udenlandske tal kan overføres til danske forhold vil omkring 4% af de vaginalt fødende kvinder rapportere fækalinkontinens postpartum (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 fækalinkontinens efter vaginal fødsel bør henvises til specialiseret udredning mhp. endoanal ultralydsscanning.

### Svag anbefaling

Overvej at henvise kvinder med ny-opstået fækal inkontinens efter fødsel til endoanal ultralyd, idet klinisk undersøgelse alene ikke kan detektere anale sphincterskader og kirurgisk behandling kan være et muligt tilbud såfremt inkontinensen skyldes en anal sphincter-defekt.

### Praktiske oplysninger

Mindre end halvdelen af kvinder med analinkontinens 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.

Ved klinisk undersøgelse – inkl. rutineundersøgelsen 8 uger efter fødslen – bør perineum vurderes og der bør foretages rektal eksploration.

Ved rektal eksploration skal man vurdere, hvorvidt der er kontinuitet i muskulaturen i hele analåbningens circumferens. Desuden skal muskeltonus og voluntært knib bedømmes. Endelig skal anokutan-releks og anal sensibilitet bedømmes.

### Nøgleinformationer

#### Gavnlig og skadelige virkninger

Endoanal ultralydsscanning 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.

**Værdier og præferencer**

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

**Andre overvejelser**

Selvom enoanal UL-scanning er en mindre undersøgelse, kræver udførelse og tolkning af undersøgelsen specialiseret personale. Der må påregnes ressourcer til uddannelse af personale i denne type specialiseret ultralydsscanning.

**Rationale**

I de to inkluderede studier har man fundet at digital rectal undersøgelse i bedste fald kan finde mellem 82-87% af anal sphincterdefekter (Jeppson 2012) og i værste fald knap 40% af defekterne, sammenlignet med endoanal ultralydsscanning (Dobben 2007). 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 tilgrundsiggende årsag til fækalinkontinens efter en fødsel, bør kvinden derfor henvises til endoanal ultralydsundersøgelse på en specialafdeling.

**PICO (6.1)**

**Population:** Postpartum kvinder med fækalinkontinens opstået efter fødsel uden kendt ruptur af anal lukkemuskel (m. sphincter ani)

**Intervention:** Ultralyd

**Kontrol:** Klinisk undersøgelse

**Alle udfald:** sensitivitet, specificitet

Udfald	Kvaliteten af evidensen	Relativ effekt	Ultralyd	Klinisk undersøgelse	Absolut forskel	Deltagere (Studier), opfølgningstid
	Ikke angitt	RR: (CI - )	per 1.000	per 1.000	færre (CI færre - færre )	
Sensitivitet	Meget lav Ublindede Studier, Med Meget Stor Forskel I Resultat. Ikke Muligt At Beregne Sensitivitet Ud Fra Data	Range 44% til 87%:	mean		open færre (CI færre - færre )	386 (2)
Specificitet	Meget lav Ublindede Studier, Med Meget Stor Forskel I Resultat. Ikke Muligt At Beregne Sensitivitet Ud Fra Data	Range 30% to 79%:	mean		open færre (CI færre - færre )	386 (2)

**PICO Sammenfatning**

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

I det ene studie (Dobben 2007) indgik 312 deltagerer (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 lukkemuskelfejter på < 150 grader sammenlignet med endoanal ultralyd, mens det var muligt at klassificere store defekter (totale rupturer) 100% korrekt.

I det andet studie (Jeppson 2012) 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 2001, 2005)

**PICO Referencer**

Dobben Annette CTerra Maaike PDeutekom MarijeGerhards Michael FBijnen A BartFelt-Bersma Richelle J FJanssen Lucas W MBossuyt Patrick M MStoker Ja. Anal inspection and digital rectal examination compared to anorectal physiology tests and endoanal ultrasonography in evaluating fecal incontinence.. . .

Jeppson Peter CParaiso Marie Fidela RJelovsek J EricBarber Matthew. Accuracy of the digital anal examination in women with fecal incontinence.. . .

## 7 - 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.

## 8 - 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.

## 9 - Opdatering og videre forskning

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres senest 3 år efter udgivelsestidspunktet (oktober 2014) med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

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

Der er behov for større veldesignede randomiserede kontrollerede studier, der undersøger effekten af simple tiltag såsom brug af psylliumfrøskaller 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 behov for større veldesignede 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.