

INKONTINENCA ZA BLATO

FAECAL INCONTINENCE

Pavle Košorok

UDK/UDC 616.352-008.222.1

DESKRIPTORJI: *fekalna inkontinenca*

DESCRIPTORS: *fecal incontinence*

Izvleček – V članku so predstavljeni definicija, vzroki, prepoznavanje, ocenjevanje stopnje inkontinence za blato, preiskave in meritve, ki jih uporabljamo za oceno te okvare, ter možnosti zdravljenja.

Abstract – The article present the definition, causes, discovery and evaluation of the degree of faecal incontinence, tests and measurements used to evaluate the disorder, and treatment possibilities.

Uvod

V nasprotju z urinsko inkontinenco, ki je relativno priznana in za katero ljudje vedo, obstaja nekoliko bolj skrita inkontinenca za blato, ki predstavlja za okolico, še bolj pa za bolnika samega še večji problem kot urinska. Večino prepoznanih oseb s to motnjo srečamo v bolnišnicah in domovih za stare, še večji, skriti del te populacije pa živi neprepoznan in osamljen v samostojnih gospodinjstvih ali v skupnosti s svojci. Po strokovni oceni gre za 5% celotne populacije. Problem postaja še posebej aktualen pri nas, ki postajamo zelo stara populacija. Z veliko verjetnostjo bi lahko trdili, da gre pri nas za okoli 100.000 ljudi, ki se soočajo z blažjo ali težjo obliko inkontinence za blato.

Definicija

Inkontinenca za blato je nezmožnost zadržati izhajanje vetrov ali blata do takrat, ko je mogoče odložiti izločke na kontroliran in splošno sprejet način.

Lahko jo opredelimo kot lažjo (uhajanje tekočega blata ali vetrov) ali težjo (uhajanje tudi formiranega blata). Čeprav ne ogroža samega zdravja, pomeni inkontinenca za posameznika socialno ogroženost in vpliva na zaposlitvene možnosti. Pogosteje se pojavlja predvsem v dveh grupah – pri ženskah in pri starostnikih.

Ugotovitev stanja – diagnoza

Normalna kontinenca je odvisna od številnih pogojev: čas pasaže, gostota blata, kapacitete samega

rektuma, raztegljivost samega rektuma, senzibilitete anorektuma, ohranjenega anorektalnega kota ter tonusa notranjih in zunanjih mišičnih sfinktrov. Vzroki inkontinence so številni, vendar med najpogostejše spadajo ginekološko-porodne okvare, kirurške poškodbe in degenerativna nevrološka obolenja, ki se pojavljajo s starostjo.

Pravilno zdravljenje zavisi od prepoznavanja vzroka inkontinence.

Anamneza in klinični pregled

Potrebno je, da sta anamneza in klinični pregled izčrpana in podprta s fiziološkimi testi anorektuma. Bolnik je dostikrat zavrt in ga je sram. Zato podatke nerad daje in jih olepšuje.

V anamnezi je treba razločiti drisko in naganjanje na blato (tenezmi) od prave inkontinence. Posebno pozornost je treba posvetiti odvajalnim navadam, času in splošnemu vplivu inkontinence na bolnika. Vsaka črevesna kirurgija, vnetna obolenja, zdravljenje z obsevanjem, gastroenteritis, predhodna potovanja na tuje (paraziti), zdravljenje z zdravili, dieta, seksualne navade (homoseksualnost, avtoerotične manipulacije), poškodbe anusa in ginekološka anamneza naj bodo natančno popisani.

Pomembno je tudi poznavanje bolnikovega urnika spanja in prehranjevanja. Nered v teh dejavnostih lahko močno vpliva na samo odvajanje.

Pomemben podatek je bolnikova sposobnost gibanja. Lahko je omejena zaradi fizične prizadetosti (na primer kap, Parkinsonova bolezen) lahko gre za delno invalidnost ali samo za starostno oslabeledost, ko se bolnik težje giblje in težje pride do stranišča. S sta-

rostjo peša tudi bolnikova okretnost, kar je pomembno pri slačenju in oblačenju perila in obleke na stranišču.

V skromnejšem okolju bo morda težava tudi oddaljenost stranišča od bolnikovega prostora za bivanje. Ob tem gre lahko še za težave z orientacijo, zlasti pri starejših in delno skleroznih bolnikih. Včasih je težava tudi slabši vid, pri starejših osebah peša priročnost.

Pogosta navada starejših je jemanje uspaval. Ta zmanjšujejo stanje zavesti, kar lahko vpliva na orientacijo, hitrost reagiranja, spretnost pri opravljanju potrebe.

Smrad v bolnikovi okolici opozarja, da bolnika odvajanje prehiteva. Bolnik, ki je pri polni zavesti, se tega zaveda, pričinja se čutiti socialno ogrožen in izločen.

Klinični pregled se prične z ogledom in oceno stanja kože ob anusu.

Pri preiskavi si ogledamo zadnjik in presredek, oboje ob tem, da bolnik počiva (v mirovanju) in nato stisne mišice na poziv. Opazujemo prisotnost brazgotin, draženje okolice anusa, morebitni prolaps, ohlapnost medeničnega dna in deformacije samega zadnjika.

Preiskava s prstom nam da splošni vtis o moči mišic anorektuma in medeničnega dna. Dodatno lahko ocenimo prisotnost blata v rektumu, ali celo v anusu, morebitni prolaps, ohlapnost medeničnega dna in deformacije samega zadnjika. Lahko ocenjujemo gostoto blata v rektumu, ali celo otipamo tumor.

S preiskovanjem senzibilitete dobimo osnovne podatke o oživčenju (vbdljaj, temperatura).

Rektoskopija nam pomaga odkriti vsakršne spremembe v lumnu črevesa ali na sluznici, bodisi da so to vnetna, infekcijska ali neoplastična obolenja. Blato kultiviramo na bakterije, prisotnost parazitov in jajčec.

Fiziološke meritve anorektuma so v zadnjem času pomembne preiskavne metode. Med nje spadajo elektromiografija in manometrija. Meritve pripomorejo k izboru načina zdravljenja. Pri tem merimo pritiske v analnem kanalu med počivanjem in ob stiskanju analnega kanala, rektoanalni inhibitorni refleks, raztegljivost rektuma, kapaciteto rektuma, anorektalno mišično koordinacijo med defeciranjem in ohranjenost inervacije z običajno elektromiografijo in meritvami pudendalnega živca.

Na osnovi vseh teh zbranih podatkov skušamo postaviti diagnozo. Dostikrat je postavljanje diagnoze težko, predvsem zato, ker gre poleg dejanskih sprememb tudi za psihološke momente. Spoznanje, da bolniku uhaja blato, ga navda najprej s strahom, ki vzbudi v njem negotovost. Razvije se občutek krivde, zato bolniki uhajanje blata nekaj časa zanikajo, oziroma lažejo sebi in drugim, da gre za to težavo. Lahko postanejo depresivni. Zavedajo se, da postajajo odvisni od najbližjih, ali če teh ni, od družbe. V ospredje stopi vprašanje človekovega dostojanstva in samospoštovanja.

Stopnje inkontinence

Inkontinenca je lahko minimalna, zmerna, težka ali popolna.

Minimalna inkontinenca

Pri tej vrsti gre še za neke vrste kontrolo. Zavest je pri bolniku ohranjena, gre pa za občasno nehotno uhajanje vetrov, nekaj malega blata ali sluzi. Koristijo lahko dietna navodila, presoja o uporabi zdravil (odvajala). Če gre za popuščanje moči sfinktrov, svetujemo vaje za jačanje mišic medeničnega dna.

Zmerna inkontinenca

Tu gre za uhajanje blata, kadar je redko. Ko se zgosti in je trše, ga je bolnik sposoben zadržati. Pomembno je, da s preiskavo izključimo obolenja anorektuma, saj se na ta način pogosto prične najavljati tudi rak danke.

Težka inkontinenca

Tu gre za izgubo kontrole izločanja pri tekočem blatu in pri odvajanju vetrov. Pri negi pazimo na okolico anusa, ki je stalno vlažna in obstaja tveganje, da macerira. Potreben je posvet z zdravnikom. V tej skupini so bolniki s popuščajočim analnim sfinktrom, bolniki po kapi, bolniki s poškodbo presredka ali analnega sfinktra. Včasih lahko pride tudi do rigidnosti sfinktrov pri obsevanju po operacijah zaradi raka danke ali rodil.

Totalna inkontinenca

Gre za popolno izgubo sfinkterske kontrole. Stanje je običajno trajno, izboljšanja v glavnem ne pričakujemo. S takšnim stanjem se običajno srečujemo pri Crohnovi bolezni anorektuma, pri hudih poškodbah zadnjika, pri močnih obsevanjih, pa tudi pri težjih dementnih bolnikih in bolnikih s poškodbo možganov. Prihaja do hudih problemov z negovanjem, do prizadetosti kože. Na tej stopnji je včasih upravičeno razmišljanje o izločitveni kolostomi.

Vzroki inkontinence

A – Poškodbe:

1. ginekološke poškodbe;
2. nesreče;
3. operativna travma (fistulotomija, incizija in drenaža abscesov, sfinkterotomija, dilatacija analnega kanala);

B – Nevrogena obolenja:

1. periferna nevropatija (diabetes),
2. cerebralne poškodbe (kap, arterioskleroza),
3. spinalne okvare (travma, multipla skleroza),
4. kongenitalne okvare (spina bifida).

C – Prirojene anomalije (anus imperforatus, Mb. Hirschprung).

- D – Kolorektalna obolenja:
1. vnetna obolenja,
 2. tumorji,
 3. proktokolitis.
- E – Pridobljene lezije ali okvare:
1. rektalni prolaps;
 2. hemeroidi;
 3. stanja po »sphincter-saving« operacijah (ohranitev sfinktrov);
 4. stanja po resekcijah črevesa.
- F – Zloraba odvajal.
- G – Impaktiranje anorektuma s fecesom pri zelo hudem zaprtju.

Zdravljenje

Zdravljenje analne inkontinence zavisi od njene težine, vzroka, ocene ali simptome lahko kontroliramo, oziroma odpravimo okvaro in seveda od izkušnosti zdravnika.

Zdravljenje je lahko kirurško ali nekirurško. Nekirurška pomoč vključuje medikamentno zdravljenje, vplivanje na odvajalne navade in biofeedback. Kirurško zdravljenje pa vključuje sfinkteroplastiko, transpozicijo mišic, oženje anusa, kolektomijo ali proktokolektomijo, bodisi s koloanalno ali ileorektalno anastomozo ali oblikovanjem pelvičnega rezervoarja in anastomoziranjem le-tega na analni kanal. Včasih se napravi tudi kolostoma ali ileostoma.

Nekirurško zdravljenje:

1. odvajalne navade;
2. zdravljenje z zdravili;
3. elektrostimulacija;
4. biofeedback.

Kirurško zdravljenje:

1. Sfinkteroplastika;
 - prekritje sfinkterskih mišic;
 - korekcija po Parks;
 - korekcija notranjih analnih sfinktrov.
2. Ojačitev sfinktrov:
 - postopek po Thierschu;
 - transpozicija musculus gracilisa.
3. Proktokolektomija
 - koloanalna anastomoza – pelvični rezervoar z anastomozo;
 - ileorektalna anastomoza.
4. Kolostomija, ileostomija.

Medikamentno zdravljenje

Včasih je lahko razlog inkontinence zloraba zdravil – predvsem odvajal. V tem primeru seveda zahtevamo prekinitev jemanja teh zdravil.

Pri bolnikih z vnetnimi obolenji črevesa, ki jim uhaja blato, pogosto dobro učinkuje simptomatska terapija.

Specifična terapija je primerna, kadar gre za znan vzrok infekta. Takrat priporočamo antibiotika. Steroidi v obliki svečk ali klizem lahko ugodno delujejo v primerih proktitisa bodisi da je radiacijski ali v okviru vnetnega obolenja, ki je lahko tudi nespecifično.

Razna zdravila proti diareji upočasnijo pasažo. Na ta način se resorbira več vode, blato se zgosti, ga je manj, tako da analni sfinktri niso več tako obremenjeni.

Odvajalne navade

Red v odvajanju je pomemben tako pri uhajanju blata kot pri kronični zapeki. Vplivamo lahko na čas pasaže, gostoto blata, spodbujamo peristaltiko in izkoriščamo prednosti gastrokoličnega refleksa. Vsekakor velja pred kirurškim posegom preskusiti konservativne metode.

Elektrostimulacija

Elektrostimulacija inkontinentnih bolnikov z denerviranim puborektalisom ali zunanjim analnim sfinktrom se je izkazala za delno uspešno. Kljub temu je ena izmed enostavnejših metod in je še vedno v uporabi.

Biofeedback

Biofeedback pa nasprotno ugodno deluje pri bolnikih, ki imajo senzorni deficit in slabo koordinacijo mišic medeničnega dna. Izboljša se tonus puborektalisa in eksternih analnih sfinktrov. Biofeedback lahko izvajamo z opremo, ki se uporablja za fiziološko testiranje anorektuma ali pripomočki izbranimi nalašč za ta namen.

V rektum uvedemo raztegljivi balon in ga napolnimo z določeno količino vode. Ko se bolnik privadi na občutke raztezanja rektuma, zmanjšujemo volumen z namenom, da bi bolnik dobil občutek za odvajanje blata že prej. S to metodo lahko odkrijemo in korigiramo tudi paradokсно krčenje analnih sfinktrov ob defekaciji.

Biofeedback omogoči vežbanje in koordinacijo sfinkterske aktivnosti s tem, da imamo takojšen grafični uvid v učinkovitost mišičnih kontrakcij. Biofeedback je videti obetaven predvsem v kombinaciji z urejanjem odvajalnih navad.

Kirurško zdravljenje

Pri poškodbah anorektuma je začetek kirurškega zdravljenja odvisen od stopnje poškodb in bolnikovega stanja. Pri bolnikih z multiplimi poškodbami ali če gre za velike poškodbe v presredku, je pametneje napraviti samo primarno oskrbo in izpeljati tok blata skozi kolostomo. Kirurški poseg izvršimo nato v dveh do treh mesecih. Včasih lahko poškodbo oskrbimo

takoj, vendar je tudi tu potrebno razmisliti o kolostomi, kar je seveda odvisno od razsežnosti poškodbe. Porodne poškodbe so običajno prepoznane in popravljene takoj. Včasih seveda porodna poškodba tudi ni pravočasno odkrita ali pa se odločijo, da je ne bodo popravili. Takšne okvare ravno tako lahko popravljamo po dveh do treh mesecih. Kolostomijo pa v takšnem primeru redko napravimo. Predoperativna priprava je običajna kot pri bolnikih za posege na kolonu (izozmotska odvajala).

Odločitev za ostale kirurške posege mora biti strogo individualna in dobro pretehtana, podprta z meritvami anorektalne funkcije.

Sklep

Kljub temu, da je uhajanje blata neprijeten in včasih tudi nerešljiv problem, so na razpolago številne možnosti, s katerimi se s tem perečim problemom lahko spoprimemo.

Predvsem je pomembno, da problem priznamo, se z njim seznanimo in se mu posvetimo. V veliko korist bo poznavanje delovanja prebave in vplivov različnih dejavnikov nanjo. Z mnogimi preiskavnimi metodami bomo lahko ocenili funkcioniranje anorektuma. Pomemben vpliv ima pri tem vprašanju staranje in s tem pešanje telesnih funkcij. S poznavanjem fiziologije lahko rešimo del težav. Včasih nam bo resnično v pomoč tudi kirurgija. Kadar pa ni druge možnosti, nam ostaja kakovost bolniške nege, ki ohranja bolnikovo dostojanstvo in mu omogoča najboljše možno udobje.

Literatura

1. Parks AG. Sphincter denervation in anorectal incontinence and rectal prolapse. *GUT* 1977; 18: 656-65.
2. Kujpers HC, Scheuer M. Disorders of impaired fecal control. *Dis Col & Rect* 1990; 207-11.
3. Jones PPM et al. Obstetric fecal incontinence. *Dis Col & Rect* 1990; 494-7.
4. Corman ML. The management of anal incontinence. *Dis Col & Rect* 1980; 23: 552-5.