

Anaali-inkontinenssin hoito

Anaali-inkontinenssin tutkiminen ja hoito avoterveydenhuollossa ovat yksinkertaisia ja useimmiten hyvin yleislääkärin toteutettavissa. Vaikka inkontinenssin etiologia voi olla moninainen, tärkein yksittäinen syy on kuitenkin ikään liittyvä lantionpohjan heikentyminen. Perushoitoon kuuluu aina suolen toiminnan tasaaminen lääkityksellä ja ruokavaliolla sekä lantionpohjan lihasten voimistaminen, joka sopii sekä anaali- että virtsainkontinenssin hoitoon. Jos perushoito ei auta, potilas lähetetään erikoissairaanhoidon. Sulkijalihasvikojen korjausleikkausten tulokset vaihtelevat melkoisesti. Lyhyen ajan seurannassa 31–80 % potilaista kokee saaneensa hyvän tai erinomaisen avun, mutta seuranta-ajan pidentyessä tulokset yleensä selvästi huononevat. Uusista hoitomuodoista neurostimulaatiota voidaan kokeilla lähes kaikille vaikeasta ulosteenpidätyskyvyttömyydestä kärsiville, mutta kaikki eivät siitä saa apua. Jos sulkijalihas puuttuu kokonaan tai alueella on huomattavia kudospuutoksia, voidaan harkita m. gracilisen plastiaa. Uusilla hoitomuodoilla voidaan auttaa valtaosaa vaikeakin anaali-inkontinenssia potevista ja parantaa heidän elämänlaatuaan.

Anaali-inkontinenssi on edelleen paljolti vaiettu ongelma. Väestön ikääntyessä lantionpohjan ongelmat ja siten myös anaali-inkontinenssin esiintyvyys lisääntyvät, mikä johtaa kasvavaan tutkimusten ja hoidon tarpeeseen. Tampereella tehdyn väestöselvityksen mukaan jopa 5,2 % aikuisväestöstä kärsii kahdesti tai useamman kerran kuukaudessa ulosteinkontinenssioireis-

ta (Aitola ym. 2006). Näistä henkilöistä vain 10 % oli saanut hoitoa ongelmaansa, vaikka 66 % koki tarvitsevansa sitä. Lisäksi vain vajaa kolmasosa oli keskustellut ongelmasta lääkärinsä kanssa. Avoterveydenhuollon rooli on keskeinen anaali-inkontinenssin toteamisessa ja niiden potilaiden seulomisessa, jotka tulisi lähettää erikoissairaanhoidon jatkotutkimuksiin ja hoitoon.

Potilas avoterveydenhuollossa

Tutkiminen. Anaali-inkontinenssin tutkiminen ja perushoito ovat yksinkertaisia ja useimmiten hyvin yleislääkärin toteutettavissa. Vaikka inkontinenssin etiologia (TAULUKKO) on moninainen, tärkein yksittäinen syy on kuitenkin ikään liittyvä lantionpohjan heikentyminen. Synnytys- ja muiden vammojen osuus vaivan synnyssä on häviävän pieni. Myös miesten osuus on pieni.

Tyypillinen yleislääkärin vastaanotolle haikautuva potilas on menopaussi-ikäinen nainen, jolla on ollut yksi tai useampia normaalisti sujuneita alatiesynnytyksiä. Oireena on vähitellen pahentuva tuhriminen tai suolikausun ja ulosteen tahaton karkailu. Mukana voi olla myös ulostamisvaikeuksia ja tunne, ettei peräsuoli tyhjene koskaan kunnolla.

Kliininen tutkimus tehdään aina vastaanotolla tutkimuspöydällä hyvässä valaistuksessa. Tärkeintä on saada käsitys sulkijalihasen toiminnasta. Perianaalisen ihon kunto kertoo myös ongelman vaikeusasteen: pahoin kostunut, hautunut ja ulosteen tuhrima iho on

TAULUKKO. Anaali-inkontinenssin etiologia.

Synnyttäiset syyt
Anusatresia
Meningomyeloseele
Vestibulaarinen anus
Anatomiset syyt
Synnytytysvammat
Peräaukon kirurgia
Matalat suolianastomoosit
Lantiovammat
Neurologiset syyt
Diabetes
Multippelistkleroosi
Dementia
Häpyhermon toimintahäiriö
Spina bifida
Selkäydinvammat
Toiminnalliset syyt
Tulehdukselliset suolistosairaudet
Suoliston säteily oireyhtymä
Peräsuolen prolapsi
Ulostekovettuma peräsuolella
Ripulitaudit
Lantionpohjan laskeuma

merkinä vaikeasta inkontinenssista. Normaalisti anaalikanava on levossa tiiviisti sulkeutunut. Jos se on väljästi auki jo lepotilassa, kyseessä on vaikea inkontinenssi, samoin kuin anaalikanavan auetessa väljästi jo kevyessä venytyksessä.

Ulomman sulkijalihaksen toimintaa voidaan havainnoida pyytämällä potilasta supistamaan peräaukkoa. Jos mitään rypistymistä ei synny ja potilas käyttää apunaan pakaralihaksia, ulompi sulkija ei toimi. Sisemmän sulkijan toimintaa arvioidaan tuseeraamalla. Normaalisti anaalikanavassa on selkeästi tunnettava, sisemmän sulkijan aiheuttama lepotonus, joka antaa tuseerauksessa myöten mutta palautuu napakasti, kun sormi vedetään ulos. Normaalisti myös ulomman ja sisemmän sulkijan väli on tunnettavissa. Jos tonus ei palaudu heti tuseerauksen jälkeen tai lihasten väliä ei tunnu, on sisempi sulkija viallinen.

Normaali anaalikanava on symmetrinen ja sulkijalihas ympäröi sen säännöllisenä ympy-

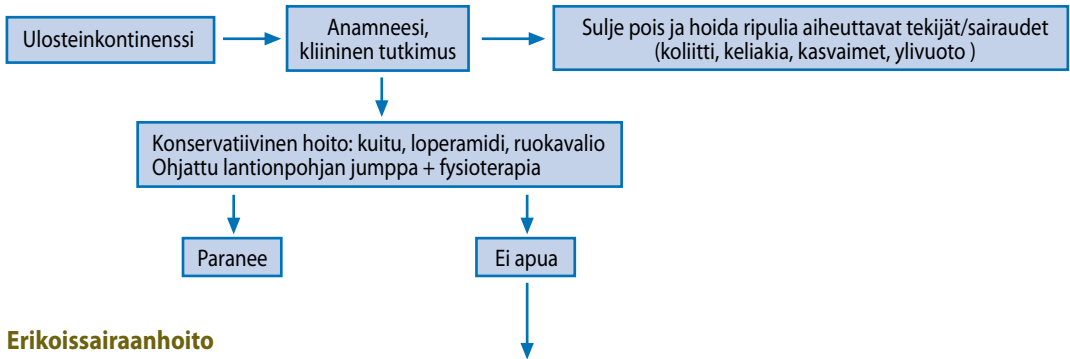
ränä. Jos jossakin kohtaa tuntuu selkeä kolo, on kyseessä sulkijalihasyhävaurio. Tuseerauksen jälkeen asetetaan proktoskooppi anaalikanavaan ja pyydetään potilasta ponnistamaan ulospäin. Jos peräsuolen limakalvo työntyy sirkulaarisena tai segmenttinä proktoskooppiin, on kyseessä jonkinasteinen laskeuma, usein pelkkä limakalvo, joskus koko seinämä (Kellokumpu tässä numerossa). Ellei potilaalle ole aikaisemmin tehty suolen tähyystystä, ainakin sigmoideoskopia tulisi tehdä poissulkumielessä ennen perushoitoa.

Hoito. Jo pelkkä perushoito auttaa usein potilasta ja seuloa ne tapaukset, jotka kannattaa edelleen ohjata erikoissairaanhoidon (KUVA). Perushoito aloitetaan kliinisen tutkimuksen jälkeen, ellei esille ole tullut jotain hyvin poikkeavaa, kuten epäilyä täydellisestä rektumprolapsista. Tällöin potilas myös itse usein toteaa ongelman jo kotona.

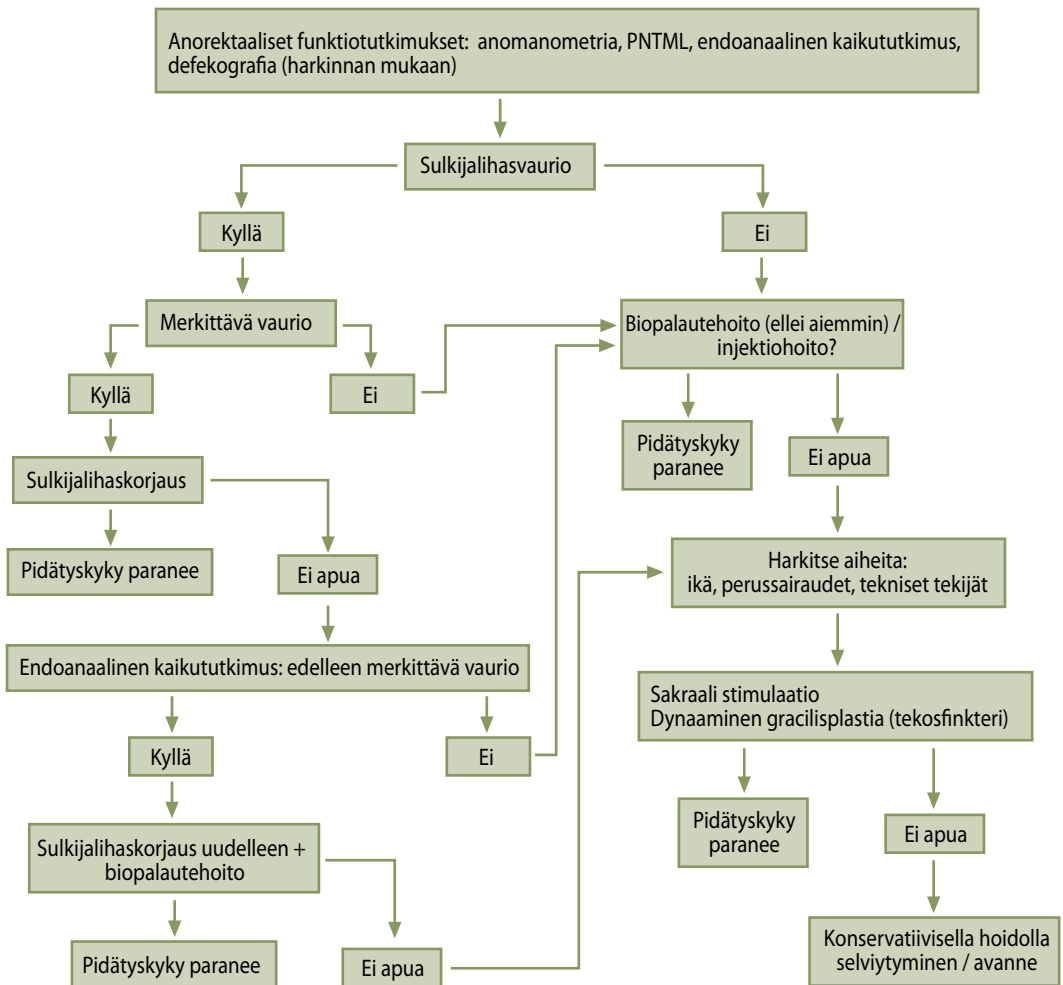
Perushoitoon kuuluu aina suolen toiminnan tasaaminen lääkityksellä ja ruokavaliolla. Jos taustalla on laktoosi-intoleranssi, tulee laktoosin käyttö lopettaa täysin. Jos suolen toiminta vaihtelee ja ongelmia ilmenee sisälön ollessa löysä, tiivistetään sisältöä rakeisilla kuituvalmisteilla (esim. Agiocur, Vi-Siblin, Questran). Mitä enemmän kuitua päivittäin ottaa (1–3 annosta), sitä enemmän sisältö tiivistyy. Samalla lisätään lääkitykseen loperamidi, jota otetaan tarvittaessa tai säännöllisesti. Se hidastaa suolen motiliteettia, kiinteyttää suolen sisältöä ja harventaa suolen toimintaa. Liian suuri loperamidiannos johtaa ummetukseen. Sopiva annos on yksilöllinen ja kunkin potilaan itse testattava. Lantion lihaksia on hyvä voimistella omatoimisesti ohjeen mukaan tai tarvittaessa fysioterapeutin ohjaamana. Sama lantionpohjan harjoitusohjelma sopii sekä anaali- että virtsainkontinenssin hoitoon. Etenkin vanhuspotilaat kärsivät molemmista vaivoista.

Sauvakävelyä voi suosittaa tunnin ajaksi päivittäin, mutta hyppyyttävä jumppa ei sovi. Jos peräsuoli ei tahdo tyhjentyä kunnolla, voi peräsuolta tukea emättimen puolelta kädellä painamalla. Ellei sekään auta, peräsuolen voi huuhdella vedellä tyhjäksi apteekista saatavan välineistön avulla. Perushoito räätälöidään

Avoterveydenhuolto



Erikoissairaanhoito



KUVA. Anaali-inkontinenssin tutkiminen ja hoito avoterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Mukailtu Madoffin ym. (2004) artikkelista. PNTML = häpyhermon (n. pudendus) johtonopeuden mittaaminen.

kullekin potilaalle sopivaksi, ja sitä jatketaan vähintään kuuden kuukauden mutta mieluiten vuoden ajan. Sen jälkeen on hyvä kutsua po-

tilas vastaanotolle uudestaan. Jos hoito ei ole auttanut, tehdään lähete erikoissairaanhoitoon (KUVA).

YDINASIAT

- » Valtaosa anaali-inkontinenssista kärsivistä voidaan tutkia ja hoitaa avoterveydenhuollossa konservatiivisesti.
- » Jo pelkkä perushoito auttaa usein potilasta ja seulo tapaukset, jotka vaativat erikoissairaanhoidoa.
- » Uusilla menetelmillä voidaan useimmiten hoitaa myös vaikeasta anaali-inkontinenssista kärsiviä ja parantaa heidän elämänlaatuaan.

Erikoissairaanhoidon hoitomenetelmät

Biopalautehoidossa terapeutti ohjaa visuaalisen tai äänipalautteen avulla lantionpohjan koordinaatiota ja sulkijalihasten harjoittelua. Tekniikat ja tulosten arviointitavat vaihtelevat paljon, ja tämän hoidon rooli anaali-inkontinenssin hoidossa on edelleen epäselvä. Nortonin ym. (2003) satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa todettiin, ettei biopalaute ollut parempi kuin standardoitu lääkehoito ja ohjattu lantionpohjan harjoittelu. Todennäköisesti tässä hoitomuodossa tärkeintä on potilaan ja terapeutin hyvä vuorovaikutus ja luottamus eikä niinkään tekniikka. Idiopaattisessa inkontinenssissa potilaat eivät siitä todennäköisesti hyödy, mutta voivat saada siitä apua sulkijalihaskorjauksen jälkeen (Kairaluoma ym. 2004).

Bioinjektio ja muut paikallishoidot. Heikentyneitä sulkijalihaksia ja väljää anaalikanavaa voidaan tiettyssä määrin vahvistaa ja tiivistää ruiskuttamalla sulkijalihaksen sisään tai anaalikanavan epiteelin alle kudosisvähvikkeitä (Kenefick ym. 2002). Käytössä ovat humaani-pohjainen hyaluronihappo (Solesta) ja ruiskemuotoinen silikonivalmiste (PTQ implants). Molemmissa aine muodostaa ”tyynymäisen” vähvikkeen, joka pysyy paikoillaan ja auttaa passiivisesti anaalikanavaa sulkeutumaan lepotilassa. Ruiskeet voidaan antaa paikallispuudutuksessa tai ilman puudutusta päiväkirurgisina

toimenpiteinä. Menetelmät ovat uusia eikä pitkäaikaiskokemuksia ole paljon. Etuina ovat hoidon helppo toteuttaminen ja suhteellisen huokea hinta, mutta vaikeaan pidätyskyvyttömyyteen nämä menetelmät eivät sovi.

Anaalikanavan lämpökäsittelyssä (Secca) johdetaan lämpöä anaalikanavan vieruskudokseen ja pyritään kutistamaan näiden kudosten sisältämää kollageenia, jolloin anaalikanava tiivistyy. Hoito vaatii siihen sopivan laitteiston, ja vaikutus ilmenee hitaasti usean kuukauden aikana. Kokemukset tästä hoidosta ovat vähäisiä ja pitkäaikaistuloksia on niukasti.

Sulkijalihaksen korjausleikkaus (sfinkterrekonstruktio). Sulkijalihastrepeämän yleisin syy on alatiesynnytys. Vaurioita voi syntyä myös traumausten sekä anaalifisteli- ja peräpukamaleikkauksen yhteydessä. Heti synnytyksen jälkeen todetut sulkijalihastrepeämät tulee yleensä korjata heti (Aitola ja Uotila).

Myöhäiskorjauksessa pyritään palauttamaan sulkijalihakset rengasmaisiksi. Välilihaan tehdään kaareva avaus, ja sulkijalihaksen päät preparoidaan esiin. Yleensä pyritään tekemään niin kutsuttu overlapping-korjaus ompelemalla lihaksen arpiset päät osittain päällekkäin. Myöhäisen korjauksen tulokset eri aineistoissa vaihtelevat melko paljon. Lyhyen ajan seurannassa 31–80 % potilaista on kokenut saaneensa hyvän tai erinomaisen avun. Suomalaisessa tutkimuksessa selvitettiin 39 potilaan myöhäiskorjauksen tuloksia (Pinta ym. 2003). Keskimäärin 22 kuukauden seuranta-ajan jälkeen tulos oli 31 %:lla hyvä, 38 %:lla hyväksyttävä ja lopuilla huono. Yleensä seuranta-ajan pidentyessä tulokset huononevat (Duddling ym. 2008). Pelkästään sisemmän sulkijalihaksen vauriota ei kannata korjata.

Antegradinen suolihuuhtelu (antegrade continence enema, ACE). Malone ym. esittivät vuonna 1990 tekniikan, jossa luodaan paksusuoleen huuhteluyhteys ilman varsinaista suo-liavannetta. Siinä umpilisäkkeestä muovattiin putkimainen yhteys umpisuoleen ja sitä käytettiin säännöllisten paksusuolihuuhteluiden tekemiseen. Toimenpidettä on käytetty erityisesti lapsipotilailla, joilla on jokin neurologinen sairaus tai anorektaalinen epämuodostuma ja näiden pohjalta esiintyy ummetusta tai

ulosteinkontinenssia. Aikuispotilailla antegradaista suolihuuhtelua voidaan harkita yhtenä hoitovaihtoehtona, erityisesti neurologisilla potilailla, joiden vaikeaan ummetus- ja ulosteinkontinenssiongelmaan konservatiivinen hoito ei riitä (Krogh ja Laurberg 1998).

Musculus graciliksien plastia. *M. gracilis* sijaitsee reiden sisäsivulla ja ulottuu reiden tyvestä polvitaipteen alapuolelle. Lihaskuitu voidaan irrottaa distalisesta kiinnityskohdastaan ja säilyttää samalla sen tyvialueen verenkierto ja hermotus. Irrotettu lihas yltää anaalikanavan ympärille, ja sähköisesti aktivoituna toimii sulkiilihaksen tavoin. Lihaksen poisto ei heikennä alaraajan toimintaa. Leikkaus on täynnä pieniä yksityiskohtia, ja sen onnistuminen vaatii kokemusta (Baeten ym. 1988 ja 2000). Leikkauksen paras aihe on sulkiilihaksen vaikea vaurio tai täydellinen puuttuminen. Lihaskuitu voidaan säilyttää sähköllä, ja sähkölähteenä toimii ihon alle asetettava tahdistin. Potilas voi säädellä tahdistimen toimintaa itse telemetrisellä säätimellä. Leikkauksen jälkeen pidätyskyky palautuu suotuisissakin tapauksissa vain osittain, ja sisemmän sulkiijan toimimattomuutta leikkaus ei korjaa. Leikkausten määrä Suomessa on ollut hyvin vähäinen, ja muut hoitomuodot ovat pitkälti korvanneet sen.

Neurostimulaatiossa luodaan sähköinen kontakti sulkiilihaksen toiminnasta huolehtiviin lantionpohjan hermoihin johtamalla heikko sähkövirta ihonalaisesta tahdistimesta johdinta pitkin S3- tai S4-juuriaukon kautta alueelle (InterStim). Sähkö aktivoi samalla vastaavan alueen aivokuoresta ja ikään kuin herättää uudelleen lantionpohjan hermo toiminnan. Seurauksena on suotuisissa tapauksissa ulosteinkontinenssin täydellinen tai lähes täydellinen palautuminen (Matzel ym. 1995). Samalla voidaan myös vaikuttaa virtsarakon sulkiilihaksiin. Näin saadaan neurogeenisestä virtsaumasta kärsivän virtsarakko tyhjenemään. Tässäkin tapauksessa sähkölähteenä toimii ihon alle asetettava tahdistin. Hoidon soveltuminen potilaalle selvitetään etukäteen testaamalla väliaikaisella hoitolaitteella. Vasta onnistuneen testin jälkeen voidaan ajatella pysyvän laitteen asentamista. Sekä testi että pysyvä asennus

on mahdollista tehdä paikallispuudutuksessa päiväkirurgisena toimenpiteenä. Menetelmää voidaan kokeilla lähes kaikille vaikeasta ulosteinkontinenssiongelman kärsiville, joskaan kaikki eivät siitä saa apua (Tan ym. 2007). Vaikka laite on kallis, sen kustannukset on arvioitu tulevan katetuiksi noin viidessä vuodessa, jos laite toimii hyvin. Potilas voi itse säädellä laitteen toimintaa kaukosäätimellä. Neurostimulaatio on käytössä keskitetysti yliopistosairaaloissa ja Keski-Suomen keskussairaalassa.

Sulkiilihaskirurgia. Ensimmäinen raportti sulkiilihaskirurgian käytöstä anaali-inkontinenssin hoidossa julkaistiin jo 1987 (Christiansen ja Lorentzen). Tämän jälkeen proteesit ovat kehittyneet teknisesti, ja alun perin urologisiin hoitoihin tarkoitetuista proteeseista on kehitetty malleja anaali-inkontinenssin hoitoon. Valitettavasti proteesien melko monimutkaisiin asennusleikkauksiin liittyy huomattavan suuri komplikaatioriski ja siten pieni onnistumisosuus (Mundy 2004). Toki valtaosa onnistuneen leikkauksen läpikäyneistä saa huomattavaa apua pidätyskykyynsä. Suomessa sulkiilihaskirurgia ei ole käytetty.

Paksusuoliavannetta on usein pidetty viimeisenä keinona ulosteinkontinenssipotilaan auttamisessa, mutta joillekulle se voi olla hyvä ratkaisu jo alkuvaiheessa. Erityisesti sen käyttöä tulisi tarvittaessa harkita selkäydinvamma ja vuodepotilaille. Kyselytutkimuksessa 83 % potilaista, joille oli tehty paksusuoliavanne ulosteinkontinenssin vuoksi, ilmoitti elämänsä laatunsa parantuneen ja 84 % valitsisi avanteen uudelleen (Norton ym. 2005).

Lopuksi

Anaali-inkontinenssi on kasvava ongelma väestön ikääntyessä. Jo senkin vuoksi avoterveydenhuollon roolia näiden potilaiden tutkimisessa ja konservatiivisessa hoidossa tulisi lisätä ja kehittää. Uusilla hoitomuodoilla voidaan valtaosaa vaikeastakin anaali-inkontinenssista potevista auttaa ja heidän elämänsälaatuaan parantaa. ■

KIRJALLISUUTTA

- Aitola P, Lehto K, Fonsell R, Huhtala H. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 30 years or more in the general population. *Colorectal Dis* 2006;8 Suppl 4: F011.
- Aitola P, Uotila J. Peräaukon sulkijalihaksen repeämä synnytyksessä. *Duodecim* 2005;121:1095–9.
- Baeten CG, Bailey HR, Bakka A, ym. Safety and efficacy of dynamic graciloplasty for fecal incontinence: report of a prospective multicenter trial. *Dis Colon Rectum* 2000;43:743–51.
- Baeten C, Spaans F, Fluks A. An implanted neuromuscular stimulator for fecal continence following previously implanted gracilis muscle: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1988;31:134–7.
- Christiansen J, Lorentzen M. Implantation of artificial sphincter for anal incontinence. *Lancet* 1987;2:244–5.
- Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury. Incidence, risk factors, and management. *Ann Surg* 2008;247:224–37.
- Kairaluoma M, Raivio P, Kupila J, Aarnio M, Kellokumpu I. The role of biofeedback therapy in functional proctologic disorders. *Scand J Surg* 2004;93:184–90.
- Kenefick NJ, Vaizey CJ, Malouf AJ, Norton CS, Marshall M, Kamm MA. Injectable silicone biomaterial for faecal incontinence due to internal anal sphincter dysfunction. *Gut* 2002;51:225–8.
- Krogh K, Laurberg S. Malone antegrade continence enema for faecal incontinence and constipation in adults. *Br J Surg* 1998; 85:974–7.
- Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Faecal incontinence in adults. *Lancet* 2004;364:621–32.
- Malone PS, Ransley PG, Kiely EM. Preliminary report: the antegrade continence enema. *Lancet* 1990;336:1217–8.
- Matzel KE, Tadelmaier U, Hohenfellner M, Gall FP. Electrical stimulation of sacral spinal nerves for treatment of faecal incontinence. *Lancet* 1995;346:1124–7.
- Mundy L, Merlin TL, Maddern GJ, Hiller JE. Systemic review of safety and effectiveness of an artificial bowel sphincter for faecal incontinence. *Br J Surg* 2004;91:665–72.
- Norton C, Burch J, Kamm MA. Patients' views of a colostomy for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1062–9.
- Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology* 2003;125:1320–9.
- Pinta T, Kylänpää-Bäck ML, Salmi T, Järvinen HJ, Luukkonen P. Delayed sphincter repair for obstetric ruptures: analysis of failure. *Colorectal Dis* 2003; 5:73–8.
- Tan JJ, Chan M, Tjandra JJ. Evolving therapy for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1950–67.

PETRI AITOLA, dosentti, apulaisylilääkäri

TAYS, gastroenterologian vastuualue
PL 2000, 33521 Tampere

PEKKA LUUKKONEN, dosentti, apulaisylilääkäri

HYKS, yleis- ja GE-kirurgia
Kirurginen sairaala, 00029 Helsinki

SIDONNAISUUDET:

Ei sidonnaisuuksia.

Summary

Treatment of anal incontinence

Diagnosis and treatment of anal incontinence in outpatient care are simple and usually quite feasible for the general practitioner. The main single cause of the incontinence is an age-related weakening of the pelvic floor. The basic care invariably involves moderation of the bowel function by medication and diet as well as strengthening of pelvic floor muscles, which is suitable for the treatment of both anal and urinary incontinence. If basic care does not help, the patient is sent into specialized care. Corrective surgical operations of the sphincter yield varying results. Neurostimulation can be tried for nearly all patients suffering from severe fecal incontinence.