Podejście do problemu nietrzymania stolca

Sita S. Chokhavatia

Rutgers Robert Wood Johnson Medical School, New Brunswick, NJ, USA

KLUCZOWE ZAGADNIENIA

- Nietrzymanie stolca jest mimowolną utratą płynów i stałych mas kałowych.
- Stygmatyzacja społeczna i uczucie wstydu ze strony pacjentów prowadzą do zmniejszonej zgłaszalności i niedoszacowania problemu.
- Ryzyko rozwoju nietrzymania stolca wzrasta wraz z wiekiem, zarówno u żyjących w społeczności, jak i w domach opieki oraz u pacjentów z zaburzeniami jelitowymi, cukrzycą i chorobami neurologicznymi.
- Wielodyscyplinarne postępowanie obejmujące *biofeedback* może złagodzić objawy nietrzymania stolca.

1. Wstęp

Definicja choroby

- Nietrzymanie stolca jest niezdolnością do kontrolowanego pasażu płynnych i stałych mas kałowych. Częstość, objętość i konsystencja niekontrolowanego nietrzymania stolca determinuje ciężkość choroby.

Zapadalność/chorobowość

- Odsetek zachorowań z powodu nietrzymania stolca różni się bardzo i występuje od 2% do 24%, a nawet do 70% u osób starszych przebywających w domach opieki. Badania własne wykazały, że odsetek pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej powyżej 60. r.ż. z objawami nietrzymania stolca pojawiającymi się raz w miesiącu wynosi 36,2%, zaś częściej niż 2 razy w miesiącu 13,3%.
- Współczynnik chorobowości jest zbliżony w przypadku mężczyzn i kobiet i wynosi odpowiednio 7,7% i 8,9%, rośnie z wiekiem od 2,6% u pacjentów między 20. a 29. r.ż. do 15,3% u chorych powyżej 70. r.ż.
- Zapadalność wynosi 17% w ciągu 4 lat w przypadku pacjentów powyżej 65. r.ż. funkcjonujących samodzielnie i 7% w ciągu 10 lat u dorosłych powyżej 50. r.ż.

Wpływ ekonomiczny

- Koszty bezpośrednie i pośrednie pacjenta oraz koszty opieki nad takim chorym są znaczne. Szacuje się, że bezpośrednie koszty na pacjenta ambulatoryjnego wynoszą 17 166 dolarów rocznie. Koszty szpitalne na pacjentów z domów opieki z nietrzymaniem stolca szacowane są na 5-7 mld dolarów rocznie.

Etiologia

- Strukturalne i czynnościowe zaburzenia nerwowo-mięśniowe w odbytnicy prowadzą do rozwoju nietrzymania stolca.
- Obniżona wrażliwość odbytnicy może powodować nietrzymanie stolca oraz relaksację zwieracza wewnętrznego odbytu; w wypad-

ku utraty receptorów czuciowych w odbycie dochodzi do braku odpowiedniego sygnału obecności mas kałowych w kanale odbytu i w konsekwencji – braku skurczu zwieracza zewnętrznego odbytu.
- Nadwrażliwość odbytnicy może prowadzić do obniżenia jej podatności i pojemności, co skutkuje nietrzymaniem stolca.
- Defekty anatomiczne prowadzą do osłabienia funkcji zwieracza i niemożności utrzymania stolca, zwłaszcza w sytuacji biegunkowych, luźnych stolców.
- Brak motywacji pacjentów niepełnosprawnych fizycznie z demencją i upośledzeniem umysłowym przyspiesza rozwój nietrzymania stolca.

Patologia/patogeneza

- Do nietrzymania stolca nie dochodzi, gdy defekacja może być świadomie opóźniana. Jest to uzależnione od prawidłowego unerwienia odbytnicy i odbytu, prawidłowej funkcji zewnętrznych i wewnętrznych zwieraczy, mięśni łonowo-odbytniczych, elastyczności i podatności odbytnicy oraz zdolności czuciowej i ruchowej do wstrzymania defekacji. Etiologia niekontrolowanego oddawania stolca jest wieloczynnikowa i może być związana z miejscowymi zaburzeniami strukturalnymi w obrębie odbytnicy i odbytu oraz ich dysfunkcją, demencją, a także niepełnosprawnością fizyczną. Zakłócenia w funkcjonowaniu zwieracza pojawiają się po urazach położniczych, leczeniu chirurgicznym raka odbytnicy, resekcji żylaków odbytu (hemoroidektomii), w zapalnych chorobach jelit, radioterapii nowotworów umiejscowionych w miednicy oraz na skutek urazów w trakcie stosunku analnego. Nietrzymanie stolca pojawia się u pacjentów z wypadaniem odbytnicy i współwystępuje z nietrzymaniem moczu. Do chorób neurologicznych powodujących nietrzymanie stolca należą: udar mózgu, demencja, neuropatia nerwu sromowego, stwardnienie rozsiane, uraz rdzenia kręgowego i rozszczep kręgosłupa. Niektóre choroby układowe są czynnikami ryzyka rozwoju nietrzymania stolca i obejmują zaburzenia jelitowe, takie jak: ostre i przewlekłe biegunki, zaparcia i zaklinowanie stolca, sklerodermia i cukrzyca.
- Niesprawność zewnętrznego i wewnętrznego zwieracza odbytu jest skutkiem zaburzeń strukturalnych, o których wspomniano powyżej lub związanej z wiekiem atrofii, a także może być wynikiem obwodowej neuropatii.
- Pojemność odbytnicy może zostać ograniczona przez ostre i przewlekłe biegunki, a także napromienianie. Zmniejszenie pojemności odbytnicy może być również spowodowane niedokrwiennym zapaleniem odbytnicy.
- Obniżona wrażliwość odbytnicy może doprowadzić do zalegania dużej ilości mas kałowych. Zwieracz wewnętrzny odbytu ulega relaksacji, ale w sytuacji braku bezwarunkowego skurczu zwieracza zewnętrznego odbytu następuje przesączanie płynnych mas kałowych, co wpływa na masę kału. Zjawisko to obserwuje się u pacjentów z neuropatią cukrzycową oraz defekacją dyssynergiczną, tak jak w przypadku rezydentów domów opieki z demencją.

Czynniki ryzyka

Czynnik ryzyka	Iloraz szans (95% CI)
Wiek (10-letni przedział)	1,3 (1,2-1,4)
Biegunka – samodzielne zgłoszenia	3,8 (1,5-9,4)
Wodniste i papkowate stolce: mężczyźni, kobiety	4,8 (1,9-11,9); 2,8 (1,9-4,1)
Niepełne wypróżnienie	3,4 (1,2-9,8)
Nagła potrzeba defekacji	24,9 (10,9-58,4)

Czynnik ryzyka	Iloraz szans (95% CI)
Nietrzymanie moczu: mężczyźni, kobiety	2,6 (1,5-4,6); 1,6 (1,0-2,7)
Cukrzyca	1,7 (1,4-2,1)
Udar mózgu	2,8 (2,2-3,5)
Napromienianie miednicy	5,1 (1,01-25,9)
Uchyłek odbytnicy	4,9 (1,3-18,6)
Położnicze czynniki ryzyka	1,1 (0,4-3,6)
Zespół jelita nadwrażliwego	4,8 (1,6-14,3)
Cholecystektomia	4,2 (1,2-15,1)
Palenie tytoniu	4,7 (1,4-15,3)
Źródło: wiele źródeł wymienionych w rozdziale 7.	

2. Profilaktyka

KLUCZOWE ZAGADNIENIA/PODSTAWOWE RADY

- Nie istnieją żadne działania, które mogą uchronić przed rozwojem nietrzymania stolca.

3. Rozpoznanie

KLUCZOWE ZAGADNIENIA/PODSTAWOWE RADY

- Wywiad chorobowy: ustalenie, czy nietrzymanie stolca jest niemożnością utrzymania płynów lub mas kałowych, śluzu i gazów. Określenie, czy występuje bierne nietrzymanie stolca, czy problem dotyczy przypadków niemożności utrzymania podczas nagłego parcia.
- Badanie przedmiotowe: pełne badanie neurologiczne oraz ocena zdolności psychicznych i fizycznych pacjenta. Szczegółowe badania obrazowe odbytnicy obejmujące kontrolę krocza, ocenę czucia w odbycie, zwieracza wewnętrznego i zewnętrznego odbytu oraz obecności mas kałowych lub zaklinowania stolca.
- Badania: indywidualne dla każdego chorego, zależnie od wywiadu chorobowego i badania przedmiotowego. W przypadku ostrej lub przewlekłej biegunki w celu ustalenia etiologii konieczne są badania krwi i stolca, jak również sigmoidoskopia lub kolonoskopia, a także biopsja. Badanie radiologiczne jamy brzusznej może ujawnić zaleganie mas kałowych. Manometria anorektalna ocenia wrażliwość i stan czynnościowy zwieracza odbytu. Czynnościowe badanie MRI miednicy oraz endosonografia odbytnicy pomagają rozpoznać defekty zwieracza odbytu. Uchyłki odbytnicy i jej wypadanie mogą być rozpoznane w badaniu MRI i defekografii.

Rozpoznanie różnicowe

Rozpoznanie różnicowe	Cechy
Choroby związane z biegunką	Zmiany w konsystencji, częstości i objętości stolca (luźne, obfite i częste stolce) mogą być wynikiem niedomogi zwieraczy i wyglądają jak nietrzymanie stolca. Dodatkowo pacjent, który jest zakłopotany zjawiskiem nietrzymania stolca, zgłasza objawy jak przy biegunce
Zaklinowanie stolca	Wywiad w kierunku przewlekłych zaparć, zaleganie stolca w badaniach obrazowych odbytnicy, badanie rentgenowskie jamy brzusznej poziomym promieniem ujawnia zaleganie mas kałowych w jelicie grubym i odbytnicy
Zaburzenia w odbytnicy: guzki krwawnicze, szczeliny, przetoki, rak odbytnicy	Wyciek śluzu lub ropy, błędnie interpretowany jako wyciek kału, rozpoznawany w badaniach obrazowych lub sigmoidoskopii

Typowe objawy

- Występują 3 rodzaje nietrzymania stolca:
  - **Nietrzymanie stolca** będące utratą zdolności do utrzymania, pomimo prawidłowego aparatu wydalniczego, występuje u pacjentów z biegunką i zapaleniem odbytu, kiedy objętość mas kałowych przewyższa pojemność odbytnicy. Upośledzenie umysłowe oraz niepełnosprawność fizyczna również sprzyjają występowaniu nietrzymania stolca.
  - **Bierne nietrzymanie stolca** jest brakiem świadomości oddawania stolca i pojawia się u chorych z cukrzycą oraz chorobami neurologicznymi.
  - **Wyciekanie stolca** pojawia się w sytuacji mimowolnej utraty stolca lub śluzu, pomimo prawidłowej pracy jelit, i odzwierciedla defekację dyssynergiczną.

Rozpoznanie kliniczne (algorytm 6.1)

Wywiad

- Ustalenie, czy występuje niezdolność w utrzymywaniu stolca. Zapoznanie się ze szczegółami dotyczącymi początku choroby, czasu jej trwania, objętości i rodzaju mas kałowych (płynne lub stałe, śluzowe i gazowe), sprawdzenie, czy zaburzenie defekacji wymaga stosowania podkładów. Dziennik wypróżnień i niekontrolowanego oddawania stolca pomaga ustalić chronologię wydarzeń. Ustalenie występowania biernego lub czynnego nietrzymania moczu i kału, a także współwystępowania obu objawów. Analiza czynników ryzyka z uwzględnieniem urazów położniczych, biegunek, zaparć, zaburzeń poznawczych, udaru mózgu, urazów rdzenia kręgowego, cukrzycy. Informacja na temat diety oraz uzyskanie pełnej listy przyjmowanych leków. Należy pamiętać, że zakłopotanie pacjenta występującym objawem może prowadzić do unikania kontaktów społecznych, izloacji i depresji. Powinno się także oszacować wpływ nietrzymania stolca na jakość życia chorych.

Badanie przedmiotowe

- Ważne jest wykonanie pełnego badania neurologicznego, które dokładnie oceni psychiczny i fizyczny stan pacjenta.
- Badanie odbytnicy, w tym ocena krocza i obszaru okołoodbytniczego pod kątem blizn chirurgicznych, przetok, szczelin, guzków krwawniczych i drożności odbytu.
- Rumień i stan zapalny okolicy okołoodbytniczej skóry może sugerować zapalenie związane z nietrzymaniem stolca.
- Stwierdzenie zabrudzeń kałem bielizny.
- Nadmierne rozejście krocza i wypadanie odbytnicy może być obserwowane przy próbie defekacji w pozycji bocznej lewej i przy pochyleniu do przodu.