

Informació per a malalts:

INCONTINÈNCIA FECAL



La incontinència fecal, caracteritzada per la fuga accidental i incontrolable de femta, és un problema que afecta moltes persones, alterant de forma important la qualitat de vida. Actualment hi ha diversos tractaments que ofereixen una solució eficaç a aquest problema.

Què és la incontinència fecal?

La incontinència fecal és la incapacitat de retenir la femta, líquids, o gasos dins de l'anus fins que es troba el lloc i el moment socialment adequats per defecar. Aquest trastorn provoca problemes físics i psicològics que poden causar rebuig social, aïllament i alteracions importants en la qualitat de vida de les persones que el pateixen.

És un problema freqüent?

No hi ha prou estudis que permetin conèixer el nombre de persones que pateixen incontinència fecal, ja que el problema no sempre s'admet, ni es consulta per això. Diferents estudis epidemiològics apunten algunes dades sobre la magnitud d'aquesta disfunció: pot arribar a afectar en diferents graus fins a un 15% de la població general, es presenta en un 4-6% de les dones després d'un part vaginal, incrementant el percentatge fins un 17% en les persones grans.

La incontinència fecal és aproximadament dues vegades més freqüent en dones, principalment per motius de disposició dels òrgans reproductors i urinaris a la pelvis femenina i per les possibles alteracions associades al part. És un problema que s'incrementa amb l'edat i és més freqüent en persones amb altres malalties de la regió pèlvica.

Per què pot succeir?

El funcionament normal de la continència anal requereix una complexa participació de múltiples factors com el sistema nerviós central (el cervell i medul·la espinal), així com els nervis i músculs de l'anus. Està també influïda per la consistència de la femta, el moviment dels intestins, la capacitat de distensió del recte i la sensibilitat anal. Hi ha factors psicològics que també interaccionen amb la continència.

Quan algun d'aquests factors s'altera, pot produir-se incontinència fecal. Parts difícils, intervencions quirúrgiques complexes realitzades en l'anus, intervencions del recte, o d'òrgans ginecològics, en alguna ocasió poden ser causa d'incontinència. A més, malalties generals com la diabetis, alguns problemes neurològics, i la malaltia inflamatòria intestinal si afecta el recte o l'anus, pot ser causa d'incontinència. La gran majoria dels pacients presenten incontinència per múltiples causes que a poc a poc han anat debilitant el seu aparell esfinterià o alterant la seva funció defecatòria.

Hi ha un grup petit de pacients en els quals no es pot determinar la causa de la seva incontinència, i que els metges cataloguem d'incontinència idiopàtica (o de causa desconeguda), i per als que també hi ha tractament.

Quina gravetat té?

La incontinència fecal en la gran majoria dels casos es tracta d'un problema que no posa en perill la supervivència del pacient. No obstant, implica una alteració molt important en la qualitat de vida, i en la majoria dels pacients pot acabar afectant-se la vida personal, social i laboral. Per aquesta raó és important que es consulti quan es presenta.

Com s'estudia la incontinència?

Catalogar i quantificar la incontinència

El metge, després d'una història clínica convencional, realitzarà una avaluació del problema mitjançant una sèrie de preguntes ja estipulades que permeten quantificar la incontinència, és a dir, classificar-la pel que fa a la gravetat. En les setmanes següents el pacient haurà d'omplir diàriament un Diari de Continència; aquest consisteix en un qüestionari que permetrà determinar el tipus i severitat de la incontinència. Això permetrà:

- 1) Avaluar la gravetat inicial de la incontinència.
- 2) Determinar el tipus d'incontinència que té el pacient.
- 3) Decidir el millor tractament que se li pot oferir.
- 4) Avaluar els resultats del tractament i així veure si es requereix algun tractament complementari i de quin tipus podrà ser.

Així doncs, una persona amb incontinència haurà familiaritzar-se amb el Diari de Continència, llegir-lo en la consulta amb el metge que la tracti, realitzar totes les preguntes sobre els dubtes que se li acudeixin per poder complimentar el diari de la millor manera possible, i comprometre's a omplir-lo cada dia, durant un període mínim de 3 setmanes.

| <i>Respongui a aquestes preguntes al final del dia, posant una senyal cada vegada que li passi una de les següents situacions:</i> | DIES | | | | | | |
|--|------|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1) He anat corrent al bany i he arribat a temps, i no se m'ha escapat res | | | | | | | |
| 2) He anat corrent al bany i se m'ha escapat | | | | | | | |
| 3) Se m'ha escapat sense adonar-me'n | | | | | | | |
| 4) He anat de ventre normal sense haver de córrer | | | | | | | |
| NUMERO TOTAL DE VEGADES QUE HE FET DE VENTRE <i>(suma de totes les creus de les senyals 1, 2, 3 i 4)</i> | | | | | | | |

Avaluació de la qualitat de vida

Els pacients amb incontinència fecal pateixen alteracions importants en la seva qualitat de vida. Tot i la quantificació de la incontinència, dos pacients amb incontinències molt diferents poden tenir alteracions igualment severes de la qualitat de vida. A un pacient no li pot molestar la incontinència a gasos, podent ser per a una altra persona molt limitant en les seves activitats diàries.

L'avaluació sistemàtica de la qualitat de vida és rellevant per a la valoració completa del problema, així com per a l'avaluació de teràpies que intentin corregir-la. Això es porta a terme mitjançant uns qüestionaris que el metge realitza a la consulta i que versen sobre preguntes relacionades amb la vida quotidiana, i de les limitacions produïdes per la incontinència.

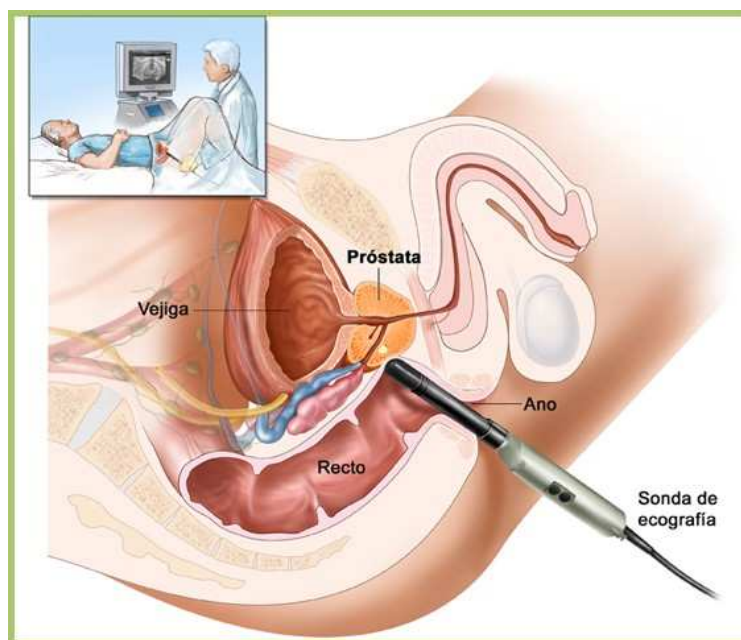
Exploració física i proves per a l'estudi de la incontinència

Després de realitzar l'entrevista amb el pacient, el metge li realitzarà una exploració física que inclou una inspecció de l'anus i un tacte rectal per a l'avaluació completa del canal anal, així com una primera avaluació de la força dels esfínters anals.

Les proves més freqüentment realitzades per avaluar la incontinència fecal són:

Ecografia endoanal:

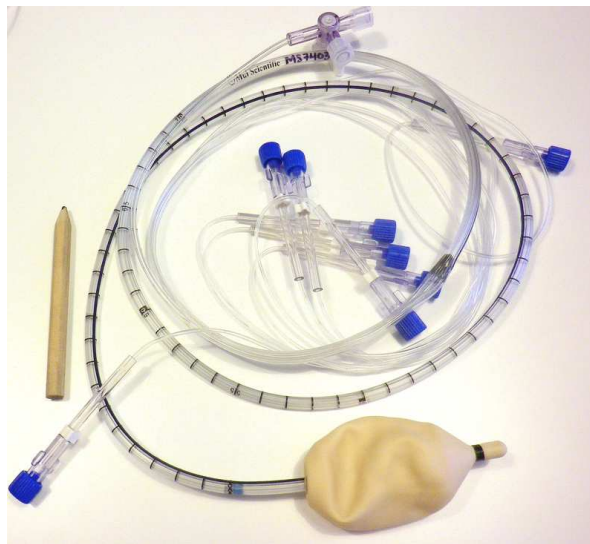
Consisteix en una estudi que permet veure com estan els esfínters anals, mitjançant una sonda d'ultrasons (no s'utilitzen raigs X), que s'introdueix per l'anus. És una exploració innòcua, que no requereix cap tipus d'anestèsia, i que pot provocar una lleugera molèstia o incomoditat, sense causar dolor. Té una durada aproximada de 15 minuts.



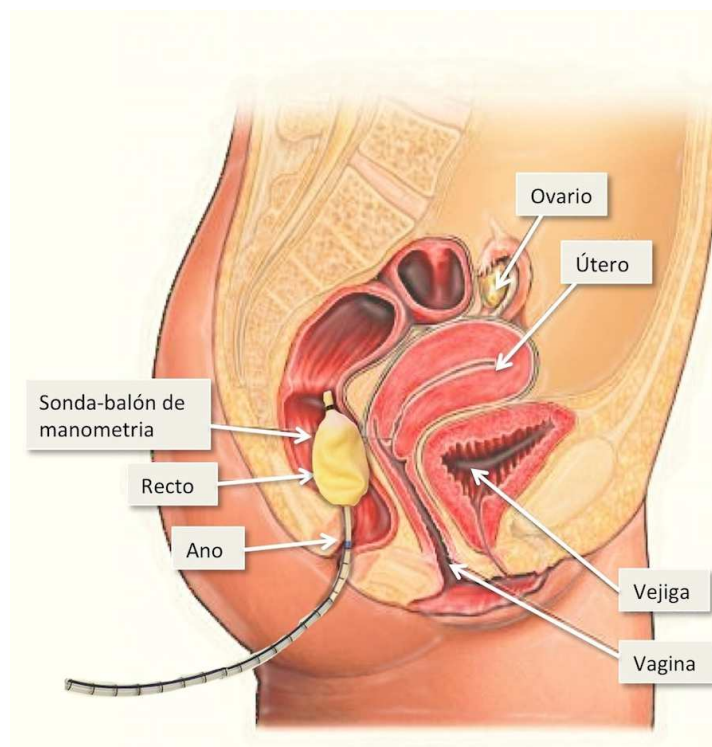
Ecografia endoanal

Manometria anorrectal:

Consisteix en la determinació de les pressions dels esfínters anals, és a dir, permet avaluar la força que tenen els dos esfínters i si aquesta és suficient per a controlar la funció anal, així com la sensibilitat que té el recte per detectar l'arribada de la femta. Es requereix de la introducció d'un tub molt fi per l'anus, i de la col·laboració del pacient a realitzar diverses maniobres amb l'anus com a contreure'l, relaxar-lo o simular l'expulsió de la femta. Té una durada aproximada de 20 minuts.



Globus i sonda de manometria anorrectal



Esquema de la manometria anorrectal

Estudi neurològic del territori del nervi pudend:

Els nervis pudends són els que innerven el canal anal. S'estudien mitjançant una prova que requereix realitzar una petita punxada a l'anus, amb una agulla molt fina, i permet avaluar la funció nerviosa de l'aparell esfinterià. A més es pot estudiar la sensibilitat de la zona de l'anus aplicant una font de fred i calor.

Defecografia:

En algunes ocasions la incontinència fecal s'associa a restrenyiment o dificultat defecatòria i en aquests casos és important estudiar la forma com es realitza la defecació mitjançant una defecografia. Aquesta exploració consisteix en la introducció a través de l'anus d'un líquid espès que contrasta l'intestí. De vegades també se li demana al pacient que es prengui un líquid per la boca. Seguidament se li demana que s'assenti en un WC i que realitzi una maniobra per expulsar el contingut que se li ha introduït. Mitjançant radiografies s'explora com es mouen els músculs, el recte i els intestins durant la defecació. La prova no és dolorosa i dura aproximadament 20 minuts.



Imatge de la cadira-WC per la defecografia

La incontinència fecal té tractament?

El tractament de la incontinència fecal es basa, en gran part, en el tractament de la causa, i això pot incloure tractament mèdic o intervencions quirúrgiques.

Tractament mèdic

El maneig no quirúrgic de la incontinència se sol oferir als pacients amb incontinències lleus i sense lesions dels esfínters. Les opcions de tractament mèdic inclouen l'abstinència d'aliments que produeixin diarrea com el cafè i l'alcohol; l'administració d'agents formadors de bolus fecal: metilcel·lulosa o plantago ovata (fibra sense abundant ingesta d'aigua), i fàrmacs antidiarreics, com la loperamida o el difenoxilat que han demostrat tenir efecte sobre la resposta de l'esfínter anal intern i resulten molt útils en pacients amb pèrdues cròniques. En pacients amb malaltia inflamatòria intestinal o colitis infeccioses s'hauran administrar fàrmacs per a aquestes patologies específiques. L'èxit del tractament mèdic en la incontinència fecal està entre un 10 i 20% dels casos.

Biofeedback

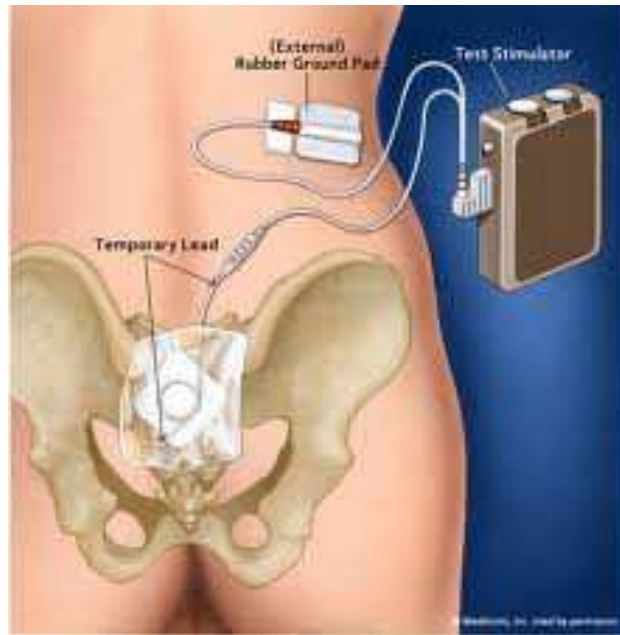
El biofeedback constitueix una teràpia de reeducació de la continència. Consisteix en la realització d'uns exercicis amb la musculatura anal per rehabilitar-la. Aquest tractament es realitza amb una persona especialitzada en la prova, que ensenya al pacient a realitzar els exercicis. Inclou la col·locació d'un tub estret per l'anús i la visualització de la resposta de contracció dels músculs en una pantalla. El pacient aprèn a contraure la musculatura mirant el reflex dels seus exercicis al monitor. Requereix molta voluntat per part del pacient, ja que es requereixen diverses sessions de rehabilitació per obtenir algun resultat. Els pacients candidats a biofeedback han de ser pacients amb bona predisposició per realitzar el procediment.

Neuromodulació d'arrels sacres

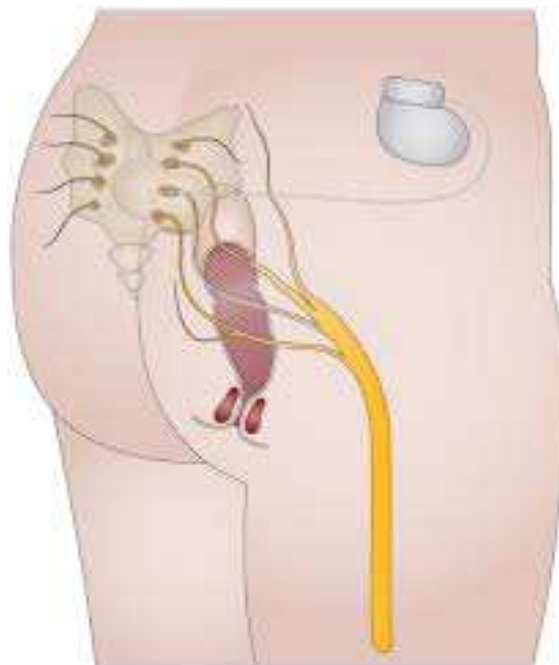
La neuromodulació d'arrels sacres és un tractament aparegut l'any 2000. Es basa en la col·locació d'un marcapassos que provoca una estimulació de l'anús. Els resultats actuals són molt satisfactoris i molts pacients ja s'estan beneficiant d'aquest tractament.

Consta de 2 grans fases: La primera fase, o fase de prova, implica la col·locació d'un elèctrode (petit cable) a la zona sacra, que es col·loca sota anestèsia local, i que es connecta a una pila externa. El pacient el porta col·locat durant 3 setmanes perquè puguem veure quin resultat té aquesta estimulació en la incontinència.

En els pacients en que la continència millora, es col·locarà tot el sistema complet, sota la pell, a manera de marcapassos que actuarà de forma permanent, produint-se així, una rehabilitació contínua de l'aparell esfinterià. Les dues cirurgies es realitzen sota anestèsia local i el pacient generalment no requereix ingrés hospitalari.



Fase d'estimulació provisional, o de prova, amb l'estimulador extern



Estimulació crònica on tot el dispositiu queda sota la pell

Neuromodulació del tibial posterior

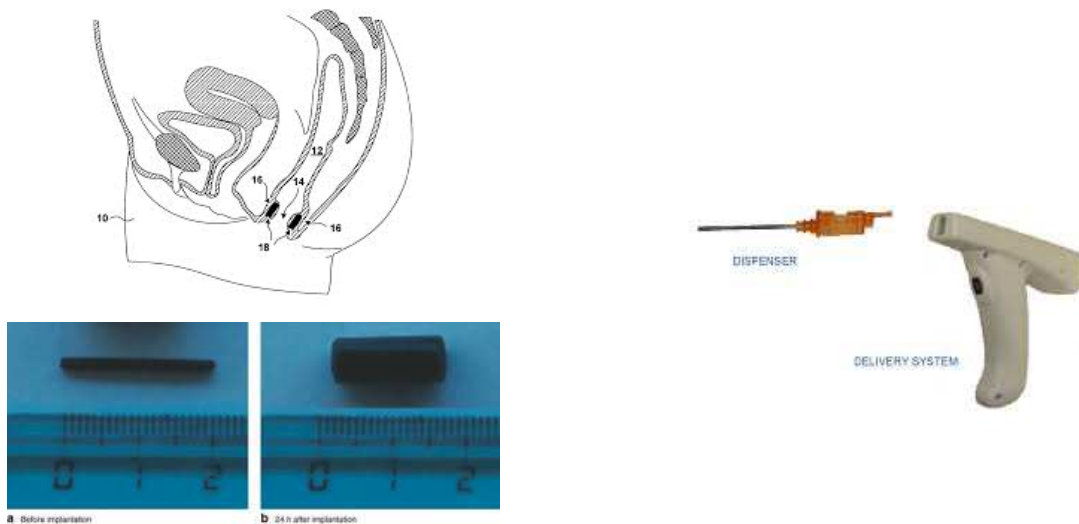
La neuromodulació del tibial posterior consisteix a aplicar un estímul elèctric mitjançant una agulla molt fina, o mitjançant un pegat, en el nervi tibial posterior, que està situat al turmell. Aquesta estimulació modula els reflexos defecatoris corregint-los. Es necessita la realització de diverses sessions de temps variable, a l'hospital o a casa. Els resultats publicats avui dia en la literatura són esperançadors.



Esquema de la terapia de neuromodulació del tibial posterior

Implant de material biocompatible a l'anus

Una altra alternativa consisteix en l'aplicació d'un material biocompatible a l'anus per augmentar la pressió de tancament de l'esfínter. La cirurgia és senzilla i consisteix a introduir les pròtesis mitjançant un dispositiu especialment dissenyat. Se sol realitzar sota anestèsia local. Hi ha diversos dispositius comercialitzats al mercat i amb resultats esperançadors.

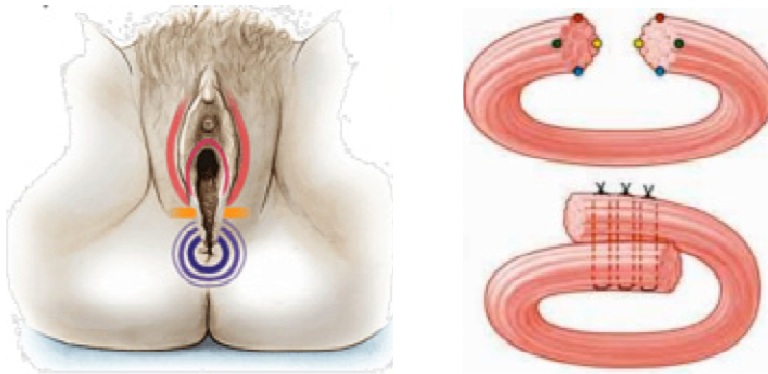


Protesis biocompatibles per implantar al voltant de l'anus

Dispositiu aplicador de les pròtesis

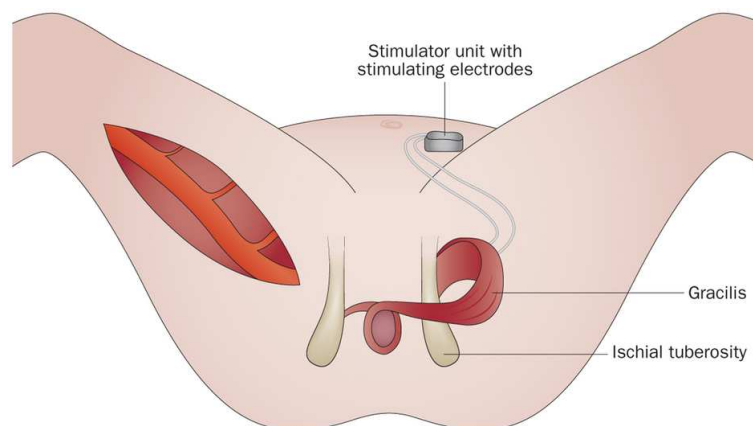
Cirurgia de reconstrucció dels esfínters

Els pacients amb alteracions dels esfínters, que justifiquin la incontinència, poden requerir la reparació dels mateixos. Hi ha diverses tècniques de reparació esfinteriana o esfinteroplàstia, l'efectivitat de les quals varia entre un 50 i un 70% segons les sèries. La cirurgia es realitza normalment amb anestèsia raquídia i requereix d'ingrés hospitalari durant uns dies. Després de la reparació se sol recomanar la realització de biofeedback per reforçar la musculatura reparada.



Esquema de l'esfinteroplastia

Així mateix existeix la possibilitat de reconstruir l'aparell esfinterià mitjançant cerclatges amb musculatura de la cama (Graciloplastia). En la majoria dels casos la cirurgia del cerclatge ha d'anar associada a una cirurgia de col·locació d'uns cables i una pila que transformaran les característiques del múscul perquè pugui mantenir una pressió de tancament constant al voltant de l'anus (Graciloplastia dinàmica). Els pacients disposen d'un comandament per apagar el dispositiu i poder relaxar el múscul quan volen defecar. Es tracta d'una cirurgia d'una complexitat considerable, per la qual cosa s'aconsella la seva realització en centres altament experimentats amb aquesta tècnica quirúrgica; es realitza sota anestèsia general i requereix d'ingrés hospitalari del pacient durant uns dies.



Graciloplastia dinàmica

Irrigacions transanals

Les irrigacions a través de l'anus es proposen als pacients que no responen a cap tractament, i com a opció abans de plantejar una colostomia. Els pacients s'introdueixen, mitjançant una sonda i un sistema d'irrigació, uns 2 litres d'aigua a través de l'anus. Si funciona, el còlon queda net i permet evitar les fuites durant un període variable de temps. Aquest tractament requereix un petit entrenament a la consulta, es pot completar en uns 20 minuts a casa, i s'ha de realitzar cada 24 o 48 hores. L'eficàcia demostrada en la literatura és del voltant del 60% i la tolerància és variable.

Colostomia

La colostomia terminal definitiva en els pacients amb incontinència fecal es considera una opció terapèutica quan la resta de tractaments no hagin estat efectius. En molts pacients, resulta una bona solució, ja que un bon control de la ostomia permet la realització d'una vida pràcticament normal, i es poden corregir moltes de les alteracions de la qualitat de vida que la incontinència fecal provocava.



On puc demanar ajuda?

La primera ajuda s'ha de sol·licitar al metge de capçalera. Aquest avaluarà inicialment el problema i podrà derivar a un centre hospitalari on es disposi d'un equip que estigui especialitzat en l'avaluació i tractament dels pacients amb incontinència fecal. Actualment hi ha diversos centres hospitalaris on es pot obtenir ajuda.