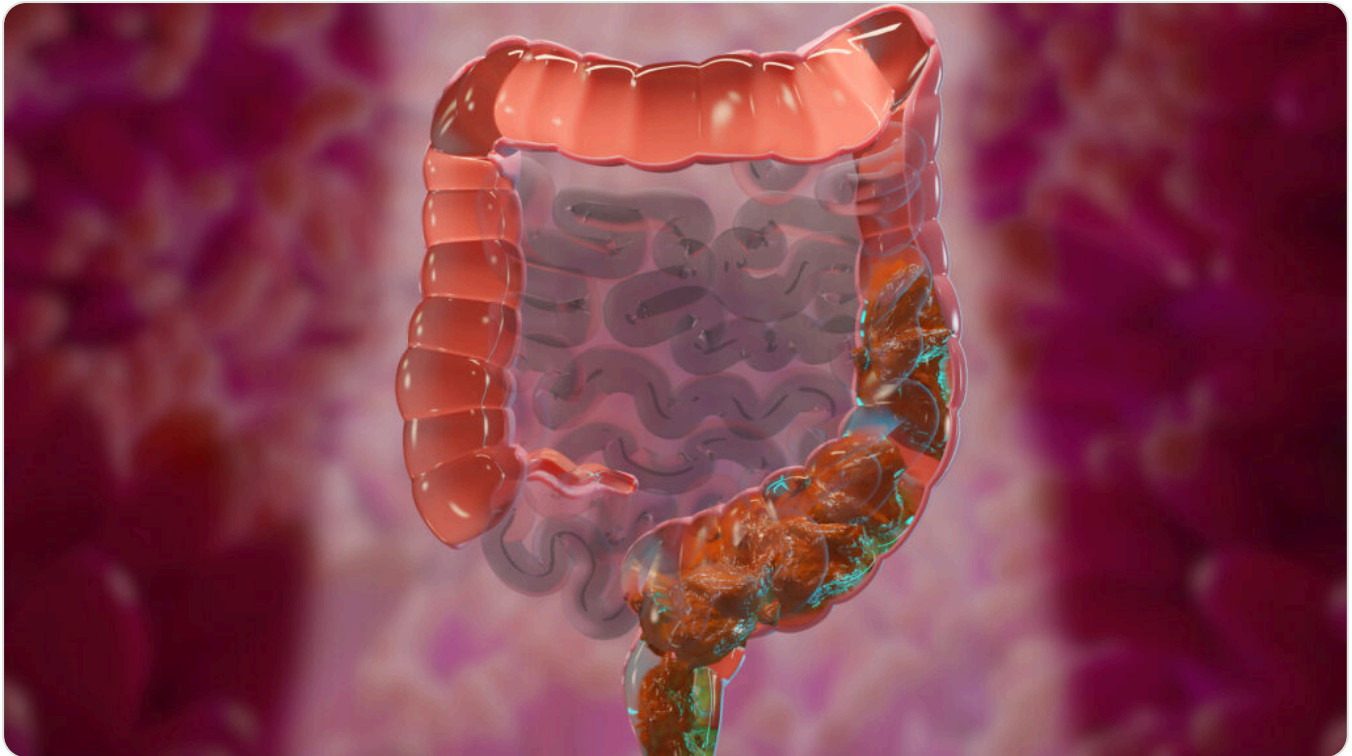




Kronisk Forstoppelse: Hvornår skal kirurgen inddrages? (Årsager, Diagnostik og Kirurgisk Behandling)

Introduktion: Forståelse af Kronisk Funktionel Forstoppelse (FC)

Kronisk Forstoppelse (Chronic Functional Constipation – FC) er en almindelig og kompleks lidelse i mave-tarm-kanalen, som kræver grundig udredning og en skræddersyet behandlingsplan.

For os som kirurger er det **afgørende at forstå de underliggende fysiologiske dysfunktioner**. Før en kirurgisk indgriben overvejes, skal alle **konservative behandlingsmuligheder** være udtømt. Dette blogindlæg giver dig en detaljeret guide til at forstå, diagnosticere og behandle denne komplekse tilstand.

Del I: Hvad er Kronisk Forstoppelse? De To Hovedtyper

Kronisk forstoppelse defineres som **vedvarende besvær med afføring i over tre måneder**, hvor man har udelukket strukturelle årsager (f.eks. tumor eller forsnævring).

FC kan primært opdeles i to fysiologiske hovedtyper. Kirurgisk udredning er essentiel for at differentiere disse:

1. Langsom Passagetid (Slow Transit Constipation – STC)

Dette er en forsinkelse af afføringens transit gennem tyktarmen. Den nedsatte motorik medfører, at der optages for meget vand, hvilket resulterer i:

- **Hård, knoldet afføring** (Bristol-skala type 1-2).
- **Vanskelig passage.**
- **Behandling:** Ofte primært medicinsk med fokus på afføringsmidler (laksantia) og i sjældne tilfælde kirurgisk.

2. Defæktationsforstyrrelse (Bækkenbundsdysynergi)

Her er transittiden normal, men selve tømningen ved endetarmen er mekanisk forhindret. Årsagerne er ofte relateret til bækkenbunden eller anatomiske defekter:

Problem	Beskrivelse
Anisme	Uhensigtsmæssig sammentrækning af bækkenbundsmuskler (i stedet for afslapning) under tømningen.
Rektal Prolaps/Rectocole	Tømningsbesvær på grund af en anatomisk defekt, hvor: * Rektalvæggen buler mod skeden (Rectocole), eller * Den nederste del af tarmen buler ud gennem endetarmsåbningen (Rektal Prolaps).

Del II: Specialistudredning – Fra Anamnese til Funktionelle Test

Udredningen starter altid med en grundig sygehistorie (**anamnese**) og en klinisk undersøgelse. For at stille den korrekte diagnose suppleres dette med specialiserede test:

Nødvendige Diagnostiske Test

- **Koloskopi:** Udføres for at udelukke alvorlige strukturelle årsager som **kolorektal cancer** eller inflammatorisk tarmsygdom (IBD), især hvis der er alarmsymptomer (se nedenfor).

- **Passagetidsundersøgelse (Sitz Marker Study):** Måler tarmens transittid ved, at patienten indtager radiotætte markører. Billeder efter 5-7 dage viser, hvor mange markører der er tilbage i tyktarmen.
- **Anorektal Manometri:** Standardtest for at diagnosticere defækationsforstyrrelse. Undersøger trykforholdene og bækkenbundsmusklernes funktion under tømning.
- **Defækografi (MR eller Røntgen):** Viser tømningsmekanismen i realtid og kan identificere anatomiske problemer, der kræver **kirurgisk intervention**, såsom stor rectocele eller rektal prolaps.

Alarmsymptomer, der kræver øjeblikkelig udredning:

Blod i afføringen, uforklaret vægttab, jernmangelanæmi eller et pludseligt, vedvarende skifte i afføringsvaner (især hos patienter >40 år). Disse symptomer skal straks udredes for malignitet eller IBD.

Del III: Den Vigtige Differentiering: FC vs. IBS-C

Det er klinisk afgørende at adskille **Kronisk Forstoppelse (FC)** fra **Colon Irritable af Forstoppelsestypen (IBS-C)**, da behandlingsstrategierne er forskellige. FC er en motoriklidesle (bevægelse), mens IBS-C er en smertelidelse.

Egenskab	Kronisk Forstoppelse (FC)	IBS-C (Irritabel Tyktarm, C-type)
Definerende Symptom	Afføringsfrekvens / Konsistens / Tømningsbesvær.	Tilbagevendende mavesmerter og ubehag (≥ 1 dag/uge).
Smerte-lindring	Smerter er sekundære til udspilning. Lindres sjældent efter tømning.	Smerter er et nøglekriterium. Lindres typisk betydeligt efter afføring.
Behandlingsmål	Normalisering af afføringstransit og frekvens.	Normalisering af afføring OG kontrol af smerte (visceral hypersensitivitet).

Del IV: Behandlingsstrategien – Fra Livsstil til Kirurgi

Behandlingen af FC følger en veldefineret stige, der starter med de mindst invasive metoder.

1. Konservativ Behandling (Første Linje)

- **Livsstil:** Øget fiberindtag (25-35g/dag), tilstrækkelig hydrering og fysisk aktivitet.
- ****Afføringsmidler (Laksantia):****Grundlaget for behandling af STC.
 - *Volumengivende:* F.eks. psyllium (Husk) øger afføringsmængden.
 - *Osmotiske:* F.eks. Makrogoler (Movicol), Lactulose eller Magnesia trækker vand ind i tarmen og blødgør afføringen.

2. Funktionel Behandling

- **Biofeedback:** Den mest effektive behandling mod defækationsforstyrrelse (bækkenbundsdyssynergi). Træningen genopretter koordineringen mellem bækkenbundsmuskler og endetarm.
- **Sekretagoger:** Specifikke lægemidler (f.eks. Prucaloprid eller Linaclotid), der stimulerer væskeudskillelse i tarmen. Anvendes ved svær STC, hvor osmotiske laksantia ikke har effekt.

3. Kirurgisk Behandling (Tredje Linje – Kun til Svære Tilfælde)

Kirurgisk indgriben er kun indiceret, når medicinsk og funktionel behandling har fejlet, og den fysiologiske udredning entydigt har påvist en årsag, der kan løses operativt.

- **Kirurgi ved Anatomiske Defekter (Defækationsforstyrrelse):**
 - **Kirurgisk reparation** er nødvendig, hvis en stor **rectocele** eller et **rektalt prolaps** er den primære årsag til tømningsbesværet.
- **Kirurgi ved Svær Slow Transit Constipation (STC):**
 - **Subtotal Kolektomi** (fjernelse af næsten hele tyktarmen) med efterfølgende **ileorektal anastomose** (sammenkobling af tyndtarm og endetarm) er den mest radikale løsning. Denne procedure er forbeholdt patienter med **dokumenteret**,

udtalt og behandlingsresistent STC og er ikke egnet, hvis patienten også har udtalte IBS-C-smerter.

- **Sakral Neuromodulation (SNS):** Kan anvendes til at modulere tarmfunktionen, men er ofte mere effektivt ved fækal inkontinens end ved forstoppelse.

Konklusion

Hvis din kroniske forstoppelse ikke forbedres på trods af intensiveret konservativ behandling, er det tid til en specialistvurdering. En grundig **udredning af kronisk forstoppelse** er nødvendig for at afdække den præcise funktionelle årsag og træffe den rette beslutning om de næste behandlingsskridt – om det så er biofeedback, medicinjustering eller i sidste ende **kirurgisk behandling af forstoppelse** på kirurgen.dk.

Referenceliste: Kronisk Forstoppelse

1. Definition, Klassifikation og Diagnostik (FC vs. IBS-C)

1. Kliniske Kriterier (ROM IV) for Funktionel Forstoppelse (FC) og IBS-C:

- **Kilde:** Drossman, D. A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262–1281.
- **Link:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27144617/>
- **Understøtter:** Definitionen af kronisk forstoppelse, differentieringen mellem FC (motoriklidesle) og IBS-C (smertelidelse), samt de nødvendige kriterier for at stille diagnosen.

2. Diagnostik af Typerne (STC vs. Defækationsforstyrrelse) og Brug af Test:

- **Kilde:** Rao, S. S. C., & Patcharatrakul, T. (2020). Diagnosis and Treatment of Chronic Constipation in Adults. *Advances in Therapy*, 37(1), 1–17.
- **Link:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31696417/>
- **Understøtter:** Opdelingen i STC og Defækationsforstyrrelse, samt brugen af **Anorektal Manometri** og **Passagetidsundersøgelse (Sitz Marker)** som standard diagnostiske værktøjer.

2. Behandlingsstrategier

3. Konservativ Behandling og Laksantia (Første Linje):

- **Kilde:** Bharucha, A. E., Dorn, S. P., Lembo, A. J., & Pressman, A. (2013). American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation. *Gastroenterology*, 144(1), 211–217.
- **Link:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23265356/>
- **Understøtter:** Behandlingsprincipperne med fokus på livsstil og brug af laksantia (herunder volumengivende og osmotiske midler) som fundamentet i behandlingen.

4. Biofeedback som Behandling for Defækationsforstyrrelse

(Bækkenbundsdyssynergi):

- **Kilde:** Chiarioni, G., Kim, S. M., Vohra, S., & Eusebi, L. H. (2020). Biofeedback for refractory chronic constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9).
- **Link:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32959881/>
- **Understøtter:** Påstanden om, at Biofeedback er den foretrukne og mest effektive behandling for Defækationsforstyrrelse.

5. Rolle og Indikationer for Kirurgisk Behandling (Subtotal Kolektomi):

- **Kilde:** Pemberton, J. H., & Rath, D. M. (2018). Surgical treatment of constipation. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, 29(1), 21–25.
- **Link:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29576751/>
- **Understøtter:** Kirurgisk intervention, herunder **Subtotal Kolektomi**, som en sidste udvej udelukkende til patienter med dokumenteret, behandlingsresistent **Slow Transit Constipation (STC)**.

6. Diagnostik og Kirurgisk Behandling af Rektal Prolaps og Rectocele:

- **Kilde:** Madbouly, K., & Abbas, H. A. (2021). Surgical Management of Obstructed Defecation Syndrome: Rectocele and Rectal Prolapse. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 34(3), 199–205.
- **Link:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34295325/>
- **Understøtter:** Behandlingen af anatomiske defekter som Rectocele og Rektal Prolaps, der forårsager tømningsbesvær og kræver kirurgisk reparation.

Læs også

Oppustet mave · Divertikler i tarmen