

Rektal prolaps: Når endetarmen falder ud

Rektal prolaps er en tilstand, hvor hele eller dele af endetarmens væg "vender vrangen ud" og kan trække sig ud gennem endetarmsåbningen. Det er ofte forbundet med skam og forveksles let med hæmorider – men de to tilstande er meget forskellige og kræver hver sin behandling.

Tilstanden ses hos ca. 2,5 ud af 100.000 personer årligt, og 80–90 % af patienterne er kvinder over 50 år [1].

Tre typer prolaps

1. **Komplet rektal prolaps (procidentia)** – hele tarmvæggen vrænges ud, oftest 4–10 cm
2. **Indre/skjult prolaps (intussusception)** – tarmen folder sig ind i sig selv, men kommer ikke ud
3. **Slimhindeprolaps** – kun slimhinden løsner sig (ligner store hæmorider)

Det er vigtigt at få stillet den rette diagnose, da behandlingen er forskellig.

Symptomer

- En blød "klump" der kommer ud ved afføring eller fysisk anstrengelse
- Slim eller blod på undertøjet
- Følelse af ufuldstændig tømning
- **Inkontinens for afføring** – ses hos 50–75 % på diagnosetidspunktet [2]
- **Forstoppelse** – paradoksalt nok hyppigt, da prolapsen kan blokere udtømning
- Smerter er sjældne (modsat tromboserede hæmorider)

Risikofaktorer

- Kvindeligt køn og alder >50 år
- Flere vaginale fødsler

- Kronisk forstoppelse og pres ved afføring
 - Svaghed i bækkenbunden
 - Tidligere bækkenoperationer
 - Neurologiske sygdomme (MS, rygmarvsskader)
 - Cystisk fibrose hos børn [3]
-

Udredning

Diagnosen stilles ofte ved klinisk undersøgelse, hvor patienten beder om at "presse ned" siddende på toilet eller i venstre sideleje. Supplerende:

- **Defækografi (MR eller røntgen)** ved indre prolaps eller mistanke om bækkenbundsdysfunktion [4]
 - **Anorektal manometri** for at vurdere lukkemusklens funktion
 - **Koloskopi** for at udelukke tumor eller anden årsag, særligt hos førstegangssymptomer over 50 år
-

Behandling

Konservativ behandling er sjældent tilstrækkelig ved komplet prolaps, men kan forbedre symptomer ved slimhinde- eller indre prolaps:

- Fiberrig kost og laktulose mod forstoppelse
- Bækkenbundstræning hos specialiseret fysioterapeut
- Biofeedback-træning ved samtidig inkontinens

Kirurgi er den definitive behandling ved komplet prolaps og inddeles i:

- **Abdominale indgreb** (laparoskopisk ventral mesh-rektopeksi efter D'Hoore): God langtidseffekt, lav recidivrate (5–10 %), og bedst hos yngre og fitte patienter [5,6]
- **Perineale indgreb** (Altemeier- eller Delorme-operation): Mindre invasive, kortere operationstid og bruges typisk hos ældre eller skrøbelige patienter; recidivrate 10–25 % [7]

Valget mellem teknikkerne er individuelt og bygger på alder, almentilstand, samtidig inkontinens/forstoppelse og kirurgens erfaring. ESCP (European Society of Coloproctology) anbefaler at beslutningen træffes i et multidisciplinært bækkenbundsforum [8].

Prognose og opfølgning

Efter velgennemført operation oplever de fleste markant forbedring af både prolaps og inkontinens. Forstoppelse kan dog forblive et problem og kræver fortsat kost- og bækkenbundsbehandling. Recidiv kan ske år efter operationen, og kontrol hos kirurg anbefales ved nye symptomer [9].

Hvornår skal du kontakte læge?

- Hvis du oplever, at noget "kommer ud" af endetarmen
- Vedvarende inkontinens for afføring
- Nye symptomer fra endetarmen efter 50-årsalderen
- Blødning der ikke kan forklares af [hæmorider](#) eller [analfissur](#)

Rektal prolaps er hverken livstruende eller skammeligt – men ubehandlet forværres tilstanden og påvirker livskvalitet markant. Tidlig henvisning til en kolorektal kirurg giver de bedste resultater.

Referencer

1. Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. *Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse*. Scand J Surg 2005;94(3):207–10.
2. Madiba TE, et al. *Surgical management of rectal prolapse*. Arch Surg 2005;140(1):63–73.
3. Bordeianou L, et al. *Clinical practice guidelines for the treatment of rectal prolapse*. Dis Colon Rectum 2017;60(11):1121–31.
4. Pannu HK, et al. *MR imaging of pelvic floor dysfunction*. Radiographics 2003;23(1):e1.

5. D'Hoore A, et al. *Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse*. Br J Surg 2004;91(11):1500–5.
6. Consten ECJ, et al. *Long-term outcome after laparoscopic ventral mesh rectopexy: an observational study of 919 consecutive patients*. Ann Surg 2015;262(5):742–7.
7. Senapati A, et al. *PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse*. Colorectal Dis 2013;15(7):858–68.
8. Mercer-Jones MA, et al. *Consensus on ventral rectopexy: report of a panel of experts*. Colorectal Dis 2014;16(2):82–8.
9. Hotouras A, et al. *Recurrence of full-thickness rectal prolapse following surgical repair: a systematic review*. Colorectal Dis 2018;20(11):974–86.