

KRONISK OBSTIPATION FACTS OG MYTER

Kronisk obstipation er en af de almindeligste klager fra patienter såvel i almen praksis som i gastroenterologisk speciallægepraksis. Hyppigheden i befolkningen angives fra 2 – 20 % hos personer under 60 år, og forekommer hyppigere hos ældre end yngre samt hyppigere hos kvinder end hos mænd.

På trods af at kronisk obstipation er en så almindelig lidelse, er behandlingen heraf langt fra tilfredsstillende på trods af de talrige midler, der er til rådighed. Man behøver blot at besøge en helseforretning eller et apotek for at se det store udvalg heraf. Et tegn på at afføringsmidler hyppigt efterspørges er, at disse er placeret på hylder nær ekspeditionsdisken.

Det er almindelig rutine i behandlingen af en obstipation, som det første trin at anbefale ændringer i livsstil såsom at drikke rigeligt (2 liter om dagen), at øge den fysiske aktivitet, at ændre kostvaner, så kosten bliver mere slagterig, og sørge for regelmæssige toiletbesøg.

Ingen af disse anbefalinger er ved evaluering fundet at have nogen effekt på behandlingen af kronisk obstipation. En trøst er dog, at patienterne oftest på eget initiativ vender tilbage til tidligere livsstil, når de har erfaret, at dette store indgreb i deres dagligdag har været uden effekt.

ANTI-OBSTIPANTIA

Som bekendt findes der flere kategorier af antiobstipantia, der virker på colon og colonindholdet på forskellig vis. Disse er:

- **Bulk laksativer:** Eksempelvis - psyllium (isphagula), loppefrøskaller, metylcellulose, kostfibre, aloe vera.
- **Blødgørende midler:** Eksempelvis paraffinemulsion.

- **Osmotisk virkende midler:** Laktulose/lactitol, sorbitol, magnesiumoxid, polyetylen glycol.
- **Peristaltikfremmende midler:** Natriumpicosulfat, senneglycosider, bisacodyl, erytromycin, misoprostol.
- **Prokinetiske midler:** Colchicin, tageserod.

Disse antiobstipantia benyttes ofte på en uhensigtsmæssig måde og uden at der er taget højde for obstipationens karakter og individuelle forhold. Eksempelvis bør det, før behandling institueres, vurderes om det drejer sig om en distal, proximal eller generel obstipation, idet behandlingen om end med samme midler er forskellig.

En for lille dosis giver ingen eller kun utilstrækkelig effekt i form af en hyppigere og blødere defækation, hvorimod bivirkningerne persisterer, så patienternes gener i form af koliksmarter, oppustethed og borborygmi forværres. Dette opfatter patienten naturligvis, som om han har fået en forkert behandling. Det gør heller ikke behandlingen lettere, at de fleste laksantia er receptfrie og at langt størstedelen købes og administreres af patienterne selv uden lægelig vejledning.

Effekten af de forskellige typer antiobstipantia er kun for de færrestes vedkommende undersøgt efter gængse videnskabelige retningslinier. Almindeligvis bærer undersøgelserne præg af at mangle en kontrolgruppe, manglende sammenligning med placebo eller ved kun at inkludere et lille antal patienter. At et middel ikke er regulært undersøgt betyder dog ikke, at det ingen effekt har, men kun at effekten er ukendt.

Et af de produkter, som er velundersøgt, er polyethylenglycol. Polyethylenglycol er et ikke-absorberbart,

ikke-metaboliserbart osmotisk virkende middel. Undersøgelserne konkluderer, at polyethylenglycol er effektivt i behandlingen af obstipation samt at effekten heraf er noget bedre end effekten af laktulose i sammenlignende undersøgelser. Samtidig er bivirkningerne især i form af luftudvikling færre.

Laktulose er ligesom sorbitol dog også et effektivt middel mod obstipation, men større doser kan give ret utalte bivirkninger i form af oppustethed, flatulens og vekslende, løse afføringer.

Magnesiumoxid er også et meget hyppigt brugt afføringsmiddel. Selvom der ikke foreligger nogen undersøgelser herover de sidste 45 år, er der ingen tvivl om den positive effekt heraf. Det har været diskuteret, hvorvidt en langvarig større indtagelse af magnesia kunne medføre hypermagnesiæmi med heraf følgende bivirkninger. Dette er dog formentlig kun tilfældet ved behandling af patienter med nyreinsufficiens. Teoretisk kan behandling med magnesia hos disse patienter medføre en tarmparalyse, der i så fald vil forværre obstipationen.

Behandling med peristaltikfremmende laksantia har knap så god en effekt ved kronisk obstipation som behandling med laktulose. Indikationen for benyttelse af peristaltikfremmende midler er primært ved udrensning til coloskopi eller røntgen, eller til behandling af en akut opstået obstipation. Flere undersøgelser demonstrerer dog en øget effekt ved kronisk obstipation ved at kombinere behandling med peristaltikfremmende midler med osmotisk virkende midler som laktulose. Der foreligger dog endnu ingen kontrollerede undersøgelser herover.

Et øget indtag af kostfiber medfører en øget fæcesmængde, en blødere

konsistens af fæces, en øget defækationshyppighed og følgelig et øget antal toiletbesøg. Effekten af behandling med kostfibre har dog kun tilstrækkelig effekt i behandlingen af de lettere tilfælde af obstipation. Tilskud af kostfibre er dog velegnet som en "basisbehandling" hvortil kan suppleres med andre midler med en anden effektmekanisme evt. i varierende mængde efter det aktuelle behov.

Psyllium har ved adskillige undersøgelser ligeledes vist sig at øge antallet af toiletbesøg og medføre en blødere konsistens af fæces. Ved kombination af psyllium med sennesglycosider øges effekten yderligere. Det samme gælder ved kombination af psyllium med metylcellulose.

Cisaprid kan teoretisk have en effekt ved behandlingen af obstipation ved Parkinsons sygdom, systemisk sclerose og efter skader på rygmarven. Flere undersøgelser tyder herpå. Effekten ved idiopatisk obstipation er dog mere tvivlsom.

Colchicin og misoprostol er i et par mindre pilotstudier fundet at have god effekt på kronisk obstipation. Større kontrollerede undersøgelser er dog nødvendige, før man endeligt kan udtale sig herom.

Ligeledes er effekten af behandling med blødgørende midler heller ikke undersøgt, hverken som eneste behandling eller i kombination med andre antiobstipantia. Blødgørende midler i form af paraffinemulsion til peroralt indtag eller olie til rectal instillation er dog hyppigt benyttet, især i opstarten af en behandling.

Tageserod er en selektiv serotoninantagonist af subtype 4 (5 HT4).

Tageserod har vist sig at øge den gastrointestinale motilitet hos såvel mennesker som dyr og har vist sig at være effektiv i behandlingen af colon irritabile med obstipation som dominerende symptom.

Tageserod har i undersøgelser vist sig kun at have få bivirkninger, ligesom der heller ikke er påvist rebound effekt ved seponering. Der er dog anmeldt tilfælde af bivirkninger ved behandling hermed.

Erytromycin og cholecystokinin antagonist har vist en lovende effekt ved små ukontrollerede undersøgelser. Også her er større og mere kontrollerede undersøgelser nødvendige, før det er muligt, at udtale sig om deres plads i behandlingen af obstipation.

Med hensyn til effekten af de talrige naturlægemidler, som er i handelen, har det ikke været muligt at finde nogen undersøgelse heraf i den engelsksprogede

litteratur. Hvorvidt der foreligger undersøgelser på eksempelvis japansk eller kinesisk, kan dog ikke afvises.

Konkluderende må man sige, at der foreligger velkontrollerede undersøgelser af polyetylen glycol og Tageserod hvis gode effekt i behandlingen af obstipation må siges at være bevist. Effekten af laktulose og bisacodyl er ligeledes velundersøgt, men viser om end en god effekt så en effekt, der er knap så udtalt. Det samme kan siges om anvendelsen af bulkpræparater.

Om de andre midler foreligger der så få eller ufuldstændige undersøgelser, at det ikke er muligt at udtale sig om, hvorvidt de er effektive i behandlingen af kronisk obstipation.

Typer af kronisk obstipation.

Almindeligvis forstås ved kronisk obstipation

- Nødvendigheden af at presse
- Følelse af ufuldstændig tømning
- For lang tid imellem toiletbesøg
- Nødvendigheden af at bruge afføringsmidler.

Man må dog ikke glemme, at den normale hyppighed af toiletbesøg er sat til mellem 3 gange om dagen og 3 gange om ugen. Patienterne forstår dog ved normal afføring een defækation daglig.

De nævnte symptomer er karakteristiske for, hvad man kan kalde den nedre forstoppelse, hvor selve defækationsakten er vanskelig og besværlig.

De senere år har man imidlertid forstået, at der også findes en anden type af forstoppelse, nemlig den øvre forstoppelse. Symptomerne her er meget lig de symptomer, vi forbinder med en colon irritabile, og er utvivlsomt den samme tilstand.

Symptomerne ved en øvre forstoppelse kan være:

- Afføring vekslende mellem diare og forstoppelse
- Afføringen kan være imperativ og eksplosiv
- Afføringen består ofte af små knolde
- Tiltagende oppustethed dagen igennem
- Tyngdefornemmelse i højre side af maven
- Symptomerne provokeres af fødeindtagelse

PRAKTISK ANTI-OBSTIPATIONS-BEHANDLING

Behandlingen af de to typer forstoppelse er om end med samme midler dog på flere områder forskellige.

For begge former er det dog vigtigt ved opstart af behandling at tømme colon for slagger. Hertil må benyttes effektive metoder svarende til hvad benyttes til udrensning før coloscopi eller røntgen af colon som Toilax kombi, Phosforalmikstur, en kombination a tabl. Bisacodyl og Magnesia eller lignende.

Først herefter kan en egentlig profylaktisk langtidsbehandling påbegyndes.

Det første trin heri er dels at modificere tarmindeholdet, så det bliver blødere, dels at stimulere colons peristaltik. Her er det vigtigt at give patienten indblik i, hvordan de forskellige typer laxantia virker samt især hvordan, de virker på ham/hende. Der er store individuelle forskelle herpå og også stor forskel på, hvilke midler den enkelte patient foretrækker. Behandlingen må derfor blive individuel.

En god måde at starte selve langtidsbehandling på er at foreskrive et bulkpræparat som HUSK, Vi-Siblin eller evt. hvedekliid. Herved øges og blødgøres fæcesvolumen, hvilket forbedrer colons funktion. En rimelig dosis må være 1 spiseskefuld med top morgen og aften eksempelvis strøet på et syrnet mælkeprodukt. Alligevel har behandling med HUSK alene kun tilstrækkelig effekt i de lettere tilfælde, og behandling må ofte suppleres med midler med en anden virkningsmekanisme.

Til supplerende behandling kan vælges et af de osmotisk virkende midler som magnesia, polyetylen glycol eller laktulose. Denne behandling behøves ikke altid at blive givet kontinuerligt, men kan forbeholdes perioder hvor HUSK alene har utilstrækkelig effekt.

Ved optræk til mere udtalte obstipationsgener trods ovennævnte kombinationsbehandling, vil en kortvarig udrensning medføre en lettelse for patienten. Eksempelvis vil 3 tabletter bisacodyl taget før sengetid almindeligvis have god effekt i form af defækation næste morgen. Behandlingen kan evt. gentages i et par dage ved behov herfor.

Nogle patienter, der har vanskeligt ved at indtage bulkpræparater, eller hvis gener især i form af luftudvikling forværres efter indtagelse af kostfiber, foretrækker et osmotisk virkende middel som polyetylen glycol eller laktulose. Dette kan også være en udmærket løsning. Her har det vist sig, at polyetylen glycol ikke alene har en større effekt end laktulose men også har færre bivirkninger.

Ved den nedre form for obstipation er det hensigtsmæssigt, i hvert tilfælde i starten af behandlingen, at supplere

med rektal instillation. Denne gives ofte i form af midler med en primær effekt på tarmmotorikken. En mere skånsom metode er en blødgørende behandling i form af rektale indhældninger af glycerol eller jordnøddedeolie.

I handelen findes også et tarmskyldningsanlæg til brug på toiletet ved sværere tilfælde, hvor nedre del af colon gennemskyldes med vand eller saltvand via en dobbeltløbet sonde. Den gamle klystersprøjte, der var almindeligt brugt for 100 – 120 år siden, er fortsat en udmærket og effektiv metode og er samtidig prisbillig i brug. Ved hjælp af en sådan klystersprøjte installeres 100 – 300 ml. væske i rectum. Patienten holder på væsken i 15 – 20 minutter, hvis muligt. Til installation kan benyttes almindeligt vandværksvand evt. efter til sætning af en teskefuld salt eller vandet kan opblandes med en billig oliven- eller raspolie fra Aldi eller Netto. Olien kan også gives alene.

En særlig vanskelig behandlelig subgruppe er patienter, der som det helt dominerende symptom klager over en udtalt luftudvikling, der ofte medfører svær distension af abdomen og dårlig kontrollerbar flatulens. Dette især efter indtagelse af fermenterbare kulhydrater som hvidt brød, ris og pasta. Forsøg på behandling med kostfiber vil forværre tilstanden. Breath Tests med kulhydrater udført på disse patienter viser ofte en høj udskillelse af metan med udåndingsluften. Man må formode, at der i colon findes en overrepræsentation af disse metanogene bakterier med en øget produktion af luftarter til følge.

Holder denne teori stik, må det være rimeligt at forsøge behandling med et probioticum eller et prebioticum, i form af enten mælkesyrebakterier eller et mælkesyrebakterie fremmende substrat som fruktosaner eller med en kombination af begge. Der foreligger dog kun et par mindre undersøgelser herover.

Kun i særlig vanskelige tilfælde kan en partiel colectomi komme på tale.

FACTS OG MYTER, KONKLUSIONER

Der er ikke belæg for, at en kronisk obstipation kan forgifte kroppen ved at opsuge toxiner fra tarmen. Teorien er gammel, den er beskrevet i papyrusruller fra 16 århundrede før vor tidsregning. Der er på denne indikation intet belæg for de gentagne tarmskyldninger, som tilbydes af flere klinikker. Noget andet er, at en total udrensning kan medføre en total lettelse for patienten. I hvert tilfælde

midlertidigt.

Der er ikke belæg for, at en "lang colon" kan være årsag til kronisk obstipation. Undersøgelser har ikke kunnet demonstrere forskel i colons længde mellem obstiperede og ikke obstiperede patienter.

Selv om nogle patienter med en lettere obstipation kan have gavn af en fiberrig kost eller et fibertilskud til kosten, er der ikke belæg for, at en obstipation kan være forårsaget af en fiberfattig kost. Hos nogle patienter forværres deres symptomer endog med stigende fiberindtag.

Der er ingen evidens for, at en øget vædskeindtagelse er af betydning for behandlingen af ideopatisk obstipation med mindre patienten er dehydreret. Flere undersøgelser demonstrerer klart dette forhold.

Hos ældre kan obstipation korreleres til nedsat fysisk aktivitet, men andre faktorer som det almene funktionsniveau, medicinindtagelsen og kosten er utvivlsomt også af betydning. En stærkt øget fysisk aktivitet som hos langdistanceløbere og maratonløbere fører til hyppigere tarmtømminger og til fæces af blødere konsistens. Udtrykket "Runners Diarré" er velkendt. Moderat øget fysisk aktivitet har midlertid vist sig at være uden betydning for behandlingen af yngre patienter med obstipation.

En del patienter med kronisk obstipation er som bekendt afhængige af en regelmæssig indtagelse af laksantia for at opnå en for dem acceptabel tarmfunktion. Denne afhængighed skyldes ikke en tilvænning forårsaget af tidligere indtagelse af laksantia, men af ønsket om at have en regelmæssig defækation.

Tilvænning til laksantia forekommer kun hos patienter med svær obstipation og kun efter længere tids forbrug.

Der er ingen evidens for øgede gener via en rebound effekt efter ophør med laksantia.

Laksantia kan blive misbrugt (sml. eks. ved anoreksi), men der er ingen mulighed for en psykisk afhængighed.

SUPPLERENDE LÆSNING

– Ramkumar, D. and Rao, S.S.C.

Efficacy and Safety of Traditional Medical Therapies for chronic Constipation: Systematic Review.

Am J Gastroenterol 2005; 100: 936 – 971.

– Talley, N.J., Weaver A.L. et al.

Functional constipation and outlet delay: A population - based study.

Gastroenterology 1993; 105: 781 – 790.

– Finlay, M.

The use of dietary fibre in a long – stay geriatric ward.

J Nutr Elder 1988; 8: 19 – 30.

– Johanson, J.F., Wald, A. et al.

Effect of Tageserod in chronic constipation: A randomized, double blind, controlled trial.

Clin Gastroenterol Hepatol 2004; 2: 796 – 805.

– Attar, A., Lémann, M. et al.

Comparison of a low dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for treatment of chronic constipation.

Gut 1999; 44: 226 – 230.

– Hallmann, F.

Toxicity of commonly used laxatives.

Med Sci Monit 2000; 6: 618 – 628.

– Klauser, A.G., Peyerl, C.P. et al.

Nutrition and physical activity in chronic constipation.

Europ J Gastroenterol Hepatol 1992; 4: 227 – 233.

– Jones M.P., Talley, N.J. et al.

Lack of objective evidence of efficacy of laxatives in chronic constipation.

Dig Dis Sci 2002; 47: 2222 – 2230.

– Müller – Lissner, S.A., Kamm, M.A. et al.

Myths and Miscoceptions About Chronic Constipation.

Am J Gastroenterol 2005; 100: 232 – 242.

– Forstoppelse – Obstipation hos børn og unge.

Bennedbæk, O.

Lægemagasinet 2006; 3: 24 – 26.

– Wald, A.

Is chronic use of stimulant laxatives harmful to the colon?

J Clin Gastroenterol 2003; 36: 386 – 389.

– Bijkerk, C.M., Muris, J.W. et al.

The role of different types of fiber in the treatment of irritable bowel syndrome.

Aliment Pharmacol Ther 2004; 19: 245 – 251.

– Keighley, M.R.B.

Surgical management of chronic constipation.

Colorectal Dis 1999; 1: 186 – 191.

– Bingham, S.A. and Cummings, J.H.

Effect of exercise and physical fitness on large intestinal function.

Gastroenterology 1989; 97: 1389 – 1399.

– Meshkinpour, H and Selod, S and al.

Effect of regular exercise in management of chronic idiopathic constipation.

Dig Dis Sci 1998; 43: 2379 – 2383.

– Dear, K.L., Elia, M. and Huntor, J.O.

Do interventions which reduce colonic bacterial fermentation improve symptoms of irritable bowel syndrome?

Dig Dis Sci 2005; 50: 758 – 766.