Inkontinence stolice

Inkontinenci stolice lze definovat jako opakovaný mimovolní odchod stolice u jedince vývojově staršího čtyř let. V populaci se může vyskytovat u 2-10% jedinců, je obdobný výskyt u mužů i u žen.

Z anatomického hlediska jsou k udržení stolice a správné defekaci nutné svěrače (zevní a vnitřní), musculus levator ani a svalovina pánevního dna vůbec, podílí se i zahnutý tvar rekta a 3 příčné řasy (horní, střední a dolní, přičemž střední se označuje jako Kohlrauschova řasa). Anální kanál měří asi 3-4cm a za normálních okolností je tlakem okolní svaloviny uzavřen. Rozšíření konečníku stolicí vede k relaxaci vnitřního svěrače a svalů pánevního dna se zvýšenou kontraktilitou rekta, proces však může být do značné míry ovlivněn vůlí. Informace o základní anatomii s obrázkem najdete v příslušném textu.

Příčiny

Výčet příčin fekální inkontinence vychází z poruch výše uvedených struktur. Poměrně často jde o slabost análních svěračů, která může být způsobená traumatem (porodní poranění, operace vnitřních hemoroidů), sklerodermie a neuropatie n. pudendus. Další možnou příčinou je **narušení pánevního dna**, sem můžeme zařadit například prolaps rekta. Ze **zánětlivých onemocnění** může inkontinence stolice vzniknout u anální formy Crohnovy nemoci, u ulcerózní kolitidy a u poradiační proktitidy. Velmi důležitou skupinou jsou **choroby centrálního nervového systému**, kam patří roztroušená skleróza, poškození míchy, cévní mozkové příhody a mozkové nádory. Riziko fekální inkontinence roste u pacientů s **chronickými průjmy** i naopak s retencí obtékané masy stolice (tzv. **skybala**) v rektu.

Klinická problematika

Úniky stolice zhoršují kvalitu života a zhoršují hygienu anální oblasti, zejména u nedostatečně mobilních a nesoběstačných pacientů, kdy může chronická macerace kožního krytu zvýšit riziko vzniku lokálních dekubitů.

Diagnostika

Na základě anamnézy se hodnotí četnost mimovolních odchodů stolice, konzistence stolice, barva a případně příměsi (krev, hlen). Podobně důležitá je informace, zda se jedná o pasivní únik, nebo o únik stolice spojený s urgentním nucením. Z fyzikálního vyšetření má největší význam aspekce (prohlédnutí) anální krajiny (anální fisury, zevní hemoroidy, vyhřezávající vnitřní hemoroidy, píštěle apod.) a vyšetření konečníku prstem s orientačním zhodnocením tonu análního svěrače. Nemocní by dále měli být vyšetření **endoskopicky** se zhodnocením stavu sliznice rekta a esovitého tračníku a vyloučení organických poruch. Z funkčních vyšetření je základe **rektální manometrie**, při které se měří konečníkové tlaky v klidu a při tlačení. Vzhledem k možné

spojitosti inkontinence stolice s neurologickými poruchami je vhodné v případě podezření **vyšetření neurologem**. Z méně často využívaných vyšetření lze provést **EMG** zevního análního svěrače a **magnetickou rezonanci** pánve.

Terapie

Základem je změna výživy s omezením potravin změkčujících stolici k prevenci průjmových stolic. Poměrně významnou úlohu hraje tzv. biofeedback, při kterém se pacient učí ovládat svaly pánevního dna a stahovat je při současném dráždění rekta distenzí rektálního balónku. U některých pacientů se používá rektální zátka „anal plug“, která je ovšem pro řadu pacientů nepřijatelná kvůli dráždění sliznice análního kanálu.

Chirurgické zákroky jsou rezervovány zejména pro pacienty s traumatickým poškozením svěračů (poporodní komplikace u žen), hlavním typem zákroku je sfinkteroplastika. Jakožto poslední možnost těžké a jinak neovlivnitelné fekální inkontinence je zde možnost založení kolostomie.