

Perkutan tibialisnervstimulering

– PTNS vid överaktiv blåsa och fekal inkontinens

Vägledning

Innehållsförteckning

1. Inledning
2. Indikationer
 - 2.1 Överaktiv blåsa
 - 2.2 Fekal inkontinens
 - 2.3 Kontraindikationer
3. Behandlingsprincip
4. Utrustning
5. Remiss till specialist
6. Kliniska studier
7. Referenser

Bilagor

- Bilaga 1 Dryck- och urinmättningslista
- Bilaga 2 Läckagetest
- Bilaga 3 ICIQ-OABqol
- Bilaga 4 Tarmdagbok
- Bilaga 5 St Marks score
- Bilaga 6 LARS score
- Bilaga 7 Livskvalitetsformulär vid avföringsbesvär – FIQL

1. Inledning

Följande vägledning är framtagen av Mari Dahlberg, Johanna Sjögren och Sara Strandberg, uroterapeuter vid Bäckebottencentrum Skånes Universitetssjukhus.

Medicinskt ansvarig docent, öl Louis Johnson Bäckebottencentrum Kirurgi Skånes Universitetssjukhus och öl Lars Målberg Bäckebottencentrum Urologi Skånes Universitetssjukhus, har granskat dokumentet.

Metoden beskrevs först 1999 som ett behandlingsalternativ vid överaktiv blåsa och 2003 för fekal inkontinens.

PTNS är en form av neuromodulering. Mekanismen är komplex och inte helt kartlagd. Stimuleringen sker via afferenta sensoriska nervbanor via nervus tibialis posterior, som går längs insidan av benet från foten upp till sakrum. Stimuleringen ger en inhibering och/eller stimulering av nervbanor på sakral nivå som påverkar blåsa, urinrör, bäckenbotten och tarm.

Principen vid PTNS är densamma som vid direkt invasiv sakral nervstimulering – SNS.

Metoden går ut på att modulera nervimpulserna och återskapa balans i målorganets störda funktion.

Kontaktuppgifter

Mari Dahlberg, Bäckebottencentrum Kirurgmottagningen, Skånes Universitetssjukhus Malmö.
Tel: 040-33 70 82 E-post: mari.dahlberg@skane.se

Johanna Sjögren, Bäckebottencentrum Urologmottagningen, Skånes Universitetssjukhus Malmö.
Tel: 040-33 35 23 E-post: johanna.sjogren@skane.se

Sara Strandberg, Bäckebottencentrum Kirurgmottagningen, Skånes Universitetssjukhus Malmö.
Tel: 040-33 63 77 E-post: sara.strandberg@skane.se

2. Indikationer

- Bråttom till toaletten för att tömma tarm eller blåsa
- Avförings- och urinläckage på väg till toaletten
- Täta avförings- eller urinträngningar
- Nykturi
- Passiva avföringsläckage efter tömning eller i samband med rörelse

2.1 Överaktiv blåsa

Åtgärder före start av PTNS behandling.

Konservativa och farmakologiska behandlingsmetoder för överaktiv blåsa ska vara provade med otillräcklig effekt enligt Allmänläkarkonsulterna Skånes (AKO Skåne) vårdriktlinjer.

- Livsstilsråd. Uppllys om provocerande faktorer så som stort dryckesintag, kost, obstipation och stress. Ge strategier för att justera och optimera. Behandla obstipation, hosta och övervikt (föreslå viktnedgång). Överväg lokalt östrogen hos postmenopausala kvinnor.
- Bäckebottenmuskelträning
- Blåsträning – korrigerad och optimerad urin- och dryckeslista
- Blåstömningsråd
- Överväg farmakologisk behandling – antikolinergika och beta-3 stimulerare
- Överväg elektrisk terapi via hud elektroder eller vaginal/anal/penil elektrod. Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) och akupunktur kan provas.

Före och efter avslutad behandling bör patientens besvär med överaktiv blåsa kartläggas på ett strukturerat sätt med 48-timmars dryck- och urinmättningslista (bil 1), eventuellt läckagetest (bil 2) samt livskvalitetsformulär t ex ICIQ-OABqol (bil 3).

2.2 Fekal inkontinens

Åtgärder före start av PTNS behandling.

Konservativa och farmakologiska behandlingsmetoder för fekal inkontinens ska vara provade med otillräcklig effekt.

- Livsstilsråd – kostgenomgång, tömningsråd
- Bäckebottenmuskelträning
- Tarmreglerande medel (Lunelax, Inolaxol eller psylliumfrö)
- Loperamid
- Överväg transanal irrigation med minilavemang eller större vattenlavemang

Före och efter avslutad behandling bör patientens besvär med fekal inkontinens kartläggas på ett strukturerat sätt med tarmdagbok (bil 4), St Marks score (bil 5) alt LARS score (bil 6) och livskvalitetsformulär vid avföringsbesvär – FIQL (bil 7).

2.3 Kontraindikationer

- | Absolut: | Relativ: |
|--------------|---------------------------------|
| – Pacemaker | – Försämrad blodcirkulation/sår |
| – Graviditet | – Nedsatt sensibilitet |
| | – Kraftigt pittingödem |
| | – Antikoagulantia |

Patienter med blåstömningsproblem/urinretention bör alltid diskuteras med läkare innan ev PTNS initieras. Resurinkontroller vid misstanke om tömningsproblem under pågående behandling.

3. Behandlingsprincip

Patienten intar en avslappnad position, liggande eller sittande. Fåtölj med fotpall eller halvsittande på brits alternativt liggande med psoaskudde brukar vara bra alternativ. En tunn akupunktur nål förs in ovan mediala malleolen vid nervus tibialis. Nervus tibialis ligger ungefär 3 fingerbreddar (patientens bredd av pekfinger, ringfinger och långfinger) från högsta punkten på mediala malleolen och en fingerbredd posterioert om tibia, mellan tibiarranden och achillessenan (se bild 1). Nålen vinklas ca 60 grader, sett nerifrån från foten, parallellt med tibia (se bild 2). En hudelektrod fästs i hålfoten.



Akupunktur nål och hudelektroder kopplas till stimuleringsapparat med program som ger mild stimulering med strömfrekvens 20 Hz, 200 mikrosekunder under 30 minuter (se bild 3). Styrkan ökas tills sensoriskt (pirrande/sockerdricks känsla) och/eller motorisk reaktion ut i foten erhålls. Vid motorisk reaktion sänk strömstyrkan till nivån under. Vid normal nervfunktion brukar sensoriskt svar komma mellan 0-10 mA. Studier visar att ökning av amplituden inte ger en bättre effekt. Det räcker att terapeuten fått ett sensoriskt och/eller motoriskt svar.

Behandlingen ges 1-2 gånger/vecka, sammanlagt 12 gånger. Därefter ges fyra utglesningsbehandlingar; två stycken med en-två veckors mellanrum därefter två stycken med två-fyra veckors mellanrum. Sammanlagd behandling 12 + 4 = 16 stycken. Därefter minst tre månaders expectans för effektvärdering. Om återkommande symptom, överväg att initiera ny behandlingsomgång. Viktigt att informera patienten om vikten av kontinuitet av behandlingen, speciellt i början. Överväg avslut om mer än två missade tider och återkommande symptom. Initiering av ny behandlingsomgång rekommenderas då.

4. Utrustning

Det finns apparater av olika fabrikat. De skiljer sig åt i handhavande och pris, men mekanismen är densamma. Oavsett vilken utrustning man väljer så ska företaget erbjuda utbildning. Frågor som uppkommer vid val av utrustning kan vi som har utarbetat denna vägledning hjälpa till med.

5. Remiss till specialist

Överaktiv Blåsa

Vid utebliven effekt av konservativ behandling och PTNS rekommenderas kontakt med geografiskt närmsta urolog för ställningstagande till Botox och diskussion om eventuellt mer avancerad behandling.

Fekal inkontinens

Vid utebliven effekt av konservativ behandling och PTNS rekommenderas remiss eller kontakt med specialistenhet för ställningstagande till mer avancerad behandling.

6. Kliniska studier

Många studier beskriver effekt av PTNS vid överaktiv blåsa med minskade trängnings- och läckage-episoder samt förbättrad livskvalitet. Kan kombineras med andra behandlingsalternativ för ökad effekt.

Effekten av PTNS vid fekal inkontinens har undersökts i några studier och tycks vara god med signifikant effekt på så väl antal inkontinensepisoder som antal tarmtömningar och livskvalitet. Sakral nervstimulering är sannolikt bättre än PTNS som sannolikt är bättre än transkutan tibialis nervstimulering – TTNS som sannolikt är bättre än sham/placebo vid fekal inkontinens.

Fler och bättre studier behövs.

Referenser

Abrams P et al (2018). 6th International consultation on incontinence. Recommendation of the international scientific committee: *Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence*. *Neurourology and Urodynamics*. Sep;37 (7):2271-2272.

Aho Fält U et al (2019) *Percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS): an alternative treatment option for chronic therapy resistant anal fissure*. *Techniques in Coloproctology* volume 23, pages 361–365

De Wall et al (2017). *Effectiveness of percutaneous tibialis nerve stimulation in the treatment of overactive bladder*. *Res Rep Urol* 2017; 9; 145-147.

Gaziev G et al (2013). *Percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) efficacy in the treatment of lower urinary tract dysfunctions: a systematic review*. *BMC* 2013; 13; 61.

Horrocks, EJ et al. *Systematic review of tibial nerve stimulation to treat fecal incontinence* *Br J Society Ltd*, 2014; 101: 457–468.

Moore et al. *What is new in neuromodulation?* *Current Urology report* 2019 20:55

Peters KM, Carrico DJ, Perez-Marrero RA et al (2010). *Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus sham efficacy in the treatment of overactive bladder syndrome: results from the SUMIT trial*. *J Urol*. 183 (4); 1438–43.

Shafik, A., Ahmed, I., El-Sibai, O. et al. *Percutaneous peripheral neuromodulation in the treatment of fecal incontinence*. *Eur Surg Res*. 2003.35:p.103-107

Stoller ML et al (1999). *Afferent nerve stimulation for pelvic floor dysfunction*. *Eur Urol*. 1999;35 (Suppl 2):132.

Torkaman, G. *Electrical Stimulation of Wound Healing; A Review of Animal Experimental Evidence*. *Advances in wound care*, 2014; vol 3, nr 2: 202-218

Tutulo M, Emmirati M, Van der Aa F (2018). *What is new in neuromodulation for overactive bladder?* *Eur Urol Focus*. 4 (1); 49-53.

Bilaga 1. Dryck- och urinmättningslista

Var vänlig mät dryck och urin under två dygn som är representativa för det dagliga livet. Person-nr.....

Skriv med bläckpenna! Namn

| Dygn 1 | | | Datum | Dygn 2 | | | Datum |
|------------------|-------------|-----------------|--------------------------------|------------------|-------------|-----------------|--------------------------------|
| Tid | Dryck | Urinmängd | Eventuellt urinläckage | Tid | Dryck | Urinmängd | Eventuellt urinläckage |
| Klockan | dl | ml | 1 litet 2 medium 3 stort | Klockan | dl | ml | 1 litet 2 medium 3 stort |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Antal miktionser | Summa dryck | Summa urinmängd | | Antal miktionser | Summa dryck | Summa urinmängd | |
| | | | | | | | |

Normalvärden för miktionslistan:

Dygnsurinvolym: 1,5-2,5 liter

Antal miktionser: ≤ 8 Funktionell blåskapacitet (=största registrerade miktionsvolym): 3-6 dl

Medelmiktionsvolym: 2-3 dl

Blåstid dagtid 3-4 timmar (om nokturi är ett problem görs utredning enligt separata riktlinjer)

Bilaga 2. Läckagetest

| Datum | Skyddet sattes på och vägde då | | Skyddet togs av och vägde då | | Skyddets viktökning gram | Anmärkning |
|-------|--------------------------------|------|------------------------------|------|--------------------------|------------|
| | kl | gram | kl | gram | gram | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Bilaga 3. ICIQ-OABqol

Patientnummer

KONFIDENTIELLT

Dag

Månad

År

Dagens datum

Frågeformulär om överaktiv blåsa

För följande frågor, tänk på dina symtom med blåsan generellt sett under de senaste fyra veckorna och hur dessa symtom har påverkat ditt liv. Besvara varje fråga om hur ofta du har känt på detta sätt efter bästa förmåga. Sätt ✓ eller X i den ruta som bäst besvarar varje fråga.

1. Fyll i ditt födelsedatum:

Dag

Månad

År

2. Är du (kryssa i ett alternativ):

Kvinna Man

Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har dina symtom från blåsan ...

3. Fått dig att noggrant planera dina korta, dagliga förflyttningar?

- ingen del av tiden 1
liten del av tiden 2
någon del av tiden 3
ganska stor del av tiden 4
mesta tiden 5
hela tiden 6

4. Fått dig att känna dig dåsig eller sömnig under dagen?

- ingen del av tiden 1
liten del av tiden 2
någon del av tiden 3
ganska stor del av tiden 4
mesta tiden 5
hela tiden 6

Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har dina symtom från blåsan ...

5. Fått dig att planera "flyktvägar" till toaletter på offentliga platser?

- ingen del av tiden 1
- liten del av tiden 2
- någon del av tiden 3
- ganska stor del av tiden 4
- mesta tiden 5
- hela tiden 6

6. Gjort dig orolig?

- ingen del av tiden 1
- liten del av tiden 2
- någon del av tiden 3
- ganska stor del av tiden 4
- mesta tiden 5
- hela tiden 6

7. Varit frustrerande för dig?

- ingen del av tiden 1
- liten del av tiden 2
- någon del av tiden 3
- ganska stor del av tiden 4
- mesta tiden 5
- hela tiden 6

8. Fått dig att känna som om det är något fel på dig?

- ingen del av tiden 1
- liten del av tiden 2
- någon del av tiden 3
- ganska stor del av tiden 4
- mesta tiden 5
- hela tiden 6

Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har dina symtom från blåsan ...

9. Stört din möjlighet att få en god natts sömn?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

10. Fått dig att minska dina fysiska aktiviteter (motion, sport etc)?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

11. Hindrat dig från att känna dig utvilad när du vaknat på morgonen?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

12. Varit frustrerande för din familj och dina vänner?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har dina symtom från blåsan ...

13. Gjort dig ängslig eller oroad?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

14. Fått dig att stanna hemma oftare än du velat?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

15. Fått dig att anpassa dina resplaner så att du alltid är i närheten av en toalett?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

16. Fått dig att undvika aktiviteter långt från toaletter (t.ex. promenader, löpning eller vandring)?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har dina symtom från blåsan ...

17. Gjort dig frustrerad eller irriterad över hur mycket tid du spenderar på toaletten?

- ingen del av tiden 1
liten del av tiden 2
någon del av tiden 3
ganska stor del av tiden 4
mesta tiden 5
hela tiden 6

18. Väckt dig under sömnen?

- ingen del av tiden 1
liten del av tiden 2
någon del av tiden 3
ganska stor del av tiden 4
mesta tiden 5
hela tiden 6

19. Fått dig att oroa dig för lukt eller för att känna dig ofräsch?

- ingen del av tiden 1
liten del av tiden 2
någon del av tiden 3
ganska stor del av tiden 4
mesta tiden 5
hela tiden 6

**20. Fått dig att känna dig besvärad under resor med andra
därför att du behövt stanna och gå på toaletten?**

- ingen del av tiden 1
liten del av tiden 2
någon del av tiden 3
ganska stor del av tiden 4
mesta tiden 5
hela tiden 6

Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har dina symtom från blåsan ...

21. Påverkat dina relationer med familj och vänner?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

22. Fått dig att delta mindre ofta i sociala tillställningar, såsom fester eller besök hos familj och vänner?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

23. Gjort dig generad?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

24. Stört din möjlighet att få den mängd sömn du behövde?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ingen del av tiden | <input type="checkbox"/> | 1 |
| liten del av tiden | <input type="checkbox"/> | 2 |
| någon del av tiden | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ganska stor del av tiden | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mesta tiden | <input type="checkbox"/> | 5 |
| hela tiden | <input type="checkbox"/> | 6 |

Under de senaste fyra veckorna, hur ofta har dina symtom från blåsan ...

25. Gjort att du fått problem med din partner eller make/maka?

- ingen del av tiden 1
liten del av tiden 2
någon del av tiden 3
ganska stor del av tiden 4
mesta tiden 5
hela tiden 6

26. Fått dig att planera aktiviteter mer noggrant?

- ingen del av tiden 1
liten del av tiden 2
någon del av tiden 3
ganska stor del av tiden 4
mesta tiden 5
hela tiden 6

27. Fått dig att ta reda på var närmaste toalett finns så snart du kommer till en plats du aldrig varit på tidigare?

- ingen del av tiden 1
liten del av tiden 2
någon del av tiden 3
ganska stor del av tiden 4
mesta tiden 5
hela tiden 6

28. Hur mycket stör Era urinvägsbesvär Er valigtvis i Ert dagliga liv?

Ringa in en siffra mellan 0 (inte alls) och 10 (mycket)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Inte alls Mycket

Ett stort tack för att du besvarade dessa frågor.

Bilaga 4. Registrering av tarmtömning – avföringsläckage

I denna dagbok noterar Du dagligen uppgifter om Din tarmtömning. Det är viktigt att Du besvarar alla frågor avseende tarmfunktionen under samtliga 21 dagar.

Person-nr.....

Namn Datum för start av dagbok.....

| Vecka 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Hur många gånger hade Du avföring? | | | | | | | |
| Hur många gånger fick Du skynda Dig till toaletten? | | | | | | | |
| Hur många ggr hann Du inte till toaletten? | | | | | | | |
| Hur många gånger kände du läckaget efteråt, passivt läckage? | | | | | | | |
| Blev Dina underkläder eller skydd missfärgade? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Har Du använt inkontinensskydd? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Har Din inkontinens hindrat Din dagliga aktivitet? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Har Du använt medicin för tarmfunktionen? I så fall vad? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Ange konsistensen på avföringen med en siffra enligt Bristolskalan | | | | | | | |

| Vecka 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Hur många gånger hade Du avföring? | | | | | | | |
| Hur många gånger fick Du skynda Dig till toaletten? | | | | | | | |
| Hur många ggr hann Du inte till toaletten? | | | | | | | |
| Hur många gånger kände du läckaget efteråt, passivt läckage? | | | | | | | |
| Blev Dina underkläder eller skydd missfärgade? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Har Du använt inkontinensskydd? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Har Din inkontinens hindrat Din dagliga aktivitet? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Har Du använt medicin för tarmfunktionen? I så fall vad? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Ange konsistensen på avföringen med en siffra enligt Bristolskalan | | | | | | | |

| Vecka 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Hur många gånger hade Du avföring? | | | | | | | |
| Hur många gånger fick Du skynda Dig till toaletten? | | | | | | | |
| Hur många ggr hann Du inte till toaletten? | | | | | | | |
| Hur många gånger kände du läckaget efteråt, passivt läckage? | | | | | | | |
| Blev Dina underkläder eller skydd missfärgade? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Har Du använt inkontinensskydd? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Har Din inkontinens hindrat Din dagliga aktivitet? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Har Du använt medicin för tarmfunktionen? I så fall vad? | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej | Ja/nej |
| Ange konsistensen på avföringen med en siffra enligt Bristolskalan | | | | | | | |

Bristolskalan över avföringsform

Typ 1



Separata hårda klumpar som liknar nötter

Typ 2



Korvformad med klumpar

Typ 3



Liknar en korv med sprickor på utsidan

Typ 4



Liknar en korv, smidig och mjuk

Typ 5



Mjuka klumpar med skarpa kanter (lätta att få ut)

Typ 6



Småbitar

Typ 7



Vattnig utan klumpar. Enbart vätska

Bilaga 5. St. Mark's inkontinensscore

Namn

Person-nr

Datum

För att ge en bild av ditt inkontinensmönster under den senaste månaden var snäll och fyll i tabellen nedan. Läs noga igenom definitionerna.

Alla frågor är relaterade till tarmläckage, **inte** urinläckage. Om du använder inkontinensskydd för urininkontinens men inte för tarmläckage inkluderas inte detta. Om du däremot använder skydd för både tarm- och urinläckage är det relevant att fylla i detta.

Aldrig = aldrig, **Sällan** = mer sällan än 1 g/månad, **Ibland** = 1g/månad – 1g/vecka, **Ofta** = mer än 1g/vecka men inte dagligen, **Alltid** = dagligen

| Analinkontinens senaste månaden | | | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|-------------|---------------|
| | Aldrig | Sällan | Ibland | Ofta | Alltid |
| Fast avföring | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Lös avföring | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Gas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Påverkar daglig livsföring | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | Nej | Ja | |
| Använder skydd | | | 0 | 2 | |
| Medicinerar mot läckage | | | 0 | 2 | |
| Oförmåga att hålla tillbaka trängning i 15 minuter | | | 0 | 4 | |
| Summa (av totalt 24 möjliga poäng): | | | | | |

Bilaga 6. Tarmfunktionsenkät LARS

Syftet med denna enkät är att bedöma din tarmfunktion. Kryssa bara i en ruta för varje fråga. Det kan vara svårt att välja endast ett svar, eftersom vi vet att symtomen varierar från dag till dag hos vissa patienter. Vi vill be dig att välja det svar som bäst beskriver ditt dagliga liv. Om du nyligen har haft någon infektion som påverkat tarmfunktionen ska du inte räkna med den utan fokusera på att besvara frågorna för att återspegla din vanliga tarmfunktion varje dag.

Antal poäng

1. Finns det något tillfälle då du inte kan kontrollera gaser?

- Nej, aldrig 0
- Ja, mer sällan än en gång i veckan 4
- Ja, minst en gång i veckan 7

2. Har du någon gång oavsiktligt läckage av lös avföring?

- Nej, aldrig 0
- Ja, mer sällan än en gång i veckan 3
- Ja, minst en gång i veckan 3

3. Hur ofta tömmer du tarmen?

- Mer än 7 gånger per dag 4
- 4-7 gånger per dag 2
- 1-3 gånger per dag 0
- Mer sällan än en gång per dag 5

4. Finns det tillfällen då du behöver tömma tarmen igen inom en timme efter senaste tarmtömningen?

- Nej, aldrig 0
- Ja, mer sällan än en gång i veckan 9
- Ja, minst en gång i veckan 11

5. Finns det tillfällen då du är i så stort behov av att tömma tarmen att du måste rusa till toaletten?

- Nej, aldrig 0
- Ja, mer sällan än en gång i veckan 11
- Ja, minst en gång i veckan 16

Total score: _____

0-20 poäng: No LARS

21-29 poäng: Minor LARS

30-42 poäng: Major LARS

Bilaga 7. Livskvalitetsformulär vid avföringsbesvär

Har du vänligheten att besvara formuläret enligt nedan:

Fråga 1 & 4, markera ditt svarsalternativ i avsedd ruta med ett X

Fråga 2 & 3 ber vi dig sätta en ring runt den siffran som du tycker passar in på ditt svar.

1. Din hälsa kan i allmänhet beskrivas som:

- ¹Utmärkt
- ²Mycket God
- ³God
- ⁴Måttligt god
- ⁵Dålig

2. Vänligen ange för nedan beskrivna påståenden hur stor del av tiden som det är ett bekymmer för dig. (pga. ofrivilligt avföringsläckage)

| | För det mesta | En del av tiden | En liten del av tiden | Aldrig |
|---|---------------|-----------------|-----------------------|--------|
| A. Jag är rädd för att gå ut | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. Jag undviker att besöka vänner | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. Jag undviker att övernatta borta från hemmet | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. Det är svårt för mig att komma ut och göra saker som att gå på bio eller konsert | 1 | 2 | 3 | 4 |
| E. Jag drar ner på hur mycket jag äter innan jag går ut | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F. Jag försöker att hålla mig i närheten av en toalett så mycket som möjligt när jag är borta från hemmet | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G. Det är viktigt att planera mitt schema (dagliga aktiviteter) runt mina avföringsvanor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H. Jag undviker att resa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. Jag oroar mig för att inte kunna ta mig till toaletten i tid | 1 | 2 | 3 | 4 |
| J. Jag känner att jag inte har någon kontroll över min tarmfunktion | 1 | 2 | 3 | 4 |
| K. Jag kan inte hålla min avföring tillräckligt länge för att hinna till toaletten | 1 | 2 | 3 | 4 |
| L. Jag läcker utan att jag märker det | 1 | 2 | 3 | 4 |
| M. Jag försöker undvika olyckor genom att hålla mig väldigt nära en toalett | 1 | 2 | 3 | 4 |

3. Vänligen ange i vilken utsträckning du Håller med eller inte håller med på för nedan beskrivna påstående (pga. ofrivilligt avföringsläckage)

| | Håller med allt | Håller med med till viss del | Håller <u>inte</u> med till viss del | Håller <u>inte</u> med alls |
|---|-----------------|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| A. Jag skäms | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. Jag kan inte utföra många aktiviteter jag skulle vilja utgöra | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. Jag oroar mig för olyckor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. Jag känner mig nedstämd | 1 | 2 | 3 | 4 |
| E. Jag oroar mig för att andra känner att jag lukar avföring | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F. Jag känner mig inte som en frisk person | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G. Jag njuter mindre av livet | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H. Jag har sex mindre ofta än jag skulle vilja ha | 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. Jag känner mig annorlunda från andra människor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| J. Jag tänker hela tiden på att en olycka kan inträffa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| K. Jag är rädd för att ha sex | 1 | 2 | 3 | 4 |
| L. Jag undviker att resa med flyg eller tåg | 1 | 2 | 3 | 4 |
| M. Jag undviker att gå ut och äta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| N. Varje gång jag kommer till en ny plats, tar jag reda på vart toaletterna finns | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. Under den senaste månaden, har du känt dig så ledsen, modfälld, utan hopp eller haft så många problem att du undrat om det är värt att göra något över huvudetaget?

- ¹Extremt mycket – Till den grad att jag nästan har gett upp
- ²Väldigt mycket
- ³En hel del
- ⁴Något – Tillräckligt för att besvara mig
- ⁵Lite grann
- ⁶Inte alls

