huisarts en wetenschap

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Obstipatie bij bejaarden

DOOR J. J. M. MICHELS, ARTS TE NIJMEGEN

Voor de obstipatie geldt de paradox, dat een probleem geen probleem meer blijkt te zijn als het zich maar vaak genoeg voordoet.

In de medische literatuur vindt men maar weinig over dit onderwerp: de leerboeken der interne geneeskunde besteden er enkele bladzijden aan, in Geriatric Medicine van Stieglitz komt het onderwerp zelfs niet voor. Voor vele artsen is het ook geen groot probleem. Wordt er al geïnformeerd naar het bestaan van obstipatie, een behandeling wordt slechts ingesteld op verzoek van de patiënt en dan nog wordt, alleen afgaande op de klacht van de patiënt, een recept voor een of ander laxans gegeven. Aan de preventie wordt heel weinig aandacht besteed. Tijdens een ziekenhuisopname is de defaecatie, tenzij het voor het onderzoek van belang is, een kwestie voor de zuster. Komt er na een paar dagen niets, dan heeft zij wel een of ander pilletje.

Voor de patiënt is het wel een probleem, maar geen medisch probleem. Hij tracht zijn moeilijkheden zelf op te lossen met kruiden en aftreksels of middelen, aanbevolen in advertenties. Indien hij naar zijn huisarts gaat, is het veelal om een recept te doen. Iedere patiënt met obstipatie vindt het gewoon, dat hij niet wordt onderzocht en zonder meer met een recept huiswaarts kan gaan.

Toch zal niemand ontkennen dat het wel een medisch probleem is, dat onze aandacht vereist en wel om de volgende redenen:

1 obstipatie komt veelvuldig voor en geeft ernstige klachten; 8,3 procent van de mannen en 10,6 procent van de vrouwen boven de 65 jaar lijdt aan obstipatie *(van Zonneveld);*

2 obstipatie betekent een afwijking in het spijsverteringskanaal of in zijn reflexmechanisme, welke afwijking — soms een zeer locale — dient te worden opgespoord en zo mogelijk behandeld;

3 langdurig bestaande obstipatie geeft enerzijds locale complicaties, bijvoorbeeld anusprolaps, anderzijds stoornissen in het reflexmechanisme, dat geheel kan ophouden te functioneren, waardoor een toestand ontstaat waarbij de patiënt slechts digitaal of met een clysma kan worden ontlast.

Het probleem van obstipatie bij bejaarden is in wezen niet anders dan dat bij jonge mensen, alleen er zijn frequentieverschillen en accentverschuivingen.

Het normale defaecatie-patroon. Na opname van voedsel of vocht wordt in het maagdarmkanaal de gastrocolica-reflex opgewekt, welke een kortdurende sterke peristaltische golf veroorzaakt, die de inhoud van het colon anaalwaarts drijft. In het sigmoïd wordt de brij opgehoopt en de flexura rectosigmoïdea wordt niet overschreden; het rectum is leeg. Is er voldoende chymus aanwezig, dan breidt de reflex zich verder uit en wordt de chymus snel het rectum in gedreven; de uitrekking van het rectum, die hiervan het gevolg is, veroorzaakt aandrang tot defaecatie. Wordt hieraan toegegeven, dan resulteert een gecoördineerde defaecatie-reflex: niet alleen het rectum wordt geledigd, maar ook het colon vanaf het middelste deel van het colon transversum.

Obstipatie en haar verschijnselen. Wij spreken van obstipatie als de faeces te lang in één of meer of alle delen van het maagdarmkanaal verblijven. Hierbij treedt wateronttrekking op, met als gevolg vermindering van het volume door indikking en het vaster worden van de consistentie en daardoor bemoeilijkte verplaatsing. Voor de bemoeilijkte verplaatsing zijn sterkere prikkels nodig. Op normale prikkels, uitgaande van het reflexmechanisme volgt geen reactie; hierdoor verliest de darm zijn gevoeligheid voor deze normale prikkels. De faeces zijn

donker van kleur. De defaecatiefrequentie is bij obstipatie meestal verminderd, maar niet altijd, terwijl bij obstipatie te gering, hard, droog, brokkelig en omgekeerd een verminderde defaecatiefrequentie niet altijd op obstipatie behoeft te berusten. Personen, die dagelijks een paar keiharde droge scybala produceren, zijn geobstipeerd, terwijl anderen, die om de vier of vijf dagen defaecatie van normale consistentie en vorm hebben, niet zijn geobstipeerd. Bijvoorbeeld baby's met borstvoeding, oude mensen, die zeer weinig, licht verteerbaar voedsel gebruiken.

Soms ziet men perioden van obstipatie afgewisseld door diarreeën. Hierbij is het mogelijk dat waterdunne ontlasting langs harde scybala in het colon en het rectum loopt; de patiënt lijdt ondanks de diarree aan obstipatie.

De algemene malaise, die men vaak aantreft bij geobstipeerde patiënten wordt waarschijnlijk niet veroorzaakt door abnormale resorptie van de te lang in de darm verblijvende massa, noch door bloedstuwing, maar is vaak het gevolg van intoxicatie door laxeermiddelen of gevolg van een ziekte, waarvan de obstipatie een symptoom is.

Wat de oorzaak van obstipatie ook zij, er ontstaan altijd enige vicieuze cirkels. Verlengd verblijf van de faeces in de darm geeft indikking, vochtonttrekking, volumevermindering, verlate defaecatie-reflex, en verlengd verblijf in de darm. Passage van harde scybala door de anus geeft pijn en leidt tot uitstel van defaecatie, hetgeen nog hardere scybala veroorzaakt. Bemoeilijkte verplaatsing leidt tot verminderd antwoord op de reflexprikkels en ongevoeligheid van de darm voor de prikkels resulteert in nog meer vertraagde passage. Door deze vicieuze cirkels kan, na het wegnemen van de oorzaak van de obstipatie, de obstipatie blijven bestaan.

De obstipaties kunnen als volgt worden ingedeeld *(Lups)*:

1 tijdelijke obstipatie door verandering van gewoonten, te weinig lichaamsbeweging, verandering van dieet, verandering van klimaat, vakantie, ziekte, enzovoort;

2 habituele obstipatie door onvoldoende gastrocolica-reflex, foutieve opvoeding of levensgewoonten, te weinig beweging, onderdrukken van de reflex, te veel geconcentreerd zijn op de ontlasting, enzovoort;

3 symptomatische obstipatie door carcinoom, galblaaslijden, veranderingen van het rectum, ziekten in de omgeving van de darm, bijwerkingen van geneesmiddelen enzovoort.

Indeling der obstipaties bij bejaarden.

1 symptomatische obstipatie; deze groep is dezelfde als de hierboven onder 3 vermelde;

2 niet-symptomatische obstipatie; deze groep omvat de boven onder 1 en 2 vermelde groepen. Bij bejaarden wordt namelijk een tijdelijke obstipatie vrijwel altijd een blijvende door de verschillende vicieuze cirkels die ontstaan en die blijven bestaan ook al wordt de oorzaak weggenomen. Daarnaast blijft een tijdelijke obstipatie meestal bestaan door het verminderde aanpassingsvermogen op hogere leeftijd aan nieuwe omstandigheden. Het verschil tussen de tijdelijke, tenslotte blijvend geworden obstipatie en de habituele obstipatie is, dat de eerste op hogere leeftijd, de laatste ruim vóór de bejaarde leeftijd is ontstaan. Noch voor de diagnose, noch voor de therapie maakt dit veel verschil.

De symptomatische obstipatie bij bejaarden. Het is voor de patiënt uiterst belangrijk dat hier de juiste diagnose wordt gesteld. Immers hier bestaat een grondlijden, waarbij obstipatie slechts één, soms zelfs het enige symptoom is. Vele ziekten, welke op hogere leeftijd in toenemende frequentie voorkomen, geven aanleiding tot obstipatie. De symptomatische obstipatie kan men in verschillende groepen verdelen:

1 als gevolg van diverse inwendige ziekten zoals galblaaslijden, ulcuslijden, hypothyreoïdie *;

2 als gevolg van ziekten in de omgeving van de darm zoals uterusmyoom, ovariumcysten, prostaatlijden, liesbreuken;

3 als gevolg van ziekten van de darm zoals colon- en rectumcarcinoom, stricturen, en de voor de praktijk veruit belangrijkste, de afwijkingen rond de anus: hemorroïden, fissura ani, ontstekingen van de crypten van Morgagni, fistula ani, stricturen na traumata, chirurgische ingrepen of bestralingen, carcinoom, tuberculose en condylomata;

4 als bijwerking van geneesmiddelen; vele op hoge leeftijd vaak gebruikte geneesmiddelen geven obstipatie, zoals morfine, codeïne en alle daarvan afgeleide hoestmiddelen, tranquillizers, neuroleptica, anti-hypertensiva, anti-parkinsonmiddelen, orale diuretica (K-tekort geeft obstipatie) en acetosal.

De niet-symptomatische obstipatie bij bejaarden. Deze groep omvat de habituele obstipatie en de tijdelijke obstipatie, die bij bejaarden meestal een blijvende wordt. Beide vormen van obstipatie berusten op een onvoldoende functionerende gastrocolica-reflex; de eerste vorm bestaat vanaf de jeugd, de laatste vorm is pas op bejaarde leeftijd ontstaan door een verandering in de levensgewoonten. Veranderingen in de levensgewoonten treden juist bij bejaarden veel op: het gepensioneerd worden, het wegtrekken van de kinderen uit het gezin, het gaan inwonen bij kinderen of anderen, het krijgen van schoonkinderen in huis, plaatsing in een bejaardenhuis, enzovoort. Al deze veranderingen geven vaak aanleiding tot verstoring van het dagelijkse ritme. De lichaamsbeweging en lichamelijke activiteit wordt vaak vrij plotseling door bovengenoemde veranderingen veel minder.

Dieetveranderingen vinden vaak plaats onder an-

* Verschijnselen van hypothyreoidie zijn: verminderde vitale functie, droge huid, verlies turgor, verminderde zweetsecretie, haaruitval, spierpijn, stemveranderingen, obstipatie; een combinatie van verschijnselen, die men ook zonder meer graag aan de oude dag toeschrijft.

dere door ziekten of doordat een ander de maaltijden gaat bereiden. Veelal wordt de voeding licht verteerbaar en te slakkenarm gekozen, waardoor te weinig ontlasting wordt gevormd.

Oudere mensen worden droger; het drinken wordt veel minder, men ziet er tegen op 's nachts te moeten urineren, het klaar maken van diverse dranken zoals thee en koffie vraagt te veel inspanning en daar drinken een belangrijk gezelligheidselement inhoudt, zal de eenzame minder drinken. Door het verlies van de huiselijke intimiteit, het hebben van hulp, een inwonende schoondochter, het opgenomen zijn in een bejaardenhuis, durft de bejaarde niet wat langer en op het voor hem vaste uur op het toilet te gaan zitten, waardoor het ritme wordt verstoord.

De veranderingen die door het bejaard worden plaats vinden, zijn meestal blijvende veranderingen, waaraan echter door het verminderde aanpassingsvermogen geen gewenning optreedt. Alleen al daardoor kan de obstipatie, die er het gevolg van is, een blijvende worden. Maar ook al zijn de veranderingen tijdelijk of vertoont de bejaarde een nog goed aanpassingsvermogen, dan nog wordt de obstipatie een blijvende, doordat het ritme is verstoord en het reflexmechanisme niet meer in staat is zich te herstellen.

De diagnose obstipatie. De diagnose obstipatie stelt men op de verschijnselen te harde, droge en te weinig ontlasting, met andere woorden: men stelt de diagnose op de inspectie van de faeces. De frequentie speelt geen essentiële rol; alleen hierop mag de diagnose niet worden gesteld. Belangrijk is er aan te denken, dat het na defaecatie tengevolge van een laxans, enige dagen duurt voor spontaan normale ontlasting wordt geproduceerd. Immers een laxans ledigt de gehele dikke darm en soms nog een stuk van de dunne darm. Bij spontane ontlasting wordt alleen het colon transversum vanaf het midden en het colon descendens ontledigd. Na defaecatie door toepassing van een laxans kan het bij een bejaarde drie tot zes dagen duren voordat er voldoende vulling is gevormd om de defaecatie-reflex in gang te zetten. Pas wanneer na deze wachtperiode enkele dagen geen defaecatie heeft plaats gevonden mag men van obstipatie spreken. Doordat deze regel onvoldoende in acht wordt genomen en zeker niet door de leek, wordt na enige dagen weer een laxans gegeven en aldus het reflexmechanisme de kans ontnomen normaal te verlopen.

Heeft men de diagnose obstipatie gesteld, dan moet worden gedifferentieerd tussen symptomatische en niet-symptomatische obstipatie. De anamnese is hierbij zeer belangrijk:

a wanneer ontstaan?
b karakter?
c pijn?
d andere klachten?
e levensgewoonten?

symptomatische obstipatie
a meestal aan te geven
b wisselend
c vaak
d vaak
e niet veranderd

niet-symptomatische obstipatie
a niet aan te geven
b weinig variatie
c zelden
d zelden
e geeft vaak een aanwijzing.

Een eenvoudig onderzoek maakt het vrijwel altijd mogelijk de differentiatie te maken. De diagnose niet-symptomatische obstipatie mag men stellen als men bij het buikonderzoek (inspectie, percussie en palpatie) het rectaal en eventueel vaginaal onderzoek (inspectie en toucher) en het laboratoriumonderzoek (bezinkingssnelheid van de bloedlichaampjes, hemoglobinegehalte en benzidine-reactie in de faeces) geen afwijkingen vindt. Men is hier vrijwel zeker van de diagnose als bij een na enige tijd herhaald onderzoek wederom geen afwijkingen worden gevonden. Vindt men bij het onderzoek wel afwijkingen, dan moet de diagnose symptomatische obstipatie worden overwogen. Vaak kan men niet zeggen waar de afwijking zit, zodat nader specialistisch onderzoek gewenst of noodzakelijk is.

Vindt men bij bejaarde patiënten bij herhaling tijdens het rectaal toucher een leeg rectum, dan is dit verdacht voor een symptomatische obstipatie; het omgekeerde geldt niet.

Soms moet men zowel de diagnose niet-symptomatische obstipatie als de diagnose symptomatische obstipatie stellen. Speciaal bij bejaarde patiënten moet men er op bedacht zijn, dat zich tijdens een jarenlang bestaande obstipatie, die men terecht als een niet-symptomatische beschouwt, een ziektebeeld kan ontwikkelen, dat aanleiding geeft tot obstipatie, indien deze niet al reeds bestond.

Behandeling. 1 Symptomatische obstipatie. Het is duidelijk, dat de ziekte, waarvan de obstipatie een symptoom is, moet worden behandeld. Is dit mogelijk bij jonge mensen, dan verdwijnt meestal de obstipatie van zelf. Het defaecatie-mechanisme is in staat zich vlot opnieuw in te stellen. Bij oudere patiënten is dit beslist niet het geval. Op de symptomatische obstipatie heeft zich meestal een niet-symptomatische geënt omdat ten eerste bij oudere patiënten de obstipatie reeds langer bestaat — over het algemeen wordt de diagnose symptomatische obstipatie laat gesteld, daar de obstipatie vaak wordt beschouwd als behorende tot de oude dag — en ten tweede omdat door het verminderde aanpassingsvermogen en de veel tragere reactie het reflexmechanisme zich niet zo maar hersteld. Bij oudere patiënten moet men dan ook aandacht besteden aan de ziekte zelf en aan het verschijnsel obstipatie.

2 Niet-symptomatische obstipatie. Daar de obstipatie vaak ontstaat bij min of meer grote verande-

ringen in de levensgewoonten is het van belang tijdens deze veranderingen op het defaecatiepatroon te letten, bijvoorbeeld bij ziekenhuisopname, plaatsing in een bejaardentehuis, bij het gaan inwonen of het krijgen van inwoning, en bij acute ziekten. Door het geven van eenvoudige adviezen kan men voorkómen, dat het reflexmechanisme wordt verstoord en daardoor de patiënt veel ellende besparen.

Bij langdurig bestaande obstipatie moet op de volgende factoren worden gelet:

a er moet voldoende vochtrijke ontlasting kunnen worden gevormd;
b het reflexmechanisme moet opnieuw worden aangeleerd;
c de defaecatiereflex moet goed kunnen verlopen.

Ad a Er moet een slakkenrijk dieet worden gegeven: tarwe- en roggebrood; vruchten vooral frambozen, vijgen, dadels, bessen, pruimen; groenten vooral peulvruchten; rauwkost vooral sla, bietjes; havermout, compote, yoghurt, karnemelk, jam, marmelade, pindakaas, koek. Vette spijzen, hoewel voor bejaarden niet aan te bevelen, kunnen in de beginfase van de behandeling, zeer goede resultaten geven.

Afhankelijk van het karakter van de obstipatie zal men de voeding vooral kiezen op haar massavorming door slakkenrijkdom, bijvoorbeeld roggebrood, op haar vochtaantrekkend vermogen, bijvoorbeeld gedroogde appeltjes, of om haar prikkelende werking, bijvoorbeeld kruiden. Daarnaast zal moeten worden gezorgd voor een rijkelijke vochttoevoer; bij het opstaan één of meer glazen water, bij het ontbijt voldoende koffie of slappe thee, enzovoort.

Ad b Het reflexmechanisme is van streek en dit moet op gang worden geholpen. Dit doet men het beste door een strenge dagelijkse regelmaat in te voeren. Dit geldt niet alleen voor het elke dag op dezelfde tijd naar het toilet gaan, maar ook voor het gehele levenspatroon, dus op vaste tijden opstaan en naar bed gaan, op vaste tijden eten en de verschillende maaltijden van hetzelfde karakter. Het reflexmechanisme komt gemakkelijker op gang, als de patiënt in zijn geheel actiever wordt, dus: algemene activering en meer lichaamsbeweging. Het reflexmechanisme kan ook worden geprikkeld door lichte buikmassage.

Lukt het niet op deze manier een reflex met antwoord tot stand te brengen, dan gaat het vaak nog door dagelijks op hetzelfde uur de patiënt een klein clysma te laten geven of eventueel een kinder-Dulcolax zetpil. Het clysma moet steeds worden verminderd, respectievelijk de Dulcolax zetpil verkleind door er een stukje af te breken. De patiënt het nieuwe ritme aanleren kost over het algemeen veel moeite en geduld, waarbij men sterk afhankelijk is van de medewerking van de patiënt.

Ad c De defaecatiereflex moet goed kunnen verlopen, waarbij de patiënt zijn buikpers moet kunnen gebruiken; voor sterk gedecompenseerde patiënten kan dit grote moeilijkheden opleveren. Voor een goede buikpers is een stevige buikwand noodzakelijk en deze ontbreekt nogal eens bij oude vrouwen, die veel kinderen hebben gehad. Met behulp van een corset kan een stevige buikwand worden gemaakt.

Het toilet moet voor de patiënt gemakkelijk bereikbaar zijn en de patiënt moet er goed op kunnen gaan zitten. Hiervoor zijn vaak enige aanpassingen noodzakelijk.

Bestaat de obstipatie reeds lang, dan is het aan te bevelen eerst flink te laxeren, omdat men de obstipatie niet kan overwinnen zolang er nog harde scybala in het darmkanaal aanwezig zijn. Men geeft hiertoe wonderolie en een clysma, terwijl het soms nodig is harde scybala digitaal te verwijderen. Vervolgens geeft men enige dagen veel vocht en fruit, waarna het dieet langzaam wordt uitgebreid.

Niet altijd zal men zonder geneesmiddelen uitkomen, meestal door de onvoldoende medewerking van de patiënt of zijn omgeving. Men moet dan nagaan welk middel bij deze patiënt het meest is aangewezen.

De laxeermiddelen kunnen als volgt worden ingedeeld:

a Middelen, die de dikke darm prikkelen: hiertoe behoren antsachinonderivaten zoals cascara, senna en aloë; verder fenolftaline, rhei radix, zulcolax;
b middelen, die de dunne darm prikkelen, bijvoorbeeld wonderolie, alleen nodig om „schoon schip" te maken;
c middelen, die de darminhoud een groter volume geven: vochtaantrekkende middelen zoals magnesiumsulfaat en natriumsulfaat en zwelmiddelen, zoals agar;
d glijmiddelen, zoals paraffine;
e middelen, die de defaecatiereflex in het rectum opwekken: glycerinesuppositoria, zeep, Dulcolax.

Verschillende van deze middelen hebben meer dan een aangrijpingspunt; afhankelijk van de aard van de obstipatie zal men zijn keuze dienen te bepalen.

Soms heeft de obstipatie een sterk nerveuze inslag: fenobarbital, eventueel gecombineerd met papeverini hydrochloras en extractum belladonnae, is dan geïndiceerd.

* * *

Hier volgt nog een beschrijving van 74 bejaarde patiënten lijdende aan obstipatie.

In een bejaardentehuis met een in hoofdzaak vrouwelijke bevolking werd anamnestisch bij 51 patiënten obstipatie gevonden. Bij een algemeen onderzoek van de totale bevolking van het bejaardentehuis moest nog bij 23 patiënten de diagnose obstipatie worden gesteld, daar bij herhaald faecesonderzoek bleek, dat deze patiënten te harde, te droge en te weinig faeces produceerden. Van deze 23 patiënten bleken bij de hetero-anamnese zeven geregeld laxantia te gebruiken. Dit gebruik van laxantia was niet vermeld bij de vraag of zij geneesmiddelen gebruikten. Bij het beoordelen hiervan moet in aan-

merking worden genomen, dat een anamnese bij bejaarden zeer onbetrouwbaar kan zijn door dementie.

Van deze 74 patiënten bleken 18 niet aan obstipatie te lijden. Na het staken van het gebruik van laxantia produceerden deze patiënten, zij het vaak onregelmatig, faeces van normale vorm en consistentie. De reden deze patiënten tot geobstipeerden te bestempelen was: hun gewoonte om laxantia in te nemen, het alleen afgaan op de defaecatiefrequentie en het ongeduld om af te wachten tot er na het gebruik van een laxans normale ontlasting zou komen. Wel moet worden vermeld, dat in het jaar, waarin dit onderzoek plaats vond, beter op de vochttoevoer en het dieet werd gelet.

Van de 56 overgebleven patiënten bleken bij herhaald rectaal onderzoek 41 patiënten regelmatig een vol rectum te hebben. Hier was de obstipatie dus in hoofdzaak van rectaal of anaal karakter. Van deze 41 patiënten hadden 21 duidelijk afwijkingen aan de anus, welke het blijven voortbestaan van de obstipatie, naast de inmiddels ontwikkelde stoornis in het reflexmechanisme, konden verklaren. Bij 20 patiënten bestonden alleen reflexstoornissen. Bij geen van deze 41 in hoofdzaak anaal of rectaal geobstipeerde patiënten werden, afgezien van de anusafwijkingen, andere lichamelijke afwijkingen gevonden, die aansprakelijk konden worden gesteld voor het bestaan van de obstipatie.

Bij 15 patiënten werd regelmatig een leeg rectum gevonden. Hiervan leden er negen aan een symptomatische obstipatie en wel twee patiënten aan een hypothyreoidie (door het obstipatie-onderzoek gevonden), twee patiënten aan een actief galblaaslijden, een patiënte aan een coloncarcinoom, een patiënte aan een groot uterusmyoom, een patiënte aan een achterstrengdegeneratie, terwijl nog twee patiënten geobstipeerd waren door de anti-parkinsontherapie.

Bij zes van deze 15 patiënten werd de diagnose niet-symptomatische obstipatie gesteld. Opvallend was dat vijf van deze zes patiënten boven de 87 jaar waren, de zesde patiënte was veel jonger maar zeer debiel.

Conclusies trekken uit deze kleine geselecteerde groep patiënten is niet geoorloofd, maar wel resulteren twee waarschuwingen: Als men bij bejaarden alleen op de anamnese afgaat stelt men de diagnose obstipatie enerzijds te vaak, en anderzijds te weinig. Bij geobstipeerde niet stokoude bejaarden is een herhaaldelijk gevonden leeg rectum verdacht voor een organisch lijden.

Casuïstiek. Een vrouw, 96 jaar: sinds enige jaren obstipatie, wordt eens per week digitaal ontlast. Onderzoek: groot uterusmyoom; operatierisico wordt te groot geacht. Voeding te weinig en te licht verteerbaar, vochtopname te gering. Geen stevige buikwand. Therapie: corset, „schoon schip" gemaakt, dieet aangepast, vochttoevoer vermeerderd, dagelijks kleine clysma's gedurende 14 dagen. Resultaat: dagelijks spontane ontlasting.

Een vrouw, 74 jaar: obstipatie vanaf het moment van haar hemiplegie. Kreeg om de vier dagen 's avonds 2 Hertz-pillen. Therapie: stoppen van de laxantia. Resultaat: na zeven dagen spontaan fraai gevormde, niet harde ontlasting. Nu om de vijf à zes dagen defaecatie zonder laxantia, geen enkele klacht.

Een vrouw, 67 jaar: obstipatie bij een patiënte met een ernstige vorm van de ziekte van Parkinson; de obstipatie bestaat sinds de anti-parkinson-medicamentatie. Therapie: carbachol (een middel dat glad spierweefsel prikkelt). Resultaat: om de twee of drie dagen spontane normale ontlasting.

Een vrouw, 88 jaar: vanaf de jeugd evenals haar moeder en zusters geobstipeerd. Bij onderzoek geen bijzonderheden. Therapie: dieet en vochttoevoer geregeld benevens het gehele programma om het reflexmechanisme te herstellen. Resultaat: nihil.

Een man, 80 jaar: zakenman, die nog steeds werkt en dus onregelmatig leeft. Sinds jaren geobstipeerd, slikt ongehoorde hoeveelheden laxantia van allerlei aard. Onderzoek levert geen bijzonderheden op. Therapie: leefregel, dieetveranderingen en vermeerderde vochtopname. Bij het opstaan twee glazen water; ontbijt; roggebrood, honing of stroop, zwarte koffie, vijgen, dadels of gedroogde vruchten. Daarna een kleine wandeling en vervolgens met sigaar en krant naar de w.c. Resultaat: dagelijks spontane ontlasting; voelt zich uitstekend. Vele klachten, achteraf toegeschreven aan het gebruik van laxantia, zijn verdwenen.

Een man, 75 jaar: obstipatie sinds de dood van zijn vrouw; zorgde aanvankelijk voor zichzelf; at warm in een restaurant. Onderzoek levert geen bijzonderheden op. Leefwijze nu weer normaal. Therapie: „schoon schip" gemaakt, waarna gematigd regiem om het reflexmechanisme te herstellen. Resultaat: spontane normale ontlasting zonder klachten.

Een vrouw, 79 jaar: sinds jaren obstipatie, die nu zo erg is dat doktershulp nodig wordt geacht. Onderzoek: prolapsus ani, ontstoken hemorroïden en enige fissuren aan de anus. Chirurg achtte operatierisico te groot. Therapie: „schoon schip", vloeibaar dieet gedurende een week (extra lang wegens adipositas en decompensatio cordis), daarna mager vlees, magere vis, ei, kaas en suiker, vervolgens cellulose-rijkere voeding in de volgorde: aardappelen, erwten en bonen, sla, spinazie, peentjes, brood en tomaten. Medicamenteus paraffine, daar een glijmiddel hier het meest op zijn plaats is, verder een zelfbehandeling voor de fissuren en de hemorroïden. Resultaat: prolaps, hemorroïden en fissuren verdwenen; dagelijks ontlasting. Patiënte blijft echter continue controle vragen.

Samenvatting. Naar aanleiding van een onderzoek van geobstipeerde bejaarde patiënten, waarvan verslag wordt gedaan, worden de oorzaken, de diagnostiek en de behandelingsmogelijkheden van obstipatie bij bejaarden besproken.

Onder obstipatie wordt verstaan het vormen van te weinig en te harde faeces. De diagnose moet worden gesteld op de inspectie van de faeces en niet op de frequentie van de defaecatie. De behandeling moet individueel zijn en gericht op de oorzaken. Bij bejaarden komt vrij veel een symptomatische obstipatie voor, vooral bij diegenen, bij wie regelmatig een niet gevuld rectum wordt gevonden.

Summary. In consequence of an investigation of constipated elderly patients, of which an account is given, the causes, the diagnostics and the possible treatments of constipation with the elderly are discussed.

By constipation is understood the formation of too little and too hard faecal matter. The diagnosis must be made on examination of the faeces and not on the frequency of defaecation. Treatment must be individual and focussed on the causes. Elderly people fairly often suffer from symptomatic constipation, especially those, with whom an unfilled rectum is regularly found.

Boom, B. K. (1959) Ned. T. Geneesk. *103,* 407.
Idem (1962) Ned. T. Geneesk. *106,* 1815.
Hafter, E. (1957) Dtsch. med. Wschr. *82,* 2107.
Lups, S. (1960) Nederlands Leerboek der Interne Geneeskunde. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
Rudd, T. N. (1959) Practitioner *182,* 728.
Zonneveld, R. J. van (1961) The Health of the Aged. Van Gorcum en Comp. Assen.