

Het beleid van de huisarts bij patiënten met defaecatiestoornissen

DR. M. P. HENNINK, HUISARTS

Het thema voor de gezamenlijke voordrachten van deze ochtend is de vraag „Ontlasting normaal?” Een vraag die dagelijks vele malen wordt gesteld en waarschijnlijk dikwijls met ja wordt beantwoord, zonder dat het de patiënt echt duidelijk is wat de arts met de vraag bedoelde en de arts enig inzicht verkrijgt in het werkelijke defaecatiepatroon van de patiënt. Waarschijnlijk zal de patiënt met zijn antwoord bedoelen dat het met zijn ontlasting niet anders dan anders is, dat hij er geen bijzondere klachten over heeft. Wat is echter normaal, althans wat vindt de arts dat normaal is en bestaat hierover een gemeenschappelijke mening.

Deze nogal fundamentele vragen die bij de voorbereiding van deze cursus werden gesteld, konden van huisartsenzijde bij afwezigheid van enig inzicht hierin niet worden beantwoord. Evenmin wat huisartsen onder een gestoorde defaecatie verstaan en wat zij hieraan plegen te doen, hetzij door middel van eigen onderzoek of onderzoek elders. Het vormde de aanleiding tot een oriënterend onderzoek dat bij vijftien huisartsen werd uitgevoerd. Deze huisartsen, behorende tot de zogenaamde Perifere Kliniek van het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, werden hier toe bezocht door twee doctorandi, (Frans Ancion en Jeanette Coster, voor de uitvoering van dit onderzoek tijdelijk aan het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde verbonden), die de huisartsen enquêteerden en de verkregen gegevens bewerkten.

Het onderzoek was tweeledig. Het eerste deel bestond uit een interview en het tweede hierop volgende deel uit een door de huisartsen gedurende twee weken uitgevoerde registratie van die patiënten, bij wie defaecatiestoornissen bestonden. Het onderzoek omvatte de navolgende drie kernvragen.

I. Wat verstaat een huisarts onder normale defaecatie en wat onder defaecatiestoornissen?

II. Welke defaecatiestoornissen ziet een huisarts in zijn dagelijkse praktijk en in welke frequentie?

III. Wat is het beleid dat een huisarts voert

bij patiënten met stoornissen in de defaecatie?

Wat is normale defaecatie; wat zijn defaecatiestoornissen?

Vrijwel alle antwoorden tenderen naar het oordeel dat de betrokken persoon zelf heeft over zijn defaecatiepatroon. Een patroon dat sterk individueel bepaald is en een grote variatiebreedte vertoont. Het moet duidelijk geen aanleiding geven tot klachten. De variatiebreedte komt vooral tot uitdrukking in de frequentie. Twee- à driemaal daags en eenmaal per drie dagen vormen de grenzen, waarbinnen de meeste huisartsen het patroon normaal vinden. Enkelen vinden één tot twee weken de uiterst aanvaardbare termijn.

In de vaststelling van de consistentie kunnen wij ons helaas niet van getallen bedienen en wordt een veel bloemrijker woordgebruik gebezigd. Voedings- en genotmiddelen, zoals worsten, pasteien en sigaren worden benoemd om aan te geven dat alles normaal is. Enkelen doen dat ook met de aanduiding stopverf. Wij mogen gevoelig aannemen, dat deze collegae nog nooit een vensterruit hebben geplaatst, want faeces met de con-

sistentie, ook van verse stopverf, zou iedereen een ileus bezorgen.

Zo langzamerhand zouden wij ons toch wat onzeker kunnen gaan gevoelen over de waarde die de informatie, welke wij van de patiënt ontvangen of misschien beter gezegd onze anamnesetechniek, heeft.

Welke defaecatiestoornissen en in welke frequentie?

Wanneer normaal wordt genoemd hetgeen geen aanleiding tot klachten geeft, zal abnormaal zijn hetgeen de patiënt hinder veroorzaakt. Deze hinder kan bestaan uit pijn, jeuk en vooral uit diarree en obstipatie met daarbij soms bijmenging met bloed of slijm. Het zijn vooral de laatste drie klachten, waarvoor de huisarts vaak blijkt te worden geraadpleegd. Hoe dikwijls dat is, wordt overigens sterk uiteenlopend getaxeerd.

De symptomen diarree en obstipatie blijken volgens *tabel 1* in grote lijnen overeen te komen met de indrukken van de meeste huisartsen. Het verschijnsel van bijmenging van de ontlasting met bloed en slijm komt daarentegen in het algemeen vaker voor dan wordt verondersteld. Uiteraard betreft het hier klachten waarvoor de huisarts om advies wordt gevraagd hetgeen nog geen duidelijk inzicht geeft over de werkelijke mate van voorkomen van deze symptomen.

Het door de huisarts gevoerde beleid bij patiënten met defaecatiestoornissen

Het beleid werd nagegaan aan de hand van anamnese, onderzoek en behandelingsplan, uitgevoerd bij patiënten met respectievelijk diarree, obstipatie en in de ontlasting voorkomen van bloed en slijm.

Diarree werd door de meeste ondervraagden gedefinieerd als een toeneming van de frequentie van de ontlasting en een daarbij optredende vermindering van de consistentie. Ook een éénmalige maar te dunne ontlasting per dag werd door enkelen als diarree aangemerkt. Gevraagd werd welke gegevens bij de klacht diarree in het algemeen bij het eerste patiënt-arts contact werden verzameld. *Tabel 2* geeft hiervan een overzicht.

Twee groepen patiënten ontvangen bijzondere aandacht, te weten kleine kinderen en oudere mensen. De hiervoor opgegeven re-

Tabel 1. Het voorkomen van enkele defaecatiestoornissen in de huisartspraktijk.

Diarree	Obstipatie	Bloed/slijm
Geschat voorkomen:		
1-15 maal per week	1-10 maal per week	1 maal per week - 2 maal per jaar
Geregistreerd voorkomen:		
1-12 maal per week	1-10 maal per week	1-2 maal per week

Tabel 2. Anamnestiche gegevens, verzameld bij presentatie van de klacht diarree (N=15).

	Eerste consult	Blijvende klachten
Duur van klachten	15	15
Frequentie ontlasting	14	14
Consistentie ontlasting	14	14
Aspect van ontlasting	11	14
Koorts	14	14
Pijn	10	14
Gewichtsverlies	1	9
Aard van voeding	10	5
Diarree in omgeving	10	11
Verblijf in buitenland	7	11
Geneesmiddelengebruik	5	6
Psychosociale factoren	—	8

den is bij kleine kinderen de vergrote kans op snelle uitdroging en bij oudere mensen de verdenking op maligniteit.

Het onderzoek dat bij de klacht diarree wordt uitgevoerd, is afhankelijk van de leeftijd en de duur van de klachten. Kleine kinderen krijgen hier een bijzondere aandacht, vooral ook met betrekking tot een eventuele keel-, neus- en ooraandoening. Het verband tussen de uitgebreidheid van het onderzoek en de duur van de klachten wordt in tabel 3 weergegeven.

Het geringe aantal algemeen lichamelijke onderzoeken wordt gemotiveerd door het meestal kortdurende en onschuldige karakter van deze klachten. Eén der ondervraagde huisartsen deed ook proctoscopisch onderzoek. Eveneens werd navraag gedaan naar eventueel laboratorium- en röntgenonderzoek bij diarreeklachten van de patiënt. Duidelijk bleek hierbij dat het onderzoek van de faeces door de huisarts zelf weinig plaatsvindt, doch meestal op aanvraag in een laboratorium. Vier artsen deelden mee de ontlasting van de patiënt ook zelf te onderzoeken. Bacteriologisch onderzoek

vindt, zoals valt te verwachten, altijd in laboratoria plaats. Hematologisch onderzoek beperkt zich meestal tot een bloedbezinking en een hemoglobinebepaling en het vindt vrijwel uitsluitend plaats bij aanhoudende klachten.

Over het röntgenonderzoek liepen de meningen min of meer principieel uiteen. De huisartsen die nooit een röntgenonderzoek aanvroegen, meenden dat, zo hier behoefte aan bestond, een verwijzing van de patiënt zou moeten plaatsvinden. In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van het laboratorium- en röntgenonderzoek door of op aanvraag van de huisarts.

De behandeling van diarreeklachten is meestal symptomatisch. In alle nieuwe gevallen wordt een dieet gegeven (tabel 5). Medicamenten zijn, wanneer zij worden gegeven, meestal spasmolytica.

Voor de therapie van langdurige gevallen van diarree wordt meestal een uitvoerig onderzoek noodzakelijk geacht en zal op grond van de hiermee verkregen gegevens een meer specifieke behandeling gewenst zijn. De follow-up van patiënten met diarreeklachten wordt in het algemeen aan het initiatief van de patiënt overgelaten met uitzondering van baby's. Voor hen zal de huisarts dit meer uit eigen beweging doen en zeker wanneer de combinatie diarree met braken bestaat.

Verwijzing van diarreepatiënten vindt zelden plaats. Indicaties hiervoor zijn blijvende klachten zonder aanwijsbare oorzaak en bijkomende verschijnselen die op een ernstig lijden of het ontstaan van complicaties wijzen.

Evenals diarree wordt obstipatie als een sterk subjectief bepaalde klacht omschreven. Meestal betreft het een afnemende frequentie van de defaecatie en een toegenomen consistentie met daarbij soms op-

Tabel 5. Behandeling van diarree door de huisarts.

	Eerste consult		
	altijd	soms	niet
Dieet	15	—	—
Medicatie	8	3	4

Tabel 6. Anamnestiche gegevens, verzameld bij presentatie van de klacht obstipatie (N=15).

	Eerste consult	Blijvende klachten
Duur van klachten	14	10
Frequentie ontlasting	14	11
Consistentie ontlasting	11	9
Aspect van ontlasting	11	9
Koorts	2	3
Pijn	10	10
Gewichtsverlies	4	5
Aard van voeding	11	10
Geneesmiddelengebruik	8	6
Laxantia	9	7
Veranderd defaecatiepatroon	10	9
Psychosociale factoren	7	9

tredende pijnklachten. De gegevens welke de huisarts verzamelt bij presentatie van de klachten over obstipatie zijn weergegeven in tabel 6. Te oordelen naar de vragen in tabel 6 is de aandacht meer gericht op het aantal malen dat wordt gedefaceerd dan op de consistentie.

In vergelijking met het anamnese-overzicht bij diarree (tabel 2) valt het op dat eventuele psychosociale oorzaken eerder worden verwacht bij obstipatie dan bij diarree. Er wordt hiernaar bij diarree nooit in eerste instantie geïnformeerd. Een ander verschil is de vraag naar koorts als mogelijk symptoom van een ontstekingsachtig proces. Hiervoor bestaat bij obstipatie een duidelijk geringere aandacht.

Daarentegen wordt bij obstipatie wel vaker naar het defaecatiepatroon over een lange periode gevraagd in verband met verdenking op een mogelijk maligne aandoening. Het lichamenlijk onderzoek bij obstipatie onderscheidt zich van dat bij diarreeklachten door een grotere aandacht voor het uitwendig buikonderzoek en het rectaal toucher. Dit komt vooral duidelijk in het eerste consult tot uitdrukking (tabel 7). Dit snellere rectaal onderzoek houdt waarschijnlijk verband met de overweging dat een obstruerend proces voor de obstipatie aansprakelijk zou kunnen zijn.

Het laboratorium- en röntgenonderzoek bij obstipatieklachten wordt door weinig huisartsen in eerste instantie gedaan (tabel 8). Ook bij de klacht obstipatie zien weinig huisartsen de ontlasting zelf en wordt het verdere beleid in hoofdzaak door anamnestiche gegevens bepaald. Bij verdenking op meer

Tabel 3. Onderzoek bij de klacht diarree bij recente en blijvende klachten.

	Eerste consult			Blijvende klachten		
	wel	soms	niet	wel	soms	niet
Algemeen onderzoek	1	1	13	5	4	6
Onderzoek van buik	8	5	2	13	2	—
Rectaal toucher	—	6	9	7	6	2

Tabel 4. Laboratorium- en röntgenonderzoek door of op aanvraag van de huisarts bij de klacht diarree.

	Eerste consult			Blijvende klachten		
	wel	soms	niet	wel	soms	niet
Faecesonderzoek						
— macroscopisch	—	1	14	7	2	6
— vertering	—	—	15	—	4	11
— bloedtest	1	—	14	11	1	3
— bacteriologisch	—	—	15	8	5	2
Bloedonderzoek	—	—	14	7	2	6
Röntgenonderzoek	—	—	15	4	4	7

Tabel 7. Onderzoek bij de klacht obstipatie bij recente en blijvende klachten.

	Eerste consult			Blijvende klachten		
	wel	soms	niet	wel	soms	niet
Algemeen onderzoek	2	1	12	6	2	7
Onderzoek van buik	12	3	–	15	–	–
Rectaal toucher	7	3	5	13	1	1

specifieke ziektebeelden op grond van andere symptomen wordt het onderzoek verder uitgebreid. Het bloedonderzoek betreft in hoofdzaak de bepaling van de bezinkingsnelheid van de erythrocyten en het hemoglobinegehalte. Ook wordt bij vermoeden van hypothyreoïdie, de bepaling van het hormonaal jodium en de T4 genoemd. Het röntgenonderzoek heeft ook hier voor- en tegenstanders; enkelen menen dat de behoefte aan röntgenonderzoek een reden tot verwijzing is.

De behandeling van obstipatie bestaat aanvankelijk voornamelijk uit dieetadviezen (tabel 9). Bij aanhoudende klachten wordt, naar de ondervraagde huisartsen meedeelden, een meer specifieke therapie geadviseerd. Welke deze is, hangt af van de onderliggende oorzaak. Uit de gegeven antwoorden blijkt dat het aantal voorgeschreven laxantia hierbij in elk geval toeneemt. Verwijzing hangt af van duur en ernst van de klachten, maar vooral van het vermoeden op ernstige oorzaken, al of niet gestaafd door bevindingen van eigen of aangevraagd onderzoek.

De aanwezigheid van bloed of slijm bij de ontlasting heeft in de anamnese, in vergelijking tot die bij diarree- en obstipatieklachten, een toegenomen belangstelling voor veranderingen in het defaecatiepatroon en het lichaamsgewicht tot gevolg. Waarschijnlijk berust dit op het vermoeden op in het algemeen ernstige onderliggende oorzaken (tabel 10). Hoeveel ernstiger deze symptomen worden getaxeerd dan die van diarree en obstipatie blijkt ook uit de intensiteit van het lichamenlijk onderzoek. Het algemeen lichamenlijk onderzoek, maar vooral onderzoek van de buik en het rectale toucher, vinden hierbij in het eerste patiënt-arts contact frequenter plaats dan in geval van de andere defaecatiestoornissen (tabel 11). Hetzelfde

geldt eveneens voor het laboratoriumonderzoek (tabel 12).

Hetgeen na het eerste consult bij klachten over slijm en bloed bij de ontlasting wordt onderzocht, is in dit overzicht niet opgenomen. De verschijnselen blijken namelijk voor verscheidene huisartsen een verwijzindicatie te vormen, wanneer zij hiervoor een tweede maal worden geraadpleegd. Voor één der huisartsen was dit zelfs bij de eerste uiting van deze klacht het geval.

Ook in deze groep werden kleine kinderen en ook oudere mensen als verhoogde risicogroepen beschouwd.

Een symptoombehandeling zoals deze bij diarree- en obstipatieklachten wordt gegeven, bestaat niet bij deze klachten. Er bestaat hierbij een duidelijke behoefte vanaf het begin een specifieke behandeling in te stellen.

Samenvattend kan worden opgemerkt dat door middel van dit oriënterende onderzoek onder vijftien huisartsen naar hun beleid bij defaecatiestoornissen, blijkt dat:

- geen communis opinio bestaat over het begrip obstipatie en diarree;
- als gevolg van ontoereikend taalgebruik de ware aard van de klacht moeilijk door de patiënt is over te brengen;
- huisartsen zelden of nooit de faeces van de patiënt zelf onder ogen en neus krijgen;
- het onderzoek van de patiënt alsmede het laboratoriumonderzoek bij een eerste consult betreffende diarree en obstipatie beperkt blijft;
- de bijmenging van bloed en slijm bij de ontlasting vanaf het begin tot snelle acties leidt;
- het röntgenonderzoek op aanvraag van de huisarts geen gemeengoed is;
- de behandeling van diarree en obstipatie in hoofdzaak symptomatisch is.

Tabel 8. Laboratorium- en röntgenonderzoek door of op aanvraag van de huisarts bij de klacht obstipatie.

	Eerste consult			Blijvende klachten		
	wel	soms	niet	wel	soms	niet
Faecesonderzoek						
– macroscopisch	–	–	15	3	–	12
– microscopisch	–	–	15	1	–	14
– bloedtest	–	2	13	8	1	13
Bloedonderzoek	–	2	13	5	5	5
Röntgenonderzoek	–	–	15	4	5	6

Tabel 9. Behandeling van obstipatie door de huisarts.

	Eerste consult		
	wel	soms	niet
Dieet	14	–	1
Medicatie	4	7	4

Tabel 10. Anamnestiche gegevens in het eerste patiënt-arts contact, verzameld bij presentatie van de klacht bloed en/of slijm bij de ontlasting.

	Wel gevraagd	Niet gevraagd
Duur van klachten	15	–
Frequentie ontlasting	12	3
Consistentie ontlasting	14	1
Aspect ontlasting	13	2
Koorts	10	5
Pijn	11	4
Gewichtsverlies	10	5
Geneesmiddelengebruik	5	10
Veranderd defaecatiepatroon	13	2
Aambeien	7	8

Tabel 11. Onderzoek bij de klacht bloed en/of slijm bij de ontlasting bij recente klachten.

	Wel	Niet
Algemeen onderzoek	5	10
Onderzoek van buik	14	1
Rectaal toucher	13	2

Tabel 12. Laboratorium- en röntgenonderzoek door of op aanvraag van de huisarts bij de klacht bloed en/of slijm bij de ontlasting.

	Wel	Soms	Niet
Faecesonderzoek			
– macroscopisch	4	–	11
– microscopisch	–	–	15
– bloedtest	8	–	5
– bacteriologisch	–	2	13
Bloedonderzoek	9	–	6
Röntgenonderzoek	–	1	14

Samenvatting. Het beleid van de huisarts bij patiënten met defaecatiestoornissen. Defaecatiestoornissen zijn frequent voorkomende klachten op het spreekuur van de huisarts. Enkele belangrijke representanten daarvan zijn diarree, obstipatie en de aanwezigheid van bloed en slijm in de faeces. Wat is het beleid van de huisarts hierbij? Welke gegevens betreft hij in zijn anamnese en onderzoek? Bestaat hierover een in grote lijnen eensluidend standpunt of lopen de meningen hierover sterk uiteen?

Door middel van een interview van vijftien huisartsen werd hierover een aantal basisgegevens verzameld, waaruit bleek

dat, naast een belangrijke mate van overeenkomst in de interpretatie van klachten, ook duidelijke verschillen voorkwamen, met name in de uitvoering van onderzoeksmethoden.

Summary. The general practitioner's policy with patients who suffer from disorders of defaecation. Disorders of defaecation are common complaints in general practice. Some important representatives are diarrhoea, constipation and the presence of blood and slime in the stools. What is the general practitioner's policy in such cases? Which data does he consider in taking the history and in examining the patient? Is there general agreement in this respect, or do opinions differ widely? In interviews with fifteen general practitioners, basic data on these questions were collected which show that, in addition to a high degree of agreement in the interpretation of symptoms, there were also marked differences, particularly in the procedure of examination.

Fysiologisch en biochemisch kader van de defaecatie

DR. W. Th. J. M. HEKKENS

Bij het beschrijven van de achtergronden van de storingen in de defaecatie dienen wij eerst te weten hoe de normale defaecatie wordt geregeld. Er is een aantal endogene en exogene factoren welke van invloed zijn. Storing treedt op als het evenwicht tussen voedselopname enerzijds en vertering en absorptie anderzijds wordt verbroken, maar ook als de afweer tegen schadelijke invloeden van welke aard dan ook faalt, of als blijkt dat de homeostase wordt verstoord, waardoor de onderlinge relatie in de tractus digestivus wordt verbroken.

De genoemde drie functies van de tractus digestivus, opname van voedsel, afweer tegen schadelijke stoffen en regulatie van stofwisseling zullen achtereenvolgens worden beschouwd.

Opname van voedsel

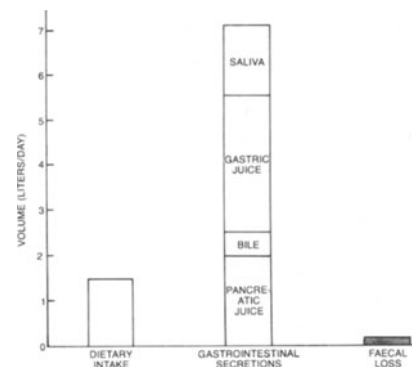
De voedselopname is een proces dat in een aantal etappes plaatsvindt. Het grootste deel van de vertering en praktisch de gehele opname gebeurt in het proximale deel van de dunne darm. Voor deze vertering wordt een grote hoeveelheid stoffen in het darmkanaal afgescheiden. Het is onder andere deze endogene secretie die bij diarree verlies geeft van vooral water en electrolyten. Hoe de totale waterbelasting van de darm er ongeveer uitziet is samengevat in *figuur 1*. Naast de opname van een tot twee liter vocht per dag met de voeding blijkt de darm nog ongeveer zeven liter vocht van endogene oorsprong te moeten opnemen. Het zal duidelijk zijn dat zowel toename van de secretie als vermindering van resorptie aanleiding kan geven tot snelle veranderingen in de totale waterhuishouding. Parallel met de waterbelasting loopt de electrolytenbelasting. Van de andere voedingsstoffen zijn het vooral de eiwitten die naast de exogene aanvoer ook door endogene secretie bijdragen aan de belasting van de darm. *Tabel 1* geeft hiervan een overzicht.

Normale voedselopname betekent dat de drie fasen vertering-resorptie-transport goed worden doorlopen. Overschrijding van de transportcapaciteit zal onder normale omstandigheden nauwelijks kunnen plaatsvinden. De transportcapaciteit blijkt volgens aan Borgström ontleende gegevens

groot genoeg te zijn. *Tabel 2* geeft hiervan een overzicht. De storingen in de opname zullen dan ook in het algemeen liggen in de eerste twee fasen, namelijk de vertering en de resorptie.

Verteringsstoringen van pancreatogene aard doen betrekkelijk grote moleculen in het colon belanden, welke dan vaak aanleiding zijn tot gistings- of rottingsdiarree. De hierbij gevormde organische zuren respectievelijk amines prikkelen de darmwand en leiden tot verhoogde motoriek en vochtexcretie zonder voldoende terugresorptie.

De vertering kan ook zijn verstoord door het ontbreken van bepaalde enzymen uit de darmwand. Lactasedeficiëntie is hiervan een duidelijk voorbeeld. Bij de normale Europese bevolking blijkt ongeveer 5 procent lactasedeficiënt te zijn, terwijl bijna alle



Figuur 1. Waterbelasting van de darm bij de mens.