

# Defaecatiestoornissen bij bejaarden

DR. A. K. C. BURGER, HUISARTS TE 'S-GRAVENHAGE

De meest opvallende defaecatiestoornissen bij bejaarden zijn obstipatie, diarree en incontinentie. Obstipatie kan men onderscheiden in tijdelijke, habituele, chronische en symptomatische obstipatie. Diarree kan men onderkennen in symptomatische diarree, diarree ten gevolge van neurologische aandoeningen en ten gevolge van faecaal impactaat. Bij bejaarden gaan diarree en incontinentie vaak samen. De mogelijke oorzaken van defaecatiestoornissen worden vermeld en de therapie besproken.

In het hierna volgende zullen de bij bejaarden – om praktische redenen worden hiermede 65-plussers bedoeld – op de voorgrond tredende defaecatiestoornissen in de kwantiteit worden behandeld: 1. Obstipatie, en 2. Diarree en incontinentie (*Boom*, 1959 en 1962; *Michels*; *Van Proosdij*; *Burger*).

## 1. Obstipatie

Het blijkt, dat diverse auteurs ver uiteenlopende maatstaven hanteren om het begrip obstipatie te karakteriseren. In dit verband spant de casuïstiek van de beroemde onderzoeker *Wright* de kroon. Schrijvend over obstipatie verhaalt hij: „A case is recorded of a man who went from June, 18, 1900, to June 21, 1901, without a motion. Towards the end of that time he belched a good deal and suffered from some pain; the abdomen was distended; he felt weak and lost some weight. After the colon had been cleaned out (a none-too-simple procedure in this patient) he recovered rapidly”.

In volstrekte tegenstelling tot het voorgaande is wel het feit, dat sommige patiënten over obstipatie spreken, als zij op een ietwat later tijdstip dan het gebruikelijke defaeceren! Tussen deze twee uitersten bevindt zich een wat handzamer definitie van *Dock*: „Constipation is evidenced by failure to move the bowels with the customary frequency, or by passage of rare small, hard and perhaps painful masses”. In deze aanvaardbare definitie van *Dock* worden zowel frequentie als consistentie van de ontlasting besproken.

1.2. *De frequentie van het voorkomen van obstipatie.* Uit een onderzoek van meer dan drieduizend bejaarden bleek, dat 8,3 procent van de mannelijke en 10,6 procent van de vrouwelijke onderzochten klachten had over obstipatie (*Van Zonneveld*)

1.3. *Complicaties.* Obstipatie kan een aantal complicaties veroorzaken. Bij bejaarden treden de cardiovasculaire en gastro-intestinale complicaties op de voorgrond.

1.3.1. *Cardiovasculair.* Het persen van geobstipeerde bejaarden en van bedlegerige patiënten op een ondersteek kan voor het coronaire, cerebrale en perifere vaatstelsel te belastend zijn, waardoor vasculaire accidenten kunnen ontstaan. Men poge derhalve obstipatie bij bejaarden met een slechte cardiovasculaire voorgeschiedenis te vermijden.

1.3.2. *Gastro-intestinaal.* Bij geobstipeerde bejaarden kan de darmassage te traag zijn. Indien sterke vochtonttrekking aan de darminhoud optreedt en tevens het rectum onvolledig wordt geledigd, kan een faecaal impactaat ontstaan (zie onder 2.3.3. punt C).

1.4. *Indeling.* Men kan obstipatie als volgt indelen (*Lups*)

- 1.5. Tijdelijke obstipatie.
- 1.6. Habituele obstipatie.
- 1.7. Symptomatische obstipatie.

1.5. *Tijdelijke obstipatie* kan ontstaan ten gevolge van een gebrek aan beweging. Een lange auto- of treinreis of een vakantie, tijdens welke minder of geen gehoor kan worden gegeven aan de defaecatiedrang, kan tijdelijke obstipatie veroorzaken. Daarnaast kunnen ingrijpende veranderingen in de levensomstandigheden de regelmaat van het defaecatiepatroon verstoren. Het gepensioneerd raken, het wegtrekken van een kind uit de directe omgeving, het moeten verhuizen, het moeten inwonen, het samen met een ander moeten gebruiken van één toilet, het zich moeten conformeren aan de defaecatiepatronen in medische instituten, de plaatsing in een bejaardentehuis, het lichamenlijk en/of geestelijk minder actief zijn,

het verlies van een levenspartner, kan het defaecatiepatroon beïnvloeden en veranderen. Deze veranderingen kunnen tijdelijk zijn en soms chronisch worden.

1.5.1. *Behandeling van tijdelijke obstipatie.* Deze verdwijnt doorgaans spontaan als de genoemde kleine ongemakken, zoals een auto- of treinreis, verdwenen zijn. Zo nodig kan men tevens een cellulose-verrijkt dieet en wat extra vocht (cave decompensatio cordis!) voorschrijven. Tegen een tijdelijk gebruik van een laxans bestaat geen bezwaar. Men kan kiezen uit de volgende laxantia (*Materia Medica Selecta*).

1. Laxantia, die op mechanische wijze de peristaltiek opwekken:
  - a. zwelmiddelen (zoals Agar-Agar),
  - b. osmotisch werkende stoffen (zoals magnesiumperoxyde, magnesium usta)
  - c. zemelen.
2. Glijmiddelen: zoals Agarol, paraffine liquidum.
3. Laxantia, die chemisch de peristaltiek opwekken:
  - a. dunnedarmmiddelen (Ricinus-olie, drastica),
  - b. dikkedarmmiddelen (Bisacodyl, Isacen).

Persoonlijk hebben wij goede ervaringen met:

Magnesiumperoxyde tab. 500 mg, 25%; 1-3 tab;

Magnesium usta; 2-4 g;

Agarol FNA; 15-30 ml/dd (cave allergie voor fenoltaleïne);

Bisacodyl (Dulcolax), 5-15 mg oraal 's avonds of 10 mg rectaal (werkt na ± 1/2 uur).

Men vermijde de dunnedarmmiddelen (drastica)!

1.6. *Habituele, chronische obstipatie.* Als er sprake is van soms jarenlang bestaande hardnekkige obstipatie en de symptomatische obstipatie (zie 1.7) en de tijdelijke obstipatie (zie 1.5) zijn uitgesloten, dan spreekt men van chronische habituele obstipatie.

Het consumeren van voedsel en drank veroorzaakt normaliter in de dikke darm een kortdurende, heftige peristaltiek, die het voedsel naar beneden drijft, de gastrocolicareflex. Mede hierdoor bereikt na verloop van tijd de spijsbrij het rectum en kan – als men er aan toegeeft – de defaecatie-reflex ontstaan. Er is een aantal factoren, dat deze gastrocolica- en defaecatiereflex kan beïnvloeden:

1.6.1. *Psychische factoren*

1.6.1.1. *Het onderdrukken of geen gehoor geven aan de defaecatiedrang.* De defaecatie in de stilte van een toiletruimte is een weinig gecompliceerde handeling, die maar weinigen in verlegenheid brengt. Bejaarden moeten echter door hun inwoning of

hospitalisatie onder totaal andere omstandigheden defaeceren. Het gedwongen – vaak publiekelijk! – gebruik van een „stilletje” (= toiletstoel) of van een ondergeschoven ondersteek, al of niet achter een kamerscherm, is een geheel andere situatie dan de eerst beschrevene. Het mogelijk ontstaan van onvermijdelijke geurtjes en geluidjes en het gebrek aan privacy onderdrukken defaecatiereflex en defaecatiedrang tot een zo laat mogelijk tijdstip. *Browse* voegt hieraan toe, dat de zittende houding op een toilet(stoel), om maar niet te spreken van de liggende houding op een ondersteek bij bedlegerigheid, de defaecatie niet bevordert. De diepe hurkzit, zoals deze soms voorkomt bij primitieve volken, is volgens *Browse* een meer fysiologische houding dan de eerder vermelde.

1.6.1.2. *Het in overdreven mate aandacht schenken aan het defaecatiepatroon.*

A. Sommige bejaarden met een bepaalde karakterstructuur of met een neurotische leefwijze, bezitten soms een zeer hardnekkige obstipatie. Ook bejaarden met hypochondrische karaktertrekken kunnen een bijzonder hardnekkige obstipatie hebben. Psychiatrische hulp kan hierbij soms een oplossing bieden. Sommige bejaarden proberen – al of niet bewust – hun omstanders met hun (vermeende) obstipatieklachten te manipuleren.

B. Voor vele bejaarden is de defaecatie dè gebeurtenis van de dag; zij schenken er dan ook veel aandacht aan. In dit verband is het nuttig te weten, dat sommige bejaarden te goeder trouw en met grote vasthoudendheid klagen over hardnekkige obstipatie, terwijl zij in feite bedoelen „te weinig dagelijkse ontlasting”. Voor hen geldt de goede raad: „Doe wel en zie niet om!”.

Andere bejaarden klagen over obstipatie, maar zijn vergeetachtig. Bij het rectaal toucher vindt men dan een leeg rectum. De hetero-anamnese leert, dat de defaecatie wél regelmatig plaatsvindt! De bejaarde blijkt dit dan te zijn vergeten. Als men dit veronderstelt, kan men de bejaarde zeggen, dat het voor het onderzoek van belang is, dat hij naar het spreekuur komt als hij 48 uur geobstipeerd is. De patiënt meent, dat dit een eenvoudige opgave is. Maar in feite komt de ontlasting wel regelmatig en moet hij zijn bezoek aan de dokter steeds weer uitstellen! Zij blijken dan „genezen” te zijn. Indien de patiënt na 48 uur obstipatie wél terugkomt en men vindt bij rectaal toucher een gevuld rectum, dān spreekt men van proctostatische obstipatie (*Boom*, 1962). De normale prikkel van de opgehoopte faeces-massa in het rectum is dan niet voldoende de defaecatiereflex op te wekken. De normale prikkel is dan óf niet sterk genoeg óf te vaak onderdrukt en daardoor onwerkzaam ge-

worden. In ernstige gevallen kan een kogelvormige faecesmassa ontstaan, het zogenaamde faecaloom, faecale proppen, die zeer groot en hard kunnen worden. Bij rectaal toucher kan de toucherende vinger ook een week tot vast aanvoelende massa ontmoeten. Men spreekt ook wel van faecaal impactaat. Een faecaal impactaat kan tot incontinentie leiden (zie onder 2.3.3. ad C).

1.6.2. *Bepaalde veranderingen in de voedingsomstandigheden.* De inhoud van het spijsverteringskanaal is een belangrijke prikkel voor de reflexen, welke de defaecatie bevorderen. Bejaarden met een verminderde kauwfunctie kunnen deswege bepaalde voedingsmiddelen, zoals groente, fruit, bruin brood en vlees gaan vermijden. Op deze wijze ontstaat een voedselpakket, dat te weinig cellulose bevat en dat aldus tot obstipatie kan leiden. Uiteraard kunnen ook bejaarden met een goede kauwfunctie door te gering gebruik van groente, fruit en bruin brood obstipatie krijgen.

Behalve deze celluloserijke voeding is ook het gebruik van voldoende vocht belangrijk (*De Wijn* en *Van Staveren*; *Michels*). Een overmatig gebruik van thee, bosbessensap, banaan en kaneelbeschuitjes kan echter obstipatie in de hand werken.

1.6.3. *Een voortdurend tekort aan lichaamsbeweging.* Volgens sommige auteurs zou lichaamsbeweging een rol spelen bij het ontstaan van de defaecatiereflex (*Boom*, 1959; *Michels*; *Lups*). Bejaarden met een sterk verminderde hart- en longfunctie of met een voortgeschreden arthrosis hebben vaak te weinig lichaamsbeweging, waardoor obstipatie in de hand wordt gewerkt.

Maar ook bij bejaarden, die niet aan deze aandoeningen lijden, kan vaak obstipatie voorkomen. Vele bejaardentehuizen zijn namelijk (te) optimaal georganiseerd: de voeding, de koffie, de thee worden kant en klaar op de kamers gebracht. Er is een (rijdend) winkeltje, dat vaak cellulose-arme producten te koop aanbiedt, binnen het bejaardencentrum aanwezig. Zelfs de bank heeft in sommige bejaardencentra haar plekje gevonden. Men gaat niet meer naar de dominee en de dokter toe, deze komen op de kamer van de bejaarde. Op deze wijze kan men elke boodschap en elk ommetje in de buitenlucht vermijden. Al deze „gemakken” werken bewegingsarmoede en zodoende obstipatie in de hand.

1.6.4. *Het verslappen van spieren in buikwand en bekkenbodem.* De uitdrijvende krachten, die bij de defaecatie van belang zijn, worden voor een groot deel geleverd door de spieren van de buikwand en de bekkenbodem. Bij vele bejaarden zijn de uitdrijvende krachten verminderd; daarnaast kunnen in de darmwand veran-

deringen aanwezig zijn, die obstipatie in de hand werken.

1.6.5. *Behandeling van de habituele, chronische obstipatie*

1. Geruststelling. Vele bejaarden denken, dat „een goede stoelgang” een dagelijkse stoelgang betekent en dan nog het liefst opgewekt met behulp van een laxans. Bejaarden zijn soms gefixeerd op hun (dagelijkse) stoelgang. Een rustige uitleg kan de „bowel-consciousness” van de bejaarden overwinnen.

2. Celluloserijk dieet. Zonder dat men voor bejaarden ingewikkelde of dure diëten voorschrijft, kan men reeds met simpele voedingsvoorschriften veel bereiken (*De Wijn* en *Van Staveren*). Zelf gebruik ik graag dieetvoorschrift nummer 8 van het Nederlands Huisartsen Instituut. Dit dieetvoorschrift is voor bejaarden begrijpelijk en voor de kok in bejaardencentra eenvoudig te bereiden. In dit verband is het goed familieleden te wijzen op de bezwaren (soms zelfs gevaren) van meege-smokkelde voedingsmiddelen en lek-kernijen.

3. Géén voedingsmiddelen gebruiken, die constipatie kunnen bewerkstelligen. Sterke thee, chocolademelk, bosbessensap, wittebrood, rijst, toast, beschuit, geraspte appel, kaneel kunnen obstipatie in de hand werken (*Hazenberg*, 1962).

4. Voldoende vochttoevoer. De vochttoevoer dient royaal te zijn; men vermijde te veel sterke thee. Een glas koel water op de nuchtere maag wordt door de meeste bejaarden als een beproefd huismiddeltje vermeld. Indien men tegen de obstipatie gedroogde vruchten (deze bevatten namelijk hydrofiële colloïden) of een zwel-middel als laxans voorschrijft, dient men de bejaarde erop te wijzen, dat hij royaal moet drinken.

5. Darmprikkelende stoffen. Het voedsel moet voldoende stoffen bevatten, die de darm prikkelen tot activiteit. In dit verband noemt *Van Proosdij*: marmelades, vruchtencompote, yoghurt en karnemelk. Ook dient het voedsel voldoende vet en specerijen (géén kaneel!) te bevatten, voorzover dit niet strijdig is met andere voorschriften.

6. Reactivering van het normale defaecatiepatroon. Het normale defaecatiepatroon moet weer op gang worden gebracht. De bejaarde dient voldoende tijd te hebben het toilet op te zoeken en daar rustig te verblijven. Ook indien er geen aandrang aanwezig is, moet hij, zo mogelijk steeds op dezelfde tijd, het toilet opzoeken.

7. Laxantia. Indien dieet en leefregels onvoldoende effect sorteren, kan men laxantia geven. Bij voorkeur schrijve men

voor bejaarden volumevergroten-  
de stoffen (zoals magnesiumperoxyde) of glij-  
middelen voor (zoals Agarol). Laxantia  
verminderen echter de gevoeligheid van  
de darm voor de fysiologische prikkels.  
Daarom niet te lang voorschrijven.

8. Fysiotherapie. Indien er een mogelijk-  
heid bestaat frequent fysiotherapie te la-  
ten geven, kan men – in overleg met de  
fysiotherapeut – korte-golfbestralingen  
en/of bindweefselmassage adviseren.

9. Medicamenten, die obstipatie kunnen  
veroorzaken (zie eerder), dienen zoveel  
mogelijk te worden vermeden.

1.6.6. *Complicaties van een overmatig  
gebruik van laxantia.* Tijdens het medica-  
menteus bestrijden van obstipatie is het  
goed voor ogen te houden, dat het  
(laxeer)middel erger kan zijn dan de  
kwaal. Het overmatig en langdurig gebruik  
(en voorschrijven) van laxantia kan er toe  
leiden, dat een grote hoeveelheid vocht  
(diarree) het lichaam verlaat. Dit kan tot  
dehydratie leiden en tot hyponatriëmie en  
hypokaliëmie. Hypokaliëmie kan bij een  
bejaarde, die digitalis gebruikt, ernstige  
gevolgen hebben.

Het langdurig gebruik van paraffine liqui-  
dum, kan tot een tekort aan in vet oplos-  
bare vitamines leiden. Aan de andere kant  
zou het gebruik van paraffine liquidum  
kunnen leiden tot opslag van paraffine in  
darmlymfeklieren, waardoor paraffinomen  
ontstaan, waarvan de betekenis niet ge-  
heel duidelijk is. Bejaarden met slikstoor-  
nissen, zoals na cerebrovasculaire ac-  
cidenten en bij pseudobulbaire paralyse,  
kunnen zich verslikken waardoor lip-  
oidpneumonie kan ontstaan.

1.7. *Symptomatische obstipatie.* De  
voornaamste oorzaken van symptomati-  
sche obstipatie zijn in *tabel 1* samengevat.

## 2. Diarree en incontinentie

Indien een patiënt tijdens een spreekuurbe-  
zoek klaagt, dat hij meermalen daags ge-  
bonden ontlasting produceert dan is dit geen  
diarree (*Hazenberg, 1973*). Men spreekt van  
diarree als de consistentie van de ontlasting  
te dun is. Doorgaans is dan de darmassage  
te snel en kan er een ernstig tekort aan wa-  
ter, Na- en Cl-ionen ontstaan, hetgeen bij  
bejaarden levenbedreigend kan zijn. Bij  
bejaarden leidt diarree vaak tot incontinentia  
alvi.

Incontinentia alvi, incontinentia urinae en  
verwardheid kunnen de verzorging van een  
bejaarde tot een groot probleem maken. Een  
bejaarde, die zijn ontlasting niet kan ophou-  
den, wordt vaak beschouwd en behandeld  
als een zielige viezerik. Dit kan tot con-  
tactarmoede en zelfs tot een zekere mate  
van geestelijke en lichamelijke verwaarlo-  
zing leiden. Hierdoor raakt de toch al een-

*Tabel 1. Voornaamste oorzaken van symptomatische obstipatie bij bejaarden.*

### *Tractus digestivus*

- gezwollen
- ileus, volvulus, invaginatie
- stricturen (bijvoorbeeld na bestraling, operaties en onge-  
vallen)
- (peri-)diverticulitis
- ulcus
- megacolon
- hemorrhoiden, fissuren
- sclerodermie
- ontstekingen, eczeem, fissuren of ulcera bij de anus
- aandoeningen van lever en galblaas
- hernia
- corpora aliena (galstenen; slecht gekauwd en verkeerd  
voedsel; kluwen wormen)

### *Tractus urogenitalis*

- aandoeningen van de uterus + adnexen (cysten, ge-  
zwollen)
- prostaatlijden

### *Endocriene stoornissen*

- hypothyreoïdie, Morbus Basedow
- hyperparathyreoïdie
- Morbus Addison

### *(Centraal) zenuwstelsel*

- neurologisch
- Morbus Parkinson
- spierziekten
- multipole sclerose
- cerebrovasculair accident
- tumor cerebri
- dwarslaesie
- myelitis
- phrenicusparese
- psychiatrisch
- depressies
- dementieën

### *Metabole oorzaken*

- hypercalciëmie
- porphyrie

### *Medicamentus*

- na extreme laxantia-abusus kan obstipatie optreden
- antacida (Ca-zouten, bismuthpreparaten, alumi-  
niumzouten)
- antidepressiva (zoals Imipramine)
- antihistaminica (door de anticholinergische component is  
obstipatie mogelijk)
- difenhydramine (Amosyt, Benadryl, Dramamine,  
Neobendoline)
- antihypertensiva (Clonidine, Methylodopa)
- antiparkinsonmiddelen benzatropine (Cogentin), biperi-  
deen (Akineton), chloorfenoxamine (Rodavan), dextimide  
(Tremblex), diathiazine (Diparcol), orfenadine (Disipal, dis-  
paletten), procyclidine (Kemadrin), trihexyfenidyl (Artane,  
paralest)
- Bètablokkeerders, voornamelijk propranolol (Inderal)
- Haematopoietica (ijzerpreparaten)
- Narcotische analgetica (morfine, codeïne)
- Niet-narcotische analgetica (detropropoxyfeen)
- Parasympathicolitica atropine, belladonna-preparaten,  
metixeen (Tremaril), oxyfencyclimine (Daricon, Enarax),  
emepromium (Cetiprin), glycopyrronium (Robinul), iso-  
propamide (Priamide), oxyfenonium (Antrenyl), poldine  
(Nactate), propantheline (Pro-Banthine, Neo-Dexabine)
- Psychofarmaca + hypnotica (fenothiazinederivaten  
zoals clopromazine, chloordiazepoxide (Librium) en  
aminoglutethimide (Doriden)
- Serumlipidenverlagende stoffen Cholestyramine (Que-  
stran)

zame bejaarde geïsoleerd en kan hij ook  
psychisch sterk achteruitgaan. Derhalve is  
snel therapeutisch ingrijpen geïndiceerd.  
De voornaamste oorzaken van diarree kun-  
nen in drie groepen worden verdeeld:

2.1. Symptomatische diarree.

2.2. Diarree door neurologische aandoe-  
ningen.

2.3. Diarree door faecaal impactaat.

2.1. *Symptomatische diarree*

*Brocklehurst* en *Ferguson Anderson* wijzen  
gezwollen, colitis, diverticulitis als de voor-  
naamste oorzaken van diarree bij bejaarden  
aan. In dit verband vermelden zij als andere  
oorzaak het medicijngebruik. Enerzijds door  
een te frequent gebruik van laxantia, an-  
derzijds door de bijwerkingen van bepaalde  
medicamenten, zoals antibiotica (ampicil-  
line, tetracycline), antacida (Mg-zouten,  
MgO), antihypertensiva (reserpine, Apreso-  
line, bètablokkeerders, guanethedine (En-  
vacar, Esbatal)), cardiaca (chinidine en di-  
gitalisglycosiden).

*Schettler* merkt daarentegen op, dat de  
meeste soorten diarree van bacteriële of vi-  
rale oorsprong zijn. Persoonlijk zagen wij bij  
enkele patiënten met sterke arteriosclerose  
enkele malen diarree, zonder dat de patho-  
loog-anatoom een oorzaak kon aanwij-  
zen. Mogelijk kan ook arteriosclerose van de  
darmvaten een oorzaak zijn.

In een ander geval kregen enkele snoeplus-  
tigde dementebejaarden, die incontinent voor  
faeces waren, van familieleden excessieve

hoeveelheden zoetigheden en drop. Na een  
gesprek met de familieleden werden er an-  
dere geschenken meegenomen en ver-  
dween de incontinentie. Ook alcoholabusus  
kan diarree veroorzaken.

Navagotomie, maag- en darmresectiekun-  
nentekortenaanverteringsfermentenenre-  
sorptiestoornissen ontstaan en daardoor  
diarree (*Hazenberg, 1973*). Ook bij bepaal-  
de ziekten, zoals uremie en de ziekte van  
Addison, kan diarree ontstaan.

Voor de behandeling van symptomatische  
diarree dient men in de eerste plaats de oor-  
zaken en zo nodig, in de tweede plaats, de  
diarree te bestrijden.

2.2. *Diarree door neurologische aandoe-  
ningen.* Diarree en incontinentie van faeces,  
veroorzaakt door neurologische aandoenin-  
gen, zoals multiple sclerose, cerebrovas-  
culair accident en arteriosclerose cerebri,  
zijn vaak bijzonder moeilijk te bestrijden. De  
behandeling dient te bestaan uit mobilisatie  
en darmdressuur. Veel lichaamsbeweging  
overdag en (drang of geen drang) regelmatig  
naar het toilet laten gaan, hebben vaak suc-  
ces. Als alle maatregelen geen effect heb-  
ben, kan men de diarree en de faecale in-  
continentie bestrijden door 's morgens 10  
mg codeïne en 's avonds Agarol of Dulcolax  
te geven. Deze therapie dient men van pa-  
tiënt tot patiënt in te stellen.

Men zij gewaarschuwd dat ook een patiënt  
met een neurologische aandoening diarree,

veroorzaakt door een niet-neurologische aandoening, kan hebben.

2.3. *Diarree door een faecaal impactaat.* Het faecaal impactaat en het faecaloom werden reeds hiervoor vermeld. Wanneer dient men het faecaal impactaat als diagnose te overwegen? Indien men bij het lichamelijk onderzoek ontdekt, dat de anus openstaat, de sfincter slap is en men bij het rectaal toucher op een faecesmassa stoot, dan wordt de diagnose faecaal impactaat waarschijnlijk. De bejaarde kan over bekkenpijn, pijn in het rectum en pollakisurie klagen.

Indien men de consistentie en de frequentie van de ontlasting onderzoekt ontdekt men, dat de ontsnapte ontlasting – „de diarree” – bij een faecaal impactaat een dikkere consistentie heeft, sterker gekleurd is dan bij „gewone diarree”. Ook het onderzoek van de onderkleding en het beddegoed is belangrijk. Doordat bij een faecaal impactaat de ontlasting er periodiek uitlekt, wordt de kleding en het beddegoed niet zo besmeurd, zoals dat bij „gewone diarree” kan gebeuren door de daarbij optredende overmatige peristaltiek. Ook dit is een verschil, dat belangrijk is voor de differentiële diagnose. Tijdens het rectaal toucher kan de toucherende vinger ook op een min of meer kogelvormige massa stoten, een faecaloom, dat als een soort kogelventiel kan werken. Boven dit faecaloom of het impactaat bevindt zich doorgaans een dunne faecesmassa, die intermitterend door de verwijde anus en de verslakte sfincter loopt: „diarree”.

2.3.1. *Voorkomen.* Het faecaal impactaat (en het faecaloom) komt voornamelijk bij bejaarden voor. In 98 procent van de gevallen in het rectum, in het colon in 1,6 procent van de gevallen en in 0,4 procent in het ileum.

2.3.2. *Oorzaken.* Als oorzaken worden genoemd obstipatie, cerebrovasculaire accidenten en ziekten, die de bejaarde ernstig bedlegerig en/of verzwakt hebben.

2.3.3. *Mogelijke gevolgen.* Het faecaal impactaat kan een aantal ernstige gevolgen hebben:

A. Incontinentie voor faeces (zie 1.6.1.2. onder B en punt 2.3).

B. Incontinentie voor urine. Een zeer groot rectaal faecaal impactaat kan tegen de blaashals drukken en incontinentie voor urine veroorzaken.

C. Rectaal bloedverlies. De dunne ontlasting, die zich boven het faecaal impactaat kan bevinden, kan (door rotting) bestanddelen bevatten, die het darmslijmvlies beschadigen; hierdoor kunnen darmbloedingen optreden.

D. Ileus. Een hoogzittend (zie 2.3.1.) faecaal impactaat kan een ileus-achtig beeld

veroorzaken. Chirurgische therapie behoeft niet altijd geïndiceerd te zijn.

E. Onrust en verwarring. Het is niet ongebruikelijk, dat een patiënt met een faecaal impactaat verward en onrustig is. Nadat het faecaal impactaat is verwijderd, kan deze geestelijke onrust en verwarring verdwijnen. Een opname in een verpleeghuis voor „demente bejaarden” kan daarmee worden voorkomen.

2.3.4. *Behandeling.* De behandeling van diarree ten gevolge van een faecaal impactaat (of een faecaloom) betekent goede lediging van het darmkanaal. In de meeste gevallen zal men met een Bisacodyl dragee of een hoog ingebrachte Bisacodyl zetpil voldoende succes hebben. Bij een rectaal faecaal impactaat mag men na 20 minuten, respectievelijk twee uur nogmaals een zetpil geven. *Boom* (1961) geeft de raad zo nodig een lavement met 150-200 ml olie te geven en dit 's nachts in te houden. Het toedienen van lavementen kan echter darmslijmvliesbeschadigingen, waterintoxicatie en collaps veroorzaken. Is men door omstandigheden toch gedwongen een lavement te geven, dan mag men dit nooit door een tweede laten volgen, voordat het eerste lavement grotendeels is teruggekomen (*Hazenberg*, 1962). Water en zeepwateroplossingen dienen te worden vermeden.

Het kan ook noodzakelijk zijn het zich rectaal bevindende faecale impactaat digitaal te verkleinen en te verwijderen. Persoonlijk geven wij bij digitale verwijdering de bejaarde tevoren 10 mg diazepam (*Valium*) intramusculair.

Soms kan het een tot drie weken duren, voordat de darm geheel is geledigd. Daarna dient men met duidelijke leefregels, dieet en zo nodig medicamenten een herhaling te voorkomen. Regelmatige controle – rectaal toucher – is als nazorg noodzakelijk.

Als wij een bepaalde therapie overwegen, moeten wij erop toezien, dat de bejaarde voldoende warmte en vocht krijgt. De behandeling van de bejaarde mens dient voorts met grote genegenheid te worden uitgevoerd.

Naarmate men meer thuisraakt in de diagnostische en therapeutische mogelijkheden, zal men ervaren, dat bij bejaarden het beperken van de diagnostische ingrepen en het niet instellen van een bepaalde therapie de moeilijkste behandeling kan zijn.

*Summary. Disorders of defaecation in the aged. The most conspicuous disorders of defaecation in the aged are constipation, diarrhoea and incontinence. Constipation can be divided into transient, habitual, chronic and symptomatic constipation.*

*Diarrhoea can be divided into symptomatic diarrhoea, diarrhoea due to neurological changes, and diarrhoea due to faecal impaction. In the aged, diarrhoea and incontinence are often concomitant. Possible causes of these disorders, and their therapy, are discussed.*

Algemene richtlijnen voor een celluloseverrijkt dieet (bij obstipatie); een uitgave van het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht in samenwerking met het Centraal Instituut voor Voedingsonderzoek T.N.O. te Zeist.

Boom, B. K. (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 407.

Boom, B. K. (1962) Ned. T. Geneesk. 106, 1815

Brocklehurst, J. C. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Churchill Livingstone, Edinburgh and London, 1973.

Browse, N. L., The physiology and pathology of bed rest. Charles C. Thomas, Springfield, 1965.

Burger, A. K. C. (1975) huisarts en wetenschap 48, 456

Dock, W. Constipation and diarrhoea: Principals of internal medicine. T. R. Harrison, editor, Blakiston Co., New York, 1952

Exton-Smith, A. N. In: Avery Jones, editor, Management of constipation. Blackwell Scientific Publications, Oxford-London, 1972.

Ferguson Anderson, W., Practical management of the elderly. Blackwell Scientific Publications, Oxford and Edinburgh, 1971.

Hazenberg, K. Obstipatie. Omnia Praescribendi Gratia. De Onderlinge Pharmaceutische Groothandel, 1962.

Hazenberg, K. Diarrhoe. Omnia Praescribendi Gratia. De Onderlinge Pharmaceutische Groothandel, nummer 22, 1973.

Lups, S. In: Nederlands leerboek der interne geneeskunde. Scheltema & Holkema n.v., Amsterdam, 1960.

Materia Medica Selecta onder redactie van F. Kalsbeek, J. F. Kok en P. H. van Marle. Agon Elsevier, Amsterdam, 1969.

Michels, J. J. M. (1963) huisarts en wetenschap 6, 245.

Pinkhof, H. en M. M. Hilfman, Geneeskundig Woordenboek. De Erven Bohn, Amsterdam, 1973.

Proosdij, C. van. Het spijsverteringskanaal bij bejaarden. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij n.v., deel 18, 1966.

Schettler, G. Alterskrankheiten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.

Wright, S., Applied physiology. Oxford University Press, London, 1961.

Wijn, J. F. de en W. A. van Staveren, De voeding van elke dag. De Erven Bohn b.v., Haarlem, 1973.

Zonneveld, R. J. van. The health of the aged. Van Gorcum en Comp., Assen, 1961.