

# Het beleid bij fecale incontinentie in de huisartspraktijk

DORETH TEUNISSEN  
TOINE LAGRO-JANSSEN

Teunissen D, Lagro-Janssen T. Het beleid bij fecale incontinentie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1999;42(10):446-50,454.

De prevalentie van fecale incontinentie varieert van 0,75 tot 2,2 procent. Van de hoogbejaarden is zelfs één op de vijf personen incontinent voor feces. Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek is het merendeel van de patiënten met fecale incontinentie in te delen in een van de volgende groepen: fecale incontinentie bij chronische diarree, verlies van anaal vocht of kleine hoeveelheden vloeibare feces, idiopathische fecale incontinentie en een restgroep. De meeste patiënten kunnen conservatief behandeld worden, afhankelijk van de oorzaak met een obstiperend dieet, eventueel aangevuld met obstiperende medicatie, of juist met een laxerend dieet, al dan niet in combinatie met laxerende medicatie, biofeedbacktraining, incontinentiemateriaal of anale tampons. Chirurgische mogelijkheden zijn het herstel of verwijderen van fistula, hemorroïden, rectum- of mucosaprolaps of een fissura ani, het herstel van een sfincterdefect of reconstructie van den bekkenbodem.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.  
mw. T.A.M. Teunissen, huisarts;  
mw. prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts.  
Correspondentie: mw. T.A.M. Teunissen.

## Inleiding

Fecale continentie is het vermogen om het vollopen van het rectum gewaar te worden, de ontlasting vast te houden, en op een willekeurig moment het rectum te ontlasten.<sup>1</sup> Falen van dit mechanisme heeft vervelende consequenties voor de patiënt en kan leiden tot psychische en sociale problemen. Het behandelen van fecale incontinentie brengt ook de nodige kosten met zich mee. In de Verenigde Staten is fecale incontinentie verantwoordelijk voor 400 miljoen dollar aan medische kosten.<sup>2</sup>

De prevalentie onder de volwassen bevolking varieert van 0,75 tot 2,2 procent.<sup>3</sup> Zij stijgt met de leeftijd en ligt bij mensen >85 jaar rond de 16-22 procent. In verzorgingshuizen en verpleeghuizen worden nog hogere prevalenties gevonden.<sup>4</sup> Gezien de toenemende vergrijzing van Nederland zal fecale incontinentie een steeds groter probleem worden.

De laatste jaren heeft fecale incontinentie meer aandacht gekregen, maar de rol van de huisarts bleef daarbij onderbelicht. In dit nascholingsartikel geven wij een overzicht van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden in de huisartspraktijk.

## Anatomie en fysiologie

Een goed functionerend colon, rectum en sfincterapparaat zijn van essentieel belang voor de continentie van feces.<sup>5</sup> Het colon dient de gebonden feces in een traag tempo aan te bieden aan het rectum. In een goed werkend rectum worden de feces opgeslagen, en geleidelijk aan wordt men zich gewaar van het vollopen.

Het sfincterapparaat bestaat uit een interne en een externe sfincter. De interne sfincter is een voortzetting van de circulair spierlaag van het rectum; deze zorgt voor 80 procent van de rusttonus en bestaat uit onwillekeurige spiervezels.<sup>6</sup> Distentie van het distale rectum leidt reflectoirtot relaxatie van de interne sfincter. De externe sfincter bestaat uit willekeurige spiervezels, geïnnerveerd door de nervus pudendus. Hij ligt vrijwel direct om de in-

terne sfincter heen, maar iets meer naar distaal. Door continue activiteit zorgt hij voor 20 procent van de anale rustdruk.

Nadat de interne sfincter door de reflex is gedilateerd, neemt de externe sfincter de functie over. Dit gebeurt ook bij intra-abdominale, drukverhogende momenten, zoals hoesten en niesen. Een stoornis op een van deze gebieden behoeft niet altijd tot fecale incontinentie te leiden, maar falen van één onderdeel met een zeer gering falen van een tweede onderdeel doet dat bijna altijd wél.<sup>5</sup>

## Anamnese

Voordat een patiënt met fecale incontinentie zich op het spreekuur meldt, heeft hij waarschijnlijk een enorme drempel moeten overwinnen om erover te praten. Bij de benadering van de patiënt dient men hiermee rekening te houden. Een ontspannen sfeer tijdens het consult en een open opstelling van de huisarts kunnen het voor de patiënt een stuk gemakkelijker maken.

In eerste instantie dient men na te gaan om wat voor type incontinentie het gaat (*kader*). De volgende indeling is daarbij het meest praktische:

- fecale incontinentie bij chronische diarree;
- verlies van anaal vocht, anale afscheiding of kleine hoeveelheden vloeibare feces met normale continentie voor de gebonden feces;
- idiopathische fecale incontinentie;
- restgroep.
- De eerste groep bestaat uit patiënten met chronische diarree. Een deel van hen is niet in staat om de vloeibare feces op te houden en op een willekeurig moment uit te stoten. Deze patiënten hebben velden of nooit gebonden ontlasting, en verliezen diverse malen per dag grote hoeveelheden vloeibare of waterdunne feces. Vaak is er een samenhang met eten en intra-abdominale, drukverhogende momenten, zoals zwaar tillen, hoesten en sporten.
- De tweede groep bestaat uit patiënten die de gehele dag wat bruinige anale afscheiding hebben – *soiling* – en patiënten die diverse malen per dag kleine hoeveel-

heden vloeibare feces verliezen; voor gebonden ontlasting bestaat normale continentie. Soiling wordt vooral veroorzaakt door hemorroïden, rectum- of mucosaprolaps, rectokèle en soms een oud litteken in de sfincter;<sup>7</sup> patiënten die diverse malen per dag kleine hoeveelheden vloeibare feces verliezen, lijden waarschijnlijk aan obstipatie. Er is geen duidelijke relatie tussen het fecesverlies en drukverhogende momenten of maaltijden. Vooral bij bejaarde patiënten is obstipatie veruit de belangrijkste oorzaak van fecale incontinentie. De anamnese dient bij hen gericht te zijn op de onderliggende aandoening.

• De groep patiënten met idiopathische fecale incontinentie is het grootst.<sup>8</sup> Dit zijn

patiënten die over het algemeen 60 jaar of ouder zijn en geleidelijk fecale incontinentie hebben ontwikkeld; meestal gaat het om verlies van gebonden feces, een of enkele malen per dag, over het algemeen na de maaltijd en soms bij intra-abdominale drukverhogende momenten. Deze patiënten hebben een slappe bekkenbodem door denervatie zonder duidelijke onderliggende oorzaak. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat denervatie voornamelijk optreedt bij patiënten met chronische obstipatie. Door vaak en langdurig en verkeerd persen ontstaat er geleidelijk schade van de nervus pudendus. Bij vrouwen speelt ook vaak rekbeschadiging van de nervus pudendus tijdens de partus een rol. De symptomen hiervan openbaren zich meestal pas op oudere leeftijd, doordat ook de veroudering invloed heeft op de innervatie van de bekkenbodem. Aanvankelijk is er dus nog voldoende reservecapaciteit, maar die verdwijnt geleidelijk.

• De 'restgroep' bestaat hoofdzakelijk uit patiënten die fecaal incontinent zijn geworden na een bepaalde gebeurtenis. Hierbij valt te denken aan:

- iatrogene schade aan de innervatie van de bekkenbodem, eventueel gecombineerd met sfincterschade, zoals door HNP-operatie, fistelherstel, anusdilatie bij fissura ani of hemorroïden, darmoperaties of darmresecties;
- schade door vaginale partus; tijdens een vaginale partus is er immers kans op een sfincterruptuur en schade aan de nervus pudendus, hetgeen kan leiden tot fecale incontinentie; de kans hierop is groter na een forcipale bevalling, langdurige uitdrijving, hoog geboortegewicht van het kind, multipariteit en na het plaatsen van een episiotomie;<sup>9-11</sup>
- schade door traumata aan de anus, zoals paalverwondingen en ongewilde penetratie van het anale kanaal;
- aangeboren afwijkingen;
- neurologische ziekten, zoals een dwarslaesie en een doorgemaakt CVA.

Ook bij deze groep gaat het meestal om verlies van gebonden feces, een of enkele malen per dag, over het algemeen na de maaltijd en soms bij intra-abdominale drukverhogende momenten. De dokter

dient bedacht te zijn op een mogelijk behandelbaar etiologisch moment; juist in deze groep kan chirurgische behandeling effectief zijn.

Voor het bepalen van het type incontinentie en de ernst daarvan is het handig gedurende een aantal weken een incontinentiedagboek te laten bijhouden. Hierin registreert de patiënt het tijdstip van de incontinentie, de relatie met eten, de relatie met lichamelijke inspanning en de hoeveelheid en consistentie van de ontlasting.

Bij de anamnese dient de dokter natuurlijk ook aandacht te hebben voor de sociale gevolgen. Mensen met fecale incontinentie kunnen zeer belemmerd worden in hun maatschappelijk functioneren door hun voortdurende angst dat zij geroken worden, dat zij niet op tijd bij een wc kunnen komen, dat zij vlekken in hun kleding krijgen, enz.

## Lichamelijk onderzoek

Allereerst dient men het perineum en de anus te inspecteren (*kader*). Littekens op het perineum kunnen ontstaan zijn na een

### Anamnese<sup>3,31-34</sup>

#### Type incontinentie

- Diarree: analyse van de chronische diarree inzetten.
- Anale afscheiding / verlies van kleine hoeveelheden vloeibare ontlasting:
  - Puilt er weleens iets uit de anus?
  - Pijn of jeuk rond de anus?
  - Vroegere operaties bekkengebied?
  - Harde en moeizame ontlasting tussen de incontinentie door?
- Overige:
  - Iatrogene: vroegere operaties in bekken gebied?
  - Obstetrie:
    - hoeveel vaginale bevallingen?
    - duur uitdrijving?
    - geboortegewicht van kind?
    - episiotomie gezet?
    - forceps?
    - ruptuur van perineum of sfincter?
  - Trauma:
    - paalverwonding?
    - ongewenste anale penetratie?
  - Aangeboren afwijkingen (spina bifida, anus imperforata).
  - Neurologische ziekte (CVA, MS, dwarslaesie, neuropathie).

#### Ernst

- Hoe vaak?
- Consistentie van feces?
- Incontinentiemateriaal nodig?

*Consequenties van de klacht voor de patiënt*

### Lichamelijk onderzoek<sup>3,31-34</sup>

#### Inspectie

- Zijn er littekens op het perineum?
- Is er irritatie van de huid rondom de anus?
- Zijn er anatomische afwijkingen te zien zoals fistula, hemorroïden of fissura ani?
- Wordt de anus bij aanspanning naar ventraal getrokken?

#### Rectaal toucher

- Harde feces in de ampulla?
- Tonus van de exterior sfincter in rust en bij aanspannen?
- Is een defect in de sfincter palpabel?
- 'Gasping' van de anus?
- Wordt de anus bij aanspannen bekkenbodem naar voren getrokken?

#### Vaginaal toucher

- Beoordeling kracht van de bekkenbodem.

*Aanwezigheid anale huidreflex*

partus, paalverwonding of een anale chirurgische behandeling. Bij deze groep patiënten kan tevens sprake zijn van een beschadigde sfincter.

Bij voortdurend verlies van vloeibare feces of anaal vocht, zoals bij chronische diarree en soiling, ontstaat vaak irritatie van de huid. Bij soiling let men ook op de aanwezigheid van anatomische afwijkingen, zoals fistula, hemorrhoiden of een fissura ani. Ook een mucosa- of rectumprolaps, zichtbaar te maken door de patiënt te laten persen, eventueel gehurkt, kan de oorzaak van soiling zijn.

Ten slotte wordt beoordeeld of de anus bij aanspannen naar ventraal wordt getrokken. Normaal gesproken wordt bij aanspannen van de anus ook de musculus puborectalis aangespannen, waardoor de anus naar voren komt en de anale hoek in het rectum wordt vergroot. Dit verkleint de kans op fecesverlies. Bij een slappe bekkenbodemp is deze functie van de musculus puborectalis verminderd of zelfs verdwenen.

Na inspectie van het anale gebied volgt het rectaal toucher. Dit is nodig om de ampulla te inspecteren op aanwezigheid van harde ontlasting of een rectokèle, en om de tonus van de sfincters te beoordelen. De rusttonus van de anus wordt vooral bepaald door de interne sfincter; de externe sfincter zorgt voornamelijk voor een verhoogde tonus bij aanspannen van de anus.<sup>5</sup> Bij een traumatische sfincterlaesie zijn vaak beide sfincters aangedaan. Is er alleen een sfincterdefect, maar geen zwakke bekkenbodemp, dan wordt er bij toucher een slappe tonus gevonden van de sfincter, die bij aanspannen niet of nauwelijks toeneemt.

Een defect in de sfincter is vaak het best te voelen tijdens aanspanning. Is de tonus van de interne anale sfincter nagenoeg geheel verdwenen, dan kan de anus openstaan: dit wordt *gaspig* genoemd.<sup>12</sup> De anus wordt echter wel naar voren getrokken bij aanspannen van de bekkenbodemp, doordat de musculus puborectalis doorgaans wel goed functioneert. Indien er, naast een slappe sfincter, ook een zwakke bekkenbodemp bestaat, blijft deze verplaatsing van de anus naar ventraal achterwege

bij aanspannen van de bekkenbodemp. Operatief corrigeren van een defecte sfincter blijkt bij een zwakke, gedenerveerde bekkenbodemp aanzienlijk slechtere resultaten te hebben dan bij een goed functionerende bekkenbodemp.

Bij vrouwen kan het onderzoek nog aangevuld worden met een vaginaal toucher, omdat men dan ook een indruk krijgt van de kracht van de bekkenbodemp.

Als laatste beoordeelt men de anale huidreflex. Normaal gesproken ontstaat er een contractie van de anale sfincter als men de huid rond de anus of de anus zelf aanraakt. Bij een zwakke, gedenerveerde bekkenbodemp is deze reflex sterk verminderd of geheel afwezig.

## Evaluatie

*Keating et al.* onderzochten een groep patiënten met fecale incontinentie die verwezen waren naar de tweede lijn. Bij 80 procent kon de oorzaak worden vastgesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, en bij slechts 20 procent was nog aanvullend onderzoek nodig, zoals een transanale echografie, manometrie en EMG van de nervus pudendus.<sup>13</sup> Ook de huisarts moet dus bij het merendeel van de patiënten een diagnose kunnen stellen.

Bij een patiënt met fecale incontinentie bij chronische diarree dient in eerste instantie nadere analyse van de diarree plaats te vinden. Hoe deze analyse er uitziet, valt buiten het bestek van dit overzicht. Meestal is hiervoor verwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk. Het lukt echter niet altijd om de oorzaak van de diarree te achterhalen en niet elke oorzaak van chronische diarree is adequaat te behandelen. Deze patiënt zal doorgaans verder begeleid worden in de tweede lijn. Er zijn ook patiënten met al jaren bestaande en uitgebreid geanalyseerde chronische diarree die geleidelijk incontinent worden. De kwaliteit van de anale sfincters, met name bij vrouwen, gaat immers achteruit bij het ouder worden.<sup>14-18</sup> Deze groep patiënten is meestal niet meer onder behandeling van de tweede lijn en kan adequaat worden begeleid door de huisarts.

In geval van soiling blijkt de huisarts, na anamnese, lichamelijk onderzoek en eventuele aanvullende proctoscopie, in 95 procent van de gevallen de oorzaak te kunnen achterhalen.<sup>7,19</sup> Het gaat hier meestal om corrigeerbare aandoeningen, zoals hemorrhoiden, fissura ani, fistula of mucosa/rectumprolaps.

Bij bejaarden met diverse malen per dag verlies van vloeibare feces is meestal sprake van obstipatie. Volgens *Tobin et al.* zou dit gelden voor de helft van de patiënten met fecale incontinentie in verzorgings- of verpleegtehuizen.<sup>20</sup>

Idiopathische fecale incontinentie komt vooral voor bij wat oudere patiënten. Chirurgische behandeling is meestal niet zinvol. Deze groep kan in de eerste lijn worden behandeld. Mocht dit niet tot het gewenste resultaat leiden, dan kan alsnog een verwijzing naar de tweede lijn worden overwogen.

Patiënten die fecaal incontinent zijn geworden na een bepaalde gebeurtenis, zal men doorgaans verwijzen naar de tweede lijn. Bij deze groep is er immers een reële kans dat de onderliggende pathologie chirurgisch kan worden gecorrigeerd.

## Behandeling

Er zijn bij fecale incontinentie globaal twee behandelingsmogelijkheden: conservatieve therapie en chirurgische therapie. Welke behandeling uiteindelijk gekozen wordt, hangt vooral af van type incontinentie, leeftijd en wensen van de patiënt. Bij veruit de meeste patiënten zal echter worden gekozen voor een conservatieve behandeling.<sup>7</sup> Deze vorm van therapie kan door de huisarts worden voorgeschreven en begeleid.

De indicaties voor conservatieve therapie bij fecale incontinentie zijn:

- fecale incontinentie bij uitvoerig geanalyseerde chronische diarree waarbij geen oorzakelijke therapie van de diarree mogelijk is;
- verlies van vloeibare feces per anum door obstipatie;
- oudere patiënten met waarschijnlijk idiopathische incontinentie.

### Chronische diarree

In geval van diarree is een obstiperend dieet de meest aangewezen therapie, eventueel aangevuld met obstiperende medicatie. Loperamide en codeïne zijn het meest effectief en het minst sederend.<sup>21-23</sup> Men dient wel alert te zijn op het ontstaan van obstipatie. Dit kan worden voorkomen door bijvoorbeeld eenmaal per week een klysma te gebruiken.

Mocht dit alles niet tot bevredigende resultaten leiden, dan kan biofeedback worden overwogen. Biofeedback beoogt de kracht van bekkenbodempier en externe sfincter te trainen, en de gewaarwording van rectale vulling te bevorderen. Tijdens biofeedbacktraining wordt gebruik gemaakt van een druksensor in de anus, die verbonden is met een beeldscherm. Het adequaat aanspannen van de anus resulteert in een hogere curve op het beeldscherm. In de onderzoeken die tot nu toe zijn verricht naar het effect van biofeedback, variëren de resultaten van geen effect tot 65-75 procent reductie van de frequentie van de incontinentie.<sup>24-29</sup> Steeds meer fysiotherapeuten zijn geschoold in het geven van biofeedbacktraining en hebben daarvoor ook de nodige apparatuur. Men zal doorgaans alleen bij goed gemotiveerde patiënten kiezen voor deze vorm van therapie, omdat er bij biofeedback consequent oefening dient te worden. Voor bejaarden kunnen de oefeningen te moeilijk zijn.

Tot slot kan bij chronische diarree met incontinentie gebruik worden gemaakt van incontinentiemateriaal en anale tampons. Hiervoor geldt in wezen hetzelfde als bij urine-incontinentie. Bij een eerste aanvraag wordt meestal door de apotheek een proefpakket meegegeven om vast te stellen welk materiaal het beste bevat. Met een machtiging van de huisarts worden deze hulpmiddelen vergoed door de AWBZ.

Naast het algemene incontinentiemateriaal als luiervoer, inlegverbanden en onderleggers, zijn er speciale middelen beschikbaar, zoals verbanden met een 'opstaand dammetje', bestaande uit elastiekjes met een *nonwoven* drooghoudlaagje aan de zijkant van de absorberende pulpmat. Door deze vorm is er minder kans op

lekken. Er bestaan ook opvangzakjes om aan de anus vast te plakken. Deze zijn echter minder succesvol, doordat ze meestal niet goed afsluiten. Het nadeel van al deze verbanden is en blijft dat de huid wordt verontreinigd en er een onaangename geur ontstaat, zodra er ontlasting in het zakje terecht komt. Hiervoor zijn weer diverse huidverzorgende zalven en geur-neutraliserende sprays in de handel, maar het effect is doorgaans beperkt.

Bij gebruik van anale tampons heeft men geen last van deze neveneffecten. De tampons zijn er in verschillende vormen en maten en kunnen gemiddeld acht uur worden gedragen. Voor het inbrengen moeten ze in lauwwater worden gedompeld. Het overtollige water moet er vervolgens uitgeknepen worden, waarna de tampon met een applicator kan worden ingebracht. Ook dit incontinentiemateriaal wordt vergoed na het verstrekken van een machtiging door de huisarts. Enkele farmaceutische industrieën hebben speciale verpleegkundigen in dienst die bij een aanvraag de patiënt thuis bezoeken om uit te zoeken of het gebruik van tampons haalbaar is, en zo ja, welke het beste voldoet.

Nadelen van de anale tampons zijn dat er bij 15 procent van de patiënten toch nog lekkage van feces optreedt en dat het inbrengen en uitnemen lastig kan zijn.<sup>30</sup> Ook dient er wel enige tonus van de sfincter aanwezig te zijn, omdat de tampon anders niet ingehouden kan worden.

### Verlies van vloeibare feces bij obstipatie

Bij verlies van vloeibare feces door obstipatie dient uiteraard gelaxeerd te worden. Goede resultaten worden bereikt door dagelijks lactulose te gebruiken met eenmaal per week een klysma.<sup>20</sup> Daarnaast dient de patiënt natuurlijk gestimuleerd te worden om voldoende te drinken en een vezelrijk dieet te gebruiken. De overige conservatieve mogelijkheden zijn voor deze groep patiënten niet van belang.

### Idiopathische fecale incontinentie

Bij oudere patiënten met idiopathische fecale incontinentie kan men kiezen voor een obstiperend dieet of obstiperende me-

dicatie met enkele malen per week een klysma. *Tobin et al.* bereikten met 30-60 mg codeïne per dag en tweemaal per week een microlax bij driekwart van de patiënten een aanzienlijke verbetering van de klachten.<sup>20</sup> Ook het gebruik van een dagelijks klysma zonder orale medicatie kan verlichting van de klachten geven, maar deze behandeling is doorgaans belastender voor de patiënt. Biofeedback is voor deze groep niet altijd haalbaar, doordat de vereiste trainingen te moeilijk kunnen zijn. Als laatste kan natuurlijk ook gekozen worden voor het gebruik van incontinentiemateriaal. In het algemeen zal men bij bejaarden minder snel overgaan tot het gebruik van anale tampons, omdat het inbrengen en uitnemen voor hen vaak lastig is. Met wijkverpleegkundige hulp zou dit probleem kunnen worden opgevangen.

De kleine groep patiënten die buiten deze categorieën valt, zal doorgaans naar de tweede lijn worden verwezen. Na aanvullende diagnostiek zal primair een chirurgische behandeling worden overwogen. Bij soiling gaat het om het herstel of verwijderen van fistula, hemorroïden, rectum- of mucosaprolaps of een fissura ani. Bestaat er een duidelijk sfincterdefect, dan kan geprobeerd worden om dit te herstellen. Bij 80 procent van de patiënten heeft dit goed resultaat, mits er geen begeleidende denervatie van de bekkenbodempier is. Wanneer dit wel het geval is, ligt het succespercentage op 50-60 procent.<sup>31</sup>

Een meer experimentele mogelijkheid is het plaatsen van een neosfincter door bijvoorbeeld een gracilisplastiek. Hierbij wordt de musculus gracilis losgeprepareerd en als een kringspier rond de anus gehecht, eventueel met een onderhuids geïmplanteerde neurostimulator.<sup>32</sup> Ook met andere spieren, zoals de musculus gluteus maximus, zal dit in de toekomst waarschijnlijk mogelijk zijn.

Een andere ontwikkeling is het plaatsen van een kunststof bandje als kringspier rond de anus met een onderhuids pompje voor het oppompen en leeglaten.<sup>33</sup>

In geval van een slappe, gedenerveerde bekkenbodempier kan bij nog vitale en gezonde patiënten een 'post anal repair' over-

wogen worden. Hierbij worden de bekkenbodern en de externe sfincter gereefd, posterior van de anus. De resultaten vallen echter tegen; slechts 50-60 procent van de patiënten heeft er baat bij.<sup>34</sup> Ten slotte is er bij een slappe bekkenbodern nog een experimentele mogelijkheid, namelijk een continue sacrale wortelstimulatie. Over indicaties, succespercentage en complicaties is echter nog weinig bekend.

Niet voor alle patiënten uit deze restgroep zal chirurgische therapie mogelijk zijn of tot het gewenste resultaat leiden, maar ook bij hen kan een conservatieve therapie een aanzienlijke verbetering van de klachten geven.

Indien conservatieve therapie en chirurgische therapie gericht op de onderliggende pathologie niet mogelijk zijn of falen, kan een colostomie soms uitkomst bieden. Een nieuwe ontwikkeling voor deze groep patiënten is de Malone-procedure. Hierbij wordt de appendix in de huid gehecht. Via deze opening kan antegraad, bijvoorbeeld dagelijks, een klysma worden gegeven. Het antegraad toedienen van een klysma is gemakkelijker door de patiënt zelf uit te voeren.

### Praktische punten

- Fecale incontinentie is ruwweg te verdelen in vier groepen: fecale incontinentie bij chronische diarree, soiling en verlies van vloeibare ontlasting bij obstipatie, idiopathische incontinentie en een groep 'overige'.
- Het verlies van vloeibare feces moet onderscheiden worden van soiling. Bij soiling is er sprake van bruinige anale afscheiding, veroorzaakt door hemorrhoiden, prolaps van rectumslimvlies e.d.
- In de meeste gevallen ontstaat fecale incontinentie op oudere leeftijd, meestal ten gevolge van obstipatie of een gedenerveerde, zwakke bekkenbodern zonder duidelijke oorzaak.
- Door anamnese, lichamelijk onderzoek en eventuele proctoscopie kan bij een groot deel van de patiënten de onderliggende pathologie achterhaald worden.
- Voor de meeste patiënten is geen chirurgische behandeling mogelijk. Wel kan een conservatieve behandeling reductie van de klachten opleveren.
- Conservatieve therapie bij fecale incontinentie kan door de huisarts ingesteld en begeleid worden en bestaat uit een stoppend dieet (bij chronische diarree), een laxerend dieet (bij obstipatie), biofeedback en/of het gebruik van incontinentiemateriaal en anale tampons.
- Chirurgische mogelijkheden bij fecale incontinentie zijn o.a. sfincterherstel, het aanleggen van een neosfincter en 'post anal repair'. Herstel van de anale sfincter is vooral succesvol als de bekkenbodern goed functioneert. Bij een slappe bekkenbodern is de kans op succes een stuk kleiner.

### Literatuur

- 1 Kuijpers JHG. Anatomy and physiology of the mechanism of continence. *Neth J Med* 1990;37: 2-5.
- 2 Lahr CJ. Evaluation and treatment of incontinence. *Practical Gastroenterology* 1988;12:27-35.
- 3 Felt-Bersma RJF, Cuesta MA. Faecal incontinence 1994: which test and which treatment. *Neth J Med* 1994;44:182-8.
- 4 Norton N, Cautley E, Furner S. Community based prevalence of anal incontinence. *JAMA* 1995;274:559-61.
- 5 Delemarre JBVM, Kruijthof RH. Incontinentia alvi. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:1187-94.
- 6 Jorge JMN, Stevens D, Wexner MD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993;36:77-97.
- 7 Felt-Bersma RJF, Janssen JJ, Klinkenberg-Knol EC, et al. Vochtverlies per anum; een schrijnend probleem. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988;132: 261-4.
- 8 Kuijpers JHG. Stoormissen in de continentie voor faeces. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986;130:1840-43.
- 9 Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, et al. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Eng J Med* 1993;329:1905-11.
- 10 Haadem K, Ohrlander S, Lingman G. Long term ailments due to anal sphincter rupture caused by delivery; a hidden problem. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1988;27:27-32.
- 11 Crawford LA, Quint EH, Pearl ML, DeLancey JO. Incontinence following rupture of the anal sphincter during delivery. *Obstet Gynecol* 1993; 82:527-31.
- 12 Rosen L. Physical examination of the anorectum: a systematic technique. *Dis Colon Rectum* 1990; 33:439-40.
- 13 Keating JP, Stewart PJ, Evers AA, et al. Are special investigations of value in the management of patients with fecal incontinence? *Dis Colon Rectum* 1997;40:896-901.
- 14 Enck P, Kuhlbusch R, Lubke H, et al. Age and sex and anorectal manometry in incontinence. *Dis Colon Rectum* 1989;32:1026-30.
- 15 McHugh SM, Diamant NE. Effect of age, gender and parity on anal canal pressures. *Dig Dis Sci* 1987;32:726-36.
- 16 Haadem K, Dahlstrom JA, Ling L. Anal sphincter competence in healthy women: clinical implications of age and other factors. *Obstet Gynecol* 1991;78:823-27.
- 17 Laurberg S, Swash M. Effect of aging on the anorectal sphincters and their innervation. *Dis Colon Rectum* 1989;32:737-42.
- 18 Klosterhalfen B, Offner F, Topf N, et al. Sclerosis of the internal anal sphincter. A process of aging. *Dis Colon Rectum* 1990;33:606-9.
- 19 Felt-Bersma RJ, Jansen JJ, Klinkenberg-Knol EC, et al. Soiling: anorectal function and results of treatment. *Int J Colorectal Dis* 1989;4:37-40.
- 20 Tobin GW, Brocklehurst JC. Faecal incontinence in residential homes for elderly: prevalence; aetiology and management. *Age Ageing* 1986; 15:41-6.
- 21 Sun WM, Read NW, Verlinden M. Effects of loperamide oxide on gastrointestinal transit time and anorectal function in patients with chronic diarrhoea and fecal incontinence. *Scan J Gastroenterology* 1997;32:34-38.
- 22 Palmer KR, Corbett CL, Holdsworth CD. Double blind cross over study comparing loperamide, codeine and diphenoxylate in the treatment of chronic diarrhoea. *Gastroenterology* 1980;79: 1272-5.
- 23 Harford WV, Krejs GJ, Santa Ana CA, Fordtran JS. Acute effect of diphenoxylate with atropine in patients with chronic diarrhoea and fecal incontinence. *Gastroenterology* 1980;78:440-3.
- 24 Loening-Baucke V. Efficacy of feedback training in improving fecal incontinence and anorectal physiologic function. *Gut* 1990;31:1395-1402.
- 25 Miner PB, Donnelly TC, Read NW. Investigation of mode of action of biofeedback in treatment of fecal incontinence. *Dig Dis Sci* 1990;35:1291-8.
- 26 Guillemot F, Bouche B, Gower-Rousseau C, et al. Biofeedback for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1995;38:393-7.
- 27 Rao SSC, Welscher KD, Happel J. Can biofeedback therapy improve anorectal function in fecal incontinence. *Am J Gastroenterology* 1996;81: 2360-5.
- 28 Tets WF, Kuijpers JHC, Bleijenberg G. Biofeedback treatment is ineffective in neurogenic fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1996;39:992-4.
- 29 Glia A, Gyllin M, Akerlund JE, Lindhors U, Lindberg G. Biofeedback training in patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1998; 41:359-64.

Vervolg literatuur op pag. 454.