

Stapsgewijze aanpak bij fecale incontinentie

INLEIDING

Het onvrijwillig verlies van ontlasting, van incidentele lekkage tot en met een volledige portie ontlasting, valt allemaal onder de diagnose fecale incontinentie. Naast 'fecale incontinentie' (FI) gebruikt men ook de term 'anale incontinentie'. Patiënten die geen goede controle hebben over flatus, zonder verlies van darminhoud vallen ook onder deze laatste, wat bredere definitie. Wij beperken ons in dit artikel tot het begrip 'fecale incontinentie'.

Van fecale urge-incontinentie is sprake wanneer de patiënt zoveel aandrang ervaart dat hij het toilet niet op tijd bereikt; van fecale *passieve* incontinentie spreken we wanneer de patiënt ontlasting verliest zonder dat hij dit direct merkt. Niet zelden is sprake van een gemengd type fecale incontinentie. Wanneer de patiënt in wisselende mate wat fecaal vocht verliest spreekt men wel van accidentele darmlekkage.^{1,3} [Tabel 1] geeft een etiologische indeling.

Het onderwerp krijgt in de literatuur niet veel aandacht, en wellicht in de dagelijkse praktijk ook niet. Afhankelijk van de mate van ontlasting verlies leidt het tot schaamte en sociale isolatie, en komen patiënten pas na lange tijd bij hun dokter om het probleem te bespreken.²

Huisartsen hebben geen richtlijn voor het beleid bij FI en weten vaak niet goed raad met diagnostiek en behandeling. Het doel van dit nascholingsartikel is om het beleid bij fecale incontinentie wetenschappelijk te onderbouwen. We baseren ons op recente publicaties die we via PubMed hebben gevonden. Omdat de onderzoeken vrijwel zonder uitzondering gericht zijn op de tweede- en derdelijns geneeskunde, geven wij onze eigen klinische interpretatie van het beschikbare bewijs voor de eerste lijn.

Samenvatting

Quartero AO, Bartelink ME. Stapsgewijze aanpak bij fecale incontinentie. *Huisarts Wet* 2017;60(12):651-4.

Onvrijwillig verlies van ontlasting (fecale incontinentie, FI) is een onderbelicht probleem, dat groot effect heeft op de kwaliteit van leven. Onder ouderen in Nederland loopt de prevalentie op tot 16%. De etiologie van FI is heel divers. Waar mogelijk moet de oorzaak worden opgespoord en behandeld; inflammatoire darmziekte en maligniteiten zijn soms de oorzaak van FI, en fecale impactie komt vaak in verpleeg- en verzorgingshuizen voor. Aanvullend onderzoek in de eerste lijn kan bestaan uit colonoscopie of een CT-scan van het abdomen. Voor de behandeling van FI kan bekkenbodemptherapie van nut zijn, maar zeker ook psylliumvezels en diarrestoppers, zoals loperamide. Houd bij verwijzing naar de tweede lijn rekening met de vitaliteit van de patiënt. In de tweede lijn kan uitgebreide diagnostiek plaatsvinden (anale echografie, anorectale manometrie, dynamische MRI en bekkenbodemp-*emg*) en zijn veel vormen van therapie mogelijk (onder andere lauwwaterspoeling, chirurgisch ingrijpen).

Tabel 1 Oorzaken van fecale incontinentie

Mechanisme	Etiologie
Sfincterproblematiek	Lokaal traumatisch: ■ obstetrisch ■ sfincterchirurgie (onder andere hemorrhoiden, fistels) Ruggermerglaesies Atraumatisch: ■ diabetes mellitus ■ neurodegeneratieve aandoeningen (multipale sclerose, ziekte van Parkinson)
Verminderde opslagcapaciteit rectum	Proctitis (ulcerosa, inflammatoire darmziekte, radiatie) Rectumoperaties (low anterior resectie) Poliepen, ruimte-innemende processen
Veranderde rectale sensibiliteit	Afgenomen: ■ diabetes mellitus ■ multipale sclerose ■ dementie ■ obstetrisch ■ chronische obstipatie ■ ruggermerglaesies Toegenomen: ■ prikkelbaredarmsyndroom ■ proctitis, inflammatoire darmziekte
Veranderd volume/consistentie feces	Prikkelbaredarmsyndroom Postcholecystectomie Inflammatoire darmziekte Fecale impactie/overlooppdiarree

EPIDEMIOLOGIE

In Nederland heeft Teunissen in 2000 het voorkomen van FI geïnventariseerd. Zij vond een prevalentie van 0,75-2,2% onder volwassenen, met een toename tot 9% onder 65-plussers. In verpleeghuizen neemt de prevalentie toe tot ruim 16%; internationaal zien we in verpleeghuizen percentages tot 50%.⁴ Een Nederlands onderzoek onder vrouwen en een recente systematische review bevestigen deze bevindingen. Er lijkt geen

De kern

- Fecale incontinentie komt voor bij een op de zes ouderen.
- Wanneer u behoefte hebt aan aanvullende diagnostiek kunt u kiezen voor colonoscopie of een CT-scan van het abdomen.
- Afhankelijk van de oorzaak is in de eerste lijn het gebruik van diarrestoppers zoals loperamide aan te raden. Zolang de patiënt mobiel is en nog in staat is om te leren, is bekkenbodemptherapie altijd een optie.
- In de tweede en derde lijn is uitgebreide diagnostiek mogelijk. Van veel therapeutische opties is het langetermijneffect beperkt of niet onderzocht.

Huisartspraktijk Diepenveen, Diepenveen: dr. A.O. Quartero, huisarts. Afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL), Deventer ziekenhuis, Deventer: M.E. Bartelink, MDL-arts • Correspondentie: o.quartero@hcd.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

verschil te bestaan tussen mannen en vrouwen, wel neemt de prevalentie toe met de leeftijd.^{5,6} Urine-incontinentie en chronische diarree verhogen de kans op FI.⁷

ANATOMIE EN FYSIOLOGIE

De volgende anatomische structuren zijn van belang voor de controle over de ontlasting: de interne rectale sfincter, de externe rectale sfincter en de musculus puborectalis [figuur 1].² De interne sfincter in het verlengde van het rectum bestaat uit glad spierweefsel; de externe sfincter bestaat uit dwarsgestreept spierweefsel en maakt onderdeel uit van de bekkenbodem. De m. puborectalis maakt ook onderdeel uit van de bekkenbodem en loopt met een lus achterom het rectum terug naar zijn origo aan het os pubis. Bij een normaal continentiemechanisme ontspant de interne sfincter op vulling van het rectum vanuit het colon, waardoor het gevoel van aandrang ontstaat. Tijdens defecatie verstrijkt de anorectale hoek en wordt de abdominale druk ondersteund door te persen. Hierdoor treedt descensus op van de bekkenbodem, is er contractie van het rectum en remming van de externe sfincter, en worden de feces geëvacueerd. Door het bewust aanspannen van de externe sfincter en de m. puborectalis kan men dit proces tegenhouden en de ontlasting tot het gewenste moment ophouden.

PATHOFYSIOLOGIE

Verskillende factoren kunnen het normale defecatieproces verstoren [tabel 1]. Mechanische, inflammatoire en infectieuze darmstoornissen beïnvloeden de hoeveelheid en consistentie van de ontlasting en de opslagcapaciteit van het colon. Daarnaast kunnen hypo- en hypersensibiliteit van het rectum bij endocriene (diabetes mellitus), inflammatoire (inflammatoire darmziekte) en neurologische aandoeningen (dementie, multipale sclerose, spinale laesies) tot FI leiden.

Op grond van de symptomatologie kunnen we een inde-

ling maken in urge, passieve en gemengde FI. Dit is slechts een hulpmiddel om de oorzaak van FI te achterhalen, vooralsnog zijn er te weinig argumenten om therapeutische maatregelen te baseren op deze indeling.

Patiënten met *urge*-FI hebben een verminderde opslagcapaciteit van het rectum (bijvoorbeeld door vroegere bestraling of behandeling van aambeien), al of niet met hypersensitiviteit van het rectum. Daarnaast is er een afgenomen knijpkracht (*squeeze*) en knijpduur (*squeeze duration*) van de externe sfincter.

Bij patiënten met *passieve* FI is primair sprake van een lage rustspanning van de interne sfincter. Hyposensibiliteit versterkt dit probleem, bijvoorbeeld bij diabetes mellitus, dementie, de ziekte van Parkinson of aandoeningen van het ruggenmerg (traumatisch of degeneratief).

Achterhaal eerst de behandelbare oorzaak en neem deze weg

Bij jongere vrouwen is er zeker een sterk verband tussen obstetrische trauma's en FI. Bij FI die doorgaans op latere leeftijd optreedt blijft dit onderwerp van discussie.²

Bovengenoemde pathofysiologische processen sluiten elkaar niet uit, vaak zal sprake zijn van *gemengde* FI.

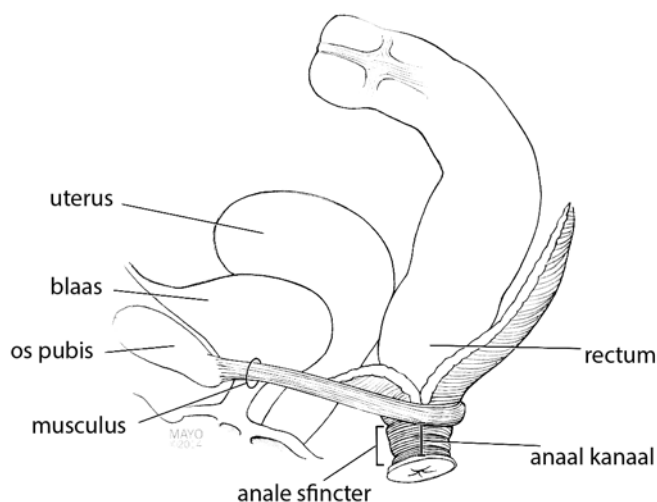
Accidentele anale lekkage (*soiling*) is waarschijnlijk een milde vorm van bovengenoemde processen, maar kan ook een gevolg zijn van beperkte perianale pathologie, zoals hemorroiden of fistels.

Speciale aandacht is nodig voor het veelvuldig voorkomende probleem van *overlooptdiarree*. Hierbij is de primaire oorzaak fecale impactie (door verminderde mobiliteit, hogere leeftijd, verminderde mentale functie, hyposensitiviteit van het rectum, inadequate inname van vocht en vezels). Dit leidt via distensie van het rectum tot permanente inhibitie van de interne sfincter; dunne ontlasting die langs de impactie vloeit kan hierdoor niet goed worden opgehouden.⁸ Volgens een schatting wordt diarree in het verzorgingshuis in meer dan 50% van de gevallen veroorzaakt door fecale impactie, met een grote kans op FI.⁹ Chronische diarree hangt ook samen met status na cholecystectomie; galzure zouten zouden verantwoordelijk zijn voor chronische irritatie van de darm.¹⁰

ANAMNESE, LICHAAMELIJK EN AANVULLEND ONDERZOEK

Huisartsgeneeskundige diagnostiek bij FI is er in de eerste plaats op gericht de ziektelast te bepalen en behandelbare aandoeningen op te sporen. Patiënten komen vaak pas na lang aarzelen met hun incontinentieklachten bij hun huisarts, waarschijnlijk vanuit een gevoel van schaamte. Voor onderzoeksdoeleinden zijn verschillende scoringslijsten ontwikkeld. In de dagelijkse huisartsenpraktijk zijn deze lijsten door hun uitgebreidheid niet goed hanteerbaar, maar een ontlastingsdagboek kan helpen het probleem in kaart te bren-

Figuur 1 Anatomie van het continentiemechanisme



gen. Soort en frequentie van lekkage zijn gemeenschappelijke factoren in alle vragenlijsten, terwijl ook de hoeveelheid ontlasting die verloren wordt zeer relevant is voor de ernst.² Van belang zijn de volgende *anamnestische* gegevens:

- de medische voorgeschiedenis (operaties, bestraling, obstetrische trauma's);
- de frequentie van FI;
- urge-klachten of passief ontlastingsverlies;
- de hoeveelheid accidenteel verloren ontlasting;
- de consistentie van de verloren ontlasting;
- door de patiënt genomen maatregelen;
- invloed op het sociaal functioneren.

Bij *lichamelijk onderzoek* is het rectaal toucher informatief. Alvorens de onderzoekende vinger in de anus te brengen kunt u de sensibiliteit van het perianale gebied onderzoeken door de patiënt te vragen of hij de vinger goed voelt. Aanwezigheid van de anale reflex bevestigt adequaat functioneren van de n. pudendus. Bij introductie van de vinger in het anale kanaal geeft de weerstand tegen de vinger informatie over de rustdruk van de interne sfincter. Wanneer u de patiënt vraagt om te knijpen, kunt u de kracht van de externe sfincter testen. Bovendien zal bij een goed functionerende m. puborectalis een voorwaartse en naar boven gerichte beweging van het rectum te voelen zijn. Dit gaat het beste indien u de vinger naar achteren toe richt.³ Ruime hoeveelheid vaste ontlasting in de rectale ampul wijst op fecale impactie.¹¹

Bekkenbodemtherapie, psylliumvezels en diarreestoppers zijn behandelingsopties bij fecale incontinentie

Aanvullend onderzoek: voor zover de condities in [tabel 1] nog niet bekend zijn kunt u uiteraard diagnostiek overwegen, maar uw beleid zal hierdoor niet vaak veranderen. Diagnostisch onderzoek naar inflammatoire darmziekte zal wel nuttig zijn wanneer urge-klachten door proctitis ulcerosa worden veroorzaakt. Hiervoor kunt u een calprotectinebepaling met een zeer hoge negatief voorspellende waarde voor inflammatoire darmziekte verrichten.¹² Colorectale maligniteiten gaan zelden gepaard met FI; bij twijfel kunt u zeker een coloscopie verrichten. Bij onduidelijkheid over fecale impactie kunt u overwegen een radiologisch buikoverzicht te laten maken of – indien beschikbaar voor de eerste lijn – een CT-scan van het abdomen. Dit laatste onderzoek zal voor veel oudere (arbitrair > 70) en slecht mobiele patiënten meer aanvullende informatie geven dan een simpel buikoverzicht, terwijl de belasting acceptabel is.¹³



Foto: Shutterstock

De prevalentie van fecale incontinentie bij ouderen in Nederland is 16%.

BELEID

De volgende factoren bepalen uw interventies: de ervaren ziektelast, de aanwezigheid van een behandelbare onderliggende aandoening, en de mobiliteit en het leervermogen van de patiënt. Op grond van de beschikbare literatuur en onze eigen ervaring stellen we het volgende stappenplan voor:

- *Stap 0:* behandel zo mogelijk de oorzaak van de FI (of laat deze behandelen), waarna de klachten verdwijnen (fecale impactie, inflammatoire darmziekte, rectumpoliep).
- *Stap 1:* als fecale impactie is uitgesloten, is *loperamide* een logische behandeling.¹⁰ Loperamide verhoogt de spanning van de interne sfincter.² Het algemene advies zou moeten zijn loperamide alleen te gebruiken bij 'uitstapjes', teneinde obstipatie te voorkomen.
- Er zijn geen onderzoeken gedaan die aantonen dat psylliumvezel met weinig water tot verbetering van FI leidt, maar het betreft een simpele goedkope interventie die naar

de persoonlijke ervaring van de auteurs effectief kan zijn. Door de medicatie in te nemen met de helft van de geadviseerde hoeveelheid water wordt de ontlasting enigszins ingedikt, zonder obstipatie uit te lokken. Het is niet aan te raden deze procedure met macrogol uit te voeren.

- Algemene maatregelen zijn: barrièremiddelen (zinkoxide, calamine), fungicidecrèmes, incontinentiemateriaal, geurcontrole; hiertoe zijn speciaal ingerichte luiers beschikbaar waarover de lokale apotheek kan adviseren. De apotheek beschikt ook over startersetjes met anaal tampons, waarmee de patiënt kan experimenteren. Aanpassing van de voeding, eventueel in samenspraak met een diëtiste, kan ook bijdragen.²
- Als sprake is van verminderde opslagcapaciteit, bijvoorbeeld na bestraling of operatie, dan is een dieet met weinig vezels aan te raden. Loperamide, eventueel gecombineerd met periodiek laxeren, is ook hierbij een effectieve ondersteunende therapie.²
- Bij vermoeden van postcholecystectomydiarree is een proefbehandeling met colestyramine aangewezen (4 maal daags 4 gram, eventueel ophogen naar 24 gram per dag).¹⁰
- FI door overloopdiarree bij fecale impactie: naast orale laxantia zijn ook klysma's en/of bisacodyl-zetpillen nodig, waarna onderhoudstherapie noodzakelijk is om recidief te voorkomen. Niet zelden zal periodieke controle met een rectaal toucher en rectale therapie nodig zijn, bijvoorbeeld tweemaal per week een (fosfaat)klysma.^{8,14}
- *Stap 2:* indien de conditie (verpleeg- en verzorgingshuispatiënt) en het leervermogen (dementiesyndroom) het toelaten is bekkenbodemtherapie voor de meeste vormen van FI de aangewezen behandeling. Het effect van deze behandeling is slecht tot matig onderzocht, maar ze is goedkoop en universeel beschikbaar, en kent geen potentieel ernstige bijwerkingen.^{1,15,16} Uitzonderingen zijn therapieresistente proctitis of een uitbehandelde maligniteit, waarbij bekkenbodemtherapie niet zinrijk is.
- *Stap 3a:* een gespecialiseerd verpleegkundige kan de patiënt rectale irrigatie met lauwwarm kraanwater via een ballonkatheter aanleren, waarna de patiënt deze zelf thuis enkele malen per week kan toepassen. Een leeg colon zorgt voor fecale continentie.¹⁴ Doorgaans zet u deze behandeling pas in na specialistische consultatie.
- *Stap 3b:* verwijzing naar een maag-darm-leverarts. Behalve een coloscopie om maligniteiten, inflammatoire darmziekte of functieverstorende poliepen (rectum) op te sporen, kan de MDL-arts overgaan tot anorectale functietests: anorectale manometrie, anale echografie, defecogram, emg en MRI. Bij gebleken traumatische sfincterinsufficiëntie is soms chirurgische interventie te overwegen (sfincterplastiek, of zelfs colostoma), waartoe de MDL-arts zal overleggen met een proctologisch chirurg.¹⁰
- Bij relatief jonge vrouwen met een obstetrisch trauma moet u een operatieve correctie overwegen (diverse vormen van sfincterplastiek, injecteerbare en implanteerbare hulpmiddelen), ofschoon de langetermijnresultaten daarvan tegen-

vallen.¹⁰ Bekkenbodemtherapie en loperamide zijn bij deze groep zeker nuttig.²

- Veel systemische en neurologische aandoeningen kunnen FI veroorzaken door een perifere (autonome) neuropathie, zoals diabetes mellitus, de ziekte van Parkinson, multipale sclerose of CVA. Bij deze patiënten is sinds een aantal jaren sacrale zenuwstimulatie (SZS) een mogelijk nuttige aanvullende therapie. Met behulp van tijdelijke, en later permanente implanteerbare elektroden wordt op niveau S3 stimulatie van de autonome plexus toegepast. Een recente Cochrane-review is gematigd positief over het effect van SZS bij FI.¹⁷ Veelbelovend, want minder belastend, maar tot op heden onvoldoende bewezen is het alternatief van percutane tibiale zenuwstimulatie.³
- In zeldzame gevallen is een colostoma een ultieme oplossing voor refractaire FI.¹⁰

CONCLUSIE

FI is een belastende aandoening die schaamte oproept en een zeer diverse etiologie kent. Huisartsen zien waarschijnlijk slechts het topje van de ijsberg.

Het is belangrijk de behandeling regelmatig te evalueren en bij te stellen

Het niveau van bewijs voor veel beleidsbeslissingen op gebied van diagnostiek en therapie bij FI ontstijgt zelden de mening van deskundigen, zeker waar het de huisartsgeneeskunde betreft. Naast algemene adviezen kunnen medicamenteuze, niet-invasieve en invasieve behandelingen gericht op specifieke etiologische factoren helpen om de klachten en de kwaliteit van leven bij FI te verbeteren.

Aanvullende diagnostiek zoals een coloscopie of een CT-scan van het abdomen kunt u zelf of in overleg met de MDL-arts laten verrichten, al naar gelang de conditie van de patiënt.

Wij bevelen een stapsgewijze aanpak aan, waarbij in de huisartsenpraktijk na het achterhalen en wegnemen van behandelbare oorzaken plaats is voor loperamide, psylliumvezels en bekkenbodemtherapie. Frequentie evaluatie en bijstelling van de behandeling is nodig. Wij bevelen verwijzing naar de MDL-arts aan bij aanhoudende symptomen, indien de vitaliteit van de patiënt dit toelaat. ■

LITERATUUR

- 1 Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Faecal incontinence in adults. *Lancet* 2004;264:621-32.
- 2 Bharucha AE, Dunivan G, Goode PD, Lucacz ES, Markland AD, Matthews CA, et al. Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute for Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDKD). *Am J Gastroenterol* 2015;110:127-36.
- 3 Wald A. Update on the management of fecal incontinence for the gastroenterologist. *Gastroenterol Hepatol* 2016;12:155-64.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.



LITERATUUR

- 1 Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Faecal incontinence in adults. *Lancet* 2004;264:621-32.
- 2 Bharucha AE, Dunivan G, Goode PD, Lucacz ES, Markland AD, Matthews CA, et al. Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute for Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDKD). *Am J Gastroenterol* 2015;110:127-36.
- 3 Wald A. Update on the management of fecal incontinence for the gastroenterologist. *Gastroenterol Hepatol* 2016;12:155-64.
- 4 Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Fecale incontinentie: prevalentie en de rol van ruptuur van de anale sfincter bij de partus; literatuurstudie. *NTvG* 2000;144:1318-23.
- 5 Sharma A, Yuan L, Marshall RJ, Merrie AE, Bisselt IP. Systematic review of the prevalence of faecal incontinence. *Br J Surg* 2016;103:1589-97.
- 6 Sliker-ten Hove MCP, Pool-Goudzwaard AL, Eijkmans MJC, Steegers-Theunissen RPM, Burger CW, Vierhout ME. The prevalence of pelvic organ prolapse symptoms and signs and their relation with bladder and bowel disorders in a general female population. *Int Urogynecol J* 2009;20:1037-45.
- 7 Ng KS, Sivakumaran Y, Nassar N, Gladman MA. Fecal incontinence: community prevalence and associated factors – a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2015;58:1194-209.
- 8 Serrano Falcon B, Barcelo Lopez M, Mateos Munoz B, Alvarez Sanchez A, Rey E. Fecal impaction: a systematic review of its medical complications. *BMC Geriatrics* 2016;16:4.
- 9 Kinnunen O, Jauhonen P, Salokannel J, Kivela SL. Diarrhea and fecal impaction in elderly long-stay patients. *Z Gerontol* 1989;22:321-3.
- 10 Wald A, Bharucha AD, Cosman BD, Whitehead WE. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1141-57.
- 11 Kolar GJ, Tabibian JH, Mangan TF. 20-year history of diarrhea with intermittent constipation. *Am Fam Physician* 2014;89:739-40.
- 12 Waugh N, Cummins E, Royle P, Kandala N-B, Shyangdan D, Arasaradnam R, et al. Faecal calprotectin testing for differentiating amongst inflammatory and non-inflammatory bowel diseases: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2013;17:xv-xix.
- 13 Hussain ZH, Whitehead DA, Lacy BE. Fecal impaction. *Curr Gastroenterol Rep* 2014;16:404.
- 14 Tod AM, Stringer E, Levery C, Dean J, Brown J. Rectal irrigation in the management of functional bowel disorders: a review. *Br J Nurs* 2007;16:858-64.
- 15 Vontheim R, Heimerl T, Schwandner T, Ziegler A. Electrical stimulation and biofeedback for the treatment of fecal incontinence: a systematic review. *Int J Colorectal Dis* 2013;28:1567-77.
- 16 Berghmans LCM, Groot JAM, Van Heeswijk-Faase IC, Bols EMJ. Dutch evidence statement for pelvic physical therapy in patients with anal incontinence. *Int Urogynecol J* 2015;26:487-96.
- 17 Thaha MA, Abukar AA, Thin NN, Ramsanahie A, Knowles CH. Sacral nerve stimulation for faecal incontinence and constipation in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;8:CD004464.