

Richtlijn Defecatiebeleid

*bij volwassenen met een dwarslaesie
(inclusief caudalaesie), multiple
sclerose of spina bifida*

1e herziene versie

Richtlijn Defecatiebeleid

bij volwassenen met een dwarslaesie (inclusief caudalaesie), multiple sclerose of spina bifida

1e herziene versie

Samengesteld door:

Werkgroep Nederlandse dwarslaesiecentra

Op verzoek van:

Nederlands Vlaams Dwarslaesie Genootschap (NVDG)



2010-2012

Herziene versie 2017-2018

Coloplast BV
Softwareweg 1,
Postbus 1111
3800 BC Amersfoort
www.coloplast.nl
www.richtlijndefecatiebeleid.nl

© 2018
ISBN: 978 94 6190 109 5
NUR: 876

Voorwoord

De richtlijn “defecatiebeleid bij volwassenen met een dwarslaesie (inclusief caudalaesie), MS of spina bifida” is samengesteld op verzoek van de artsenwerkgroep van het Nederlands-Vlaams Dwarslaesie Genootschap (NVDG).

Het oorspronkelijke project werd aangestuurd door een stuurgroep, bestaande uit revalidatieartsen van de dwarslaesierevalidatiecentra, aangevuld met de projectleider en secretariael/administratief ondersteund door een medewerker van de firma Coloplast.

De daadwerkelijke samenstelling van de richtlijn is uitgevoerd door een werkgroep, bestaande uit (continentie) verpleegkundigen, artsen en verpleegkundig specialisten, werkzaam in de dwarslaesierevalidatiecentra of gespecialiseerd in de zorg rondom patiënten met MS.

Aan een groep deskundigen is gevraagd om zitting te nemen in de meelesgroep en de conceptribrichtlijn te voorzien van commentaar, wat meegewogen is in de definitieve versie zoals deze voor u ligt. Deze deskundigen zijn niet alleen werkzaam in de gespecialiseerde dwarslaesierevalidatiecentra of gespecialiseerde afdelingen. Er is ook advies gevraagd van de patiëntenverenigingen en andere specialisten, werkzaam met de betrokken patiëntengroepen.

In 2017/2018 is deze richtlijn herzien door leden van de oorspronkelijke werkgroep, aangevuld met vertegenwoordigers van de andere dwarslaesiecentra. Voor deze herziening is gekeken naar nieuwe inzichten op basis van het laatste wetenschappelijke bewijs. Daarnaast zijn in de herziening de ervaringen meegenomen van de professionals die de afgelopen jaren met de oorspronkelijke richtlijn hebben gewerkt. Als laatste zijn een aantal tekstuele veranderingen doorgevoerd om teksten te verduidelijken.

Voor de leesbaarheid wordt in deze richtlijn de term “dwarslaesie” gebruikt voor de hele groep van volwassenen met een dwarslaesie, als degenen met een caudalaesie.

Deze richtlijn is bedoeld voor professionals die te maken hebben met de behandeling van patiënten met een dwarslaesie, MS of spina bifida.

Een woord van dank aan iedereen die geholpen heeft bij het tot stand komen en herzien van deze richtlijn, in het bijzonder de leden van de werkgroep voor hun harde werken.

Daarnaast een speciaal woord van dank voor de firma Coloplast, met in het bijzonder Sandrine Dekker, bowel verpleegkundige en Aliza Boers, marketingassistente, die door hun financiële, secretariële/administratieve en praktische ondersteuning deze richtlijn mogelijk hebben gemaakt.

Voor alle duidelijkheid: Coloplast is alleen ondersteunend, maar op geen enkele manier inhoudelijk betrokken geweest bij zowel het maken als het herzien van deze richtlijn.

Joke Beekman, Projectleider

Onderwerp

Pag.

Voorwoord	3
Inhoudsopgave	5
Samenstelling projectgroepen	9
Inleiding	11
Probleemstelling	13
Uitgangsvragen	15
Doelstelling	16

Hoofdstuk 1: 17 -
Het ontwikkelen van een individueel defecatiebeleid

- 1.1 Waar moet een defecatiebeleid aan voldoen?
- 1.2 Anamnese
- 1.3 Overig onderzoek

Hoofdstuk 2: 23 -
Problematiek

- 2.1 Spinale shockfase dwarslaesie
- 2.2 Behandelfase
 - 2.2.1 Dwarslaesie
 - 2.2.2 Multiple sclerose
 - 2.2.3 Spina bifida
- 2.3 Chronische fase

Hoofdstuk 3: 29 -
Behandeling

- 3.1 Algemene adviezen
- 3.2 Spinale shockfase dwarslaesie
 - 3.2.1 Stroomschema recent ontstane dwarslaesie
immobiele fase
- 3.3 Behandelfase
 - 3.3.1 Dwarslaesie
 - 3.3.2 Multiple sclerose
 - 3.3.3 Spina bifida
 - 3.3.4 Stroomschema dwarslaesie mobiele fase, spina
bifida en MS met afwezige reflex
 - 3.3.5 Stroomschema dwarslaesie mobiele fase, spina
bifida en MS met aanwezige reflex
- 3.4 Chronische fase

Hoofdstuk 4: 43 -
Evaluatie

- 4.1 Inleiding
- 4.2 Spinale shockfase dwarslaesie
- 4.3 Behandelfase
- 4.4 Chronische fase

Hoofdstuk 5 47 -
Obstipatie & Fecale impactie

- 5.1 Inleiding
- 5.2 Obstipatie
- 5.3 Fecale impactie
- 5.4 Behandelfase
 - 5.4.1 Stroomschema fecale impactie

Hoofdstuk 6: 55 -
Begeleidende informatie

- 6.1 Buikmassage
- 6.2 Rectale laxantia
- 6.3 Orale laxantia
- 6.4 Anaal prikkelen of stimuleren
- 6.5 Manueel verwijderen van ontlasting
- 6.6 Bekkenfysiotherapie
- 6.7 Transanaal irrigeren (darmspoelen)
- 6.8 Neuromodulatie
- 6.9 Antegraad irrigeren (MACE)
- 6.10 Sacrale neurostimulatie
- 6.11 Colostoma
- 6.12 Ondersteunend materiaal

Terminologie/woordenlijst	63
Literatuuropgave	66
Bijlage 1: Behandelpiramide	70
Bijlage 2: Bristol Schaal	71
Bijlage 3: Defecatiedagboek	72
Bijlage 4: Inschakelen buikpers en bekkenfysiotherapie	74
Bijlage 5: Wijzigingen	76

Samenstelling projectgroepen

Werkgroep

- Bianca Annink, continentieverpleegkundige, RC het Roessingh, Enschede
- Elsemiek Blijleven, verpleegkundig specialist, Reade, Amsterdam
- Kitty Harrison, verpleegkundig specialist, Tergooi, Hilversum
- Manon Hoevenberg, continentieverpleegkundige i.o., UMCG centrum voor revalidatie, locatie Beatrixoord, Haren
- Nicoline Koch, continentieverpleegkundige, RC Heliomare, Wijk aan Zee
- Janneke Martens, verpleegkundig specialist UMCG centrum voor revalidatie, locatie Beatrixoord, Haren
- Esther Middelweerd, verpleegkundig specialist, de Hoogstraat Revalidatie, Utrecht
- Carola Noordendorp, UCS verpleegkundige, de Hoogstraat Revalidatie, Utrecht
- Conny Overdulve, verpleegkundig specialist, Adelante volwassenenrevalidatie, Hoensbroek
- Joke Beekman (projectleider), verpleegkundig specialist, RC Sint Maartenskliniek, Nijmegen

Meeleesgroep

- Marga Boere, continentieverpleegkundige, Groene Hart ziekenhuis locatie Gouda
- Thessa Boetzkes, continentieverpleegkundige, namens de CV&V, Amphia ziekenhuis, Breda
- Jos Dekkers, namens de Dwarslaesie Organisatie Nederland
- Ada Hortensius, continentieverpleegkundige, Rijnlands Revalidatie Centrum, Den Haag
- Bianca Klappe, continentieverpleegkundige, RC Rijndam, Rotterdam
- Casper van Koppenhagen, revalidatiearts, UMC Utrecht, Utrecht
- Dirk van Kuppevelt, revalidatiearts, namens de NVDG artsengroep, RC Sint Maartenskliniek, Nijmegen
- Ellen Maas, revalidatiearts, namens de NVDG artsengroep, RC het Roessingh, Enschede

Inleiding

Schade aan het ruggenmerg veroorzaakt door neurologische aandoeningen als een dwarslaesie, multiple sclerose en spina bifida, heeft een grote invloed op de werking van de darm en uitscheiding van feces.

Uit onderzoek blijkt dat de gevolgen van een niet goed gereguleerd defecatiebeleid bij patiënten met een dwarslaesie een groot effect heeft op hun kwaliteit van leven (1). Meer dan de helft (54%) van de patiënten met een dwarslaesie geeft aan dat problemen rondom het defecatiebeleid een van de belangrijkste problemen is in het dagelijks leven (2). Problemen met het defecatiebeleid kunnen leiden tot vermindering van sociaal maatschappelijke activiteiten of problemen in de relationele sfeer, waarbij gevolgen genoemd worden als depressiviteit, seksuele problematiek en het zich in sociaal opzicht ongemakkelijk voelen (3). Daarnaast heeft ongeveer een kwart (23%) van de patiënten met een al langer bestaande dwarslaesie minimaal één ziekenhuisopname nodig gehad in verband met complicaties en/of problemen rondom de defecatie (3).

Bij volwassenen met spina bifida leiden defecatieproblemen tot gevolgen in de tijdsinvestering nodig voor het defecatiebeleid, een sociaal isolement en veranderde beleving van liefde en seksualiteit (4). Daarnaast is er sprake van een gevoel van hopeloosheid veroorzaakt door paniek en angstgevoelens, problemen met sociale acceptatie en een verlaagd zelfbeeld (4).

Er is geen internationale gouden standaard voorhanden met betrekking tot het beste defecatiebeleid bij neurogene darmproblematiek. De behandeling berust op dit moment

vooral op empirische gronden, met slechts een beperkte wetenschappelijke basis (5).

Bij het samenstellen van deze richtlijn is gezocht naar wetenschappelijk bewijs, waar aanwezig. Daarnaast is gebruik gemaakt van informatie over de dagelijkse praktijk met betrekking tot defecatiebeleid uit de gespecialiseerde afdelingen voor dwarslaesierevalidatie in Nederland als wetenschappelijk bewijs niet of onvoldoende aanwezig was.

In deze richtlijn is ervoor gekozen om aanbevelingen te doen voor de conservatieve behandeling van defecatieproblemen bij volwassenen met een dwarslaesie, MS of spina bifida. De stapsgewijze benadering vanuit de behandelpiramide is als uitgangspunt genomen (bijlage 1). Hoewel er niet ingegaan wordt op specifieke problemen bij kinderen met dezelfde aandoeningen, gezien bijvoorbeeld de bijkomende pedagogische aspecten, kunnen de aanbevelingen in deze richtlijn een leidraad vormen voor het defecatiebeleid bij kinderen met neurogene darmproblematiek.

Probleemstelling

Verlies van neurologische controle over de darmen is een frequent voorkomende aandoening bij de gedefinieerde patiëntengroepen, met verstrekkende lichamelijke en psychosociale gevolgen.

Meer dan de helft van de patiënten met een complete dwarslaesie (AIS A) (6) heeft last van chronische obstipatie (58%) en van fecale incontinentie (52%)(7).

Ongeveer eenderde van de patiënten met een dwarslaesie (zowel compleet als incompleet) heeft één of meer problemen op defecatiegebied, zoals obstipatie (39%), hemorrhoiden (36%) of een opgeblazen gevoel (31%)(1).

Tweederde (68%) van de patiënten met MS heeft defecatieproblemen met name obstipatie (43%) en incontinentie (51%), gemeten over de laatste drie maanden (8). Incontinentie voor feces met een frequentie van meer dan één keer per week komt bij een kwart van de patiënten met MS voor (8).

In een recent Amerikaans onderzoek naar defecatieproblematiek bij 1370 volwassenen met spina bifida blijkt dat 42% van alle deelnemers last heeft gehad van fecale incontinentie. Dit had een duidelijk negatieve invloed op hun mogelijkheden tot betaalde arbeid (9).

In een Frans onderzoek uit 2017 onder 228 volwassenen met spina bifida geeft aan dat 60% van de deelnemers lijdt aan ernstige fecale incontinentie. 42% van de deelnemers heeft een NBD score van >14 (ernstige neurogene darmproblemen)(10).

Het wetenschappelijk onderzoek naar het defecatiebeleid bij patiënten met een dwarslaesie berust vooral op de veranderingen die plaatsvinden in darmfunctie en de aansturing daarvan en niet zozeer op de praktische aspecten van het best toepasbare beleid. Hoewel er een aantal onderzoeken zijn gedaan naar het gebruik van verschillende soorten defecatiebeleid is hier geen 'gouden standaard' uit naar voren gekomen.

95% van alle patiënten met een dwarslaesie heeft minimaal één soort therapeutische behandeling nodig voor het reguleren van de defecatie (11). Voor bijna de helft van deze groep neemt het defecatiebeleid meer dan een half uur in beslag en bijna de helft heeft hulp nodig van anderen (11).

Uitgangsvragen

Voor het verrichten van het literatuuronderzoek zijn door de werkgroep de volgende uitgangsvragen opgesteld:

1. Welke behandelmethoden voor fecale incontinentie en obstipatie zijn er?
2. Wat zijn de (huidige) indicaties voor de verschillende behandelprogramma's?
3. Wat zijn de contra-indicaties voor de verschillende behandelprogramma's?
4. Welke voor- en nadelen hebben de diverse behandelprogramma's?
5. Welke criteria worden gehanteerd bij de keuze van de behandelprogramma's?
6. Wie is de bepalende factor in de keuze van het behandelprogramma?
7. Hoe worden de wensen, bijvoorbeeld t.a.v. de keuze van het behandelprogramma, van de patiënt geïntegreerd in het behandelprogramma?
8. Hoe te handelen wanneer het gekozen behandelprogramma niet of onvoldoende effectief blijkt te zijn?
9. Welke criteria worden gehanteerd en op welke wijze wordt de effectiviteit van het behandelprogramma gemonitord?
10. Hoe wordt een behandelprogramma opgesteld?
11. Welke criteria dienen in het behandelprogramma opgenomen te worden?
12. Wat is de beste wijze om een behandelprogramma te starten en te handhaven?
13. Welke vormen van nazorg zijn er momenteel?

14. Welke vorm van nazorg is het meest adequaat om de diverse behandelprogramma's optimaal te benutten?
15. Wie dient er betrokken te zijn bij de nazorg?
16. Op welke manier wordt therapietrouw het beste bevorderd bij patiënten met fecale incontinentie of obstipatie als gevolg van een neurologische aandoening?
17. Op welke wijze en op welke onderdelen dienen patiënten voorgelicht te worden?
18. Op welke wijze en op welke onderdelen dienen verpleegkundigen, artsen en eventuele andere leden van het multidisciplinaire team voorgelicht en getraind te worden?

Op de vragen waar weinig of geen wetenschappelijk bewijs voor werd gevonden, is geprobeerd om antwoorden te vinden op basis van de dagelijkse praktijk. Naast de ingebrachte ervaring van de werkgroepleden werd gebruik gemaakt van de antwoorden van artsen en gespecialiseerd verpleegkundigen uit een enquête over het defecatiebeleid in de gespecialiseerde revalidatiecentra en de universitair medische centra.

Doelstelling

De doelstelling voor deze richtlijn is:

Het opstellen van een richtlijn die specifieke aanbevelingen geeft met betrekking tot het defecatiebeleid bij neurogene darmproblematiek als gevolg van een dwarslaesie, MS of spina bifida in Nederland, waarbij voor de individuele patiënt het best mogelijke defecatiebeleid bewerkstelligd wordt.

1 | Het ontwikkelen van een individueel defecatiebeleid

1.1 Waar moet een defecatiebeleid aan voldoen?

Een van de belangrijkste voorwaarden voor een goed defecatiebeleid is de motivatie van de patiënt. Hij of zij dient achter het voorgestelde beleid te staan. Een goede voorlichting aan de patiënt en zijn naasten over het beleid, de reden waarom dit beleid gevolgd wordt en de eventuele alternatieven is daarom uitermate belangrijk. Samen met de patiënt wordt gekeken en beslist waar de prioriteit ligt.

Hierbij dient het beleid zoveel mogelijk aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- Zo weinig mogelijk tijd in beslag nemen (maximaal 1 uur per dag).
- Maximale zelfstandigheid bij het toepassen. Indien dit niet mogelijk is moet de benodigde hulp (mantelzorg of professionele hulpverlener) bekwaam zijn.
- Minimum aan interventies.
- Afgestemd gebruik van medicatie dat invloed heeft op de defecatie.
- Voorkomen van incontinentie en/of obstipatie.
- De kans op autonome dysreflexie als gevolg van problemen met de defecatie moet voorkomen worden.
- Gastro-intestinale klachten (zoals gasvorming, buikkrampen en buikpijn) en anorectale problemen (zoals fissuren en aambeien) minimaliseren.
- De patiënt moet weten waar hij terecht kan in geval van problemen.

1.2 Anamnese

Hoewel het van belang is om een algemene richtlijn te ontwikkelen die aanbevelingen doet voor het reguleren van de defecatie, zal dit beleid mogelijk aangepast moeten worden aan de individuele gebruiker. Hierbij is het van groot belang om een goede anamnese af te nemen, eventueel met aanvullend onderzoek:

- Wat is het huidige defecatiebeleid?
 - frequentie van toepassing
 - locatie van uitvoering (bed, toilet)
 - medicatiegebruik op defecatiegebied
 - gebruik van andere medicatie die van invloed kan zijn op de defecatie
 - andere behandelingen
- Wat zijn de problemen?
 - frequentie en hoeveelheid van de defecatie
 - consistentie van de defecatie volgens Bristol Schaal (bijlage 2)
 - optreden van fecale incontinentie en obstipatie
 - hoe lang bestaan de huidige problemen
 - is er een verklaring voor de problemen (gebeurtenis rondom de tijd waarop de problemen begonnen)
 - zijn er op dit moment gastro-intestinale klachten of anorectale problemen
 - bij dwarslaesie: heeft patiënt klachten van autonome dysreflexie ervaren
- Voedingsgewoonten (en veranderingen daarin).
- Vochtintake.
- Veranderingen in het beleid over een langere periode.
 - welke veranderingen
 - redenen voor veranderingen
 - effect van deze veranderingen

- Veranderingen in neurologisch beeld.
- Co-morbiditeit.
- Veranderingen in de mobiliteit en/of het activiteitenpatroon.
- Mobiliteit.
- Houding tijdens het laxeren.
- Problemen die invloed kunnen hebben op het toepassen van het beleid, zoals motivatie, cognitie, acceptatie van de beperkingen, sociale en maatschappelijke factoren.

1.3 Overig onderzoek

Defecatie dagboek

Om meer inzicht te krijgen in de huidige gang van zaken is het noodzakelijk een defecatielijst (zie bijlage 3) bij te houden, waarin gemeld wordt:

- Frequentie van defecatie (inclusief het optreden van eventuele incontinentie).
- Hoeveelheid van feces.
- Consistentie van feces met behulp van de Bristol Schaal (bijlage 2).
- Patiënttevredenheid over resultaat en beleid.

Daarnaast kan het van belang zijn een aantal dagen een vocht- en voedingslijst bij te houden.

Lichamelijk onderzoek

Het algemeen lichamelijk onderzoek van de buik bestaat uit inspectie, auscultatie, percussie en palpatie. Dit lichamelijk onderzoek geeft informatie of er mogelijk sprake is van obstipatie. Zo nodig zal er tevens een rectaal toucher uitgevoerd moeten worden en moet beoordeeld worden of de anale reflex functie intact is. Het lichamelijk onderzoek is een standaard onderdeel van de anamnese.

Buikoverzichtsfoto

Een röntgenfoto van de buik kan worden geadviseerd als er na lichamelijk onderzoek en behandeling twijfel blijft bestaan of er sprake is van overlaxatie of obstipatie/fecale impactie daarnaast kan een buikoverzichtsfoto van aanvullende waarde zijn bij patiënten waar het lichamelijk onderzoek slecht uit te voeren is. Denk hierbij aan patiënten met hevige spasticiteit van de buikmusculatuur en/of obese patiënten. Het kan ook van aanvullende waarde zijn bij patiënten waarbij de anamnesegegevens minder betrouwbaar zijn.

2 | Problematiek



2.1 Spinale shockfase dwarslaesie

Direct na het ontstaan van een dwarslaesie is er sprake van een verlies aan sensibiliteit en motoriek en het ontbreken van reflexactiviteit onder het niveau van de dwarslaesie (spinale shockfase). Op defecatiegebied leidt dit tot uitval van de defecatiereflex, waardoor de zich in het rectum verzamelde feces niet reflexmatig naar buiten gebracht wordt.

Het einde van de spinale shockfase kenmerkt zich door herstel van de reflexactiviteit onder het niveau van de dwarslaesie, mits er een intacte sacrale reflexboog is. Meestal zal dit herstel optreden in enkele weken tot maanden na het ontstaan van de dwarslaesie.

Daarnaast komt er in 35% van de gevallen, vooral bij een cervicaal of hoog thoracaal dwarslaesieniveau, in de eerste 24 uur acute maagdilatie en/of ileus voor. Deze complicatie gaat gepaard met een opeenstapeling van grote hoeveelheden vocht in de gastro-intestinale tractus, waardoor levensbedreigende elektrolytenstoornissen en zelfs hypovolemische shock kunnen ontstaan. Er is een risico op braken, aspiratie en aspiratiepneumonie. Deze complicaties verdwijnen doorgaans spontaan binnen drie tot zeven dagen na het ontstaan van de dwarslaesie (12). Zie voor specifieke informatie het ziekenhuis protocol dwarslaesie :

([https:// dwarslaesie.nl/wp-content/./09/ziekenhuisprotocol-dwarslaesie-versie1.3.pdf](https://dwarslaesie.nl/wp-content/./09/ziekenhuisprotocol-dwarslaesie-versie1.3.pdf)).

2.2 Behandelfase

2.2.1 Dwarslaesie

Bij patiënten met een dwarslaesie zal het defecatiebeleid bij opname in het revalidatiecentrum meestal uitgevoerd worden op bed. Bij voldoende mobilisatie zal worden overgegaan op een defecatiebeleid dat kan worden toegepast op het toilet of een po-/douchestoel. Daarnaast zal het beleid in de loop van de klinische opname mogelijk aangepast moeten worden door veranderingen in het klinische beeld, bijvoorbeeld door het einde van de spinale shockfase of door het optreden van neurologisch herstel.

In grote lijnen is de groep van dwarslaesiepatiënten na de spinale shockfase te onderscheiden in twee groepen:

- Een beschadiging van het ruggenmerg boven het niveau van de conus medullaris, ofwel een suprasacrale laesie. De sacrale reflexen reageren op stimulatie en dit kan worden gebruikt om defecatie op te wekken op een daarvoor geschikt moment. De sfincter is over het algemeen vrij strak gespannen. Door spasme en mogelijk onwillekeurige aanspanning van de anale sfincter tijdens de defecatiereflex kan evacuatie van de feces bemoeilijkt worden.
- Een beschadiging op of onder het niveau van de conus medullaris ofwel een sacrale laesie. De sacrale reflexen zijn beschadigd, waardoor de darmen niet reageren op stimulatie. De anale sfincterspanning is over het algemeen laag, waardoor de opslagfunctie van feces wordt vermindert en er vooral bij feces met een zachtere consistentie snel incontinentie kan optreden.

Gezien het beeld zal aan het beleid bij beide groepen een ander uitgangspunt ten grondslag liggen. Natuurlijk blijft het

individualiseren van het beleid, op basis van het beeld en de wensen van de gebruiker, hierbij van groot belang.

Een bijkomend probleem is een langere colon passagetijd (13), waardoor de kans op obstipatieklachten sterk toeneemt.

Hoewel de gevolgen bij een incomplete dwarslaesie (AIS B/C/D) (6) op bepaalde gebieden mogelijk minder ernstig kunnen zijn, blijkt dat de kans op de aanwezigheid van obstipatie en fecale incontinentie niet minder groot is dan bij patiënten met een complete dwarslaesie (AIS A) (6,14).

2.2.2 Multiple sclerose

Door de zeer wisselende locaties van de plaques bij MS kunnen ook de klachten op defecatiegebied zeer divers zijn en zich zeer wisselend uiten. Een verergering van klachten kan plotseling optreden, maar ook over de jaren heen langzaam verergeren, mede door het beloop van MS.

Voedingsgewoonten en medicatiegebruik, maar vooral onvoldoende vochtintake, kunnen bij deze groep, in combinatie met een afnemende mobiliteit, een zeer grote rol spelen. Zonder dat zij beseffen welke invloed dit heeft op hun defecatiepatroon (15).

2.2.3 Spina bifida

Bijna 70% van de volwassenen met een spina bifida heeft problemen met de defecatie, verspreid over het hele spectrum van obstipatie en fecale incontinentie, het moeten dragen van opvangmateriaal en anaal tampons tot het hebben van een stoma (16). Een deel van deze groep zal van jongs af aan onder behandeling zijn geweest voor hun gezondheidsproblemen, inclusief hun defecatiebeleid. Een ander deel, vooral wat oudere patiënten, zijn al lange tijd niet, soms zelfs nog nooit, onder behandeling geweest voor hun defecatieproblemen. De meeste patiënten met spina bifida laten een defecatiepatroon zien dat overeen komt met dat van iemand met een sacrale dwarslaesie.

Een bijkomend probleem is de vaak aanwezige zeer minimale spanning van de interne anale sfincter, waardoor de anus open staat en het rectum zelfs een minimale opvangcapaciteit voor feces verliest.

2.3 Chronische fase

Op de langere termijn kan het defecatiebeleid dat in de (poli) klinische fase is afgesproken langzaam minder effectief worden. Dit kan te maken hebben met gewenning aan het bestaande beleid, maar ook door de normale verouderingseffecten van het lichaam. Daarnaast bestaat het risico dat patiënten na verloop van tijd minder consequent omgaan met het afgesproken beleid. Uit een studie onder patiënten die al langer dan 20 jaar een dwarslaesie hebben, blijkt dat 42% last heeft van obstipatieklachten, 27% fecale incontinentie en 35% last heeft van gastro-intestinale pijnklachten (17).

Er is weinig specifiek onderzoek gedaan naar therapietrouw op het gebied van het defecatiebeleid bij patiënten met een dwarslaesie, MS of spina bifida. Uit de dagelijkse praktijk blijkt dat veel gebruikers in de loop van de tijd zelfstandig aanpassingen doen aan het afgesproken defecatiebeleid.

Een groot deel van de patiënten wordt na verloop van tijd niet standaard meer gevolgd door een revalidatiearts of een gespecialiseerd verpleegkundige. Bij problemen op defecatiegebied die zo groot zijn dat ze daarvoor professionele ondersteuning zoeken, zullen ze daarom terechtkomen bij hun huisarts. Kennis op het gebied van neurogene darmproblemen en het defecatiebeleid hierbij is in de eerste lijn meestal zeer beperkt. Vaak wordt doorverwezen naar een specialist (internist of MDL-arts) in een algemeen ziekenhuis. In de tweede lijn zal

vaak de primaire klacht (bijvoorbeeld obstipatie of fecale impactie) worden behandeld zonder dat er voldoende aandacht is voor het onderliggend neurologisch lijden.

In een Nederlandse studie onder 258 patiënten die langer dan 10 jaar een dwarslaesie hebben, blijkt dat de meeste patiënten gebruik maken van conservatieve methoden voor hun darmmanagement. Wat ook blijkt is dat een groot gedeelte van deze patiënten bekend zijn met een ernstige Neurogenic Bowel Dysfunction score (NBD) (18). Deze resultaten benadrukken dat nazorg en het regelmatig evalueren van de methode erg belangrijk zijn (19).

3 | Behandeling

3.1 Algemene adviezen

Vochtintake

Aandacht voor vochtintake is van groot belang. Voor gezonde volwassenen wordt een vochtintake geadviseerd van 1½ tot 2½ liter per 24 uur (20,21). Hoewel in sommige studies aangegeven wordt dat een extra vochtintake van een halve liter voor patiënten met een dwarslaesie zinvol zou kunnen zijn, is hier geen wetenschappelijk bewijs voor. Het gaat in deze studies niet zozeer over het effect op de defecatie maar vooral op het voorkomen van blaasstenen. Veel patiënten met mictieproblemen, vooral bij overactieve blaasklachten, zullen kiezen voor een lagere vochtintake, zonder zich te realiseren dat dit negatieve effecten kan hebben op hun defecatiepatroon. Vooral bij de groep van patiënten met MS is dit een bekend probleem (15).

Naast voldoende vocht is ook het soort vocht dat wordt gebruikt van belang, evenals een goede verdeling van de vochtintake over de dag. Als een groot deel van het gebruikte vocht bestaat uit bijvoorbeeld cafeïnehoudende dranken, alcohol of zoetstofhoudende dranken kan dit een wisselend effect hebben op de consistentie en het patroon van de ontlasting.

Voeding

In de dagelijkse praktijk wordt een regelmatige, gevarieerde en gezonde voeding geadviseerd. Een voedingsvezelintake van 30 tot 40 gram per dag wordt beschouwd als een goede hoeveelheid voor een gezonde volwassene (20). Een hoge vezelintake met een relatief te lage vochtintake kan echter averechts werken (22). Nadere informatie over voedingsvezelintake kan worden verkregen via een diëtist of via de website van het voedingscentrum (20).

De intake van voedsel of warme dranken activeert de peristaltische activiteit van het maagdarmkanaal, de zogenaamde gastrocolische reflex. Deze reflex is het sterkst na de eerste maaltijd van de dag (12,23). Hoewel gebruik maken van de gastrocolische reflex bij patiënten met een dwarslaesie een minder sterk effect heeft dan bij de algemene populatie, wordt toch geadviseerd om hiervan gebruik te maken door 15 tot 30 minuten voor de toepassing van het defecatiebeleid wat te eten en te drinken. Hoewel er geen specifiek onderzoek bekend is bij patiënten met MS of spina bifida, blijkt uit praktijkervaring dat dit advies ook bij deze groepen een positief effect kan geven.

Beweging

Lichamelijke beweging stimuleert de bewegingen van de darmen. Bij te weinig lichamelijke beweging bewegen de darmen ook minder, waardoor de ontlasting langer in de dikke darm blijft. Het is daarom van belang mobilisatie en lichamelijke beweging te stimuleren.

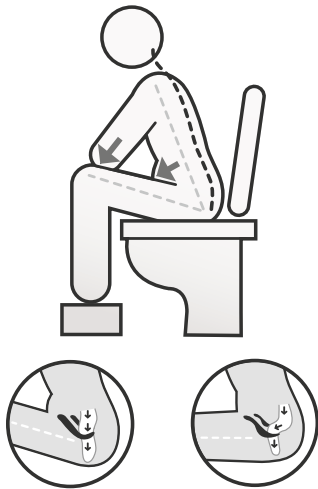
Frequentie

Wat een normale frequentie van defeceren is, is voor iedereen anders. Dit loopt uiteen van 3 maal daags tot 3 maal per week. Bij een verstoorde defecatiereflex wordt geadviseerd om te streven naar een gereguleerd defecatiepatroon met als doel obstipatie en incontinentie te voorkomen.

Houding

Het (rectale) laxeerbeleid wordt bij voorkeur toegepast op het toilet of een po-/douchestoel. Dit benadert zoveel mogelijk de normale situatie waarbij de zwaartekracht een positief effect heeft. Bij het rechtop gaan zitten of staan na de nachtrust neemt de colonactiviteit toe, de zogenaamde orthocolische reflex. (12)

Bij het ontlasten is het van belang om goed te gaan zitten en de tijd te nemen. Met de rug ietwat bol onderuit gezakt, de heupen en knieën in 90 graden en de voeten goed ondersteund. De knieën bij voorkeur hoger dan de heupen. Het rectum en de anus bevinden zich in deze houding in een verticale positie. De anorectale hoek wordt dan kleiner, waardoor de defecatie gemakkelijker uitgescheiden kan worden. Wanneer zittend laxeren niet mogelijk is, kan men liggend in zijligging (bij voorkeur op de linkerzij) met opgetrokken knieën of in rugligging laxeren.



3.2 Spinale shockfase dwarslaesie

Direct na het ontstaan van een dwarslaesie kan de darmperistaltiek afwezig zijn wat kan leiden tot een intestinale ileus. In dit geval is het beleid: niets per os tot de darmperistaltiek zich hersteld heeft. Bij een ileus moet het parenteraal toedienen van vocht en voeding worden overwogen, eventueel in combinatie met een maaghevel. Tevens kan worden geprobeerd om de in het rectum aanwezige feces manueel te verwijderen. Dagelijkse controle op terugkeer van de darmperistaltiek is noodzakelijk.

Bij een recent ontstane dwarslaesie is het van groot belang om de al aanwezige en nieuw geproduceerde feces uit het lichaam te verwijderen door het instellen van een goed defecatiebeleid.

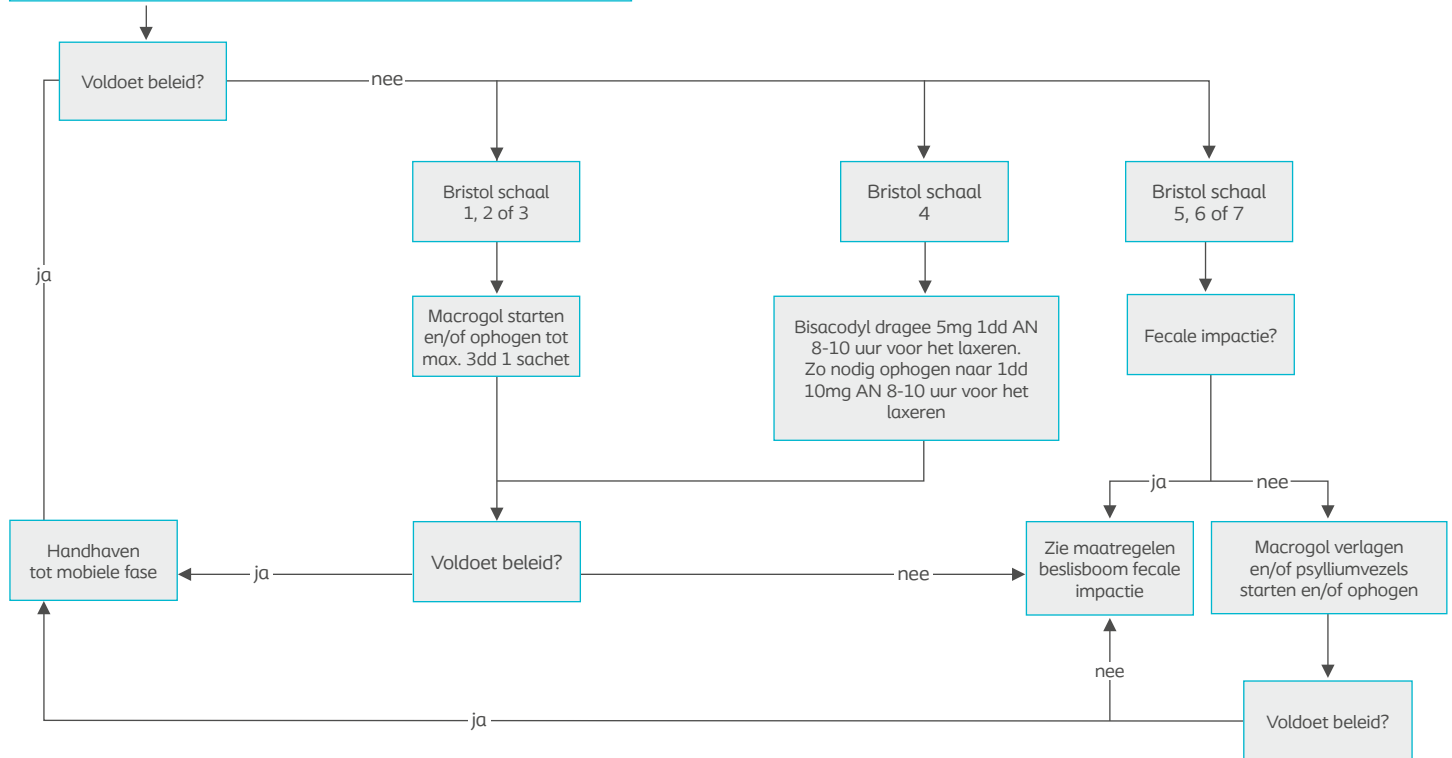
Indien de darmmotiliteit (weer) op gang is, kan worden gestart met een laxaermethode volgens het stroomschema.

Algemene adviezen: 30 - 40 gram vezels / 24 uur
1.5 - 2,5 liter vocht / 24 uur
Streven naar Bristol schaal 4

Rectale medicatie
Bisacodyl supp 10mg 1dd
Zo nodig natoucheren

Orale medicatie
Macrogol 1dd 1 sachet

3.2.1. Stroomschema recent ontstane dwarslaesie immobiele fase



3.3 Behandelfase

Hoewel de algemene adviezen en medicatie een goede aanvulling zijn op het totale defecatiebeleid, voldoen deze doorgaans niet alleen. De basis van het defecatiebeleid wordt gevormd door rectale maatregelen met orale middelen als ondersteuning.

Indien mogelijk wordt het rectale defecatiebeleid om de dag toegepast. Dit geeft de patiënt meer flexibiliteit en het toepassen van het defecatiebeleid vormt zo een minder grote belasting. Het om de dag toepassen van het rectale defecatiebeleid kan worden uitprobeernd indien de patiënt minimaal 2 weken continent is met een dagelijks beleid.

3.3.1 Dwarslaesie

Zoals genoemd in 2.2.1 is de groep dwarslaesiepatiënten te onderscheiden in twee groepen, patiënten met een aan- of afwezige reflex. De behandeling is daarvan afhankelijk.

3.3.2 Multiple sclerose

Bij patiënten met MS zal bij defecatieproblemen meer gekeken moeten worden naar het defecatiepatroon en het eventuele defecatiebeleid dat vóór de behandeling bestond. Dit zal op een meer individuele basis en naar aanleiding van de anamnese en het bestaande klachtenpatroon aangepast moeten worden tot de behandeling zoveel mogelijk voldoet aan de eisen zoals beschreven in hoofdstuk 1.1.

3.3.3 Spina bifida

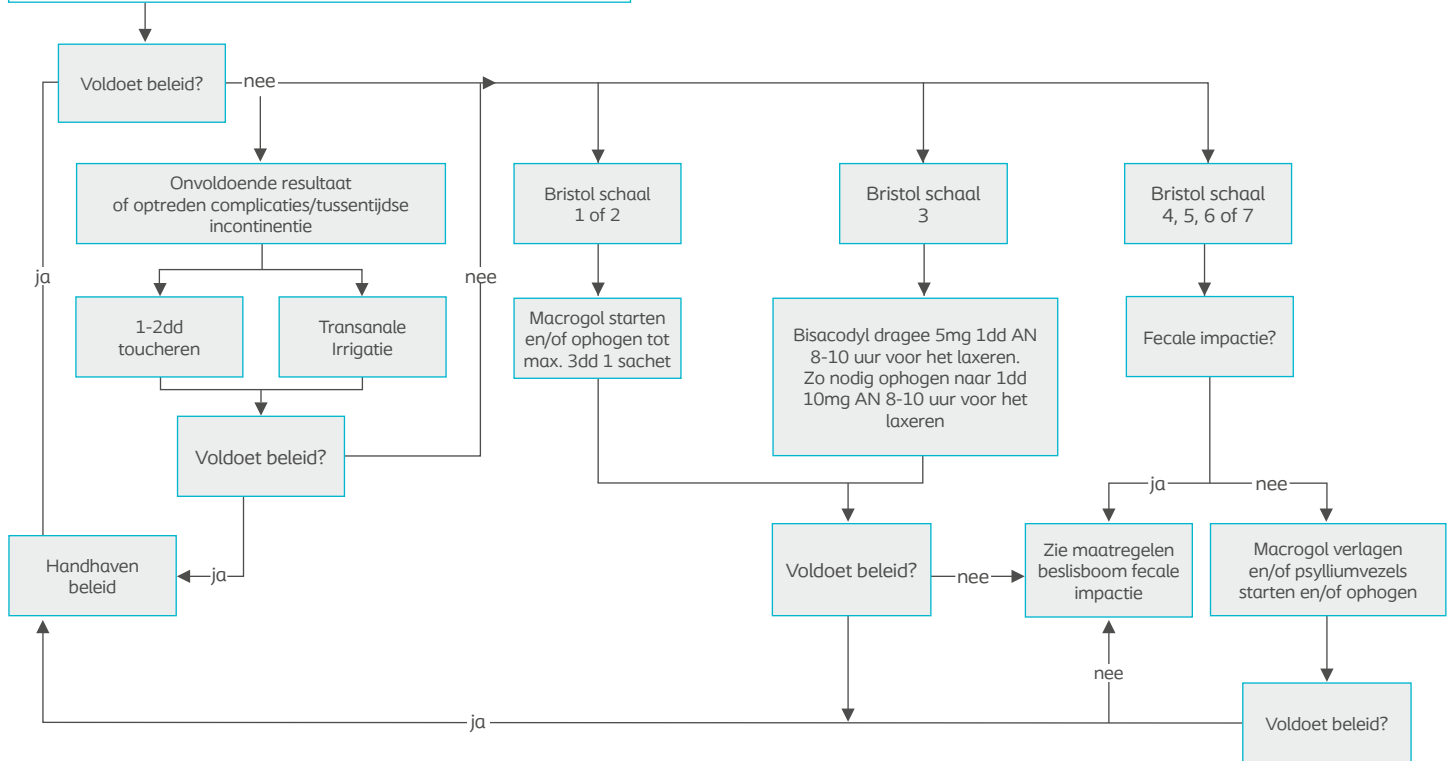
Meestal zal de behandeling van defecatieproblemen bij patiënten met een spina bifida vergelijkbaar zijn met die van dwarslaesiepatiënten met een afwezige reflex. Bij deze groep is het consequent (blijven) toepassen van het afgesproken beleid een extra aandachtspunt, vooral als het defecatiebeleid niet leidt tot volledige continentie.

Algemene adviezen: 30 - 40 gram vezels / 24 uur
 1,5 - 2,5 liter vocht / 24 uur
 Streven naar Bristol schaal 3

Rectale medicatie
 Microklysma 5ml 1dd 1 met inschakelen van buikpers

Orale medicatie
 Macrogol 1dd 1 sachet

3.3.4. Stroomschema dwarslaesie mobiele fase, spina bifida en MS met afwezige reflex

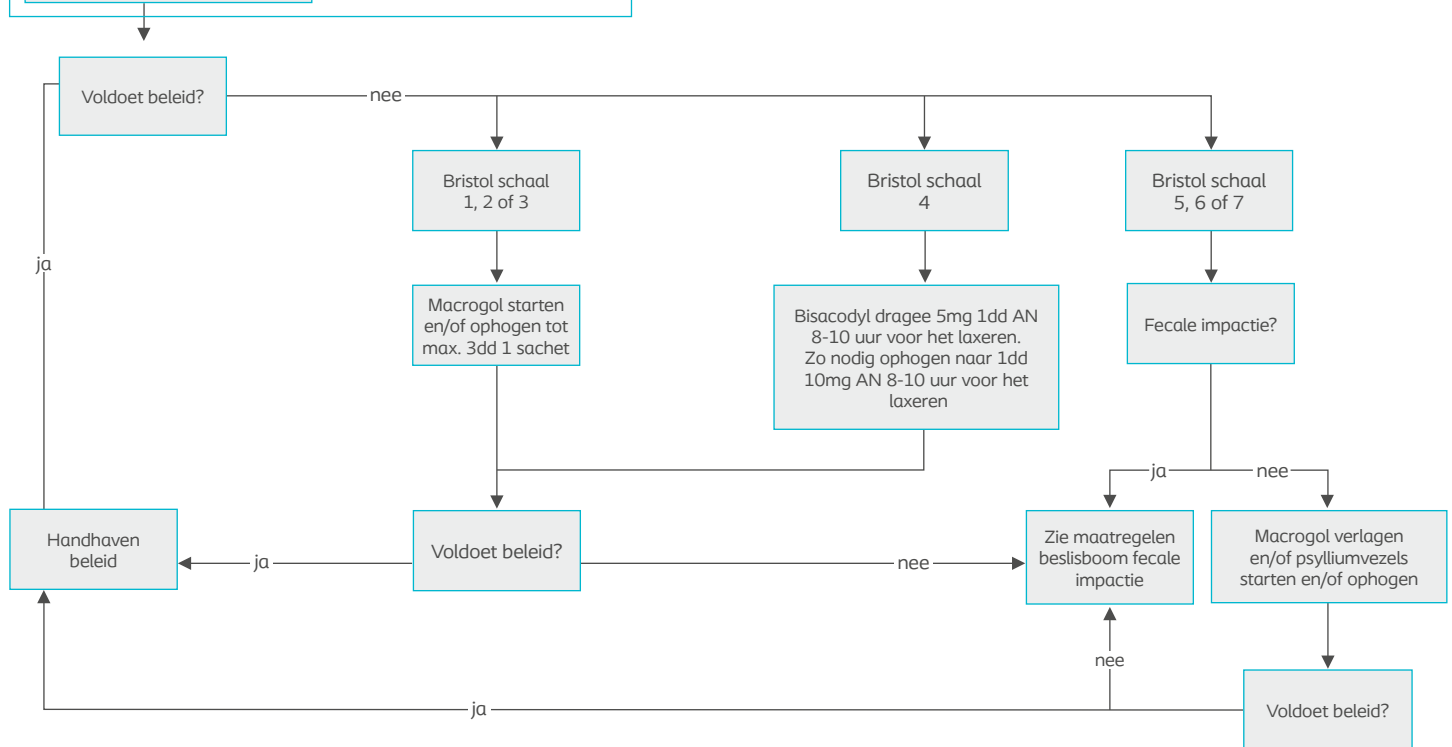


Algemene adviezen: 30 - 40 gram vezels / 24 uur
1,5 - 2,5 liter vocht / 24 uur
Streven naar Bristol schaal 4

Rectale medicatie
Microklysma 5ml 1dd 1 à 2
Zo nodig stimuleren.
Onvoldoende resultaat: toucheren

Orale medicatie
Macrogol 1dd 1 sachet

3.3.5. Stroomschema dwarslaesie mobiele fase, Spina bifida en MS met aanwezige reflex



3.4 Chronische fase

Bij alle patiëntcategorieën geldt dat bij problemen in de chronische fase allereerst een goede anamnese afgenomen moet worden (zie hoofdstuk 1.2)

Op basis van deze gegevens dient samen met de patiënt bekeken te worden of er een mogelijke oorzaak gevonden kan worden voor de veranderingen in het defecatiepatroon. Als er geen duidelijke oorzaak gevonden kan worden of als de oorzaak niet weg te nemen is, dient in overleg met de patiënt het defecatiebeleid te worden aangepast. Dit gebeurt stap voor stap tot het resultaat zo dicht mogelijk aansluit bij de voorwaarden zoals beschreven in hoofdstuk 1.1.

Hiervoor kunnen de stroomschema's gebruikt worden zoals beschreven in hoofdstuk 3.3.4 en 3.3.5

Mochten conservatieve maatregelen niet afdoende blijken, kunnen invasieve mogelijkheden overwogen worden (zie hoofdstuk 6).

4 Evaluatie

4.1 Inleiding

Naast goede voorlichting is het belangrijk om regelmatig met de patiënt het defecatiebeleid te evalueren. Hierbij moet geëvalueerd worden wat het directe resultaat is van het beleid, maar ook hoe het toepassen van het beleid wordt ervaren. Om zoveel mogelijk uniformiteit te creëren bij de evaluatie van de consistentie van de feces is het standaardgebruik van de Bristol Schaal (bijlage 2) en een defecatielijst (zie bijlage 3) van belang. Daarnaast moet ook besproken worden in hoeverre het beleid ervoor zorgt dat de voorwaarden (hoofdstuk 1.1) zo dicht mogelijk benaderd worden.

4.2 Spinale shockfase dwarslaesie

In de acute fase in het ziekenhuis is het op gang brengen én houden van de darmperistaltiek het belangrijkste doel van het defecatiebeleid. Hoewel het belangrijk is om aan de gebruiker uitleg te geven over de gevolgen van de dwarslaesie op defecatiegebied, in het bijzonder bij het optreden van een ileus, zal het beleid nu primair geëvalueerd worden op basis van het voorkomen van obstipatie en fecale incontinentie.

Vaste momenten om het beleid te evalueren en indien nodig aan te passen zijn:

- Gedurende de acute fase in het ziekenhuis, waarbij een paralytische ileus kan ontstaan: het beleid **dagelijks** evalueren.
- Nadat de defecatie goed op gang is gekomen: **2 keer per week** evalueren.

4.3 Behandelfase

In de behandelfase in het revalidatiecentrum wordt gestreefd naar het optimale defecatiebeleid (zie hoofdstuk 1.1). Tot dit bereikt is, wordt het defecatiebeleid **wekelijks** geëvalueerd. Aanpassingen aan het beleid vinden stapsgewijs plaats, waarbij steeds één aspect van het beleid wordt aangepast. Dit wordt gevolgd door een periode van **minimaal één week** voor een nieuwe evaluatie en eventueel een volgende aanpassing plaatsvindt.

Uitzondering hierop zijn extreme reacties op het gebruik van medicatie (bijvoorbeeld aanhoudende diarree) of een toename van lichamelijke klachten (bijvoorbeeld het optreden van fecale impactie)

Als het defecatiebeleid zo optimaal mogelijk is, kan volstaan worden met een **tweewekelijkse** evaluatie.

Bij voorkeur wordt het defecatiebeleid niet aangepast bij ontslag. Soms kunnen kleine aanpassingen noodzakelijk zijn. Onderwerpen die in deze fase zeker met de patiënt besproken moeten worden zijn:

- Het tijdstip van toepassing defecatiebeleid.
- Eventuele hulp die hierbij noodzakelijk is.
- Veranderingen in voeding en/of voedingspatroon.
- Andere zaken waarbij aanpassing van het beleid nodig kan zijn.

4.4 Chronische fase

Begeleiding bij aanpassingen aan het defecatiebeleid vindt bij voorkeur plaats in een centrum dat deskundige hulp kan bieden. Om problemen op defecatiegebied te signaleren is een **jaarlijkse controle** op dit gebied van groot belang.

Daarnaast moet er voor de patiënt, mantelzorgers en (professionele) hulpverleners in zijn omgeving een laagdrempelige contactmogelijkheid met een deskundige zijn, die ze kunnen benaderen bij vragen of problemen op defecatiegebied.

Bij patiënten met MS is het noodzakelijk dat het defecatiebeleid bij ieder bezoek aan de polikliniek wordt geëvalueerd.

5 Obstipatie en fecale impactie

5.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken is al een aantal keer beschreven dat obstipatie bij deze patiëntencategorieën veelvuldig voorkomt. Voor de definitie van obstipatie wordt in principe uitgegaan van de Rome IV criteria (24)

- defecatiefrequentie ≤ 2 per week
- hard persen tijdens defecatie
- harde en/of keutelige defecatie
- gevoel van incomplete defecatie
- gevoel van anorectale obstructie of blokkade
- digitale handelingen noodzakelijk om ontlasting te verwijderen

De definitie van Rome IV kan bij neurogene patiëntencategorieën niet volledig worden gehanteerd omdat er bij deze groep sprake is van problemen met sensibiliteit en/of motoriek. Als je de Rome IV criteria wel zou gebruiken bij patiënten met een dwarslaesie zou 'maar' 25% (12) voldoen aan definitie van obstipatie.

5.2 Obstipatie

Over de definitie van obstipatie na een dwarslaesie bestaat geen internationale consensus. Obstipatie na een dwarslaesie kan gepaard gaan met klachten van abdominale opzetting, pijn, fecale incontinentie, gasvorming en autonome dysreflexie. Obstipatie is een veel voorkomend probleem bij patiënten met een neurologische aandoening. Dit komt voor bij ongeveer 80% van de patiënten met een dwarslaesie en 70% van de patiënten met MS (25). Eigenlijk zou je kunnen stellen dat alle patiënten met een dwarslaesie, spina bifida of MS in meerdere of mindere mate last hebben van obstipatie.

5.3 Fecale impactie

Obstipatie kan uiteindelijk leiden tot fecale impactie. Onder fecale impactie verstaan we de ophoping van grote hoeveelheden zachte of harde feces in het colon of rectum die niet meer spontaan geloosd kunnen worden (12). Fecale impactie komt vaak tot uiting door veranderingen in het defecatiepatroon. Buikpijn en fecale incontinentie van dunne feces zijn bijvoorbeeld veelvoorkomende symptomen. Feces achter de impactie kan door de aanwezigheid van bacteriën gaan gisten. Op deze manier ontstaat er diarree die vervolgens langs de verstopping kan lopen. Deze zogenoemde 'valse diarree' maakt dat fecale impactie regelmatig wordt aangezien voor echte diarree waarop laxantia worden afgebouwd of gestopt. In dit geval de verkeerde beslissing. Fecale impactie kan onbehandeld zorgen voor ernstig complicaties zoals een ileus, darmperforatie en/of autonome dysreflexie.

5.4 Behandelfase

De behandeling van fecale impactie is erop gericht de impactie zo snel mogelijk op te heffen en vervolgens te voorkomen dat dit opnieuw optreedt. Ook hierbij geldt helaas dat er geen evidence based studies zijn om dit goed aan te pakken. Wat we hier beschrijven is het beleid dat gebruikt wordt in de revalidatiecentra. In de loop der jaren is ervaren dat dit het meest effectief is.

Belangrijk in de behandeling van fecale impactie is om eerst een ileus uit te sluiten. Bij een ileus is er sprake van een spoedsituatie, waarvoor opname en behandeling in een ziekenhuis noodzakelijk is. Het is belangrijk dat fecale impactie zowel oraal als rectaal wordt aangepakt. Enerzijds door het toevoegen van extra orale

laxantia om de peristaltiek te bevorderen en de ontlasting te verweken, anderzijds rectaal door het toepassen van hoogopgaande klysmas om verweking te bewerkstelligen en evacuatie van de feces op gang te brengen.

De behandeling is een stapsgewijze aanpak. De huidige laxantia van de patiënt moet voortgezet worden. Toevoeging of ophoging van Magnesiumhydroxide tot een dosering van drie maal per dag 1448mg blijkt een effectieve methode om de impactie te behandelen. Dit zal gedurende minimaal drie dagen achteréén gegeven moeten worden waarbij dit gecombineerd wordt met dagelijks een hoogopgaand fosfaatklysmas*.

De evaluatie vindt dagelijks plaats. Als er na drie dagen onvoldoende effect is, wordt aan deze behandeling sennosiden/dexpanthenol in een hoge dosering toegevoegd (1 ml/kg lichaamsgewicht tot een maximum van 75ml). Sennosiden/dexpanthenol wordt voor de nacht gegeven waarna het de volgende ochtend gevolgd wordt door een hoogopgaand fosfaatklysmas*. Dit beleid wordt gehandhaafd tot de fecale impactie opgeheven is. Vervolgens moet de laxantia in omgekeerde volgorde weer afgebouwd worden. Hierbij wordt magnesiumhydroxide stapsgewijs verminderd, afhankelijk van het defecatiepatroon. Het te vroeg en te snel stoppen van de extra laxantia zorgt vaak voor een reboundeffect waarbij de impactie snel weer optreedt.

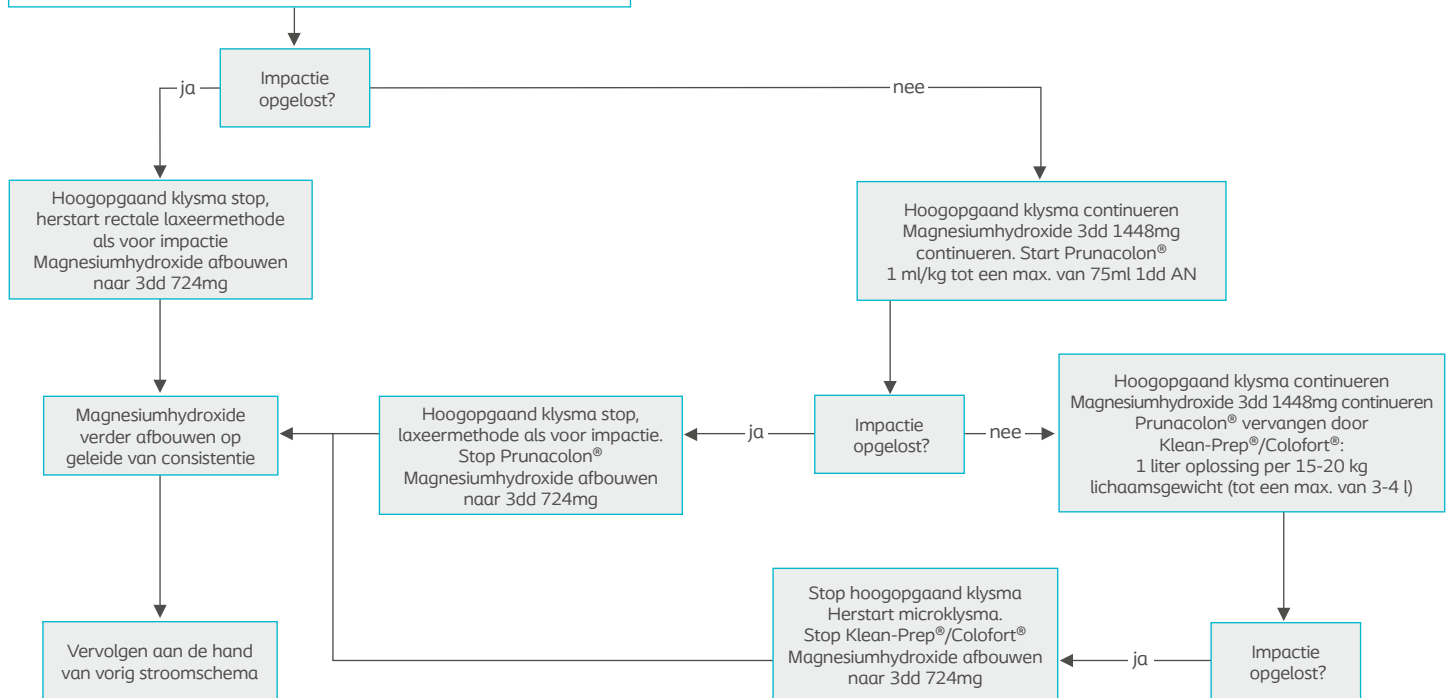
**Uitzondering hierop zijn de patiënten die transanale irrigatie toepassen waarbij de reeds eerder afgesproken hoeveelheid water via het spoelsysteem ingebracht kan worden.*

Algemene adviezen: 30 - 40 gram vezels / 24 uur
1,5 - 2,5 liter vocht / 24 uur
Streven naar Bristol schaal 4

Rectale medicatie
Huidige rectale medicatie stoppen.
Start hoogopgaand klysma
(100-133ml)
1dd gedurende min. 3 dagen

Orale medicatie
Huidige orale medicatie
handhaven.
Start Magnesiumhydroxide 3dd
1448mg gedurende min. 3 dagen

5.4.1 Stroomschema fecale impactie



6 | Begeleidende informatie

In de voorgaande hoofdstukken is ingegaan op de vraag welke aandachtspunten er zijn in welke fase of bij welk ziektebeeld. In dit hoofdstuk volgt een overzicht van verschillende mogelijkheden in het defecatiebeleid bij patiënten met een dwarslaesie, MS of spina bifida.

6.1 Buikmassage

Buikmassage kan ondersteunend werken naast andere defecatie methoden. Er zijn weinig wetenschappelijke studies verricht naar de werking van buikmassage.

Uit een interventiestudie onder 24 deelnemers met een dwarslaesie blijkt dat buikmassage gedurende 15 minuten per dag een positieve aanvulling kan zijn op het ingestelde defecatiebeleid (26).

6.2 Rectale laxantia

Het op vaste tijden laxeren met behulp van rectale laxantia is voor patiënten met een suprasacrale laesie (met aanwezige sacrale reflexen) een goed defecatiebeleid.

In de immobiele fase wordt in Nederland gebruik gemaakt van de op plantaardige olie gebaseerde bisacodyl zetabletten. Hoewel uit onderzoek blijkt dat zetabletten die gebaseerd zijn op polyethyleenglycol een snellere werking hebben, zijn deze zetabletten in Nederland voor zover bekend niet verkrijgbaar (26).

In de mobilisatiefase wordt bij voorkeur gekozen voor een microklysma, met een inhoud van 5ml, gezien de kortere inwerkperiode en het milde bijwerkingenprofiel. De toediening van het microklysma gebeurt op het toilet of de po-/douchestoel zodat de zwaartekracht een bijkomend positief effect heeft. Bij onvoldoende effect kan na 10 minuten een tweede microklysma toegediend worden.

Bij patiënten met een sacrale laesie, waarbij de defecatiereflex is uitgevallen, kan een microklysma ook een goede ondersteuning zijn. Deze dient dan niet als middel om de reflex op te wekken, maar als glijmiddel, wat het gebruik van de buikpers gemakkelijker maakt.

Het gebruik van grotere klysma's, met een inhoud van 100 tot 133 ml, wordt bij voorkeur alleen toegepast bij incidentele obstipatie en niet als standaard laxerend middel. Bij veelvuldig gebruik van grote klysma's is er risico op verstoorde elektrolytenbalans (Colex[®]) en leverbeschadiging, indien dit middel gebruikt wordt in combinatie met andere middelen die schadelijk voor de lever zijn (Klyx[®]) (27). De voorkeur wordt gegeven aan het gebruik van Colex[®] klysma's gezien de lagere kosten, die voor rekening zijn van de patiënt aangezien klysma's niet worden vergoed.

6.3 Orale laxantia

Naar het (chronisch) gebruik van orale laxantia zijn weinig wetenschappelijk studies gedaan. De inzet van deze middelen is vooral gebaseerd op praktijkervaringen.

Vanwege de vertraagde darmpassagetijd bij de neurogene patiëntengroep is het chronisch gebruik van orale laxantia vrijwel altijd nodig als ondersteuning van het defecatiebeleid, dit in tegenstelling tot wat wordt beschreven in het Farmacotherapeutisch Kompas bij de generieke populatie.

De laxantia zijn verdeeld in: osmotisch werkende laxantia, volumevergrotende laxantia, contactlaxantia en combinatiepreparaten (27).

- **Osmotisch werkende laxantia** o.a. *Macrogol*, *Magnesiumhydroxide*, *Lactulose*
De osmotisch werkende laxantia houden relatief veel water in de darm vast. Het verzacht de consistentie van de feces en het bevordert de darmperistaltiek. Hierdoor wordt de stoelgang gestimuleerd en de passagetijd van de feces verkort.
- **Volumevergroten laxantia** o.a. *Metamucil*®, *Volcolon*®
Volumevergroten laxantia mengen zich met de feces en nemen water op zodat de feces volumineus en zacht wordt. Daarnaast zorgen ze voor een toename van de peristaltiek.
- **Contactlaxantia** o.a. *Bisacodyl*
De contactlaxantia prikkelen op een chemische wijze de darmwand. De water- en zoutresorptie wordt verminderd en de uitscheiding wordt verhoogd. Eveneens zorgen ze voor een bevordering van de darmperistaltiek. Dit stimuleert de stoelgang en verkort de passagetijd van de feces. Daarnaast maken ze de feces zachter.
- **Combinatiepreparaten** o.a. *Microlax*®, *Prunacolon*®
De geneesmiddelen in deze groep bestaan uit combinaties van laxantia uit verschillende groepen en werken verschillend.

6.4 Anaal prikkelen of stimuleren

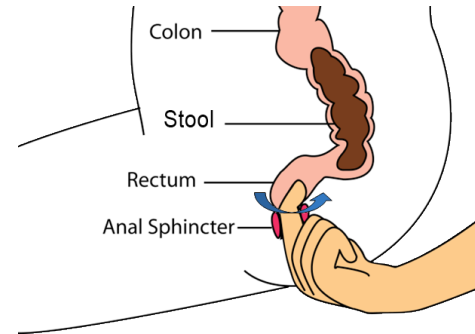
Prikkeling of stimulatie van de anale sluitspier kan een positief effect hebben bij intacte sacrale reflexen. Vaak wordt dit gecombineerd met het gebruik van rectale laxantia.

Wetenschappelijk onderzoek naar het toepassen van prikkeling van de anale sluitspier als op zichzelf staand beleid is zeer minimaal (26).

Toepassen van prikkelen (anaal stimuleren) (28)

De persoon ligt bij voorkeur op zijn linkerzijde.

- Ga voorzichtig met een vinger in het rectum voorbij de kringspier.
- Beweeg de vinger voorzichtig in een ronddraaiende beweging (6 – 8 keer) in het rectum. Verwijder de vinger uit het rectum. Wacht 5 – 10 minuten tussen iedere prikkeling.
- Herhaal de procedure totdat de darmen leeg zijn of er na 3 x stimuleren geen feces meer komt of alleen lucht /vocht.
- Wanneer uiteindelijk de ontlasting niet vanzelf uit het rectum komt, start toucheren.



Bron afbeelding:

<http://www.spinalcordessentials.ca/handouts/digital-stimulation/>

6.5 Manueel verwijderen van ontlasting (rectaal toucheren)

Bij afwezige sacrale reflexen is het rectaal toucheren een van de meest gebruikte methoden om continëntie te bereiken. In verband met de verhoogde kans op fecesverlies door de minimale sfincterspanning en het gemakkelijker toucheren, wordt de voorkeur gegeven aan een wat stevigere consistentie van de feces, Bristol Schaal 2-3 (zie bijlage 2 (23)).

6.6 Bekkenfysiotherapie

Bekkenfysiotherapeutische behandeling wordt gegeven door een gespecialiseerde bekkenfysiotherapeut en bestaat uit voorlichting over en onderzoek naar de functie van blaas/darm/genitalia en bekkenbodemp in relatie tot het neurogene letsel. Een belangrijk onderdeel vormt oefentherapie om de functie van de bekkenbodemp te verbeteren.

Hierbij kan ook gebruik gemaakt worden van biofeedback, elektrostimulatie voor de bekkenbodemp en/of TANS (neurostimulatie) voor de blaas.

Bij een complete dwarslaesie is er geen innervatie vanuit het ruggenmerg en zijn er geen aanknopingspunten voor bekkenfysiotherapie. Bij incomplete dwarslaesies zijn er mogelijkheden om te kijken of de innervatie van de bekkenbodemp nog (deels) intact is.

Bekkenfysiotherapie zou dan mogelijk een toegevoegde waarde kunnen hebben, met als doel verbetering van functie van de bekkenbodemp in relatie tot de continëntie voor mictie en defecatie.

Nadere informatie over de beste manier om buikpers in te

schakelen en voor de mogelijke bekkenfysiotherapeutische behandeling zijn te vinden in bijlage 4

6.7 Transanaal irrigeren (Darmspoelen)

Bij transanaal irrigeren van het distale deel van het colon wordt geleidelijk een hoeveelheid water in de darm gebracht. De aanwezige ontlasting mengt zich met het water waardoor er een natuurlijke reflex van de darm ontstaat en de darm zich leegt. Het is een methode die de laatste jaren steeds vaker wordt toegepast. Er zijn verschillende systemen op de markt.

Per patiënt moet, in overleg met de patiënt en zijn eventuele naasten, worden bekeken welk systeem voor hem het meest geschikt is. Hierbij spelen bijvoorbeeld handfunctie, de aanwezigheid van belemmerende factoren zoals spasme, lichaamsbouw, de benodigde assistentie en persoonlijke voorkeuren een belangrijke rol.

Uit een systematische review blijkt dat transanaal irrigeren een positief effect heeft op de kwaliteit van leven. Daarnaast kan het de kans op obstipatie, gastro-intestinale pijnklachten en fecale incontinentie verkleinen. Verder kan dit het gebruik van orale laxantia verminderen (26). Vooral bij patiënten met een sacrale laesie is dit een goede optie, omdat het de kans op fecale incontinentie vermindert.

Ook bij intacte sacrale reflexen kan transanaal irrigeren een optie zijn als het gebruik van rectale laxantia onvoldoende effect geeft. Nadeel bij deze groep kan zijn dat de intacte reflexen kunnen zorgen voor problemen bij het inbrengen van het water.

Hierom is transanaal irrigeren in de beslisboom niet genoemd als basisoptie bij intacte sacrale reflexen.

6.8 Neuromodulatie

Sacrale neuromodulatie (SNM) wordt toegepast bij zowel fecale incontinentie als obstipatie. De indicaties zijn idiopathische sfincter degeneratie, beschadiging van de interne sfincter en bij partiële dwarslaesie. Voor sacrale neuromodulatie wordt een neurostimulator geïmplanteerd, een apparaatje ter grootte van een muntstuk van twee euro. Het apparaat stimuleert de sacrale zenuwen door middel van lichte elektrische pulsjes (27). Deze regelen de werking van de blaas, de darmen en de daarbij betrokken (sluit)spieren. De neurostimulator probeert de coördinatie van de blaas- en de darmfuncties te herstellen door deze zenuwen met een lage elektrische stroom te stimuleren.

6.9 Antegraad irrigeren (MACE)

Bij antegraad irrigeren wordt er water via een stoma, appendico of cecostomie aan het begin van het colon ingebracht, waardoor het water zich met de darmperistaltiek mee beweegt. Dit wordt ook wel de MACE (Malone Antegrade Continence Enema) techniek genoemd.

Er kan via de stoma geïrrigeerd worden, met behulp van een Mic-key® button of Chait® katheter.

6.10 Sacrale neurostimulatie

Bij sacrale neurostimulatie worden zenuwen gestimuleerd door een neurostimulator. Dit staat bekend als de Brindley procedure (Sacral Anterior Root Stimulation).

Neurostimulatie wordt tegenwoordig in Nederland op slechts zeer beperkte schaal toegepast.

Wel zien we steeds meer dat er gekozen wordt voor neuromodulatie.

6.11 Colostoma

Een colostoma is een optie om de defecatie te reguleren bij patiënten met neurogene darmproblemen. Uit verschillende wetenschappelijke studies blijkt dat een stoma een positief effect kan geven op de kwaliteit van leven. Ook verkort het de benodigde tijd om het defecatiebeleid toe te passen (26). Een colostoma is een goede optie als het laxeerbeleid niet tot een gereguleerd defecatiepatroon leidt.

Informatie over de mogelijkheid van een colostoma door de continetieverpleegkundige of revalidatiearts zal dan ook in deze situatie aan de orde moeten komen.

6.12 Ondersteunend materiaal

Primair wordt geprobeerd om de stoelgang zo te reguleren dat opvangmateriaal niet nodig is. Indien dit niet mogelijk is, gaat de voorkeur uit naar het gebruik van anaaltampons. Het gebruik absorberende materialen als opvangmateriaal wordt alleen geadviseerd indien er geen andere optie is, bijvoorbeeld bij het optreden van diarree.

Bij het toedienen van medicatie hogerop in de darm wordt geadviseerd om alleen gebruik te maken van de speciale rectumcanule. Het gebruik van urinekatheters wordt afgeraden, gezien de grotere kans op darmperforaties.

Individuele aanpassingen om het zelfstandig toepassen van het defecatiebeleid mogelijk te maken worden verstrekt in de gespecialiseerde revalidatiecentra.

Terminologie/woordenlijst

Autonome dysreflexie

Autonome dysreflexie is een reactie van het sympathisch zenuwstelsel op een specifieke (pijn)prikkel, meestal afkomstig vanuit het gebied onder het niveau van de dwarslaesie. Dit veroorzaakt onder andere een acute, sterke stijging van de bloeddruk. De ontstane hypertensie kan leiden tot levensbedreigende complicaties. Autonome dysreflexie komt voor bij patiënten met een dwarslaesie op niveau T6 of hoger.

Dwarslaesie

Beschadiging van het ruggenmerg met als gevolg stoornissen op motorisch, sensibel en/of autonoom gebied. Afhankelijk van het niveau is er sprake van een suprasacrale dwarslaesie, waarbij de reflexen van blaas en darmen functioneren, of een sacrale dwarslaesie, waarbij de reflexen niet meer functioneren.

Bij een supra sacrale dwarslaesie is het mogelijk om gebruik te maken van de reflexfunctie door de feces op te wekken met behulp van rectale laxantia. Bij een sacrale dwarslaesie is die mogelijkheid er niet en is men aangewezen op andere manieren om de defecatie te reguleren.

Fecale incontinentie

Fecale incontinentie is een aandoening waarbij de controle over de anale sluitspier zodanig verminderd is dat er geen controle over de defecatie meer is. De oorzaak van fecale incontinentie kan liggen in de beschadiging van de sluitspier, gestoorde motiliteit van de darmen of in obstipatie.

Multiple sclerose

MS is een auto-immuun aandoening die het centrale zenuwstelsel betreft. Dit betekent dat het myeline in de hersenen en het

ruggenmerg door onbekende oorzaak aangetast worden. Symptomen kenmerken zich onder andere door een trage passage, verminderd gevoel in het rectale gebied en een gebrek aan coördinatie van de bekkenbodemspieren die de darmlediging controleren. Trage passage wordt daarnaast echter ook veroorzaakt door andere redenen, zoals onvoldoende vochtintake, onvoldoende vezelintake, onvoldoende beweging en de bijwerkingen van geneesmiddelen die patiënten met MS gebruiken als symptomatische behandeling voor andere klachten.

Spina bifida

Spina bifida betekent letterlijk 'gespleten rug'. Het is een aangeboren afwijking waarbij er door het niet goed sluiten van de wervels schade ontstaat aan het ruggenmerg. In de meeste gevallen is deze schade aanwezig op lumbaal of sacraal niveau. Spina bifida bestaat in verschillende gradaties van beschadiging het ruggenmerg en de daaruit voorkomende klachten op het gebied van motoriek, sensibiliteit en autonome functies. Problemen op het gebied van defecatie komen vaak voor. Gezien de locatie van de schade aan het ruggenmerg zijn de klachten en mogelijke behandelingen op defecatiegebied het best te vergelijken met die van iemand met een laag thoracale of lumbale dwarslaesie

Spinale shockfase

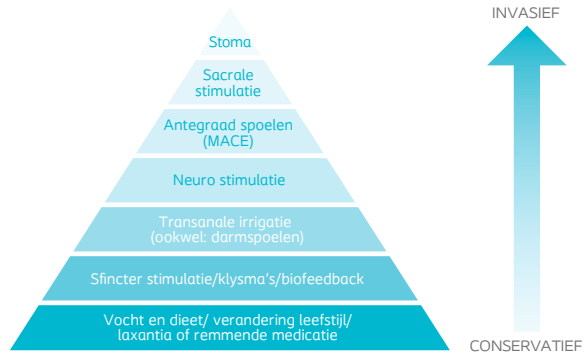
In de eerste periode direct na het ontstaan van de dwarslaesie is er sprake van een spinale shockfase. In deze periode zijn de reflexen op en onder het niveau van de dwarslaesie uitgevallen. Daardoor kan er geen gebruik gemaakt worden van deze reflexen bij het reguleren van de defecatie. Na verloop van weken tot maanden herstellen de reflexen onder het niveau van de dwarslaesie zich weer.

Literaturopgave

1. Coggrave M, Norton C, Wilson-Barnett J. *Management of neurogenic bowel dysfunction in the community after spinal cord injury: a postal survey in the United Kingdom*. Spinal Cord. 2009;47:323-330.
2. Stone JM, Nino-Murcia M, Wolfe VA, Perkasch I. *Chronic gastrointestinal problems in spinal cord injury patients: A prospective analysis*. Am J Gastroenterol. 1990;85:1114-1119.
3. Kirk PM, King RB, Temple R Bourjalais J, Thomas P. *Long term follow-up of bowel management after Spinal Cord Injury*. SCI Nurs. 1997;14:56-63.
4. Johnsen V, Skattebu E, Aamot-Andersen A, Thyberg M. *Problematic aspect of faecal incontinence according to the experience of adults with spina bifida*. J Rehabil Med 2009;41:506-511.
5. Coggrave M, Wiesel P, Norton C. *Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases*. Cochrane Database Syst Rev. 2006.
6. Maynard FM, Bracken MB, Creasey G, Ditunno JF, Donovan WH, Ducker TB, Garber SL, Marino RJ, Stover SL, Tator CH, Waters RL, Wilberger JE, Young W. *International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury*. Spinal Cord. 1997;35:266-274.
7. De Looze D, van Laere M, de Muynck M, Beke R, Elewaut A. *Constipation and other chronic gastrointestinal problems in spinal cord injury patients*. Spinal Cord. 1998;36:63-66.
8. Hinds JP, Eidelman AH, Wald A. *Prevalence of bowel dysfunction in multiple sclerosis; a population survey*. J Gastroenterol. 1990;98:1538-1542.
9. Wiener JS et al. *Bowel management and continence in adults with spina bifida: Results from the national spina bifida patient registry 2009-15*, Journal Pediatric Rehabil. Med. 2017 Dec 11;10 (3-4): 335-343.
10. Brochard C et al. *Bowel dysfunction related to Spina Bifida: Keep it simple*, Dis Colon Rectum 2017 Nov; 60 (11) 1209-2014
11. Glickman S, Kamm MA. *Bowel dysfunction in spinal cord injured patients*. Lancet. 1996;347:1651-1653.
12. Van Asbeck FWA en IJW van Nes, red. *Handboek Dwarslaesie Revalidatie*. 3e herziene druk. Assen; Koninklijke van Gorcum, 2016.
13. Leduc BE, Giasson M, Favreau-Ethier M, Lepage Y. *Colonic transit time after spinal cord injury*. J Spinal Cord Med. 1997;20:416-421.
14. Valles M, Mearin F. *Pathophysiology of bowel dysfunction in patients with motor incomplete spinal cord injury: comparison with patients with motor complete spinal cord injury*. Dis Colon Rectum. 2009;52:1589-1597.
15. Collet J, Dawes H, Cavey A, Meaney A, Sackley C, Wade D, Howells K. *Hydration and independence in activities of daily living in people with multiple sclerosis: a pilot investigation*. Disabil Rehabil. 2011;33:1822-1825.
16. McDonnell GV, McCann JP. *Issues of medical management in adults with Spina Bifida*. Child Nerv Syst. 2000;16:222-227.

17. Menter R, Weitzenkamp D, Cooper D, Bingley J, Charlifue S, Whiteneck G. *Bowel management outcomes in individuals with long-term spinal cord injuries*. Spinal Cord. 1997;35:608-612.
18. Krogh K, Christensen P, Sabroe S, Laurberg S. *Neurogenic bowel dysfunction score*. Spinal Cord 2006;44:625-631.
19. Adriaansen JJ, van Asbeck FW et al. *Outcomes of Neurogenic Bowel Management in Individuals Living With a Spinal Cord Injury for at Least 10 Years*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2015;96:905-12
20. Nederlands voedingscentrum. (digitale versie). www.voedingscentrum.nl
21. Meinders AJ, Meinders AE. *Hoeveel water moeten we eigenlijk drinken?* Ned Tijdsch Geneesk. 2010;154:A1757.
22. Cameron KJ, Nyulasi IB, Collier GR, Brown DJ. *Assessment of the effect of increased dietary fiber intake on bowel function in patients with Spinal Cord injury*. Spinal Cord. 1996;34:277-283.
23. Coggrave M, ed. *Guidelines for management of neurogenic bowel dysfunction after spinal cord injury*. Produced by the spinal cord injury centres of the United Kingdom and Ireland. 2009. www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0019/253036/CV453N_full_doc.pdf
24. Drossman, Douglas A, MD, senior editor. *Rome IV Multidimensional Clinical Profile for functional Gastrointestinal Disorders*
25. Coggrave M, Norton C, Cody JD, *Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases*, 2014, Cochrane library, Issue 1.
26. Krassioukov A, Eng JJ, Claxton G, Sakakibara BM, Shum S. *Neurogenic bowel management after spinal cord injury: a systematic review of the evidence*. Spinal Cord. 2010;48:718-733.
27. Farmacotherapeutisch Kompas. (digitale versie) www.fk.cvz.nl
28. <http://www.cheshire.ie/userfiles/file/bowelbladder/DigitalRemovalofFaecesCLSP32.pdf>
29. Lombardi G, Del Popolo G, Cecconi F, Surrenti F and Macchiarella A, *Clinical outcome of sacral neuromodulation in incomplete spinal cord-injured patients suffering from neurogenic bowel dysfunctions*, Spinal Cord (2010) 48, 154-159.
30. AV Emmanuel, K. Krogh, G. Bazzochi, A-M Leroi, A. Bremers, D. Leder, D. van Kuppevelt, G. Mosiello, M. Vogel, B. Perrouin-Verbe, M. Coggrave, P. Christensen and members of the working group on Trans Anal Irrigation from the UK, Denmark, Italy, Germany, France and the Netherlands *Consensus review of best practice of transanal irrigation in adults*. Spinal Cord 2013, 1-7

Bijlage 1: Behandelpiramide⁽³⁰⁾



Bijlage 2: Bristol Schaal

1	Harde losse keutels (moeilijke stoelgang)	
2	Worstvormige samengekleefde keutels	
3	Worstvormige stoelgang, brokkelig van structuur	
4	Worstvormige stoelgang met zachte en gladde structuur	
5	Zachte ontlasting met duidelijke contouren (makkelijke stoelgang)	
6	Zachte tot zeer zachte ontlasting met onduidelijke contouren	
7	Waterige stoelgang, geen structuur aanwezig (geheel vloeibaar)	

Bijlage 3: Defecatiedagboek

Defecatiedagboek

Het defecatiedagboek bestaat uit een defecatielijst die, indien nauwkeurig bijgehouden, een goed overzicht geeft van uw ontlastingspatroon.

Om uw ontlastingspatroon zo goed mogelijk in kaart te brengen is op deze pagina een uitleg toegevoegd over hoe u deze lijst moet invullen.

Uitleg over het invullen van de defecatielijst

Als u ontlasting heeft, vult u dit **per keer** in op een **nieuwe regel**.

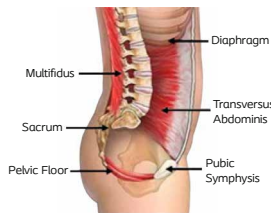
- Bij **Datum** vult u de datum in dat u ontlasting heeft gehad.
- Bij **Tijd** vult u het tijdstip in dat u ontlasting heeft gehad of het moment dat u bijvoorbeeld een Microlax® klysma of een Bisacodyl zetpil heeft.
- Bij **Tijdsduur** vult u in hoe lang u er over heeft gedaan om uw ontlasting kwijt te raken.
- Bij **Hoeveelheid** vult u in hoeveel ontlasting u heeft gehad aan de hand van de symbolen (-/+ , +, etc.) die rechts naast de tabel vermeld staan.
- Bij **Consistentie** vult u in hoe de ontlasting er uit ziet. Hiervoor gebruikt u de Bristol schaal die als bijlage aan dit dagboek is toegevoegd. U vult het cijfer in dat voor de tekening staat die het meeste lijkt op de ontlasting die u heeft gehad. Indien van toepassing kunt u hier ook meerdere cijfers invullen.
- Bij **Stimuleren** vult u in of er gestimuleerd of getoucheerd is.

- Bij **Incontinent** vult u de hoeveelheid in als u incontinent bent geweest en in welke mate dit was. Hiervoor gebruikt u de symbolen die naast de tabel vermeld staan (-/+ , +, etc.).
- Bij **Spontane ontlasting** vult u in of u gecontroleerd spontaan ontlasting heeft gehad (ja of nee).
- Bij **Eventuele bijzonderheden** vult u in of er bijzonderheden waren. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan bloed bij de ontlasting, het gebruik van een 2e Microlax® klysma, klachten van autonome dysreflexie of, indien darmspoelen van toepassing is, de hoeveelheid water waarmee u heeft gespoeld.

Datum	Tijd	Tijdsduur	Hoeveelheid (aangeven in welke mate)	Consistentie (Bristol)	Stimuleren/ Toucheren (V/N)	Incontinent (aangeven in welke mate)	Spontane ontlasting	Eventuele bijzonderheden	Naam patiënt: Geboortedatum: Paslijstnummer: Symbolen voor het invullen van
									- = geen
									-/+ = matig
									+ = voldoende
									++ = veel
									+++ = heel veel

Bijlage 4: Inschakelen buikpers en ademhalingsoefeningen bekkenfysiotherapie

Ademhaling



Inademen actief
Diafragma ↓ daalt

Buikdruk ↑ stijgt

Uit ademen passief
Diafragma ↑ stijgt

Buikdruk regulatie
Ademhalingsoefeningen
(doorademen tijdens activiteiten)

Buikpers

1. Diepe inademing (hap lucht) diafragma ↓ daalt
buik zet uit vasthouden
(niet uitademen)
2. Diepe inademing (hap lucht) diafragma ↓ daalt
buik zet nog meer uit
Intra abdominale druk ↑ stijgt
– druk op bekkenbodem ↑ stijgt
3. Duw beetje naar beneden richting bekkenbodem (anus)
4. Adem uit! En ontspan!

Bekkenfysiotherapie

De bekkenfysiotherapeut helpt bij het leren herkennen, trainen en ontspannen van de spieren rondom het bekken. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van speciale apparatuur. De bekkenfysiotherapeut adviseert over houding, belasting, toiletgedrag, drink- en eetgedrag. De hulpvraag van de patiënt staat centraal.

Bron: Bekkenfysiotherapie



Bijlage 5: Wijzigingen

Dit zijn de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de originele uitgave van de Richtlijn Defecatiebeleid 2010-2012.

Er is gekozen voor een gewijzigde opzet in hoofdstukken 2, 3 en 4. Hierbij is uitgegaan van problematiek, behandeling en evaluatie en per hoofdstuk is het onderscheid gemaakt naar aandoening. De stroomschema's zijn als gevolg daarvan ook aangepast.

Een apart hoofdstuk over obstipatie en fecale impactie is toegevoegd: hoofdstuk 5

De onderdelen vochtintake en voeding, voorheen in hoofdstuk 5, zijn opgenomen in hoofdstuk 3.1: Algemene adviezen als onderdeel van het hoofdstuk Behandeling.

Bij de opbouw van hoofdstuk 6: Begeleidende informatie, is gekozen om de stapsgewijze behandeling van de Behandelpiramide te volgen (bijlage 1)

Informatie over bekkenfysiotherapie is toegevoegd.

Bijlages:

Verwijderd zijn:

Bijlage 1: NVDG deelprotocol defecatieregulatie

Bijlage 3: NBD score

Toegevoegd zijn:

Bijlage 1: Behandelpiramide

Bijlage 2: Defecatiedagboek

Bijlage 4: Inschakelen buikpers en bekkenfysiotherapie

ISBN 978-94-6190-109-5



9 789461 901095 >