

Obstipatie bij ouderen: fecale impactie voorkomen

De prevalentie van obstipatie neemt toe met de leeftijd. Bij het uitblijven van een aangepaste behandeling kunnen complicaties ontstaan zoals fecale impactie of zelfs fecaloom.

N. Faucher

Redactionele coördinatie:
M. Langendries

Reden tot ongerustheid?

Als een patiënt klaagt over “obstipatie” is het verstandig om na te gaan wat hij daar precies mee bedoelt. De meeste mensen denken dat een persoon in goede gezondheid zich dagelijks ten minste eenmaal hoort te ontlasten.¹ Het is echter bekend dat in een normale bevolking de frequentie van de stoelgang varieert van 3 keer per dag tot 3 keer per week.^{2,3} De diagnose obstipatie wordt daarom beter gereserveerd voor patiënten die minder dan 3 keer per week een stoelgang hebben en/of moeilijkheden hebben om zich te ontlasten.⁴⁻⁶ Deze definitie blijft geldig bij ouderen.

De duur van de darmassage verandert niet met de leeftijd maar kan wel worden beïnvloed door extrinsieke factoren zoals de voeding. De defecatiemechanismen ondergaan een intrinsieke verandering. Bij ouderen zijn de belangrijkste oorzaken van obstipatie de levenswijze, medicatie, afwijkingen van het bloedbeeld, onderliggende ziekten en structurele laesies van het rectum. Fecale impactie is de meest ernstige vorm van obstipatie.

EXPRESINFORMATIE

Prevalentie

Zelfs als de klassieke definitie wordt gehanteerd, blijft de prevalentie van obstipatie in de oudere bevolking indrukwekkend hoog. Met de leeftijd neemt de prevalentie nog toe. Men schat de prevalentie bij 65-plussers op ongeveer 40%, en bij personen in bejaardentehuizen op 80%.^{4,7,8}

Mechanismen van obstipatie

In grote lijnen wordt de productie van stoelgang bepaald door twee factoren: de duur van de colonpassagetijd en de defecatiemechanismen in het rectaal-anale gedeelte van de darm. De pathologische verhoging van de passagetijd veroorzaakt slow-transitobstipatie en de disfunctie van de defecatiemechanismen ligt aan de basis van de zogenaamde outletobstructie.

In principe staat de duur van de colonpassage los van de leeftijd. Toch kan de passagetijd worden verlengd door verschillende extrinsieke factoren die gerelateerd zijn aan de veranderde levensstijl bij de oudere patiënt.

De rectaal-anale functie ondergaat in de loop van de jaren wel intrinsieke veranderingen. De belangrijkste is een daling van de contractiekracht van de anale sfincter.^{4,7} Bovendien treedt bij

sommige patiënten een verlies van de rectale gevoeligheid op, wat het gevoel van aandrang vermindert. Zwakte van de buikspieren kan nog bijdragen aan de verslechtering van de defecatiemechanismen.^{2,6,8,9} Deze factoren verklaren waarom outletobstructie zo vaak voorkomt bij ouderen.

Oorzaken van obstipatie

Bij ouderen heeft obstipatie meestal meer dan één enkele oorzaak. Door na te gaan welke van die oorzaken te beïnvloeden zijn, legt men de grondslag van de latere behandeling.

- **Levensstijl.** Meestal zijn een vezel- en vochtarme voeding verantwoordelijk voor een vertraging van de intestinale transit. Met het ouder worden nemen gevoelens van honger en dorst af. Diuretica kunnen de vochtbalans nog meer verstoren en immobilisatie vertraagt de darmassage. Bedlegerige patiënten stellen de defecatie vaak uit om het weinig comfortabele gebruik van de bedpan te vermijden.

- **Medicatie.** Een veelvoorkomende oorzaak van obstipatie is de consumptie van geneesmiddelen, vooral anticholinergica, antidepressiva en opiaten; een uitgebreidere lijst van geneesmiddelen is te vinden in tabel 1.

● **Afwijkingen van het bloedbeeld.**

Afwijkende bloedwaarden die obstipatie kunnen veroorzaken, zijn onder meer hypercalciëmie, hypokaliëmie en hypomagnesiëmie. Hypothyreoïdie en nierinsufficiëntie zijn andere oorzaken die door een bloedonderzoek aan het licht kunnen komen.

● **Neurologische en metabole ziekten.**

Obstipatie kan toe te schrijven zijn aan neurologische aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson, CVA en dementie. In die gevallen zijn immobilisatie en cognitieve achteruitgang de belangrijkste oorzaken. Diabetes is een bekende oorzaak van neurologische ziekten, waarbij vaak ook het autonome zenuwstelsel is aangedaan.

● **Structurele laesies.** Darmtumoren zijn een oorzaak van obstipatie die moet worden overwogen. Rectaal-anale disfunctie kan worden verergerd door verschillende structurele laesies van het rectum, zoals anale fissuren, hemorroïden en rectale prolaps.

Fecale impactie

Bij ouderen wordt 30% van de gevallen van obstipatie gecompliceerd door fecale impactie.¹³ Fecale impactie is een ophoping van fecale materie in de darm die gedurende verschillende dagen niet wordt geëvacueerd; spontane excretie is onmogelijk. Bij veruit de meeste patiënten doet fecale impactie zich voor in het rectum.^{9,11} De meest ernstige vorm van fecale impactie is fecaloom, dat wordt gekenmerkt door uitgesproken verharding van de stoelgang.

De symptomen van fecaloom kunnen atypisch zijn; de aandoening moet zeker worden overwogen bij een geagiteerde of verwarde oudere patiënt.¹² Een fecaloom kan worden opgespoord met een rectaal toucher of, als het hoog in de darm zit, met radiografisch onder-

zoek van het abdomen zonder contrastmiddelen.

Fecale impactie is de belangrijkste oorzaak van fecale incontinentie bij ouderen.¹³ De langdurige verwijding van het rectum leidt tot hypotonie van de anale sfincter, waardoor fecale materie zal worden losgelaten. Fecale incontinentie is een belangrijke reden voor opname in een medisch verzorgingscentrum.¹⁴ Die stap kan worden voorkomen door een volledig rectaal klysma met laxantia.¹³

EXPRESINFORMATIE

De arts informeert eerst naar de voedingsgewoonten, de ingenomen geneesmiddelen en de bestaande aandoeningen. Een zorgvuldig onderzoek van rectum en anus is onontbeerlijk. Een röntgenfoto van het abdomen zonder contrast geeft een beeld van eventuele fecale impactie en een fecaloom. Andere onderzoeken zijn in het algemeen niet noodzakelijk. De behandeling begint steeds met een aanpassing van de levenswijze.

Diagnostiek

Het doel van de diagnostiek bij obstipatie is niet alleen het verminderen van het lichamelijke probleem. Het komt er eveneens op aan eventuele angst voor een maligne oorzaak weg te nemen.

Een beoordeling van de overheersende klacht kan richting geven aan het beleid: heeft de patiënt last van een moeilijke of in de tijd gespreide stoelgang? In veel gevallen is het onderscheid tussen slow-transitobstipatie en outletobstructie moeilijk te maken op grond van de anamnestiche gegevens alleen; bovendien hebben veel patiënten een gemengde vorm van obstipatie. De anamnese en het klinisch onderzoek moeten een zo groot mogelijk

aantal diagnostische hypothesen in overweging nemen.

Behalve naar medische en chirurgische antecedenten moet tijdens de anamnese ook worden gevraagd naar voedingsgewoonten, ingenomen geneesmiddelen – inclusief zelfmedicatie – en bijkomende aandoeningen. Men informeert naar een eventuele afwisseling van diarree en obstipatie en episoden van anale incontinentie.

Inspectie van de anus kan een fissuur aan het licht brengen. Een rectaal toucher is onontbeerlijk. Het onderzoek maakt het mogelijk de tonus van de anale sfincter te beoordelen en fecale impactie op te sporen. Het geeft ook een indruk van de consistentie en het volume van de stoelgang. Er kunnen bij het toucher hemorroïden of een tumor worden aangetroffen. Een anoscopie vervolledigt het onderzoek van rectum en anus.

Met behulp van een röntgenfoto van het abdomen zonder contrast kan men een fecale impactie of een hoog gesitueerd fecaloom uitsluiten. Het belang van bloedonderzoek is hierboven al besproken. Doorgaans is het niet nodig om andere onderzoeken uit te voeren. Toch moet men in de volgende situaties een colonoscopie aanvragen:

- recent gewichtsverlies;
- buikpijn;
- recente veranderingen van stoelgang, met een afwisseling van diarree en obstipatie;
- occult of zichtbaar bloedverlies;
- anemie;
- een familiale geschiedenis van colorectaal carcinoom.

Aanpassing van de levenswijze

De behandeling van obstipatie is in de eerste plaats gebaseerd op een aanpassing van de levenswijze en voedingsgewoonten. Een voldoende aanvoer van vocht – 1,5 liter in 24 uur – in de vorm van water of vruchtensap wordt aanbevolen. De patiënt kan de hoeveelheid

Tabel 1

Geneesmiddelen die obstipatie kunnen veroorzaken

antacida met aluminium en calcium
NSAID's
anticholinergica
anticonvulsiva
antidepressiva
antiparkinsonmiddelen
bètablokkers
diuretica
calciumremmers
neuroleptica
opiaten
calciumsupplementen
ijzersupplementen

vezels in zijn voeding verhogen door meer groene groenten, vers fruit, gedroogde pruimen en vooral granen te eten. Bij weinig mobiele patiënten worden vezels met mate toegediend wegens het risico van fecaloom. Bij een verhoogde aanvoer van vezels is het belangrijk om aan de patiënt te vertellen dat een opgeblazen gevoel en krampen vaak voorbijgaand zijn.

Lopen is een uitstekend middel om obstipatie te bestrijden. Aan de patiënt moet worden geadviseerd om regelmatig naar het toilet te gaan; de ontlasting mag niet worden uitgesteld. Het meest geschikte moment voor ontlasting is na een maaltijd omdat men dan gebruik kan maken van de gastrocolische postprandiale respons.¹⁻⁴ Bedlegerige patiënten moeten regelmatig door de verzorgers naar het toilet worden begeleid.

Het is belangrijk dat de patiënt zijn defecatiepatroon bewaakt: als het ritme stopt moet worden ingegrepen om fecale impactie te voorkomen. Bij patiënten met cognitieve stoornissen is dat een taak voor de verzorgers.

EXPRESINFORMATIE

Indien nodig worden laxantia toegediend. Zwelmiddelen zijn geschikt bij een ontoereikende aanvoer van voedingsstoffen en vezels. Bij de osmotische laxantia hebben middelen met PEG een effect dat stabiel blijft in de loop van de tijd. Orale toediening van PEG vormt ook een goede behandeling bij fecale impactie.

Medicamenteuze maatregelen

Als de hierboven genoemde maatregelen ontoereikend blijken te zijn, kan een behandeling met zachte laxantia worden ingesteld. Oraal toe te dienen preparaten kunnen de situatie van patiënt op korte termijn verbeteren maar zijn niet geschikt voor de behan-

deling van chronische obstipatie. Contactlaxantia, die gedurende langere tijd worden gebruikt, kunnen dehydratie, hypokaliëmie en zelfs secundair hypoaldosteronisme uitlokken; ze zijn niet aangewezen voor de behandeling van chronische obstipatie.

Zwelmiddelen

Als de consumptie van vezels onvoldoende is, kan men een zwelmiddel voorschrijven, dat het volume van de stoelgang verhoogt en de darmpassage versnelt. Een adequate vochttoevoer is noodzakelijk om het effect van zwelmiddelen te garanderen. De voorkeur gaat uit naar middelen met gom en psylliumvezels, omdat die niet gepaard gaan met slecht getolereerde bijwerkingen zoals gasvorming of een opgeblazen gevoel.^{2,15} Ispaghul^a, ispaghulmucilago^b en sterculiagom^c zijn een goede keuze.

Osmotische laxantia

Osmotische laxantia zijn te verkiezen boven lubrificerende middelen of emollientia zoals paraffine. Die laatste middelen beperken immers de absorptie van vetoplosbare vitaminen (A, D, E en K) als ze langdurig worden genomen. Bovendien kunnen ze het effect van vitamine K-antagonisten versterken. Ze zijn verantwoordelijk voor anale lekkage, een erg vervelend probleem voor de patiënt. Slikstoornissen zijn een formele contra-indicatie omdat osmotische laxantia in die situatie een lipoidpneumonie kunnen veroorzaken.⁴

• Gesuikerde osmotische laxantia worden het meest gebruikt. Ze bevatten lactulose^d of sorbitol^e. Deze niet-resorbeerbare suikers oefenen een osmotisch

a. Colofiber

b. Spagulax, Spagulax mucilage

c. Normacol

d. Duphalac, Lactulose EG, Lactulose Teva

e. Sorbitol Delalande

effect uit op het spijsverteringskanaal; dat leidt tot verhoging van het vocht-volume in het darmlumen en een betere hydratatie van de stoelgang. Bovendien worden lactulose en sorbitol gemetaboliseerd door de darmflora in vluchtige vetzuren, die de peristaltische darmbewegingen stimuleren. De meest voorkomende bijwerkingen zijn – soms pijnlijk – abdominaal meteorisme en gasvorming. Het maximale effect houdt 8 tot 15 dagen aan. Na deze periode passen de darmbacteriën zich aan en vermindert de afbraak van suikers. Om een voldoende effect te behouden, moet de dosis van osmotische laxantia daarom progressief worden opgebouwd.

- Osmotische laxantia op basis van macrogol worden beter verdragen en vereisen geen progressieve verhoging van de dosis.^{4,16} Macrogol of polyethyleenglycol (PEG) is een inerte, niet-resorbeerbare substantie. De stof concentreert zich progressief over de volledige lengte van de darm en vangt het water en de elektrolyten op die aanwezig zijn in het darmlumen; daardoor wordt de stoelgang gehydrateerd. Het volume opgenomen water staat in directe verhouding tot de toegediende hoeveelheid PEG.¹⁷⁻¹⁹

Opdat er geen uitwisseling van elektrolyten zou ontstaan tussen het plasma en de darm, kan men het best kiezen voor een PEG-preparaat dat ook elektrolyten bevat^f. Middelen die laxerende zouten zoals natriumsulfaat bevatten, zijn te mijden. Resorptie van natriumsulfaat, zelfs in kleine hoeveelheden, verhoogt het risico van natrium-overload bij arteriële hypertensie, van nierinsufficiëntie en van hartfalen. Gewoonlijk worden laxerende zouten daarom niet ingezet bij ouderen met obstipatie.

f. Movicol

Behandeling van fecale impactie

Bij fecale impactie is het doel van de behandeling de evacuatie van de rectuminhoud. Manuele verwijdering kan beter worden vermeden. Bij ongeveer 40% van de patiënten die fecale impactie hebben, moet meer dan één manuele evacuatie worden uitgevoerd, maar dat blijft altijd een traumatische en venederende ervaring voor de patiënt, en een onaangenaam karwei voor de arts.

Orale toediening van PEG maakt een relatief eenvoudige evacuatie van fecale impactie mogelijk, als er geen vermoeden is van colonverwijding of een occlusief syndroom.²⁰ Ook voor deze korte maar hooggedoseerde behandeling kan beter worden gekozen voor een middel dat de hydro-elektrolytische balans bij de oudere patiënt het best bewaart. De patiënt moet per dag 8 zakjes van het middel innemen, opgelost in een liter water. Onderzoek toont aan dat na drie dagen behandeling bij veruit de meeste patiënten een pijnloze uitscheiding van de stoelgang plaatsvindt, zonder klinische of biologische complicaties.^{4,20}

Dr. Nathalie Faucher is verbonden aan de Service de Gériatrie van het Hôpital Bichat Claude Bernard in Parijs, Frankrijk.

Referenties:

1. Lederle FA. Epidemiology of constipation in elderly patients. Drug utilisation and cost-containment strategies. *Drugs Aging* 1995;6(6):465-9.
2. Alesi C, Henderson C. Constipation and fecal impaction in the long-term care patient. *Clinics in Geriatric Medicine* 1988;4:571-588.
3. Wänitschke R, Goerg KJ, Loew D. Differential therapy of constipation – a review. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2003;41(1):14-21.
4. Alix E, Halphen M, Rozo P. Place des laxatifs osmotiques à base de magrogol et électrolytes dans le traitement de la constipation du sujet âgé. *Rev Geriatr* 2001;26: 65-72.
5. Melange M. De la constipation à l'occlusion intestinale chez la personne âgée. *Louvain Med* 1998;117:S53-S57.
6. Prather CM, Ortiz-Camacho CP. Evaluation and treatment of constipation and fecal impaction in adults. *Mayo Clin Proc* 1998;73(9):881-6; quiz 887.
7. De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders

in the geriatric patient: constipation, fecal impaction, and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol* 2000;95(4):901-5.

8. Tracey J. Fecal impaction: not always a benign condition. *J Clin Gastroenterol* 2000;30(3):228-9.

9. Muller-Lissner S. General geriatrics and gastroenterology: constipation and faecal incontinence. In *Best Practices and Research Clinical Gastroenterology*, Harcourt Publishers Ltd, 2002;16:115-133.

10. Addison R, Davies C, Haslam D, et al. A national audit of chronic constipation in the community. *Nurs Times* 2003;99(11):34-5.

11. Delvaux M. Digestive health in the elderly: faecal incontinence in adults. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18 Suppl 3:84-9.

12. Bellaiche G. Les pathologies coliques du sujet âgé. *Act Med Int Gastroenterologie* 2003;17:160-163.

13. Read NW, Celik AF, Katsinelos P. Constipation and incontinence in the elderly. *J Clin Gastroenterol* 1995;20(1):61-70.

14. Annells M, Koch T. Faecal impaction: older people's experiences and nursing practice. *Br J Community Nurs* 2002;7(3):118-26.

15. Mortensen PB, Nordgaard-Andersen I. The dependence of the in vitro fermentation of dietary fibre to short-chain fatty acids on the contents of soluble non-starch polysaccharides. *Scand J Gastroenterol* 1993;28(5):418-22.

16. Abyad A, Mourad F. Constipation: common-sense care of the older patient. *Geriatrics* 1996;51(12):28-34, 36.

17. Chevrel B. Traitement de la constipation par PEG 3350 (macrogol et électrolytes). *Médecine et chirurgie digestive* 1996;7:375-379.

18. Hammer HF, Santa Ana CA, Schiller LR, Fordtran JS. Studies of osmotic diarrhea induced in normal subjects by ingestion of polyethylene glycol and lactulose. *J Clin Invest* 1989;84(4):1056-62.

19. Flourie B. Effets digestifs de faibles doses de polyéthylène glycol (PEG) chez le sujet sain. *GCB* 1994;18:1108.

20. Culbert P, Gillett H, Ferguson A. Highly effective new oral therapy for faecal impaction. *Br J Gen Pract* 1998;48(434):1599-600.