

dashboard

Hoofdstuk...
Figuren &...
Video's
Oefenen

Lisbeth ▾



Diagnostiek van alledaagse klachten

Over dit boek ▾

1-3 Algemene hoofdstukken ▾

4-12 Algemene klachten ▾

13-25 Hoofd ▾

26-30 Borst ▾

31-48 Buik ▲

31 | Misselijkheid en braken ▾

32 | Niet-acute bovenbuikklasten ▾

33 | Acute buikpijn ▾

34 | Chronische buikpijn ▾

35 | Obstipatie ▲

Samenvatting

35.1 Inleiding

35.2 De klacht bij de dokter

35.3 Pathofysiologie en differentiële diagnose

35.3.1 Functionele obstipatie

35.3.2 Organische obstipatie

35.4 Kansverdeling van diagnosen

35.5 Betekenis van de voorkennis/context

35.6 Betekenis van de anamnese

35.7 Betekenis van het lichamenlijk onderzoek

35.7.1 Onderzoek van het abdomen

35.7.2 Inspectie perianale regio

35.7.3 Rectaal toucher

35.7.4 Vaginaal toucher

35.8 Betekenis van aanvullend onderzoek ▾

Zoeken in dit hoofdstuk

0/0

↑ ↓

35. Obstipatie

Auteurs
J. W. M. Muris, E. M. H. Mathus-Vliegen

Samenvatting

Obstipatie is een redelijk frequent voorkomende klacht in de populatie. De klachtpresentatie is een subjectieve aangelegenheid, vooral afhankelijk van wat de patiënt verstaat onder een normale stoelgang. Obstipatie kan worden ingedeeld in obstipatie van het functionele en het organische/iatrogene type. In de huisartsenpraktijk heeft obstipatie in meer dan 90 % van de gevallen géén organische oorzaak. Tot de oorzaken die wél worden gevonden behoren geneesmiddelenbijwerking, onvoldoende vezel- en vochtinname, immobiliteit, prikkelbaredarmsyndroom, bekkenbodemdysfunctie, obstructie, mucosale afwijkingen, metabole aandoeningen, psychische factoren. De anamnese kan gebruikt worden om te verhelderen wat de patiënt onder obstipatie verstaat, om na te gaan of er aanwijzingen zijn voor een organische/iatrogene of een functionele oorzaak van de obstipatie en om de inbreuk die de obstipatie op het dagelijks leven van de patiënt heeft, te evalueren. Lichamenlijk onderzoek is zinvol bij een nieuw ontstane of verergerende obstipatie en bij verdenking op een organische oorzaak ervan. Het doen van aanvullend onderzoek is in eerste instantie niet noodzakelijk als anamnese en eventueel lichamenlijk onderzoek daartoe geen aanleiding geven.

Obstipatie

Defecatie

Prikkelbaredarmsyndroom (PDS)

Bekkenbodemdysfunctie

Metabole aandoeningen

☆

35.1 Inleiding

↻

Obstipatie, ofwel moeite met de stoelgang, is te definiëren als een voor de betrokkene abnormaal (veranderd) defecatiepatroon waarbij te weinig, te harde en/of te moeilijk produceerbare ontlasting wordt geloosd [1]. Internationaal, en dan vooral in het kader v wetenschappelijk onderzoek, worden ook wel de Rome-IV-criteria gehanteerd bij de definiëring van obstipatie [2].

- Bij deze indeling is het nodig dat de patiënt voldoet aan twee of meer van de volgende criteria, waarbij de laatste vijf criteria bij meer dan een kwart van de defecaties aanwezig dienen te zijn:
 - twee of minder defecaties per week;
 - harde of keutelvormige feces;
 - noodzaak tot hard persen;
 - gevoel van incomplete lediging;
 - gevoel van anorectale obstructie/blokkade;
 - noodzaak van toepassing van manuele handelingen om defecatie te vergemakkelijken.

Study Suite dashboard

Hoofdstuk... Figuren &...

Diagnostiek van alledaagse klachten

2. Zachte ontlasting zelden zonder laxantia.
 3. Onvoldoende criteria voor het prikkelbaredarmsyndroom.
 4. Voorgaande criteria zijn ten minste 3 maanden aanwezig en het begin van de klachten ligt ten minste 6 maanden voor het stellen van de diagnose.

Zoeken in dit hoofdstuk 0/0

Zoeken in StudySuite Lisbeth

Als een patiënt zich 'verstopt' voelt en dat als klacht bij de dokter presenteert, voldoet e klacht natuurlijk niet altijd aan deze research-criteria. In de huisartsenpraktijk is er daa bij volwassenen sprake van obstipatie als er twee of minder defecaties per week en/of harde of keutelvormige feces zijn en in totaal twee of meer symptomen uit het rijtje on punt 1 van de Rome-IV-criteria. Nu speelt de duur van de klachten (het tijds criterium) o het percentage van de defecaties waarbij het criterium optreedt geen rol.

Het is handig bij twijfel de zogeheten Bristol stoelgangkaart te checken. Patiënten met obstipatie wijzen op de Bristol stoelgangkaart het ontlastingstype 1 of 2 aan (zie <https://tinyurl.com/bristol-stoelgangschaal>).

Voor kinderen gelden andere Rome-IV- en dus ook voor de huisartsenpraktijk toepasb criteria. Bij hen kunnen naast de hierboven genoemde criteria ook andere symptomen bijdragen aan de diagnose:

- ophouden van de ontlasting;
- grote hoeveelheden ontlasting in de luier of toiletpot;
- een grote fecale massa palpabel in het abdomen of rectum (fecale impactie);
- fecale incontinentie van één keer of vaker per week bij zindelijke kinderen [3].

Belangrijk is in ieder geval dat de frequentie van defeceren alléén geen maat kan zijn voor obstipatie: deze varieert namelijk aanzienlijk in de bevolking. Gemiddeld hebben mensen eenmaal per dag ontlasting, maar dit varieert van twee keer per week tot drie keer per dag [4]. Obstipatie komt in de bevolking vooral voor bij jonge kinderen en vana de leeftijd vanaf 65 jaar.

Obstipatie

Taalkundig gezien komt obstipatie (verstopping) van het Latijnse woord *obstipare*, dat 'drukken' betekent. In de internationale literatuur wordt in plaats van obstipatie meestal het woord constipatie gebruikt, dat op zijn beurt weer komt van het Latijnse *constipatio* en 'samenscholing' betekent [5].

☆ **35.2 De klacht bij de dokter**

De incidentie van de *klacht* obstipatie aan het begin van een episode in de huisartsenpraktijk is 10 per 1000 patiënten per jaar (vrouwen 12, mannen 8) [6]. Een huisarts in een normpraktijk ziet gemiddeld twee patiënten met obstipatie per maand. E vrouwen is de zwangerschap nog een periode waarin obstipatie meer voorkomt.

Mensen komen bij de huisarts met klachten van hard moeten persen bij de ontlasting, een gevoel van anale blokkade of van incomplete lediging. Ook niet-frequente defecati en harde ontlasting kunnen de reden van hun komst zijn. Dit zijn subjectieve en relatiev klachten; het ligt er maar aan wat de patiënt normaal vindt of denkt dat normaal is. Bij kinderen kunnen het ophouden van de ontlasting, soiling (bevulling), encopresis (het onvrijwillig verliezen van ontlasting in het ondergoed), en overloopdiarree, alle het gev van langdurige overvulling van het colon, ook een reden van huisartsbezoek zijn [1].

Study Suite dashboard

Hoofdstuk... Figuren &... Video's Oefenen

Bij obstipatieklachten wordt weinig aanvullend onderzoek gedaan: In 35 % van de eers consulten vindt er een gericht lichamelijk onderzoek plaats, bioeonderzoek, beeldvorming en microbiologisch onderzoek in 2 %. Slechts 1 % wordt verwezen naar

Diagnostiek van alledaagse klachten

Zoekenlijst hoofdstuk 0/0 ↑ ↓

Er is opmerkelijk weinig bekend over de impact van dit redelijk frequent voorkomende probleem op het dagelijks leven. Er zijn aanwijzingen dat mensen met obstipatie slecht scoren op de fysieke en mentale schalen van de gevalideerde kwaliteit-van-levenvragenlijst SF-36 en dat mensen met obstipatie meer psychologische en sociale morbiditeit hebben, vaker somatiseren en minder tevreden zijn over hun seksuele lever [7, 8]. Men kan zich afvragen wat hierbij de kip en het ei is: zijn deze relaties causaal, e wat is dan de richting van deze eventuele causaliteit?

☆ 35.3 Pathofysiologie en differentiële diagnose



Normaliter veroorzaken voedsel en vocht in het maag-darmkanaal een gastrocolische reflex – volgens sommigen juist benoemd: een duodenocolische reflex – waarop peristaltische bewegingen de darminhoud richting rectum voortbewegen. Deze peristaltische bewegingen zijn het sterkst na een grote volumineuze maaltijd en bij bewegen. Vandaar dat na het ontbijt (na nachtelijk vasten weer eten en na een periode van immobiliteit weer bewegen) veel mensen defeceren, hierbij geholpen door de contractie van de galblaas en afgifte van laxerende galzure zouten. Als zich voldoende feces in het rectum heeft verzameld, met een uitzetting van het rectum die door bekkenreceptoren wordt waargenomen tot gevolg, volgt een rectosfincterische reflex, waarop de interne sfincter relaxeert en het anale kanaal in contact komt met feces en gas. Dit geeft vervolgens een gevoel van aandrang, de defecatiereflex, die kan worden gevolgd door verslapping van de externe sfincter, verslapping van de m. puborectalis, descensus van het perineum en ondersteuning met behulp van de buikpers. Defecatie kan echter ook worden uitgesteld, door bewust deze reflexen te laten uitdoven [1].

Normaal is het rectum vrijwel altijd leeg. Twee pathofysiologische mechanismen kunnen worden onderscheiden voor het ontstaan van obstipatie; een stoornis van de motiliteit van het colon ('slow transit constipation') en een functiestoornis van de bekkenbodempier (bekkenbodempierdyschezie, 'obstructed defecation disorder'). Bij een stoornis van de colonmotiliteit beweegt de ontlasting zich vertraagd door het colon of anorectum voort. Bij een functiestoornis van de bekkenbodempier hoopt feces zich op in het rectum [9]. Hierbij spelen disfunctionele bekkenbodempiercontracties en een slechte coördinatie tussen bekkenbodempieren, m. puborectalis en anale sfincterrelaxatie een rol. Beide mechanismen gaan uiteindelijk gepaard met grote hoeveelheden droge, harde feces die zich in het colon descendens ophopen, hetzij vanwege de langere passagetijd die beschikbaar is voor absorptie van vocht uit de feces [10], hetzij vanwege de functiestoornis van de bekkenbodempier. Overigens heeft het merendeel van de patiënten een normale darmpassagetijd en anorectale functie. Bij deze patiënten is dus geen sprake van een onderliggend pathofysiologisch mechanisme.

Obstipatie kan worden onderverdeeld in functionele, in organische en in iatrogene (bijwerking van medicatie, zeer strikte immobilisatie) obstipatie. Aan organische obstipatie ligt een primaire aandoening ten grondslag, terwijl bij functionele obstipatie een pathologisch-anatomisch substraat juist ontbreekt. In meer dan 90 % van de gevallen

Study Suite dashboard

Hoofdstuk... Figuren &... Video's Oefenen


Diagnostiek van alledaagse klachten

(zowel bij volwassenen als kinderen) kan overigens geen aanwijzingen voor organische of iatrogene oorzaak worden vastgesteld [1]. Differentiaaldiagnostisch kan bij obstipatie natuurlijk wel aan een aantal achterliggende oorzaken worden gedacht. Deze oorzaken worden hieronder besproken, evenals de achterliggende principes van de diagnostiek en obstopatie [11-15].

In tab. 35.1 wordt de frequentie van voorkomen van deze oorzaken van obstipatie in de eerste lijn vermeld.

Tabel 35.1 Differentiële diagnose van de klacht obstipatie en frequentie van voorkomen als oorzaak van obstipatie in de huisartsenpraktijk

oorzakengroep		voorbeelden
functionele obstipatie (symptoomdiagnose)		
eet- en leefgewoonten		onvoldoende vocht- en vezelinname, overslaan ontbijt, 'graasgedrag', immobiliteit, uitstelgedrag, zwakke buikpers
gestoorde colonmotiliteit		prikkelbare darmsyndroom (PDS)
organische obstipatie		
<i>colon</i>		
lumen	obstructie	stricturen na ontsteking, <i>rectum-/coloncarcinoom</i> , benigne tumor, uterus myomatosis
reflectoir t.g.v. pijn	fissura ani, hemorroïden	
	mucosa	toxisch megacolon
	colitis ulcerosa, diverticulitis	
wand	spierlaag	intestinale myopathie (sclerodermie)
	spastisch bekkenbodemsyndroom (anisme), rectumprolaps, rectokèle, enterokèle, rectumintussusceptie	
zenuwlaag	ziekte van Parkinson, multipele sclerose, autonome neuropathie, dwarslaesie, spina bifida, ziekte van Hirschsprung, laxantia-abusus	
<i>buiten colon</i>		



Diagnostiek van alledaagse klachten

dashboard

Hoofdstuk... Figuren &...

metabole oorzaken

neurologische oorzaken

psychische factoren

iatrogene oorzaken

Zoeken in StudySuite

Zoeken in dit hoofdstuk

Oefenen

hypothyreoïdie, dehydratie, diabetes mellitus hypercalciëmie, hypokaliëmie, porfyrie

zie bij 'zenuwlaag' in tekst en deze tabel

depressie, stress, anorexia nervosa, gedragsmatig ophoudgedrag, vreemd-toiletangst

seksueel misbruik of fysiek geweld

immobilisatie

geneesmiddelen

ijzerpreparaten, acetylsalicylzuur, NSAID's, antidepressiva, opiaten, anti-epileptica, antiparkinsonmiddelen, neuroleptica, diuretica, calciumantagonisten

v = vaak oorzaak van de klacht obstipatie in de huisartsenpraktijk. s = soms. z = zelden. *Cursief* gezette diagnoses hebben ernstige gevolgen voor de patiënt.

☆ **35.3.1 Functionele obstipatie**



Eet- en leefgewoonten

Onvoldoende vezel- en vochtinname

Normaalgesproken prikkelen fermenteerbare vezels (bonen, koolsoorten, fruit, groenten) door fermentatie de darmwand (zure pH, gasvorming, toename bacterieflora). Hierdoor wordt de passagetijd van de ontlasting verkort. Niet-fermenteerbare vezels, zoals in granen en volkorenbrood, hebben een sterk waterbindend vermogen, waardoor de ontlasting in volume toeneemt en bij voldoende vochtinname zachter blijft. Ook prikkelen ze mechanisch de darmwand tot contractie.

Overslaan ontbijt

Bij het overslaan van het ontbijt volgt er geen gastrocolische reflex door inname van een maaltijd. Op het wel eten van een volumineus, vethoudend en vezelrijk ontbijt volgt bovendien nog ontleding van de galblaas met laxerende galzouten.

Study Suite dashboard

Diagnostiek van alledaagse klachten

Hoofdstuk... Figuren &...

Eten van weinig volumineuze, kleine maaltijden of 'grasgedrag'

Video's Oefenen Zoeken in dit hoofdstuk Lisbeth ▾

Op het eten van kleine maaltijden of frequent 'knibbelen' volgt geen gastrocolische reflex, hetgeen de stoelgang niet bevordert.

Zoeken in dit hoofdstuk 0/0 ↑ ↓

Immobiliteit

Lichamelijke activiteit versterkt de peristaltische contracties, inactiviteit vermindert deze.

Negeren van aandrang (uitstelgedrag)

Door het negeren van de aandrang om te ontlasten wordt uiteindelijk de defecatiereflex minder sterk, wat leidt tot ophoping van feces in het rectum, met sterkere uitzetting van het rectum en vervolgens zelfs het uitdoven van de reflex tot gevolg.

Zwakke buikpers

Bij een zwakke buikpers is een verminderde uitdrijvingskracht de oorzaak van een onvolledige lediging van het rectum.

Colonmotiliteit

Prikkelbaredarmsyndroom (PDS)

Bij het PDS is de motiliteit van het colon gestoord. Dit kan zowel obstipatie als diarree tot gevolg hebben. Bij PDS is er óók sprake van viscerale overgevoeligheid met vaak klachten van pijn in de bovenbuik (dyspepsie), reflux en andere klachten. In feite blijkt 90 % van de patiënten met PDS, subtype obstipatie, te voldoen aan de criteria voor functionele obstipatie. Patiënten met functionele obstipatie kunnen ook buikpijn hebben, alleen is er dan geen evidente relatie met de defecatie. In de praktijk blijkt het moeilijk om obstipatie duidelijk af te grenzen van PDS.

In Nederland is het PDS, in tegenstelling tot in de Angelsaksische landen, vaak van het obstipatietype.

Zie voor meer informatie par. 34.3.2.

Bekkenbodemdisfunctie

Bij bekkenbodemdisfunctie is de passagetijd normaal of hoogstens iets verlengd, maar verloopt het ontlastingsmechanisme niet goed, waardoor feces zich in het rectum

Study Suite dashboard

Hoofdstuk... Figuren &... Video's Oefenen

oophoopt. Hoewel er patiënten zijn die kenmerken van beide patronen hebben, is voor c
dagelijkse praktijk dit onderscheid van belang, omdat de therapeutische aanpak versch

Diagnostiek van alledaagse klachten

35.3:2 Organische obstipatie

Zie hierin dit hoofdstuk

0/0 ↑ ↓

Oorzaken in het colon gelegen

Op het niveau van het lumen

Obstructie

Bij obstructie van het lumen kan er een daadwerkelijk passageprobleem zijn dat ophoping van feces veroorzaakt. Voorbeelden zijn stricturen na ontstekingen, rectum- en coloncarcinomen of een forse uterus myomatosis (obstructie door druk van buitenaf).

Reflectoïr ten gevolge van pijn

Pijn kan ophoudgedrag in de hand werken en op die wijze obstipatie veroorzaken. Voorbeelden van pijn veroorzakende aandoeningen zijn anale fissuren en acute trombose van hemorrhoiden.

Op het niveau van de wand

Mucosa

Voorbeelden van mucosale afwijkingen zijn toxisch megacolon (ontstoken verwijd colon, aangeboren dan wel ten gevolge van inflammatoire darmziekten), colitis ulcerosa (hoewel meestal gepaard gaande met diarree kan hierbij ook obstipatie voorkomen) en diverticulitis. Obstipatie wordt bij deze aandoeningen veroorzaakt door oedeem en wandverdickning ten gevolge van de ontstekingsactiviteit en de invloeden daarvan op de normale motoriek.

Spierlaag

- *Intestinale myopathie (sclerodermie)*: de verdikking en verharding van het bindweefsel bij sclerodermie kan ook in het maag-darmkanaal plaatsvinden, hetgeen dan de beweeglijkheid van het colon ongunstig beïnvloedt.
- *Hypothyreoidie/myxoedeem*: er kan neerslag zijn van glycopolysachariden in de wand van de darm. Deze neerslagen beïnvloeden ook de beweeglijkheid van het colon.
- *Gestoorde spierfunctie van bekkenbodern en externe anale sfincter*: men heeft onvoldoende controle over aan- en ontspanning van de bekkenbodern, waardoor ontlasten vaak, ondanks hevige persen, niet lukt. Hierdoor kan feces zich ophopen in het rectum, met verdere obstipatie tot gevolg. Dit kan het geval zijn bij het spastisch bekkenbodernsyndroom, maar de verstoring van het functioneren van deze spieren kan ook komen door een rectumprolaps, een recto- of enterokèle of rectum-intussusceptie. Kenmerkend hierbij is dat door uitwendige vaginale tegendruk ontlasten wel kan plaatsvinden.

Zenuwlaag

Study Suite

dashboard

Hoofdstuk... Figuren &...

Diagnostiek van alledaagse klachten

Een aantal neurologische ziektebeelden heeft door hun invloed op de innervatie van het colon een vertragende invloed op de passagetijd van de onrusting door het colon. Het gaat bijvoorbeeld om de ziekte van Parkinson, multipale sclerose, ziekten omringelneuropathie (bijv. bij diabetes mellitus), dwarslaesie, spinabifidie, de ziekte van Hirschsprung en laxantia-abusus.

Een neuropathie van de n. pudendus, ontstaan door anale trauma's of bevalling, kan ook een rol spelen.

Oorzaken buiten het colon gelegen

Metabool

- *Hypothyreoïdie*: veroorzaakt door een verlaagd basaal metabolisme verminderde peristaltiek, hetgeen kan leiden tot obstipatie, terwijl de ophoping van mucopolysachariden de darmwand verdikt.
- *Hypercalciëmie*: veroorzaakt op zichzelf (onafhankelijk van de oorzaak van de hypercalciëmie) obstipatie, waarschijnlijk ten gevolge van het ontstane vochttekort door versterkte diurese.
- *Hypokaliëmie*: kan ook obstipatie veroorzaken op basis van een aantal mechanismen. Een voorbeeld is het belang van kalium – net als calcium en magnesium – bij de prikkeloverdracht naar de spierwand van de darm.
- *Porfyrie*: 95 % van de mensen met porfyrie heeft gastro-intestinale klachten. Obstipatie is een veelvoorkomende klacht. Over het achterliggende mechanisme lijkt weinig bekend.
- *Diabetes mellitus*: ten gevolge van de effecten van autonome neuropathie op de zenuwlaag van de wand van het colon.
- *Dehydratie*: door weinig drinken en plaspillen.

Neurologisch

Zie eerder bij 'Zenuwlaag'.

Psychische factoren

Diverse psychische factoren hebben hun invloed op de stoelgang en kunnen dus ook obstipatie (ook van het type bekkenbodemsdysfunctie) veroorzaken. Voorbeelden hiervan zijn depressie, stress, seksueel misbruik en fysiek geweld. Bij anorexia nervosa is waarschijnlijk het gebrek aan vezels en vocht het achterliggende mechanisme (zeker bij gebruik van laxantia, purgeermiddelen en diuretica), bij gedragsmatig ophoudgedrag (bijv. ook door 'vreemd-toiletangst' bij schoolkinderen) zorgt het ophouden voor een uiteindelijke demping van de defecatiereflex en zo voor obstipatie.

Iatrogeen

- Immobilisatie.

Study Suite dashboard

Hoofdstuk... Figuren &...

Diagnostiek van alledaagse klachten

Geneesmiddelen: hebben vaak een invloed op de stoelgang, elk op hun eigen manier. Veelvoorkomende voorbeelden van geneesmiddelen die obstipatie als bijwerking kunnen hebben zijn ijzerpreparaten, antacida, acetylsalicylzuur, NSAID's, antidepressiva, opiaten (zoals codeïne bij prikkelhoestbehandeling en morfine in de terminale zorg), anti-epileptica, antiparkinsonmiddelen, neuroleptica, clonitrica en calciumantagonisten

☆ 35.4 Kansverdeling van diagnoses



De ingangsklacht obstipatie is in ongeveer 90 % van de gevallen ook de einddiagnose blijft dus 'onverklaard'. Bij 1 % van de patiënten wordt de obstipatie geïdentificeerd als geneesmiddelenbijwerking en tevens bij 1 % als passend bij PDS. Overige einddiagnosen komen nauwelijks voor (zie tab. 35.2) [6].

Tabel 35.2 Einddiagnosen bij de klacht obstipatie in de huisartsenpraktijk (a-priorikans per leeftijdsgroep) [6]

diagnose	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64
obstipatie (symptoomdiagnose)	95 %	94 %	90 %	89 %	90 %
geneesmiddelenbijwerking	–	1 %	–	1 %	1 %
prikkelbaredarmsyndroom	–	–	6 %	3 %	2 %
fissura ani/perianaal abces	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
diverticulose/diverticulitis	–	–	–	–	1 %
overige	4 %	4 %	3 %	6 %	5 %

☆ 35.5 Betekenis van de voorkennis/context



Kijkend naar de kansverdeling van diagnoses en de differentiële diagnoses lijkt het zin om bij een nieuw ontstane obstipatie in ieder geval de medicatiehistorie van de patiënt ogenschouw te nemen en hierbij vooral te letten op recente wijzigingen in de medicatie. Vraag ook naar recent zelfgekochte medicijnen. Veel medicijnen kunnen namelijk een invloed hebben op de stoelgang (zie ook bij differentiële diagnose). Verder kunnen de gynaecologische en neurologische voorgeschiedenis aanwijzingen bevatten voor een achterliggende oorzaak, bijvoorbeeld een forse uterus myomatosus of prolaps (zie ook differentiële diagnose). Dat geldt eventueel ook voor het bekend familiair voorkomen van coloncarcinomen. Bij de ziekte van Parkinson gaat obstipatie soms jaren aan de ziekte vooraf. Nadien zijn de ziekte en de medicamenteuze behandeling ervan leidend in het optreden van obstipatie.

☆ 35.6 Betekenis van de anamnese



Het doel van de anamnese bij de klacht obstipatie is helder te krijgen wat de patiënt of zijn/haar ouders onder obstipatie en onder een normale stoelgang verstaan, of obstipat

Study Suite dashboard

Hoofdstuk... Figuren &... Video's Oefenen

de enige klacht is of dat het een symptoom van een andere aandoening zou kunnen betreffen. Verder kan een beeld worden verkregen van de inbreuk van de klacht op het dagelijks leven van de patiënt.

Diagnostiek van alledaagse klachten

Zoeken in dit hoofdstuk

Concreet betekent dit dat men vraagt naar de volgende zaken.

0/0 ↑ ↓

Lisbeth

Aanvang en duur van de klacht

De duur van de klacht geeft inzicht in de eventueel reeds aanwezige chroniciteit ervan bij presentatie. Bij een kortgeleden ontstane nieuwe obstipatie moet eerder worden gedacht aan een organische oorzaak. Hoe langer de klacht al aanwezig is, des te kleiner de kans op een organische oorzaak. Alarmsignalen wijzen ook in een organische richting (zie kader Alarmsignalen).

Aard van de klacht

Frequentie, consistentie, vorm en hoeveelheid ontlasting en de noodzaak tot manuele ondersteuning geven inzicht in het ontlastingspatroon dat door de patiënt als obstipatie wordt geduid. Loze aandrang komt voor bij PDS, maar ook bij inflammatoire darmziekten en maligniteiten. Bij uitstelgedrag kan de reden ervan onderzocht worden (bijv. geen tijd nemen voor de ontlasting of vreemd-toiletangst). Als er bloed aan het wc-papier of op de ontlasting zit, kan dit een aanwijzing zijn voor de aanwezigheid van een fissuur of aambeil. Bloed op of door de ontlasting kan passen bij een inflammatoire darmziekte of maligniteit. Slijmverlies doet denken aan een inflammatoire darmziekte, maar kan ook voorkomen bij PDS. Afwisseling met diarree kan passen bij het PDS of bij overloopdiarree (dunne ontlasting die langs de obstipatie loopt). Het gevoel niet leeg te kunnen poepen kan wijzen op een anorectale blokkade of obstructie en past dan bijvoorbeeld bij een functionele oorzaak van obstipatie, maar mogelijk ook bij een rectokèle, enterokèle of rectumcarcinoom. Soms melden vrouwen dat ze vaginale tegendruk moeten geven om de ontlasting eruit te krijgen. Bij aanwezigheid van pijn bij de defecatie kan de oorzaak van de pijn nabij de anus gezocht worden (bijv. een getromboseerd hemorroïd of een fissuur). Indien iemand iets naar buiten voelt komen, kan er bij de patiënt een rectumprolaps of aambeil zijn.

Voeding: vocht- en vezelname

De darmpassagetijd en het fecesvolume worden mede bepaald door de vezel- en vochtinname van de patiënt. Voor een fecesvolume van 160–200 g/dag is 32–45 g voedingsvezel per dag nodig. Toch is de *Richtlijn voor de vezelconsumptie* van de Gezondheidsraad 'milder': gezien ook andere gunstige effecten (hart-vaatziekten, diabetes, colorectaal carcinoom en obesitas) wordt 14 g/1000 kcal of 3,4 g/MJ aangeraden [16, 17]. Dit komt neer op ten minste 25–30 gram voedingsvezel per dag.

Ook is regelmaat in het voedingspatroon vereist, met drie hoofdmaaltijden en een volumineus ontbijt ten behoeve van het opwekken van de



Study Suite

dashboard

Hoofdstuk... Figuren &...

gastrocolische/duodenocolische reflex. Een volwaardig dagmenu bestaat bijvoorbeeld uit: 4 sneden volkorenbrood (12 g), 1 appel en 1 sinaasappel (5 g), 1 portie gekookte groenten (4 g), 1 portie rauwkost (3 g), 1 portie zilvervliesrijst (3 g) Zoek op dit moment met de zoekfunctie op de website van BSL. Drink bij die vezels ook nog voldoende vocht op te nemen, ten minste zes glazen per dag, omdat anders de feces hard wordt op basis van vochttekort. Berucht is in dit verband de extra inname van zemelen zonder daarbij extra te drinken: dit leidt slechts tot extra verharding van de ontlasting. In de hedendaagse maatschappij komen velen niet meer toe aan deze minimale vezel- en vochtinname, zeker ouderen niet. Bovendien is er in de westerse haastcultuur vaak geen tijd om direct gehoor te geven aan de defecatiereflex. Zeker in combinatie met overmatig gebruik van laagvezelig *junkfood* werkt dat obstipatie in de hand. Een zittend beroep, veel vergaderen en gebrek aan lichaamsbeweging zijn dan nog eens extra bijdragende leefstijlfactoren.

Diagnostiek van alledaagse klachten

Overige klachten

Denk hierbij aan gewichtsverandering, misselijkheid, braken, anorexie, opgeblazen gevoel, krampen, smaakverandering, koorts, dieet en medicamenten. Ook de aanwezigheid van overige klachten kan de zoektocht naar de oorzaak van obstipatie richting geven. Bij gewichtsveranderingen kan gedacht worden aan hypothyreoïdie (bij toename van het gewicht), maar ook – bijvoorbeeld in combinatie met anorexie – aan maligniteiten (bij afname van het gewicht).

Extra vragen bij kinderen

Tijdstip eerste meconiumlozing (> 48 uur na de geboorte is een aanwijzing voor de ziekte van Hirschsprung), recente overgang van borst- naar flesvoeding, verhouding melkpoeder/water bij flesvoeding, fecale incontinentie, tekenen van urineweginfectie of urine-incontinentie (een van de klinische presentaties van obstipatie), verloop zindelijkheidstraining, ouder-/kindrelatie, life-events (verlies dierbaren, geboorte broer/zus, schoolproblemen), fysiek geweld, seksueel misbruik, groei en ontwikkeling (*failure to thrive* is een aanwijzing voor de ziekte van Hirschsprung).

Alarmsignalen

Bij obstipatie:

- bloed door/bij de ontlasting
- anorexie
- gewichtsverlies
- nieuw ontstane obstipatie/plotse verandering van normale stoelgang [17]
- een snel optredende, totale verstopping bij een patiënt die nooit problemen met de ontlasting had, wijst vaak op een anatomische obstructie. Als dat gepaard gaat met pijn, braken of een operatie in de voorgeschiedenis, zou dat kunnen wijzen op een ileus;

Study Suite dashboard

Diagnostiek van alledaagse klachten

Hoofdstuk... Figuren &...

Video's

Zoeken in StudySuite

0/0 ↑ ↓

- bij obstipatie met rectaal bloedverlies en loze aandrang, zeker in combinatie met gewichtsverlies en malaise of bij een verhoogd familiair risico, is de kans op een maligniteit in de darm groter;
- vanaf de geboorte bestaande obstipatie bij neonaten is ook suggestief voor een anorectaal probleem (atresie, ziekte van Hirschsprung).

☆ 35.7 Betekenis van het lichamelijk onderzoek



Een algemeen lichamelijk onderzoek levert in principe weinig op bij patiënten met een chronische obstipatie. Bij een nieuw ontstane of verergerde obstipatie en bij verdenking op een organische obstipatie naar aanleiding van de anamnese kan lichamelijk onderzoek wel zinvol zijn [18–20].

☆ 35.7.1 Onderzoek van het abdomen



Inspectie

Kijk of de buik opgezet is. Bij neonaten kan dit een teken van de ziekte van Hirschsprung zijn.

Auscultatie

De aanwezigheid van gootsteengeruisen kan wijzen op een (sub)ileus, dus op een obstructie. De afwezigheid van peristaltiek kan wijzen op een paralyse (bijv. bij elektrolytstoornissen of ten gevolge van morfine).

Palpatie

Bij palpatie kan men eventueel de ontlasting in het colon descendens voelen. Let bij kinderen vooral op de aanwezigheid van een grote palpabele fecale massa (scybala). Ook andere ruimte-innemende processen kunnen worden gevoeld (tumoren, forse uter myomatosis enz.).

☆ 35.7.2 Inspectie perianale regio



Inspecteer met goede belichting, spreid de billen en laat de patiënt even persen. Let op de aanwezigheid van hemorroïden of anale fissuren, kijk of er een prolaps van het rectumslijmvlies bij persen optreedt en let bij kinderen op zichtbare anorectale misvormingen (anus niet/nauwelijks zichtbaar of uitkomend op een afwijkende plek in het bilnaadgebied, afwijkende vorm en ligging van de bekkenbodemspieren).

☆ 35.7.3 Rectaal toucher



Verricht rectaal toucher bij aanwezigheid van rectaal bloedverlies en bij klachten als buikpijn, malaise en gewichtsverlies, om een palpabele afwijking te kunnen vaststellen. Let op pijn, op de aanwezigheid van palpabele massa's en op de vulling van de ampull recti. Obstipatie kan zowel met een vol als een leeg rectum optreden, maar de vulling v

Study Suite dashboard

Hoofdstuk... Figuren &... Video's Oefenen

het rectum is van belang voor het kiezen van een eventuele therapie (vol rectum met fecale impactie: niet (alleen) oraal laxeren).

Diagnostiek van alledaagse klachten

Verricht bij kinderen rectaal toucher als getwijfeld wordt aan de diagnose, alleen om eventuele fecale impactie vast te stellen, zodat de diagnose obstipatie gesteld kan worden.

0/0

0/0

Lisbeth

De volgende bevindingen tijdens rectaal toucher kunnen wijzen op

bekkenbodempdisfunctie:

- contractie of onvoldoende relaxatie van de anale sfincter;
- contractie of onvoldoende relaxatie van de puborectalis sling;
- verminderde descensus van de bekkenbodem wanneer men de patiënt instrueert te persen.

De diagnostische waarde van deze bevindingen is laag. De anamnese en het beloop hebben een betere voorspellende waarde.

☆ 35.7.4 Vaginaal toucher



Hiermee kan worden beoordeeld of er sprake is van bijvoorbeeld een rectokèle, een prolaps of van een forse uterus myomatosis.

☆ 35.8 Betekenis van aanvullend onderzoek



In eerste instantie hoeft er geen aanvullend onderzoek gedaan te worden als er op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek geen grote verdenking is op relevante darmpathologie of andere pathologie. Indien hier wel aanwijzingen voor zijn, kan op indicatie eenvoudig aanvullend onderzoek worden aangevraagd:

- TSH als men denkt aan een hypothyreoïdie;
- kalium als men denkt aan een hypokaliëmie;
- calcium als men denkt aan een hypercalciëmie;
- glucose als men denkt aan een autonome neuropathie bij diabetes mellitus.

Overigens geldt voor al deze achterliggende oorzaken dat het zeer onwaarschijnlijk is dat obstipatie de enige of eerste uitingsvorm ervan is.

Complex aanvullend onderzoek heeft tot doel lokale afwijkingen in de darm vast te stellen (buikoverzichtsfoto, sigmoïdoscopie, colonoscopie), een functiestoornis van het rectum aan te tonen (anorectaal functieonderzoek) of een vertraagde passagetijd door de darm vast te leggen (colonpassagetijd met radio-opake markers). Ook het in kaart brengen van de totale passagetijd met onderscheid naar maagontleding, dunnedarmpassage en colonpassagetijd is mogelijk, met radio-isotopen [13, 18–20].

☆ 35.8.1 Buikoverzichtsfoto, coloninlooponderzoek en CT-colografie



Een buikoverzichtsfoto geeft onder andere informatie over de aanwezigheid van vloeistofspiegels, over de vulling/overvulling van de darm en over het niveau tot waar de ontlasting in de darm is gezakt. Bij obstipatieklachten heeft een buikoverzichtsfoto weinig meerwaarde en draagt niet bij tot het kiezen van het therapeutisch beleid.

Study Suite dashboard

Diagnostiek van alledaagse klachten

Hoofdstuk... Figuren &... Video's Oefenen

In het algemeen is een coloninloos onderzoek bij obstipatie niet meer geïndiceerd vanwege de lage diagnostische waarde. In Nederland wordt dit onderzoek niet meer uitgevoerd. Een CT-scan heeft meestal de voorkeur gezien de grotere opbrengst en de gelijkwaardige kosten.

0/0 ↑ ↓

Een CT-colografie is een alternatief voor een coloscopie waarbij eenzelfde bewegende afbeelding van de darm tot stand wordt gebracht, maar ingrepen zoals biopsie en poliepectomie niet mogelijk zijn.

☆ 35.8.2 Sigmoidoscopie of coloscopie



Hiermee kan men lokale afwijkingen in de darm vaststellen. Een scopie is niet noodzakelijk als anamnese en eventueel lichamelijk onderzoek daartoe geen aanleiding geven. Het is alleen geïndiceerd bij patiënten met alarmsymptomen, conform de NHG-Standaarden voor PDS en obstipatie [3], en dus vooral bij patiënten met verdenking op een tumor (vooral indien ook gewichtsverlies, bloeding, anemie en een leeftijd ouder dan 40 jaar aan de orde zijn) of met verdenking op stricturen na een ontsteking. Belangrijk is hier ook de familieanamnese op het vóórkomen van coloncarcinoom bij eerste- en tweedegraadsverwanten op jonge leeftijd.

Als coloscopie niet lukt, kan ook een CT-colografie uitgevoerd worden.

☆ 35.8.3 Anorectaal functieonderzoek



Defecogram met videoregistratie

Hierbij wordt het verloop van het defecatiepatroon gevolgd met een videoröntgencamera na inbrengen van contrastpap in het rectum. Met oraal contrast wordt de dunne darm gevuld en bij vrouwen wordt ook vaginaal contrast gegeven. Defecografie geeft zowel informatie over anatomische (rectokèle, enterokèle) als functionele oorzaken van een defecatiestoornis. Dit diagnosticum kan worden ingezet als er bij herhaald onderzoek e behandeling geen verlichting van de obstipatie optreedt [21].

Manometrie anorectaal

Hierbij worden met behulp van een manometer drukken in het rectum en de anus gemeten, alsmede de rectale inhibitiereflex (als teken van de ziekte van Hirschsprung) de compliantie van het rectum. De diagnostische waarde van anorectale manometrie is gering. Er kan een bekkenbodemdysfunctiepatroon worden gezien, maar dat wordt ook wel gezien bij klachtenvrije personen.

Elektromyografie

Hiermee wordt de motorische functie en sensibiliteitsfunctie van de anus en bekkenbodem onderzocht met behulp van elektroden.

Endo-echografie

Bij een endo-echografie, dus inwendige echografie van de endeldarm, kan men eventuele sfincterdefecten onderzoeken.

Study Suite dashboard Hoofdstuk... Figuren &... **35.8.4 MRI-bekken** Video's Oefenen Lisbeth ▾

Diagnostiek van alledaagse klachten

Hiermee kunnen sfincterdefecten, maar ook goed- of kwaadaardige processen in het kleine bekken, zoals metastasen bij de ziekte van Crohn, zichtbaar gemaakt worden.

Bij verdenking op de ziekte van Hirschsprung spelen met name de anale manometrie en het defecogram een belangrijke rol. Ook een diepe biopsie van de achterwand van het rectum met het aantonen/uitsluiten van acetylcholine-bevattende zenuwuiteinden is belangrijk. Bij een patiënt met een verdenking op een innervatiestoornis van de bekkenbodemspieren zijn de anale manometrie en elektromyografie van belang.

☆ **35.8.5 Colonpassagetijd met radio-opake markers**

Dit onderzoek kan helpen om patiënten met een functionele obstipatie in te delen in de categorie 'slow transit' (langzame passagetijd) of 'outlet delay' (normale passagetijd, maar accumulatie van feces in het sigmoïd of rectum). Gedurende 6 dagen wordt ieder dag een capsule met hierin 10 ronde ringetjes ingeslikt. Op dag 7 wordt een buikoverzichtsfoto gemaakt en worden de ringetjes geteld. Het aantal ringetjes maal 2, geeft dan de colonpassagetijd. Bovendien kan men zien op welk niveau de ringetjes blijven steken en accumuleren: in het rechtercolon, het linkercolon of het rectum.

Onderzoek naar markerpassagetijd heeft geen toegevoegde waarde bij de bepaling van een specifieke behandelstrategie. De ernst van de klachten heeft geen relatie met de bevindingen. Het aantonen van een functiestoornis of het vastleggen van een vertraagde passagetijd zal in principe alleen gebeuren bij patiënten met een ernstige chronische therapieresistente obstipatie, bij wie de uitslag van het onderzoek ook consequenties heeft voor de vervolgetherapie.

Bekijk oefenmaterialen voor dit hoofdstuk →

Over dit hoofdstuk ▾

Literatuur ▲