



Houd een oogje op de bodem!

Bekkenfysiotherapie bij fecale incontinentie en obstipatie



máxima
medisch centrum



Nederlandse Vereniging
voor Bekkenfysiotherapie
Aangesloten bij KNGF



catharina
een santeon ziekenhuis

DOELSTELLING TRANSMURALE RICHTLIJN

Fecale incontinentie (FI) en obstipatie zijn twee veel voorkomende vormen van ontlastingsproblemen. De bekkenbodemspieren spelen een belangrijke rol in het ophouden en ledigen van het rectum. Een verminderde functie van deze spieren, een verkeerde leefstijl en verkeerd toiletgedrag kunnen FI en obstipatie veroorzaken en/of in stand houden ^{Evidence statement AI 2013, Skardoorn 2017} Bekkenbodemspiertraining in combinatie met biofeedback is een bewezen effectieve therapie voor FI en obstipatie (*level of evidence 1*) ^{ICI 6th edition 2017} Het geven van leefstijladviezen en toiletadviezen wordt aanbevolen. ^{Norton 2012, Evidence statement AI 2013, ICI 6th edition 2017, Skardoorn 2017} Inzicht geven aan artsen en verpleegkundigen over de bekkenfysiotherapeutische behandelmogelijkheden voor volwassen patiënten (leeftijd > 18 jaar) met FI en obstipatie is daarom belangrijk. Door een goede onderlinge samenwerking met de betrokken disciplines; MDL-artsen, gynaecologen, proctologisch chirurgen, huisartsen en specialistisch verpleegkundigen, kunnen we goede en efficiënte zorg bewerkstelligen.

De Richtlijn Bekkenfysiotherapie bij fecale incontinentie en obstipatie is gebaseerd op bestaande richtlijnen, aanbevelingen van de International Consultation Incontinence (ICI) en consensus van de werkgroep.



FECAL E INCONTINENTIE



EERSTE INTERVENTIES

Intake fecale incontinentie

Colonscopie bij alarm symptomen



Conservatieve behandelingen

1. voorlichting, inzicht en advies (toiletgedrag)
2. adviezen medicatie
3. continetieproducten en praktische adviezen voor coping (*lokaliseren toiletten, schoon verband/kleding mee*)
4. bekkenfysiotherapie: BBST, biofeedback, rectale ballontraining, ballonspuit

INDIEN ONVOLDOENDE RESULTAAT



anale echoscopie, (MRI) defecogram, rectale manometrie



TWEEDE INTERVENTIES

colorectaal spoelen



Niet-conservatieve behandelingen

1. Bulkinjectie
2. sacrale neuromodulatie
2. operatie

* zie bijlage I voor de tabel 'Assessment and conservative management of faecal incontinence' uit de 6th edition van ICI 2017 waarop deze tabel gebaseerd is.

** zie bijlage II voor de tabel 'Surgical management of faecal incontinence' uit de 6th edition van ICI 2017

*** zie bijlage III voor een stroomdiagram waarin alle bekkenfysiotherapeutische behandelopties weergegeven worden uit de KNGF Evidence Statement AI



OBSTIPATIE



Beoordelen type obstipatie

uitsluiten prikkelbaar darmsyndroom

Rome IV-criteria

anaal toucher om aanwezigheid van dyssynergie obstipatie te bepalen

colonpassagetijd bepalen om aanwezigheid slow transit obstipatie te bepalen

EERSTE INTERVENTIES

bij type dyssynergie obstipatie



Conservatieve behandelingen

1. voorlichting, inzicht en advies (toiletgedrag)

2. adviezen medicatie

INDIEN ONVOLDOENDE RESULTAAT

3. bekkenfysiotherapie: BBST, biofeedback, rectale ballontraining, aanleren juiste perstechniek

INDIEN ONVOLDOENDE RESULTAAT

4. spoelen



(MRI) defecogram, rectale manometrie



TWEEDE INTERVENTIES



Niet-conservatieve behandelingen

Operatie



FECALE INCONTINENTIE

Inleiding

Achtergrondinformatie

FI is één van de meest psychologische en sociaal beperkende aandoeningen in een verder gezonde populatie. Het kan leiden tot sociaal isolement, verlies van eigenwaarde, zelfvertrouwen en depressie. Door de schaamte voor het verlies wordt dit vaak niet vermeld en is daarom een onderbelicht probleem.^{Tanaz R Ferzandi 2016} De prevalentie in de algemene bevolking wordt geschat op 0.4-18% en neemt sterk toe bij personen die zijn opgenomen in een zorginstelling (30-47%).^{KNGF Evidence Statement AI 2013}

Definities

Anale incontinentie is het onvrijwillig verlies van feces (vast, vloeibaar of soiling), flatus of slijm.^{ICI 6th edition 2017(pag 1997)}

Fecale incontinentie is het verlies van feces.^{ICI 6th edition 2017(pag 1997)}

Flatus incontinentie is het verlies van windjes.^{ICI 6th edition 2017(pag 1997)}

Onderverdeling ^{ICI 6th edition 2017}

1. urge fecale incontinentie: incontinentie als gevolg van het onvermogen om het ontlasten uit te stellen. Vaak symptoom van externe anale sfincter (EAS) disfunctie.
2. functionele fecale incontinentie: incontinentie o.b.v. beperkingen in mobiliteit of mogelijkheid van toiletgebruik.
3. passieve fecale incontinentie: incontinentie zonder waarschuwingssignaal. Gerelateerd aan disfunctie EAS en interne anale sfincter (IAS) of slecht sluiten EAS als gevolg van rectale prolaps of stadium III/IV hemorroïden.

Tabel I: indeling symptomen

	Functie	Symptomen bij disfunctie
Interne Anale Sfincter (IAS)	Zorgt voor rusttonus anus	Soiling
		Flatus incontinent
		Incontinent dunne feces
Externe Anale Sfincter (EAS)	Geeft noodcontrole flatus/feces	Fecale urgency
		Urgency gerelateerd verlies
Puborectalis	Continentie vaste ontlasting	Incontinentie vaste ontlasting



- Anaal sfincterdefect
- Latrogeen, operaties waarbij anale sfincter wordt beschadigd en weghalen van hemorroïden
- Bekkenbodendisfunctie
- Incomplete lediging ten gevolge van paradoxaal persgedrag en/of rectoprolaps
- Verminderde rectale capaciteit/compliantie
- Hyper- of hyposensitief rectum
- Neuropathie van de n. pudendus
- Neurologische problematiek
- Hoge leeftijd
- Obstipatie met soiling

Diagnostiek

Uitsluiten alarmsymptomen: rectaal bloedverlies, plots ontstane fecale incontinentie, onverklaarbaar veranderd defecatiepatroon, verlies van eetlust, onbedoeld gewichtsverlies

Speciële anamnese

- Intoxicaties: roken en alcohol gebruik
- Dieet: cafeïne gebruik, regelmatig eetpatroon, inname vezels, vochtintake, koolzuurhoudende dranken, light-producten, zoetstoffen
- Beweging/sport
- Stoelgang, fecale urgency
- Hoeveelheid en type verlies (Bristol Stool Scale, defecatiedagboek en Wexner)
- Toilethouding- en gedrag

Medicatie

Constiperende medicijnen: opioïden, parasymphaticolytica, SSRI's, aluminium bevattende antacida, diuretica, ijzerpreparaten, bifosfonaten, anti-epileptica, langdurig gebruik bisacodyl en sennapreparaten.

Veroorzakers diarree: maagzuurremmers, antidepressiva, cholesterolverlagers, metformine, laxantia.

Vragenlijsten

- defecatiedagboek
- Wexner score

Lichamelijk onderzoek

Inspectie:

- Huid: kleur, candida, fissuur
- Prolaps? perineum, hoek epi
- Sfincter: in rust, aanspannen en persen "dovetail sign"
- Mucosaprolaps (Hemorroïden) / rectumprolaps



Standaard onderzoek bekkenbodem:

- Rectaal toucher op aanwezigheid van IAS defect, EAS defect, lengte anale kanaal, (dis)functie van de bekkenbodemspieren (m.puborectalis en EAS kunnen van elkaar verschillen) en paradoxaal persgedrag
- Onderzoek naar rectumprolaps middels POP-Q

Optioneel onderzoek bekkenbodem:

- Biofeedback bekkenbodemspieren
- Sensibiliteit onderzoek van rectum (rectale ballon)
- Sensibiliteitsonderzoek i.v.m. neuropathie n. pudendus

Behandelingen

Conservatieve behandelmethodes

Het geven van voorlichting, inzicht en advies KNGF Evidence Statement AI 2013, ICI 6th edition 2017 (level of evidence 4)

Dit kan gegeven worden door een bekkenfysiotherapeut, continentie-, stoma- of MDL-verpleegkundige en/of physician assistant (PA)

Dit patiënt specifieke voorlichtingsplan kan bestaan uit leefstijladviezen en adviezen over medicatie, toiletgedrag, spoelen en/of incontinentieproducten.

Leefstijl- en toiletadviezen:

- adviezen vocht- en vezelintake
 - eet voldoende vezels (vezeltest op: www.mlds.nl/home-hoe-gezond-is-jouw-buik of <https://bekkenbodemonline.nl/bekken-en-bodem/wat-kan-ik-er-zelf-aan-doen/vezellijst/>)
 - verminder cafeïne en alcohol inname
 - beperk het gebruik van light-producten, koolzuurhoudende dranken en zoetstoffen
- leefstijl adviezen
 - eet regelmatig (bijv. het ontbijt niet overslaan)
 - beweeg voldoende (elke dag tenminste 30 min intensief)
 - eventueel afvallen
 - beperken persen en zwaar tillen
- toiletadviezen
 - toiletgedrag
 - toilethouding
 - perstechnieken

Adviezen over medicatie:

Zorg voor normale consistentie (Bristol score 4)

- a. Start bulkvormers (metamucil), vochtbinders (movicolon)
 - 1-2 dd psylliumvezels (let op: bijbetaling tenzij chronisch voorgeschreven)
 - Indien neiging naar harde defecatie: drink 1,5-2 liter water per dag
 - Indien neiging naar diarree: 100ml met zakje en half uur erna geen vocht inname, drink hierbij 1 liter water per dag
- b. Zo nodig loperamide toevoegen (siroop/tablet/capsule):
 - Beste doseerbaar met siroop. Lage dosering volstaat vaak al, loperamide siroop (0,2 mg/ml), 1-3 dd 2,5- 5ml (= 1 tot 3 dd 0,5 tot 1 mg)
 - Loperamide tabletten: 2-4 mg kan gebruikt indien nodig of als onderhoud
- c. Overweeg aanpassing medicatie die zorgen voor obstipatie/diarree



- d. Overweeg colestyramine bij diarree en cholecystectomie in VG: 4 dd 1 sachet van 4 gram Laxeermiddelen vermindert het risico op FI bij patiënten met vloeibare ontlasting (*level of evidence 1*).^{Cheetham 2009}

Adviezen over spoelen:

Een eenvoudige manier van spoelen is spoelen met een ballonspuit. Bij deze manier van spoelen kan maximaal 200 ml ingebracht worden en kan het rectum gespoeld worden.

Link voor bestellen ballonspuit: <http://www.pelvitec.nl/shop/contents/nl/p196.html>



Een intensieve manier van spoelen is transanale irrigatie. Door middel van het spoelen van het rectum en de dikke darm met een darmspoelsysteem kan fecale incontinentie 21-48 uur voorkomen worden.

Adviezen over continentie producten:

Continentieproducten voor fecale incontinentie zijn continentiemateriaal en anale tampons.

Bekkenfysiotherapie

Gegeven door een geregistreerd bekkenfysiotherapeut.

De bekkenfysiotherapeut kan meerdere behandelmethodes inzetten in het behandelen van FI.

Bekkenbodemspiertraining ^{ICI 6th edition 2017}

D.m.v. het inwendig onderzoek wordt de bekkenbodemspierfunctie bepaald (tabel 2) en op basis hiervan een patiënt specifiek trainingsprogramma opgesteld.

Tabel 2: classificatie bekkenbodemspierfunctie

Classificatie	Toelichting classificatie	Therapie
Onderactief	zwakke bekkenbodem	bekkenbodemspiertraining
Overactief	gespannen bekkenbodem	relaxatie oefeningen
Coördinatiestoornis	bekkenbodem doet niet het juiste op het juiste moment	coördinatie training
Niet-functionerend	geen willekeurige contractie of relaxatie bekkenbodem mogelijk	aanleren willekeurige bekkenbodemspiercontractie
Normale functie	bekkenbodem heeft een goede timing en spierkracht	*

* bij normale spierfunctie naar verwachting geen sprake van bekkenbodemerelateerde klachten. Indien wel, dan bekkenbodemspiertraining om maximale spierfunctie te bereiken.

Er bestaat nog geen gestandaardiseerd protocol voor bekkenbodemspiertraining (BBST), hier is meer onderzoek voor nodig. ^{ICI 6th edition 2017} De KNGF Evidence Statement AI zegt het volgende over de factoren die de kans op herstel vergroten: een adequate trainingsdosis (train specifieke spieren, 3x per dag, 2-3x per week gedurende 5 maanden, 8-12 langzame nagenoeg maximale contracties) en daarmee samenhangende therapietrouw (*level of evidence 1*). ^{KNGF Evidence Statement AI 2013}

Biofeedback. ^{ICI 6th edition 2017}

Bij biofeedback wordt gebruik gemaakt van een elektronisch of mechanisch apparaat zodat de patiënt extra feedback krijgt over hoe goed hij of zij de bekkenbodemspieren aanspant en ontspant. De meest gebruikte vorm van biofeedback door bekkenfysiotherapeuten is myofeedback. Hierbij wordt met een anale sonde de spierspanning van de bekkenbodemspieren zichtbaar gemaakt. De MAPLe-probe maakt onderscheid tussen de spierfunctie van de EAS en Puborectalis



Een ander gebruikte vorm van biofeedback is rectale ballontraining. Hierbij wordt een ballon ingebracht net voorbij het anale kanaal en gevuld met lucht. Op deze wijze wordt de aanwezigheid van ontlasting nagebootst en wordt vooral op sensibiteit getraind.



Er is meer onderzoek (RCT) nodig om het specifieke biofeedback protocol te bepalen dat effectief is in het vermindering van AI. ^{ICI 6th edition 2017}

Elektrostimulatie (ES).

Er onvoldoende bewijs om ES aan te bevelen bij de behandeling van FI (*level of evidence 1*). ^{Hosker 2007}
ES is echter wel inzetbaar bij patiënten met een niet-functionerende bekkenbodempompe om op deze wijze de patiënt een willekeurige bekkenbodempompecontractie aan te leren. ^{KNGF Evidence Statement AI 2013 (level of evidence 4)} Er wordt door bekkenfysiotherapeut alleen gebruik gemaakt van laag frequente ES (=t/m 1000 Hz).

Percutane elektrische zenuwstimulatie (PTNS) wordt door de ICI niet aangeraden als therapie voor de eerste lijn. ^{ICI 6th edition 2017}

Niet – conservatieve behandelmethodes

Dit wordt uitgevoerd door een specialistisch arts

Bulk injecties: overweeg bij met name passieve fecale incontinentie (IAS disfunctie)

Als dit het hoofdsymptoom is.

Sacrale neuromodulatie (SNM)

- Onafhankelijk wel/geen sfincterletsel. EAS defect moet < 180 gr zijn)
- Somato-sympathische reflex (S2-S4): vermindert colon activiteit, verhoogt rusttonus en knijp druk en verandert rectale sensatie of compliance
- Succespercentages: 36% compleet continent, 73-89% therapeutisch succes (> 50% afname klachten) ook op lange termijn (> 36 mndn)
- Complicaties: paresthesie 15%, implantatie gerelateerde pijn 6%, explantatie: 3-4%, infectie 3-11%

Operaties

Secundaire sfincterplastiek: overweeg als 1^e lijn chirurgische therapie bij EAS letsel < 120 graden, premenopauzale vrouw met een ± kort / afwezig perineum. (Succes percentages: korte termijn effect 70-80%, na 5 jaar: 20-67%, na 10 jaar 0-40%)

Overige

- Laparoscopische ventrale rectopexie bij rectumprolaps Oxford grade III-IV
- Artificiële sfincter Succes: 50-70%, Complicaties: revisie: 13-50%, explantatie: 40% ≥ 5j
- Dynamische gracilisplastiek
- Overweeg colostoma als alle therapie gefaald heeft

PROMs (patient reported outcome measurements)

Ter ondersteuning van het bewerkstelligen van een goede onderlinge communicatie en vaststellen van het behandelresultaat is het zinvol dat alle verschillende disciplines in de hoofdlijn dezelfde vragenlijsten/meetinstrumenten gebruiken. PROMs geven inzicht in het effect van de geleverde zorg.
www.patiëntenfederatie.nl

Welke PROMs zijn er voor FI?

1. Defecatiedagboek (meet alle belangrijke factoren van FI, maar invasief qua tijd) ^{KNGF Evidence Statement AI 2013}
2. Wexner ^{KNGF Evidence Statement AI 2013}
3. Fecal Incontinence Quality of Life Scale (*naar eigen inzicht*)

OBSTIPATIE

Inleiding

Achtergrondinformatie

De impact van obstipatie op de kwaliteit van leven is significant en vergelijkbaar met andere voorkomende chronische aandoeningen als allergieën, musculoskeletale aandoeningen en inflammatoire darmen. Chronische obstipatie komt veel voor, 15-17% van de volwassenen rapporteert symptomen overeenkomend met de Rome-criteria. ^{Belsey 2010} Van de patiëntenpopulatie met chronische obstipatie wordt geschat dat 40% obstipatieklachten heeft op basis van een functionele obstipatie. Echter variëren de percentages in de literatuur tussen de 20 en 81% afhankelijk van de patiëntenpopulatie en definitie. ^{Rao et al 2016}

Definitie

Obstipatie is een moeilijke stoelgang (symptoomdiagnose) ^{NHG-Standaard obstipatie}

Onderverdeling

1. Obstipatie door een onderliggende somatische oorzaak ^{NHG-standaard obstipatie}
 - colorectaal carcinoom
 - ileus
 - medicatie
 - metabole aandoeningen; o.a. hypothyreoïdie, diabetes mellitus
 - zwangerschap
 - (uro)gynaecologische ingreep
 - rectocele, enterocele
 - neurodegeneratieve aandoeningen; o.a. ziekte van Parkinson, multiple sclerose



2. Functionele obstipatie zonder onderliggende somatische oorzaak^{NHG-Standaard obstipatie}

Voor het vaststellen van functionele obstipatie bestaan de **Rome-IV-criteria**.^{Skardoorn 2017 (tabel 1)}

Men spreekt van functionele obstipatie bij volwassenen indien men al 6 maanden bekend is met klachten en er tenminste sinds 3 maanden 2 van de volgende symptomen voorkomt:

- defecatiefrequentie ≤ 2 per week
- hard persen tijdens $\frac{1}{4}$ van de keren (25%) van de defecaties
- harde en/of keutelige ontlasting (BSS 1-2) bij meer dan $\frac{1}{4}$ (25%) van de defecaties
- gevoel van incomplete defecatie bij meer dan $\frac{1}{4}$ (25%) van de defecaties
- gevoel van anorectale obstructie of blokkade bij meer dan $\frac{1}{4}$ (25%) van de defecaties
- digitale handelingen in het vergemakkelijken van meer dan $\frac{1}{4}$ (25%) van de defecaties (bijvoorbeeld: digitale evacuatie, ondersteuning geven aan de bekkenbodern)

Subtypes van functionele obstipatie zijn:

2.1 Dyssynergie obstipatie/ outlet disfunctie

a. Paradoxe contractie, inadequate relaxatie van de bekkenbodernspieren tijdens defecatie.^{Rao 2006}

b. Inadequate perstechniek of afwezigheid van intrarectale druk tijdens defecatie.^{Rao 2006}

Dyssynergie obstipatie kan getest worden door een kunstmatige defecatie uit te voeren. De patiënt moet een 50ml gevulde ballon trachten te ledigen.^{Rao 2016}

2.2 Slow transit obstipatie

2.3 Combinatie van beide

Obstipatie met PDS als hoofdoorzaak, wordt gekarakteriseerd door buikpijn gekoppeld aan defecatie of er wordt een normale transit obstipatie vastgesteld o.b.v. de diagnostische definitie en de onderzoeksresultaten.^{Skardoorn 2017}

Voor obstipatie geassocieerd met angst en depressie wordt een multidisciplinaire aanpak aanbevolen.^{Rao 2011}

Risicofactoren^{Rao 2016, Braekken 2009}

- Psychische stress
- Negatief seksueel verleden
- Prikkelbare darm syndroom
- Rectumprolaps, enterocele, intussusceptie

Diagnostiek

Uitsluiten alarmsymptomen: verlies van eetlust, onbedoeld gewichtsverlies, rectaal bloedverlies, plots veranderd defecatiepatroon

Speciële anamneses

- Intoxicaties: roken en alcohol gebruik
- Dieet: cafeïne gebruik, regelmatig eetpatroon, inname vezels, vochtintake
- Beweging/sport
- Stoelgang
- Defecatie dagboek/ Bristol Stool Scale (BSS)
- Toilethouding- en gedrag



Medicatie

Constiperende medicijnen: opioïden, parasymphicolytica, SSRI's, aluminium bevattende antacida, diuretica, ijzerpreparaten, bifosfonaten, anti-epileptica, langdurig gebruik bisacodyl en sennapreparaten.

Verorzakers diarree: maagzuurremmers, antidepressiva, cholesterolverlagers, metformine, laxantia.

Vragenlijsten

- defecatedagboek

Lichamelijk onderzoek

Inspectie

- Huid: kleur, candida, fissuur anus
- Prolaps? perineum, hoek epi
- Sfincter: in rust, aanspannen en persen "dovetail sign"
- Mucosaprolaps (Hemorroiden)/ rectumprolaps



Bekkenbodemonderzoek;

- Standaard onderzoek bekkenbodem: Rectaal toucher op (dis)functie van de bekkenbodemspieren (m. puborectalis en EAS kunnen van elkaar verschillen) en paradoxaal persgedrag
- Onderzoek naar rectumprolaps middels POP-Q

Optioneel onderzoek bekkenbodem:

- Biofeedback bekkenbodemspieren
- Sensibiliteit onderzoek van rectum (rectale ballon)
- Sensibiliteitsonderzoek i.v.m. neuropathie n. pudendus

Behandeling

Conservatieve behandelmethoden

Het geven van voorlichting, inzicht en advies Rao 2016, Tabbers 2010

Dit kan gegeven worden door een MDL- verpleegkundige en/of of physician assistant (PA) en bekkenfysiotherapeut.

Leefstijladviezen:

- adviezen vocht- en vezelintake
 - eet voldoende vezels (vezeltest op: www.mlds.nl/home-hoe-gezond-is-jouw-buik of <https://bekkenbodemonline.nl/bekken-en-bodem/wat-kan-ik-er-zelf-aan-doen/vezellijst/>)
 - verminder cafeïne en alcohol inname
 - beperk het gebruik van light-producten, koolzuurhoudende dranken en zoetstoffen
 - eet elke ochtend 2 kiwi's bij het ontbijt
- eet regelmatig (bijv. het ontbijt niet overslaan)
- beweeg voldoende (elke dag tenminste 30 min intensief)



- stop met roken
- eventueel afvallen
- beperken persen

Adviezen over medicatie:

Er zijn vele middelen die gegeven kunnen worden bij obstipatie. Hieronder staan enkele middelen die veelvuldig gebruikt worden:

- Macrogol 1dd1-2 zakjes, evt. verhogen naar 4dd2 zakjes.
- Magnesiumhydroxide kauwtabletten 2dd2 tabletten, hoeven niet gekauwd te worden.
- Psylliumvezels 2dd1 zakje, met veel water in te nemen, hogere dosering is niet zinvol.
- Lactulose 1d 15-45 ml, let op bij een hogere dosis dit kan vaak veel gasvorming geven.
- Klysmata kunnen met name kortdurend een oplossing zijn.

Door een MDL-arts zijn nog andere specialistische middelen te geven afhankelijk van de oorzaak van de obstipatie, hierbij wordt verwijzing naar een MDL-arts geadviseerd. Middelen die nog meer gebruikt worden, zijn: linaclotide, prucalopride, methylnaltrexon en naloxegol.

Toiletadviezen:

- adviezen voor het juiste toiletgedrag en de juiste toilethouding. ^{Tabbers 2010}
- aanleren van juiste perstechniek
- aanleren van goede buikademhaling en ontspanning

Bekkenfysiotherapie

Gegeven door geregistreerde bekkenfysiotherapeut.

De bekkenfysiotherapeut kan meerdere behandelmethodes inzetten in het behandelen van dyssynergie obstipatie.

Bekkenbodemspiertraining

Bekkenbodemspiertraining in combinatie met biofeedback is bewezen effectieve therapie voor dyssynergie obstipatie (*level of evidence 1*). ^{ICI 6th edition 2017} BBST voor dyssynergie obstipatie bestaat uit relaxatie van de bekkenbodemspieren en het aanleren van een effectieve perstechniek. ^{Rao 2016} Een effectieve perstechniek bestaat uit het op de juiste manier intra-abdominale druk opbouwen en tijdens het persen de bekkenbodemspieren te relaxeren. BBST bestaande uit spierkrachttraining kan bij een bekkenbodem leiden tot vergroot spiervolume, sluiting van de levator hiatus, verkorten van de spierlengte en verheffen van de rustpositie van de blaas en endeldarm. ^{Braekken 2010, Hagen 2009}

Mogelijk zien we hierdoor een verbetering in de steunfunctie van de bekkenbodem en als gevolg hiervan een beter defecatiepatroon.

Biofeedback

Biofeedback in combinatie met BBST is bewezen effectieve therapie voor dyssynergie obstipatie (*level of evidence 1*). ^{ICI 6th edition 2017 Rao 2016, Skarodoon 2017} Biofeedback is effectiever dan laxantia bij patiënten met dyssynergie obstipatie, waarbij de klachten al langer bestaan dan 1 jaar en waarbij conservatieve behandeling (voldoende vezelintake, laxantia en spoelen minimaal 30 dagen) niet effectief is gebleken. De resultaten zijn na 2 jaar nog aanwezig. ^{Chiaroni 2006, Skarodoon 2017}



Rectale ballontraining

Het praktisch simuleren van defecatie kan gedaan worden met rectale ballontraining. Er kan getraind worden met patiënten om een ballon gevuld met 50 ml lucht effectief uit te persen. Daarnaast kan bewustwording van sensatie van vulling van het rectum getraind worden door rectale ballontraining^{Rao 2016} Bij obstipatie o.b.v. een megarectum kan rectale ballontraining ingezet worden om een eerdere sensatie van vulling van het rectum te bewerkstelligen (*level of evidence 4/werkgroep*)

Spoelen

Spoelen wordt begeleid door de continëntie verpleegkundige.

De dikke darm wordt gespoeld met water op lichaamstemperatuur. De waterzak of irrigatiepomp wordt via een slang verbonden met de anus. Je bereikt hierbij ongeveer 1/3 gedeelte van de darm. Door de overvulling van de darm en een gastrocolische reflex komt de peristaltische beweging van de darm op gang. Hierdoor kan de dikke darm zich ledigen. Dit is niet schadelijk voor de darm.

Niet - conservatieve behandelmethodes

Dit wordt gegeven door specialist

Operatie

- indien een obstructed defecation met rectocele, rectale intussusceptie, enterocele.
- Overweeg percutaan endoscopisch colostoma (PEC) als alle therapie gefaald heeft en niet anders kan.

PROMS

1. defecatedagboek
2. Bristol Stool Scale (BSS)



Een regionale werkgroep bekkenfysiotherapeuten:

Marieke Meeuwis, geregistreerd bekkenfysiotherapeut, Fysiotherapie Marieke Meeuwis, Oirschot

Drs. Mariska Slotman, geregistreerd bekkenfysiotherapeut, bewegingswetenschapper, Motus, Hattem

Claire Vrielink, geregistreerd bekkenfysiotherapeut, Bekkenfysiotherapie Boskant / Eindhoven

Quirine van der Weide-Warnaar, geregistreerd bekkenfysiotherapeut, B-fysic Eindhoven

In samenwerkingen met specialistische artsen en verpleegkundigen van MMC en Catharina ziekenhuis:

Dr. François van Dielen, Chirurg, MMC-ziekenhuis, Eindhoven en Veldhoven

Dr. Joggem Veen, Gynaecoloog, MMC-ziekenhuis, Eindhoven en Veldhoven

Dr. Martijn ter Borg, MDL-arts, MMC-ziekenhuis, Eindhoven en Veldhoven

Dr. Jean-Paul de Zoete, Chirurg, Catharina ziekenhuis, Eindhoven

Dr. Anne-Marie Wensing, MDL-arts, Catharina ziekenhuis, Eindhoven

Dr. Marion Salwegter, Kaderhuisarts, Gezondheidscentrum Plus, Eindhoven.

Freeke Caers, UCS-verpleegkundige stoma en fecale incontinentie, MMC-ziekenhuis Veldhoven

Willemijn van Nuenen Platvoet, physician assistant (PA) chirurgie, Catharina ziekenhuis, Eindhoven

Literatuur

Diemel JM et al (2010), NHG-Standaard Obstipatie, *Huisarts Wet*, 53(9):484-98

Skardoorn GR et al (2017), Review article; dyssynergic defaecation and biofeedback therapy in the pathophysiology and management of functional constipation. *Alimentary Pharmacology Therapeutics*, 46(4):410-423

Bols EMJ et al (2010), A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89:302-14

Bols E et al (2012), Rectal balloon training as add-on therapy to pelvic floor muscle training in adults with faecal incontinence: a randomised controlled trial, *Neurourol and Urodyn*, 31(1):132-81093-4.

Bols EMJ et al (2013), KNGF Richtlijn Evidence Statement Anale incontinentie

Chiarione G et al (2006), Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia, *Gastroenterology*, 130(3):657-64.

Satish S. Rao C et al (2016), Anorectal disorders, *Gastroenterology*, 150:1430-1442

Woodward et al (2014), Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 26;(3):CD008486, doi: 10.1002/14651858.CD008486.pub2.

Bols EMJ (2013), Evidentie statement AI, Anale incontinentie, *KNGF*

[Braekken IH](#) et al (2009), Pelvic Floor function is independently associated with pelvic organ prolapse, *Urogynecology*, 116(13):1706-14

[Braekken IH](#) et al (2010), Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapsed and reduce prolapsed symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 203(2);170

[Braekken IH](#) et al (2010), Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a randomized controlled trial, *Obstetrics & Gynecology*, 115(2 Pt 1):317-24

Belsey J et al (2010), Systematic review, impact of constipation on quality of life in adults and children, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 31(9):938-49.

Brown SR & Wadhawan H & Nelson RL (2010), Surgery for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. [DOI: 10.1002/14651858.CD001757.pub3]

Cheetham MJ et al (2002), Drug treatment for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3 [DOI:10.1002/14651858.CD002116]

Omar M.I.O., Alexander C.E.A. Drug treatment for faecal incontinence in adults, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [DOI: 10.1002/14651858.CD002116.pub2] 2013 jun 11

Heymen S et al (2009), Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum*, 52(10):1730–7.

Hagen S et al (2009), A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse, *International Urogynecology Journal*, 20 (1), pp. 45-51.

Hodges PW & Salford R & Pengel L (2007), Postural and respiratory functions of the pelvic floor muscles, *Neurourology and urodynamics*, 26:362-371

Hosker G & Cody JD & Norton CC (2007), Electrical stimulation for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001310

KNGF Evidence Statement Anale Incontinentie 2013

Maher C et al (2016), Surgery for women with anterior compartment prolapse, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD004014. DOI: 10.1002/14651858.CD004014.pub6

Maher C et al (2016), Surgery for women with apical vaginal prolapse, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD012376. DOI: 10.1002/14651858.CD012376.



Norton C & Kamm MA (2001), Anal sphincter biofeedback and pelvic floor exercises for faecal incontinence in adults - a systematic review. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 15: 1147-1154.

Norton C & Cody JD (2012), Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7:CD002111.

Pucciani F et al (2015), Diagnosis and treatment of faecal incontinence: Consensus statement of the Italian Society of Colorectal Surgery and the Italian Association of Hospital Gastroenterologists, *Digestive and Liver Disease*, 47(8):628-45.

Rao SSC (2011), Biofeedback therapy for constipation in adults, *Best Practice & Research: Clinical Gastroenterology*, 2(1):159-166.

Rao SSC et al (2004), Investigation of the utility of colorectal function tests and Rome II criteria in dyssynergic defecation (Anismus), *Neurogastroenterology & Motility*, 16:589–596.

Bharucha AE et al (2006), Functional anorectal disorders, *Gastroenterology*, 130:1510–1518.

Rao SSC (2008), Dyssynergic Defecation and biofeedback therapy, *Gastroenterology Clinics of North America*, 37:569–586.

Rao SSC et al, (2015), ANMS-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for anorectal disorders HHS public access. *Neurogastroenterology & Motility*, 27:594-609.

Sapsford RR & Hodges PW (2001), Contraction of the pelvic floor muscles during abdominal maneuvers, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82:1081–8.

Tanaz R et al (2016), Fecal incontinence, *MedScape – Drugs & Diseases – Obstetrics & Gynecology*.

Tabbers M et al (2010), Constipation in children. *BMJ Clinical Evidence*, 04:303

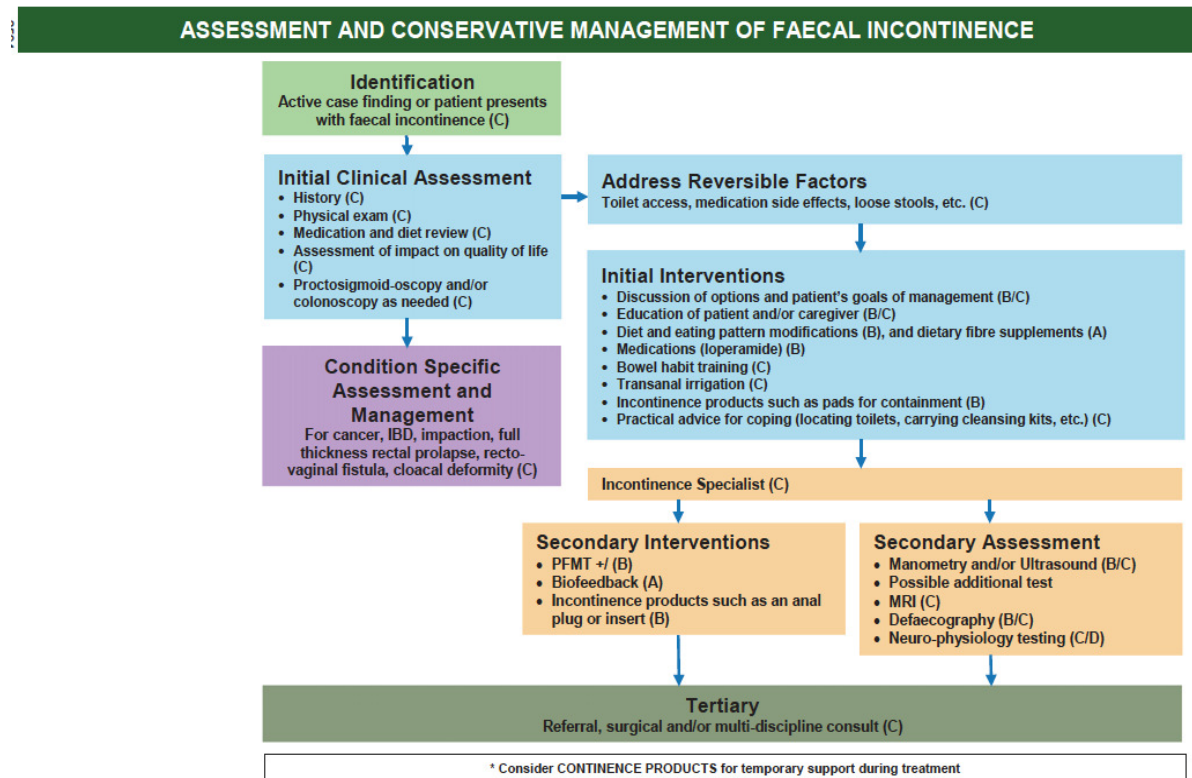
Van Engelenburg-Longhuyzen M et al (2017), Effectiveness of pelvic physiotherapy in children with functional constipation compared with standard medical care, *Gastroenterology*, 152(1):82-91

Woodward et al (2014), Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 26;(3):CD008486. doi: 10.1002/14651858.CD008486.pub2

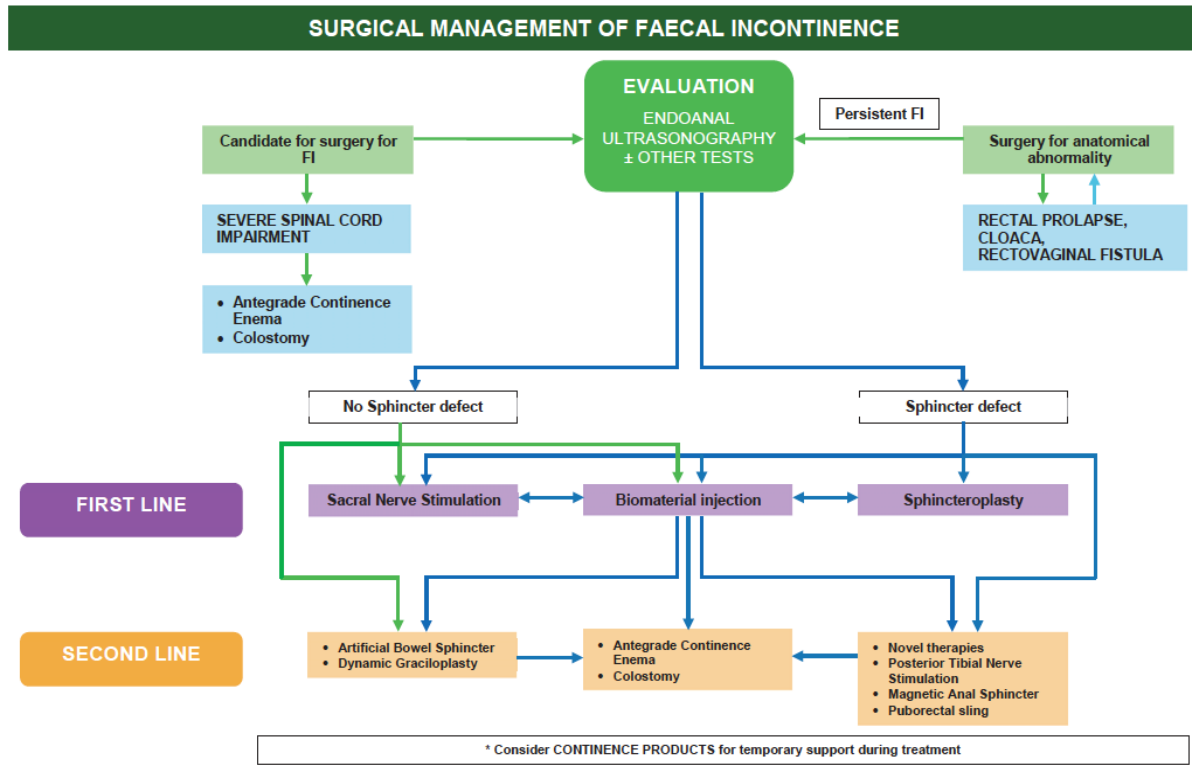
https://www.patiëntenfederatie.nl/Documenten/Tool_patiëntenperspectief_PROMs_versie_1_24_april_2015.pdf.



Bijlage I: tabel 'Assessment and conservative management of faecal incontinence' uit de 6th edition van ICI 2017



Bijlage II: tabel 'Surgical management of faecal incontinence' uit de 6th edition van ICI 2017



Behandelplan patiënten met anale incontinentie

Doel	verbeteren continentiecomponenten: 1. spierfunctie: basisactiviteit, timing, coördinatie, ontspanning, duur, reflexactiviteit (fast-twitch/slow-twitch) 2. reservoirfunctie (waarneming vullingsgevoel): eerste sensatie, eerste aandranggevoel, maximaal toerabel volume, adequate reactie van de bekkenbodem op rectale vulling (= continent zijn) 3. consistente feces: van dun naar zacht gevormd 4. HEEL: Herkennen van gezondheidsprobleem, Erkennen van gezondheidsprobleem, Expressie (uiten, in beweging brengen) en Loslaten (eigen maken) 5. interactie tussen bovengenoemde continentiecomponenten																		
Strategie	optimaliseren van één continentiecomponent → optimaliseren van het complexe geheel van continentiecomponenten → automatiseren van taken in algemeen dagelijks leven																		
Therapie	voorlichting, inzicht en advies geven <table border="1" data-bbox="619 197 1110 1825"> <tr> <td data-bbox="619 1648 919 1825">IA • verbale instructie • elektrostimulatie bij BBST (m. puborectalis/ externe anale sfincter) • elektrostimulatie separaat • biofeedback bij twijfel vermogen bekkenbodem-contractie</td> <td data-bbox="619 1462 919 1648">IB • oefenen verkleinen anorectale hoek • oefenen van de bekkenbodem tijdens rompstabilisatie</td> <td data-bbox="619 1276 919 1462">IC • BBST • biofeedback'</td> <td data-bbox="619 1090 919 1276">ID • oefeningen om negatieve factoren aan te pakken • BBST • biofeedback'</td> <td data-bbox="619 904 919 1090">IIA • BBST • biofeedback'</td> <td data-bbox="619 719 919 904">IIIB • BBST • biofeedback'</td> <td data-bbox="619 533 919 719">III • BBST NB.: volledig herstel niet waarschijnlijk</td> <td data-bbox="619 347 919 533">IVA • aanpak belemmerende factoren waar mogelijk • info patiënt over (on)mogelijkheden • oefentherapie • BBST • biofeedback'</td> <td data-bbox="619 161 919 347">IVB • aanpak belemmerende factoren waar mogelijk • info patiënt over (on)mogelijkheden • oefentherapie • BBST • biofeedback'</td> </tr> </table>										IA • verbale instructie • elektrostimulatie bij BBST (m. puborectalis/ externe anale sfincter) • elektrostimulatie separaat • biofeedback bij twijfel vermogen bekkenbodem-contractie	IB • oefenen verkleinen anorectale hoek • oefenen van de bekkenbodem tijdens rompstabilisatie	IC • BBST • biofeedback'	ID • oefeningen om negatieve factoren aan te pakken • BBST • biofeedback'	IIA • BBST • biofeedback'	IIIB • BBST • biofeedback'	III • BBST NB.: volledig herstel niet waarschijnlijk	IVA • aanpak belemmerende factoren waar mogelijk • info patiënt over (on)mogelijkheden • oefentherapie • BBST • biofeedback'	IVB • aanpak belemmerende factoren waar mogelijk • info patiënt over (on)mogelijkheden • oefentherapie • BBST • biofeedback'
IA • verbale instructie • elektrostimulatie bij BBST (m. puborectalis/ externe anale sfincter) • elektrostimulatie separaat • biofeedback bij twijfel vermogen bekkenbodem-contractie	IB • oefenen verkleinen anorectale hoek • oefenen van de bekkenbodem tijdens rompstabilisatie	IC • BBST • biofeedback'	ID • oefeningen om negatieve factoren aan te pakken • BBST • biofeedback'	IIA • BBST • biofeedback'	IIIB • BBST • biofeedback'	III • BBST NB.: volledig herstel niet waarschijnlijk	IVA • aanpak belemmerende factoren waar mogelijk • info patiënt over (on)mogelijkheden • oefentherapie • BBST • biofeedback'	IVB • aanpak belemmerende factoren waar mogelijk • info patiënt over (on)mogelijkheden • oefentherapie • BBST • biofeedback'											
Evaluatie	evaluatie van het resultaat: Wexner score, Globaal Ervaren Effect, defecatieboek																		
Controle	controle op vooraf afgesproken moment(en) → kortdurende remindertherapie (indien nodig)																		
										tot adequaat toiletbezoek									

Bijlage III: Behandelplan patiënten met anale incontinentie uit Evidence Statement AI

