

Richtsnoer fecale incontinentie bij kinderen

Doel: Fecale incontinentie, het onvrijwillig verliezen van ontlasting in het ondergoed, is in de meerderheid van de gevallen een gevolg van langdurige obstipatie. Indien kinderen met langdurige obstipatie niet tijdig worden begeleid en behandeld, is het risico aanwezig op fecale incontinentie en blijvende obstipatieklachten met de daarmee gepaard gaande psychische schade. Om deze reden is een richtsnoer voor signalering, begeleiding en behandeling in de eerstelijnsgezondheidszorg ontwikkeld.

Methode: Het richtsnoer fecale incontinentie is een stappenplan voor het begeleiden en behandelen van fecale incontinentie dat uitvoerbaar is in de jeugdgezondheidszorg en de huisartsgeneeskunde. In het stappenplan worden achtereenvolgens anamneselijsten en lichamelijk onderzoek, methode van toilettraining, het bijhouden van een dagboek, beweeg- en eetadviezen en het gebruik van laxemiddelen beschreven. In het stappenplan is aangegeven wanneer verwijzing naar de huisarts of kinderarts of een speciaal behandelcentrum moet plaatsvinden.

Conclusie: Met het richtsnoer kunnen kinderen met fecale incontinentie eerder worden opgespoord en behandeld, waardoor secundaire psychologische schade voorkomen kan worden.

Inleiding

In 1994 is het richtsnoer enuresis nocturna gepubliceerd.¹ Na de publicatie bleek in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en de huisartsgeneeskunde behoefte te zijn aan een richtsnoer voor een ander incontinentieprobleem: fecale incontinentie.

Fecale incontinentie is gedefinieerd als (onvrijwillig) ontlastingsverlies (in het ondergoed) boven de leeftijd van 4 jaar. Zowel mondiaal als nationaal neemt het aantal kinderen met fecale incontinentie toe.²⁻⁴

Een kind is zindelijk voor ontlasting, wanneer het, na het ontstaan van aandranggevoel, gedurende een beperkte tijd zijn ontlasting weet op te houden en deze vervolgens op een daartoe geschikte plaats weet te produceren, uit eigen behoefte of op verzoek van anderen. De blijdschap van de ouders over het bereiken van deze vaardigheid maakt dat hun kind zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde krijgt. Anderzijds kan het zijn dat de ouders zich schamen als het niet lukt. De kans is groot dat zij de druk op hun kind gaan verhogen, waardoor het zindelijkheidsprobleem groter wordt en zichzelf in stand houdt. Wanneer het kind op de basisschool nog niet zindelijk is voor ontlasting, bestaat de kans dat het gepest wordt en daardoor in een isolement raakt. Meestal vragen ouders pas in een laat stadium advies aan de JGZ-medewerkers of de huisarts. Dit gebeurt vaak nóg later als de ouders van niet-Nederlandse herkomst zijn. Een tijdige en algemeen geaccepteerde aanpak is nodig.

Hiertoe is door een multidisciplinaire werkgroep een richtsnoer fecale incontinentie opgesteld, waarin anamnese, lichamelijk onderzoek, benodigd aanvullend onderzoek en behandeling zijn opgenomen. Doel van het richtsnoer is het signaleren van kinderen met fecale incontinentie, beslissen ten aanzien van begeleiden en behandelen binnen de JGZ of verwijzen voor behandeling naar huisarts of kinderarts.

Probleemstelling

De meeste kinderen worden tussen de tweede en derde verjaardag zindelijk voor ontlasting. Onderzoeken in Nederland en Zwitserland hebben aangetoond dat meer dan 90% van de kinderen voor het vierde levensjaar zindelijk is voor urine en ontlasting.^{5,6} Opvallend is dat meisjes zowel voor urine als voor ontlasting eerder zindelijk zijn dan jongens. Tot op heden is de reden onbekend.

Het zindelijk worden voor zowel urine als ontlasting wordt niet versneld door vroege of strenge toilettraining.^{7,8} Strenge zindelijkheidstraining kan bij kinderen aversie tegen de defecatie oproepen, waarbij soms ophoudgedrag ontstaat. Door het langdurig ophouden van ontlasting ontstaat impactie van feces in het rectum. De grote hoeveelheid harde ontlasting wordt vaak slechts eens per week met pijn en moeite op het toilet geloosd. Bij 60-90% van de kinderen gaat de obstipatie gepaard met fecale incontinentie.⁹⁻¹¹

Dr. A.M.W. Bulk-Bunschoten jeugdarts, afdeling Sociale Geneeskunde, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU medisch centrum, Amsterdam. Dr. M.A. Benninga kinderarts-gastro-enteroloog, afdeling Kindergeneeskunde, Academisch Medisch Centrum/Emma Kinderziekenhuis Amsterdam. Dr. C.M.F. Kneepkens kinderarts-gastro-enteroloog, afdeling Kindergeneeskunde, VU medisch centrum, Amsterdam en LUMC, Leiden. Dr. M.F. van der Wal epidemioloog, cluster Epidemiologie en Gezondheidsbevordering, GGD Amsterdam. Prof. dr. R.A. HiraSing jeugdarts/kinderarts, afdeling Sociale Geneeskunde, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU medisch centrum Amsterdam en TNO Preventie en Gezondheid, Leiden. **Correspondentieadres:** Dr. A.M.W. Bulk-Bunschoten, EMGO-instituut, VUmc, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, amw.bulk@vumc.nl.

Fecale incontinentie komt met het ouder worden minder voor en is op volwassen leeftijd zeldzaam.¹² Toch heeft 20-30% van de kinderen met obstipatie en/of fecale incontinentie na het achttiende levensjaar nog klachten.^{13,14} Fecale incontinentie kan leiden tot een laag zelfrespect en depressies. Deze gedragsproblemen kunnen primair of secundair aan fecale incontinentie ontstaan. Beide problemen kunnen ook los van elkaar bestaan.¹⁵⁻¹⁷ Een onderzoek onder Amsterdamse schoolkinderen liet zien dat fecale incontinentie gepaard gaat met meer dan gemiddeld psychosociale problemen.⁶ Fecale incontinentie wordt als multifactoriële psychiatrische stoornis vermeld in de DSM-IV.¹⁸

Tabel 1 Factoren die samenhangen met encopresis

obstipatie
zindelijkheidstraining
gezinsproblemen
psychiatrische problemen (bijv. kinderschizofrenie)
mentale retardatie (bijv. syndroom van Down)
neurologische ziekten (bijv. meningomyelokèle)
familiair

Prevalentie

Fecale incontinentie wordt gerapporteerd in een percentage van 1-3 bij kinderen vanaf de leeftijd van 4 jaar.⁶ Onderzoek onder 1583 leerlingen in West-Friesland toonde aan dat op 5-jarige leeftijd 2,2% onzindelijk was voor ontlasting (jongens 3,1%, meisjes 0,9%). Bij 6-jarigen was dit percentage gedaald tot 1,1%.⁶ In een onderzoek in Amsterdam (2000-2003) bij schoolkinderen van groep 3 (5-6 jaar) en groep 7 (11-12 jaar) was de prevalentie respectievelijk 4,1% (jongens 3,7%, meisjes 2,4%) en 1,6%.⁶ In groep 3 was de prevalentie lager voor Marokkaanse en Turkse kinderen (respectievelijk 2,3% en 2,2%) dan voor Nederlandse kinderen (3,5%).
Tijdig signaleren, begeleiden en behandelen van kinderen met ontlastingsproblemen en tijdig verwijzen voor begeleiding en behandeling is een taak van de jeugdgezondheidszorg. Opsporing van onzindelijkheid bij kinderen gebeurt tijdens de individuele consulten (vastgelegd in het Basistakenpakket) op de leeftijd van 3 jaar en 9 maanden en in de groepen 2 en 7 van de basisschool. Voor een systematische wijze van opsporing, begeleiding en verwijzing is het navolgende richtsnoer fecale incontinentie opgesteld.

Signalering volgens het richtsnoer

Bij een JGZ-onderzoek wordt aan de ouders gevraagd of het kind de afgelopen maand ontlasting of poepvegen in de onderbroek heeft gehad. Bij een positief antwoord op deze vraag wordt anamneselijst I afgenomen (tabel 2).

Indien één of meer vragen van anamneselijst I met ja worden beantwoord, volgt gericht lichamelijk onderzoek (tabel 3). Alarmsymptomen bij anamnese en lichamelijk onderzoek zijn:

- nachtelijke fecale incontinentie – het 's nachts verliezen van ontlasting is significant geassocieerd met de aanwezigheid van een fecaloom in het rectum en een darmpassagetijd van meer dan 100 uur (normaal <62 uur);¹⁹
- smeren met ontlasting;
- fissuren rond de anus (bij kinderen ouder dan 2 jaar) – deze kunnen wijzen op seksueel misbruik;
- een openstaande anus – deze kan wijzen op seksueel misbruik, op ernstige fecesimpactie in het rectum en in uitzonderlijke gevallen op een neurologische stoornis.

Bij vaststelling van een alarmsymptoom volgt verwijzing via de huisarts naar een kinderarts. In geval van aanwijzingen voor seksueel misbruik moet tevens het protocol kindermishandeling gevolgd worden. Als anamnese en lichamelijk onderzoek niet wijzen op afwijkingen, wordt anamneselijst II (tabel 4) afgenomen om aanknopingspunten voor begeleiding te krijgen. De ingevulde lijst dient tevens als nulmeting. Psychosociale problemen worden opgespoord aan de hand van de in de JGZ-instelling gebruikte vragenlijst (bijvoorbeeld de SDQ: strenghts and difficulties questionnaire). Zijn deze problemen aanwezig in samenhang met de fecale incontinentie, dan volgt tevens psychosociale begeleiding. De meeste kinderen met fecale incontinentie kunnen, als uit de anamneselijst en het lichamelijk onderzoek

Tabel 2 Anamneselijst I*

Meconiumlozing vond plaats meer dan 24 uur na de geboorte	ja	nee
Obstipatie is ontstaan voor de leeftijd van 3 maanden	ja	nee
Encopresis zonder verschijnselen van obstipatie	ja	nee
Nachtelijk verlies van ontlasting	ja	nee
Het kind smeert met zijn poep	ja	nee

* Als één of meer vragen met ja worden beantwoord, wordt doorgevraagd met anamneselijst II en lichamelijk onderzoek uitgevoerd.

Tabel 3 Gericht lichamelijk onderzoek

algemene indruk
beoordeling lengtegroei en gewichtstoename
palpatie abdomen: scybalen aanwezig?
inspectie anus: fissuren aanwezig?
openstaande anus?

geen bijzonderheden komen, worden behandeld en begeleid in de JGZ of door de huisarts. Soms is wel langdurige begeleiding of behandeling nodig.²⁰⁻²⁴ Bij de behandeling heeft het kind de steun van zijn familie nodig. Met uitleg aan de ouders over het frequente voorkomen van het probleem en met te benadrukken dat hun kind geen uitzondering is en dat het dat niet doet om zijn ouders te pesten, maakt men het probleem voor hen minder zwaar. Deze uitleg gaat vooraf aan de behandeling. Zonder medewerking van ouders heeft het richtsnoer geen zin en werkt het eerder averechts. De begeleiding in het richtsnoer is vastgelegd in 3 stappen (tabel 5).

Stap 1 (duur 3 weken)

Vaststelling van de mate van fecale incontinentie: Gedurende twee weken wordt dagelijks met een kalender de defecatie- en incontinentiefrequentie bijgehouden. Wanneer de defecatie- en incontinentieklachten met het dagboek geobjectiveerd zijn, volgt stap 2.

Stap 2 (duur 8 weken)

Eenvoudige leefadviezen: Deze leefadviezen bestaan uit toilettraining, beweegadviezen en eetadviezen.

- De toilettraining bestaat uit drie keer per dag (5 tot maximaal 10 minuten), ongeveer 15 minuten na de maaltijd op het toilet zitten. Met de voeten op de grond of op een voetenbankje voor het toilet, zodat de enkels, knieën en heupen in flexiestand staan (90°), wordt de beste defecatiepositie ingenomen. Ook zonder aandrang mag het kind actief persen. Lukt het defeceren dan wordt het kind uitbundig geprezen. Kinderen ouder dan 5 jaar houden zelf een tekenboekje bij. Ook de ouders houden een dagboek bij van het defecatiepatroon en de toilettraining van hun kind.
- Daarnaast wordt geadviseerd minimaal 1 uur per dag te bewegen. De tijd die aan tv-kijken en computerspelletjes wordt besteed, mag maximaal even lang zijn als de tijd die het kind actief is (fietsen, lopen, buiten spelen). Ook dit wordt in een dagboekje bijgehouden.
- Een gezonde, vezelrijke voeding (bruinbrood, fruit en groente) in combinatie met een adequate vochtintake (1/2 tot 1 liter vocht per dag) wordt aangeraden. Kinderen behoren geen maaltijd over te slaan.

Is de incontinentie verdwenen dan neemt de begeleider na drie maanden weer contact op. Jammer genoeg valt 30% van de kinderen binnen die tijd in het oude patroon terug.¹⁷

Lukt het met deze eenvoudige leefadviezen niet het kind binnen twee maanden zindelijk te krijgen dan volgt stap 3.

Tabel 4 Anamneselijst II encopresis

1	Hoe verliep de zindelijkheidsontwikkeling? Wanneer zindelijk voor urine? overdag 's nachts Wanneer zindelijk voor ontlasting? overdag 's nachts
2	Was uw kind meer dan 6 maanden zindelijk voor ontlasting? ja nee zo ja, wanneer?
3	Zijn er gebeurtenissen aan te wijzen waarna de onzindelijkheid weer begon? ja nee zo ja, welke?
4*	Hoe vaak had uw kind de afgelopen maand ontlasting in zijn onderbroek? 1-4 maal per maand 2-3 maal per week 4-6 maal per week dagelijks meerdere keren per dag
5*	Op welk tijdstip van de dag had uw kind een vieze broek? 's ochtends na school op een willekeurig moment overdag dag en nacht
6*	Hoe is de ontlasting van uw kind? altijd dun en kleine beetjes normaal hard en in grote hoeveelheden
7*	Heeft uw kind pijn bij het poepen? ja nee
8*	Heeft uw kind ten minste 4 maal per week buikpijn? ja nee
9*	Voelt uw kind aandrang om te poepen? ja nee Gaat uw kind zelf naar het toilet? ja nee Moet u uw kind naar het toilet sturen? ja nee
10*	Hoe gaat het met eten? Heeft uw kind een goede eetlust? ja nee Eet uw kind elke dag fruit, groente en brood? ja nee Heeft uw kind als zuigeling voedselallergie gehad? ja nee
11	Gebruikt uw kind medicatie? ja nee zo ja, welke?
12	Hoe reageert de omgeving op de vieze broeken? binnen het gezin op school
13	Wat heeft u geprobeerd om de onzindelijkheid te laten stoppen?

* Omcirkelen wat van toepassing is.

Stap 3 (duur 1 jaar)

Deze stap bestaat uit het gebruik en de afbouw van laxantia gecombineerd met de adviezen uit stap 2.

Laxantiagebruik: Bij het overgrote deel van de kinderen kan men volstaan met orale laxantia (tabel 6). Klysma's en suppositoria zijn slechts aangewezen bij acute, heftige

Tabel 5 Schematische weergave van het richtsnoer

	<i>activiteit JGZ</i>	<i>activiteit thuis</i>
Stap 1	vaststelling van de encopresis d.m.v.: – afnemen anamneselijsten – lichamelijk onderzoek	– uitleg aan kind – poepkalender bijhouden
Stap 2	eenvoudige leefadviezen: – toilettraining – op toilet zitten op vaste tijd – meer beweging per dag – adviezen over eetgedrag	– poepkalender en training bijhouden – kindertekenboek – activiteitenboek – normaal eetpatroon
Stap 3	laxantia: – schoonmaakfase – onderhoudsfase – afbouwfase	– poepkalender, training en tekenboek bijhouden – kind gaat zelf naar wc

ge buikpijn die snel moet worden opgeheven en wanneer het rectum bij rectaal toucher een grote fecesklont blijkt te bevatten.

In het begin is een hoge dosering laxans (bij voorkeur macrogol, eventueel lactulose) nodig (2-4 keer de aanbevolen dosis) om de ontlasting zo zacht te maken dat het ophoud- en tegenhoudgedrag niet meer lukt (tabel 6).²⁵⁻²⁸ Als tijdelijke bijwerking kan buikkrimp of winde- righeid optreden, wat aan kind en ouders tevoren moet worden uitgelegd. De vrije verkrijgbaarheid van laxantia houdt het gevaar in van chronisch gebruik zonder zicht op overdosering en mogelijke toxische effecten. Van macrogol en lactulose zijn deze verschijnselen niet bekend. De overige in de tabel vermelde laxantia zijn bij onoordeelkundig en langdurig gebruik niet ongevaarlijk.

Treedt binnen zes weken geen verbetering in incontinentie op of verergeren de klachten zelfs, dan volgt verwijzing via de huisarts naar de kinderarts. De huisarts kan met een rectaal toucher vulling van de ampulla recti vaststellen.

Treedt er wel verbetering op, dan volgt de onderhoudsfase, die zes maanden in beslag neemt. In deze fase wordt met ondersteuning van laxantia de frequentie en de zachte samenstelling van de feces gewaarborgd. Na ongeveer 4-6 maanden kan de laxansdosering langzaam worden afgebouwd terwijl het trainingsprogramma wordt voortgezet. In deze fase wordt in het ouderdagboekje genoteerd of de kinderen uit zichzelf naar het toilet gaan of moeten worden gestuurd. Tot slot wordt ook de toilettraining geleidelijk afgebouwd. Het kind

Tabel 6 Laxantia bij obstipatie

<i>laxans</i>	<i>dosering</i>	<i>bijwerkingen bij kinderen</i>	<i>gebruik bij kinderen</i>
Movicolon*	0,84 g/kg	gasvorming, matige krimp	+
lactulose*/lactitol*	1-3 ml/kg 1-2 dd	buikkrampen, gasvorming	+
Metamucil	6-12 jr.: 1-2 dd 1 sachet	slechte smaak	–
bisacodyl	5-10 mg om de dag (oraal) 5 mg om de dag (rectaal)	branderigheid aan anus, forse buikkrampen	+/-
magnesiumoxide	200-500 mg per dag	problemen bij hart- of nierstoornissen	–
paraffine	1-3 theelepels per dag	aspiratiegevaar, slechte smaak	–
Klyx**	<6 jaar: 60 ml >6 jaar: 120 ml	krampende buikpijn	
fosfaatklyksma**	>20 kg: 120 ml	hyperfosfatemie	+
Microlax**	alleen <10 kg: 5 ml	buikpijn, anale irritatie	+

* Vrij verkrijgbaar.

** Alleen in acute situaties.

gaat uit eigen beweging naar het toilet. Na één jaar is 60% van de kinderen klachtenvrij.²⁹

Is het onderliggende probleem, de obstipatie of de psychosociale problematiek, te langdurig om blijvend goed resultaat te hebben, dan is alsnog verwijzing naar een gespecialiseerd centrum noodzakelijk.

Preventie

Functionele obstipatie begint bij 50% van de kinderen al in het eerste levenshalfjaar. Onderzoeken toonden aan dat vroege herkenning en behandeling significant correleren met een betere prognose op de lange termijn. Daarom is het van groot belang dat obstipatie vroegtijdig door JGZ-medewerkers wordt herkend en behandeld. Op het consultatiebureau moet bij ieder consult navraag naar het ontlastingspatroon worden gedaan. Bij obstipatieklachten worden adviezen gegeven over voeding en beweging (ligstoeltjes beperken de bewegingsmogelijkheden). Zo nodig wordt dagelijks na de eerste voeding lactulose gegeven. Gerandomiseerde studies die het effect op defecatiefrequentie en -consistentie onderzoeken van toevoeging aan de flesvoeding ontbreken. Obstipatie is nooit een reden om de borstvoeding te staken, zeker niet op de leeftijd van 1-3 maanden, de periode van 'fysiologische verstopping' bij borstgevoede zuigelingen. De overgang naar flesvoeding leidt nogal eens tot verergering van de obstipatie. Bij een zuigeling die een adequate vochtinname heeft en correct bereide flesvoeding krijgt, is het toevoegen van extra vocht aan de voeding niet zinvol. Ook de toevoeging van slaolie of maïsolie aan de voeding is onverstandig, aangezien meer dan 90% van de vetten in de dunne darm wordt geabsorbeerd. Overmatig toevoegen van olie zou kunnen leiden tot aspiratie en tot malabsorptie van vetoplosbare vitaminen. Onjuist is ook het geven van zeeppennetjes of het gebruik van een thermometer met olie. Beide methoden kunnen slijmvliesbeschadiging geven.

Het consultatiebureau speelt daarnaast een belangrijke rol in het verstrekken van informatie over het proces van zindelijk worden en de rol die de ouders daarbij spelen. Zindelijkheid en de daarmee gepaard gaande problematiek (ophoudgedrag) dienen op het consultatiebureau bij de consulten van 18 maanden, 2 jaar, en 2 jaar en 10 maanden besproken te worden. Kinderen die bij 3 jaar en 9 maanden niet zindelijk zijn voor ontlasting, volgen het richtsnoer en worden overgedragen aan de schoolgezondheidszorg voor begeleiding/behandeling.

Conclusie

Naast signalering zijn ook begeleiding en behandeling van fecale incontinentie in de JGZ goed mogelijk. Kinderen met ernstige problemen worden met de anamnese-lijst I en het gerichte lichamelijk onderzoek opgespoord, waarna verwijzing naar huisarts of kinderarts kan volgen. Bij het volgen van de richtsnoer wordt duidelijk welke kinderen uitgebreide en langdurige behandeling door een kinderarts of een speciaal team nodig hebben. Onderzoek moet uitwijzen of met behulp van het richtsnoer kinderen met encopresis vroeger worden herkend en behandeld, wat de langetermijnresultaten zijn en of secundaire psychologische schade voorkomen wordt.

Dankwoord

Wij danken de Maag Lever Darm Stichting voor de subsidie die de ontwikkeling van dit richtsnoer mogelijk maakte.

Dit artikel is eveneens verschenen als: Bulk-Bunschoten AMW, Benninga MA, Kneepkens CMF, Wal MF van der, Hira-Sing RA. A guideline for children with functional fecal incontinence. *Pediatr Oncall*. 2007;4. www.pediatriconcall.com/fordocor/diseasesandcondition/Gastrointestinal_disorders/guidelines.asp.

Literatuur

2. Ginkel R van, Büller HA, Heymans HSA, et al. Functionele gastro-intestinale ziektebeelden op de kindereleeftijd. II. Obstipatie en solitaire encopresis; fysiologie en pathofysiologie. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2003;147:1264-7.
9. Benninga MA, Büller HA, Heymans HSA, et al. Is encopresis always the result of constipation? *Arch Dis Child*. 1994; 71:186-93.
13. Ginkel R van, Reitsma JB, Büller HA, et al. Childhood constipation: Longitudinal follow-up beyond puberty. *Gastroenterology*. 2003;125:357-63.
20. Plas RN van der, Benninga MA, Taminiau JAJM, Büller HA. Treatment of defecation problems in children: the role of education, demystification and toilet training. *Eur J Pediatr*. 1997;156:689-92.
23. Bonner L, Dobson P. Children who soil: guidelines for good practice. *J Fam Health Care*. 2003;13:32.
29. Keuzenkamp-Jansen CW, Fijn van Draat CJ, Douwes AC, Kneepkens CMF. Diagnostic dilemmas and results of medical treatment of chronic constipation. *Arch Dis Child*. 1996;75:36-41.

De volledige literatuurlijst is op te vragen bij de eerste auteur.