

Klachten

Tabel 1 Klinische presentatie van obstipatie

Symptoom	Percentage (%)
Fecale incontinentie	75–90
Defecatiefrequentie <3 p/week	75
Grote hoeveelheid feces	75
Persen tijdens defecatie	35
Pijnlijke defecatie	50–80
Benen kruisen/aanspannen	35–45
Buikpijn	10–70
Opgezette buik	20–40
Anorexia	10–25
Overgeven	10
Slechte eetlust	25
Urine- incontinentie/urine­weginfectie	30
‘Psychologische problemen’	20
Bevindingen bij lichamelijk onderzoek	
Abdominale feces massa	30–50
Anale prolaps	3
Fissuren/hemorrhoïden	5–25
Rectale fecale impactie	40-100

Tabel 2: Verschillen in klinische presentatie jonge kinderen vs. adolescenten

Symptoom	Jonge kinderen	Adolescenten
Komt vaker voor bij	Jongens	Meisjes
Eerste presentatie	Overgang van borst- naar flesvoeding, tijdens toilettraining, begin met school	Adolescentie
Fissuren	Regelmatig	Zelden
Bloedverlies	Regelmatig	Zelden
Defecatiegedrag	Ophouden	Persen
Fecale incontinentie	Vaak	Minder frequent
Urine-incontinentie	Vaak	Minder frequent
Rectale fecale impactie	Vaak	Minder frequent

Tabel 3: Defecatie frequentie per leeftijd

Leeftijd	Def.freq. p/week (gem. \pm 2sd)	Def.freq. p/dag (gem.)
0-3 maanden:		
-borstvoeding	5-40	2.9
-kunstvoeding	5-28	2.0
6-12 maanden	5-28	1.8
1-3 jaar	4-21	1.4
> 3 jaar	3-14	1.0

Diagnostiek

Anamnese

Belangrijke punten om na te gaan zijn:

- wanneer de eerste meconiumlozing na de geboorte heeft plaatsgevonden
- aanvang van klachten
- defecatie frequentie
- consistentie van de ontlasting (Bristol Stool Scale)
- pijnlijke defecatie
- bloed of slijm bij de ontlasting en ophoudgedrag
- fecale incontinentie (tijdstip en situatie)
- buikpijn
- misselijkheid
- verminderde eetlust
- gewichtsverlies
- urine-incontinentie
- neuromusculaire ontwikkeling
- life-events en psychische problemen
- voorgeschiedenis
- dieetanalyse
- medicatiegebruik

Lichamelijk onderzoek

Volledig lichamelijk onderzoek inclusief neurologisch onderzoek. Naast onderzoeken van de buik, ook de anus bekijken (fissuren, perianale feces of perianale roodheid, littekens of hemorroïden). Aan- of afwezigheid van anusreflex dient in elk geval één keer getest te worden. Een scheve bilnaad kan op een spina bifida occulta wijzen. Bimanuele palpatie van abdomen en rectum ter evaluatie scybala in het rectosigmoid.

Het rectaal toucher (RT) heeft aanvullende diagnostische waarde wanneer het kind aan slechts één van de anamnestic Rome III-criteria voldoet. RT is positief bij harde feces in de ampul; normale of geen ontlasting geeft geen informatie. Bij geen of > 2 anamnestic Rome III-criteria heeft het RT geen aanvullende waarde. Inschatting van de belasting voor het kind is een belangrijke overweging voor het al dan niet uitvoeren van het rectaal toucher (RT). Bij vermoeden van seksueel misbruik dient een rectaal toucher (RT) niet te worden uitgevoerd.

Aanvullend onderzoek

De diagnose obstipatie wordt gesteld op basis van een goede anamnese. In goed onderzoek is aangetoond dat een buikoverzichtsfoto (X-BOZ) geen diagnostische waarde heeft voor het aantonen van obstipatie.

Naar alle andere diagnostische tests is onvoldoende onderzoek gedaan om een uitspraak te kunnen doen over de diagnostische waarde voor obstipatie bij kinderen. De werkgroep adviseert om:

- geen colon passage tijd (CPT) te bepalen,
- geen meting van de diameter van het rectum door middel van echografie,
- geen anorectale manometrie te verrichten bij verdenking op M. Hirschprung, maar patiënt door te verwijzen naar een kinderchirurg of kinderarts maag-darm-leverziekten (MDL) voor rectumzuigbiopsie. Bij sterke verdenking op de Ziekte van Hirschprung dient er direct doorverwezen te worden naar een kinderchirurgisch centrum voor verdere diagnostiek en behandeling.

Op indicatie (< 3 jaar met positieve familie-anamnese en/of atopische klachten) dient onderzoek naar allergie verricht te worden.

Coeliakie, hypothyreoïdie of hypercalciëmie zal zich niet presenteren met alleen obstipatie. Bij bijkomende symptomen en/of een positieve familie-anamnese zal men gericht bloedonderzoek moeten inzetten naar coeliakie, hypothyreoïdie of hypercalciëmie. Bij kinderen met obstipatie en het syndroom van Down zal gericht onderzoek ingezet moeten worden naar coeliakie en hypothyreoïdie. Bij kinderen met obstipatie en **het** syndroom van Turner of Williams wordt gericht onderzoek geadviseerd naar coeliakie.

Therapie

Niet medicamenteuze behandeling

- uitleg
- dieetadviezen, een normale vocht- en vezelname (www.voedingscentrum.nl)
- poepdagboek
- toilettraining: (ontwikkelingsleeftijd ≥ 4 jaar) driemaal per dag na de maaltijd (gastrocolische reflex), gedurende maximaal ongeveer 5 minuten. Het kind aanmoedigen actief mee te persen met de voeten goed aan de vloer of indien nodig ondersteund door een voetenbankje. Belangrijk hierbij is dat het kind actief bezig is; het dient dus geen boek te lezen of elektronica te gebruiken waardoor de aandacht is afgeleid. Het opvolgen van leefregels kan gehonoreerd worden met een beloning
- koemelkvrij dieet gedurende 2-4 weken kan overwogen worden bij een jong kind met therapieresistente obstipatie
- geen extra beweging als behandeling adviseren
- geen pre- of probiotica adviseren
- geen gedragstherapie toepassen in plaats van standaardtherapie

Gedragstherapie wel toevoegen aan de medische behandeling bij kinderen waarbij:

- sprake is van forse gedragsproblemen, ontwikkelingsstoornissen of een sterk verstoorde ouder-kind interactie rond de defecatie
- gedragsfactoren aanwezig zijn die een effectieve medische behandeling in de weg staan
- geen biofeedbacktraining adviseren
- geen alternatieve geneeswijze aan de behandeling toevoegen

Medicamenteuze behandeling

PEG met of zonder elektrolyten wordt aanbevolen als eerste keus behandeling bij kinderen met obstipatie. Dit geldt zowel initieel als in de onderhoudsfase.

Initiele dosering:

- polyethyleenglycol (PEG) 1 tot 1,5 gram/kg/dag bij fecale impactie. Zie www.kinderformularium.nl.

Onderhoudsdosering:

- PEG met of zonder elektrolyten wordt aanbevolen als eerste keus onderhoudsbehandeling bij kinderen met obstipatie. Een startdosering van 0.4 gr/kg/dag wordt geadviseerd en de dosering dient aangepast te worden aan de klinische respons. Zie www.kinderformularium.nl.

Geadviseerd wordt om orale laxantia te gebruiken daar deze minder belastend voor het kind zijn. Bij fecale impactie of indien ondanks initiële of optimale onderhoudstherapie gedurende 3 dagen niet gepoept is, kan ook een klysma overwogen worden:

- Microlax (natriumlaurylsulfoacetaat, natriumcitraat en sorbitol): werkt na 5-15 min;
 - 1-12 mnd: ½ klysma (=2,5 ml)
 - 1 jr: 1 klysma (=5 ml)
- Colex (natriumfosfaat)**: werkt na 2-3 min;
 - > 1 jr.: 2,5 ml/kg/keer, max. 133 ml/keer
- Norgalax (docusinezuur) 12 mg/ml 10 ml: werkt binnen 5-10 min;
 - 1-6 jr.: 30 mg
 - 6-12 jr.: 50 mg
 - > 12 jr.: 120 mg (= 1 klysma) eenmalig

** NOOIT een Colex-klysma bij verdenking op de Ziekte van Hirschsprung

Indien kinderen gedurende 3 dagen niet defeceren, ondanks optimale onderhoudstherapie, is de toevoeging van bisacodyl 5 mg oraal 1x daags soms zeer effectief. In de dagelijkse praktijk wordt bisacodyl als onderhoudsdosering aan kinderen vanaf 3 jaar, om de dag gedurende langere tijd gegeven.

Er zijn kinderen met of zonder een verstandelijke beperking die nooit spontane defecatie hebben ondanks het gebruik van goed ingestelde laxantia. Er kan dan gekozen worden voor standaard (bijvoorbeeld 3 maal per week) klysmen of bisacodyl. Bij onvoldoende resultaat kan men starten met rectaal spoelen.

Er wordt geadviseerd kinderen altijd 2 maanden te behandelen met laxantia. Indien na 2 maanden het kind $\geq 3x$ per week defeceert zonder problemen, kan er geprobeerd worden de medicatie af te bouwen.

Stroomdiagrammen

Diagnostiek

Stap 1

De arts denkt aan obstipatie wanneer het kind consulteert voor klachten zoals bijvoorbeeld overmatig huilen (zuigeling), niet (kunnen) defeceren, ophoudgedrag en pijn bij de ontlasting, (acute)buikpijn of fecale incontinentie.

Stap 2

Het kind heeft obstipatie wanneer het voldoet aan 2 of meer van de volgende criteria (Rome III-criteria):

Leeftijd 0-4 jaar

- defecatiefrequentie ≤ 2 per week
- fecale incontinentie ≥ 1 episode per week indien zindelijk
- ophouden van ontlasting
- pijnlijke of harde, keutelige defecatie
- grote hoeveelheid ontlasting in luier/toilet
- grote fecale massa in abdomen of rectum

Ontwikkelingsleeftijd vanaf 4 jaar*

- defecatiefrequentie ≤ 2 per week
- fecale incontinentie ≥ 1 episode per week
- ophouden van ontlasting
- pijnlijke of harde, keutelige defecatie
- grote hoeveelheid ontlasting die het toilet verstopt
- grote fecale massa palpabel in abdomen of rectum

* Mogen niet voldoen aan IBS (Irritable Bowel Syndrome)-criteria, minimaal 2 maanden klachten van alle volgende symptomen:

1. Abdominale discomfort of pijn samen met ≥ 2 van de volgende symptomen gedurende minimaal 25% van de tijd:
 - symptomen verbeteren na defecatie
 - start symptomen gaat samen met verandering in defecatiefrequentie
 - start symptomen gaat samen met verandering in vorm van de ontlasting.
2. Geen aanwijzingen voor inflammatoire, anatomische, metabole, of neoplastische ziekten die de symptomen verklaren.

Stap 3

Het kind heeft functionele obstipatie wanneer er geen alarmsymptomen zijn.