Overzichtstabel Leefstijladviezen bij Fecale incontinentie

Inleiding

De werkgroep heeft de leefstijladviezen bij patiënten met fecale incontinentie overgenomen uit de internationale UEG/ESCP/ESNM/ESPCG richtlijn (Assmann, 2022). De literatuurstudie van de internationale richtlijn is uitgevoerd in de databases MEDLINE (Ovid), PubMed, EMBASE (Ovid) en Cochrane Database of Systematic Reviews van 2000 tot 15 oktober, 2020. Voor de ontwikkeling van de huidige richtlijn Fecale incontinentie heeft er geen update van de literatuurstudie voor leefstijladviezen bij patiënten met fecale incontinentie plaatsgevonden. De adviezen zijn, met behulp van citaten uit de internationale richtlijn, opgesomd en overgenomen in onderstaande tabel (Tabel 2a). De overgenomen citaten zijn door de werkgroep aangevuld op basis van eigen ervaringen binnen de Nederlandse klinische praktijk.

Voor adviezen over o.a. darmspoeling zie Overzichtstabel Niet-chirurgische behandelmogelijkheden bij fecale incontinentie. Voor adviezen over bekkenfysiotherapie, zie module bekkenfysiotherapie.

Tabel 2a. Conservatieve behandeling en leefstijladviezen bij fecale incontinentie (zoals beschreven in the UEG/ESCP/ESNM/ESPCG richtlijn).

Interventie	Kenmerken	Citaat overgenomen uit de internationale richtlijn[1]	Reflectie van werkgroepleden
Educatie	Geef uitleg over frequentie van stoelgang. Hoe de consistentie van feces beïnvloed kan worden • Vochtinname (1,5 – 2 L) (water, bouillon, kruidenthee) • bewegen (150 min. per week, matig intensief) • voldoende slaap en ontspanning • vezelinname via voedsel • verwijzing naar de diëtist Toilethouding • tijd nemen (maar niet langer dan 5 minuten) • voeten op de grond, eventueel krukje/voetenbankje/opstapjes gebruiken • bekken kantelen voor naar achteren, ronde rug	"Education including basic behavioral advice (toilet routine/ bowel training) and dietary advice could be used as first-line treatment for fecal incontinence". Bewijs: very low level of evidence (*Jelovsek, 2019 and Norton, 2003*)	Overweeg voortgang te monitoren met een vragenlijst en/of een defaecatiedagboekje voor de mate van verlies (bijv. 1x/ week of 1x per 2 weken)

	Toiletgedrag • gaan op aandrang en ontspannen • niet persen		
Aanpassen leefstijl - gewichtsreductie bij overgewicht - stoppen met roken - cafeïne verminderen	Afvallen (indien mogelijk) door bewegen (zie educatie) Voor rokers: stoppen of tenminste minderen Verminderen cafeïne, zoetstoffengebruik en andere voedingsproducten die leiden tot dunnere ontlasting.	"Lifestyle adjustments, especially weight loss in overweight patients and smoking cessation in smokers can be considered as first line treatment for fecal incontinence." Bewijs: Expert opinion[1]	Overweeg voortgang te monitoren met een vragenlijst/ score voor mate van verlies (bijv. 1x/ week of 1x per 2 weken)
Incontinentiemateriaal	Voorlichting over adequaat materiaal teneinde: • de kwaliteit van leven te beïnvloeden en • veiligheid te bieden bij het deelnemen aan de samenleving met zo weinig mogelijk hinder. Samen bekijken wat past bij zorgvragen en wenselijk is.	"Absorbent products can be considered to contain the impact of fecal incontinence symptoms and provide additional security." Bewijs: very low level of evidence (*Fader, 2008*)	Overweeg voortgang te monitoren met een QoL vragenlijst/ score voor mate van verlies (bijv. 1x/ week of 1x per 2 weken)
Gebruik van barrière crème	• inspectie van de huid • huid verzorgen ter preventie van dermatitis • barrière crème werkt niet beter dan zink oxide / sudocrème	"Barrier cremes could be used in patients prone to incontinence- associated dermatitis to prevent and treat the above." Bewijs: low level of evidence[1] (*Beeckman, 2016 and Pather 2017*)	Er is geen bewijs dat een middel beter is dan een ander.

Stool bulking agents (psylliumvezels)	• bied verschillende middelen aan, de werking is niet altijd blijvend; • geef uitleg hoe het middel werkt, hoe de vezels in te nemen en hoe lang gebruiken voor optimaal effect; • psylliumvezels (ingenomen met minder water) kunnen zorgen dat losse, zachte ontlasting steviger wordt.	"Stool bulking agents could be used as first-line treatment for fecal incontinence in those with loose stool consistency and should be personalised based on the assessment of the patient's response at follow-up appointments." Bewijs: Low level of evidence[1] (*Colavita, 2016*)	Monitor de voortgang met behulp van een vragenlijst/ score voor mate van verlies (bijv. 1x/ week of 1x per 2 weken)
Anti-diarrheal medications (loperamide)	• pas de dosering aan op geleide van de klachten (cave obstipatie) • kan zowel dagelijks als zo nodig gebruikt worden, starten met dosering van 1 of 2 mg • kosten worden op chronisch recept vergoed	"Anti-diarrheal medications could be used as first-line treatment for fecal incontinence in those with loose stool consistency and should be personalised based on the assessment of the patient's response at follow-up appointments." Bewijs: Low level of evidence[1] (*Omar, 2013*)	Overweeg daarbij het volgende advies aan patiënten te geven: 1. Elke ochtend 1 loperamide. Als de ontlasting 1 dag uitblijft: de volgende dag geen loperamide 2. en/of: een loperamide 1 uur voordat u op stap gaat 3. Bij nachtelijke incontinentie: loperamide (vlak voor) het slapen gaan Adviseer ook om buiten de medicatie om goed te blijven drinken

Algemene referenties

[1]Assmann SL, Keszthelyi D, Kleijnen J, Anastasiou F, Bradshaw E, Brannigan AE, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence—A UEG/ ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. United European Gastroenterol J. 2022;10(3):251–86. https://doi.org/10.1002/ ueg2.12213.

<u>Referenties per interventie</u>

1. Jelovsek JE, Markland AD, Whitehead WE, Barber MD, Newman DK, Rogers RG, Dyer K, Visco AG, Sutkin G, Zyczynski HM, Carper B, Meikle SF, Sung VW, Gantz MG; National Institute of Child Health and Human Development Pelvic Floor Disorders Network. Controlling faecal incontinence in women

by performing anal exercises with biofeedback or loperamide: a randomised clinical trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2019 Sep;4(9):698-710. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30193-1. Epub 2019 Jul 15. PMID: 31320277; PMCID: PMC6708078.
2. Norton C, Chelvanayagam S, Wilson-Barnett J, Redfern S, Kamm MA. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. Gastroenterology. 2003 Nov;125(5):1320-9. doi: 10.1016/j.gastro.2003.09.039. PMID: 14598248.
3. Fader M, Cottenden A, Getliffe K, Gage H, Clarke-O'Neill S, Jamieson K, Green N, Williams P, Brooks R, Malone-Lee J. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. Health Technol Assess. 2008 Jul;12(29):iii-iv, ix-185. doi: 10.3310/hta12290. PMID: 18547500.
4. Beeckman D, Van Damme N, Schoonhoven L, Van Lancker A, Kottner J, Beele H, Gray M, Woodward S, Fader M, Van den Bussche K, Van Hecke A, De Meyer D, Verhaeghe S. Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 10;11(11):CD011627. doi: 10.1002/14651858.CD011627.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2025 Jul 11;7:CD011627. doi: 10.1002/14651858.CD011627.pub3. PMID: 27841440; PMCID: PMC6464993.
5. Pather P, Hines S, Kynoch K, Coyer F. Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017 May;15(5):1473-1496. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003015. PMID: 28498177.
6. Colavita K, Andy UU. Role of diet in fecal incontinence: a systematic review of the literature. Int Urogynecol J. 2016 Dec;27(12):1805-1810. doi: 10.1007/s00192-016-2979-7. Epub 2016 Feb 16. PMID: 26883367.
7. Omar MI, Alexander CE. Drug treatment for faecal incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jun 11;2013(6):CD002116. doi: 10.1002/14651858.CD002116.pub2. PMID: 23757096; PMCID: PMC7098421.