

Incontinentie voor stoelgang

Algemene en Abdominale
heelkunde



Regionaal ziekenhuis
Heilig Hart Leuven

IN DEZE BROCHURE

1 Incontinentie voor stoelgang	4
2 Continentie mechanismen	5
3 Soorten incontinentie	7
3.1 Slijm- en vochtverlies	7
3.2 Overloop en urge incontinentie	7
3.3 Stoelgangsverlies bij inspanningen	8
3.4 Verlies van windjes	9
4 Vragen	10
4.1 Kosten	10
4.2 Informed consent (geïnformeerde toestemming)	10
5 Contactgegevens	12

1 INCONTINENTIE VOOR STOELGANG

Stoelgangsverlies is een erg storende kwaal, waar veel schaamte rond heerst, maar vaker voorkomt naarmate de leeftijd vordert, vooral bij vrouwen. Zwangerschappen, diabetes, anale chirurgie en zenuwaandoeningen vergroten het risico.

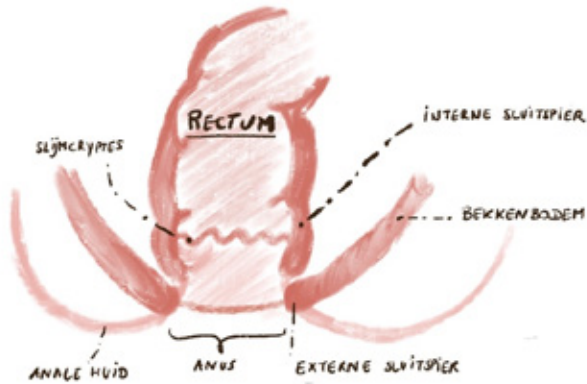
Er zijn verschillende soorten incontinentie, maar ook verscheidene redenen die hiertoe kunnen leiden en sommigen zijn eenvoudig op te lossen.

De voornaamste klachten zijn die vermeld worden zijn :

- Verlies van **slijm en vocht**, meestal ongemerkt
- **Overloop** incontinentie van diarree door onderliggende constipatie of obstructieve defecatie
- **Urge** incontinentie met plotse hevige aandrang en het toilet niet tijdig bereiken
- **Incontinentie bij activiteit** en verlies bij felle aandrang
- Verlies van **windjes**, maar verder weinig problemen

2 CONTINENTIE MECHANISMEN

Drie zaken maken dat je de stoelgang goed kan ophouden: een goede werkende sluitspier én endeldarm én bekkenbodem.

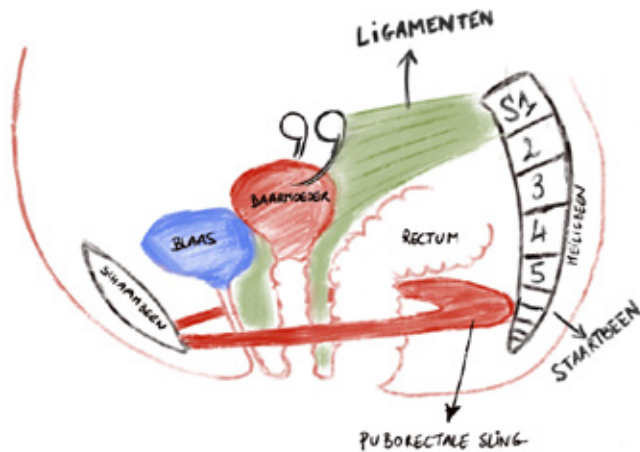


De anale sluitspier bestaat uit twee belangrijke componenten: de binnenste (automatische) sluitspier en de buitenste (willekeurige) sluitspier die we kunnen aansturen. De **binnenste, interne** sluitspier zorgt vooral voor de hermetische dichtheid in rust en zal automatisch ontspannen wanneer de endeldarm gevuld geraakt en men aandrang krijgt om stoelgang te maken. De **buitenste, externe** sluitspier zal je vooral gebruiken wanneer de aandrang groot is en de interne sluitspier reeds ontspant, maar je de stoelgang toch wil ophouden. Deze kan dan ook bewust getraind en aangesterkt worden. De buitenste sluitspier wordt bezenuwd door vezels vanuit de 2e tot 4e sacrale zenuw: wanneer deze beschadigd geraken, zal de sluitspier ook niet meer te besturen zijn.

De endeldarm of het rectum is het stuk dat als reservoir fungeert en de stoelgang stockeert tot je naar het toilet

kan gaan. Dit moet dus voldoende groot en elastisch zijn, maar ook niet uitgerekt.

Het bekken is opgebouwd als een schip, waarvan de boegen de bekkenbodemspieren zijn, de voorkant het schaambeen, en de achterkant het staartbeen of coccyx. In dit schip lopen drie verticale kanalen die elk onderaan hun opening hebben: de endeldarm (het rectum), de vagina (met baarmoeder) en de blaas. De bekkenbodem (of puborectale sling) snoert de endeldarm in rust van achteren wat in, wat bijdraagt tot de continentie. Tijdens ontlasting dient de spier te ontspannen zodat de endeldarm rechter wordt en de ontlasting kan uitgescheiden worden.



3 SOORTEN INCONTINENTIE

3.1 Slijm- en vochtverlies

Zeer vaak voorkomend is louter wat verlies van wat slijm en vocht, meestal ongemerkt. Hierbij kunnen de mensen meestal wel hun windjes en stoelgang ophouden. Het probleem ligt dan vaak niet aan de sluitspier(werking), maar aan het feit dat er wat slijmvlies uitstulpt wat chronisch slijm en vocht produceert. Vaak vermelden deze patiënten ook dat ze na de stoelgang veelvuldig moeten vegen vooraleer ze schoon zijn. We noemen dit ‘mucosale prolaps’. Vaak gaat dit gepaard met wat aambeien. Beiden zijn gelijktijdig goed behandelbaar met lokale behandelingen (injecties, ligaturen) of operaties (LASER, radicale resectie, Delorme mucosale resectie).

3.2 Overloop en urge incontinentie

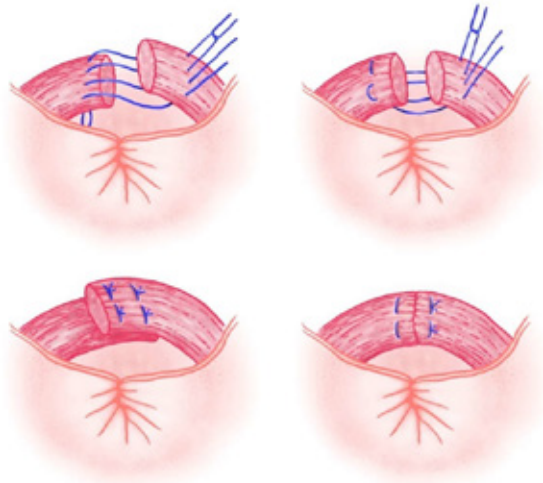
Hierbij worden kleine hoeveelheden verlies beschreven, meestal van diarree of slijm, en treedt op wanneer het **rectum** zo **vol** zit dat er vloeibare stoelgang begint naast te lopen en niet meer opgehouden kan worden omdat de interne sluitspier volledig ontspannen is als reactie op de vulling. Ofwel gaat het hierbij over uitgesproken **constipatie** (harde stoelgang), dan wel over een **uitdrijvingsstoornis** door bijvoorbeeld een prolaps, waardoor de endeldarm ook niet goed geledigd kan worden (cfr. brochure bekkenbodemp).

Uitzonderlijk is het rectum aangetast door zware infectie of bestraling (**rectitis**), waardoor het onvoldoende kan rekken en er dus geen reservoir meer bestaat. Dit veroorzaakt zogenaamde ‘urge incontinentie’.

De behandeling is hier oorzakelijk en dient de lediging

van het rectum te verbeteren. Tegenstrijdig genoeg kunnen laxeremiddelen hier dus de oplossing zijn, dan wel lokaal ontstekingsremmende preparaten in kader van rectitis.

3.3 Stoelgangsverlies bij inspanningen



Wanneer er géén sprake is van overloop incontinentie, is er vermoedelijk een probleem van de **sluitspiëren**. Dit zal meestal van de buitenste sluitspier zijn. Dit kan door algemene spierzwakte, maar ook door een vroegere gecompliceerde bevalling met een scheur of grote knip (episiotomie) of na anale chirurgie. Soms kan een poging tot spierherstel gebeuren waarbij deze overlappend opnieuw gehecht wordt, al heeft dit maar goede resultaten bij recente letsels.

De meestal patiënten ondervinden veel verbetering met intensieve bekkenbodembiotherapie, maar sommigen worden verwezen voor sacrale neuromodulatie.

Soms is er sprake van een verslechterde **bezenuwing** (veroudering, MS, diabetes, Parkinson, rugchirurgie of hernia's, zware bevallingen), hoewel de spieren intact zijn. In dat geval kan geprobeerd worden de bezenuwing na te bootsen met een neurostimulator die de S3 zenuw stimuleert (**Sacrale neuromodulatie**). Hierbij wordt via het heiligbeen een metalen lead geplaatst en verbonden met een soort pacemaker die onder de huid wordt geplaatst. Hiervoor word je steeds doorverwezen naar een gespecialiseerd



centrum.

3.4 Verlies van windjes

Vaak wordt ook verlies van wind apart genoemd, zonder dat er verder verlies is. Dit duidt meestal op een verzwakte inwendige sluitspier die normaal alles hermetisch afsluit, of is soms het geval na voorgaande anale chirurgie waarbij soms wat interne sluitspier dient doorgesneden te worden (anale fissuur, anale fistel). Dit is chirurgisch moeilijk te verhelpen en erg frustrerend. Wel kunnen bekkenbodembodemkinesitherapie en dieetmaatregelen gevolgd worden om respectievelijk de buitenste sluitspier te doen compenseren en de gasvorming te beperken.

4 VRAGEN

De informatie in dit document heeft een algemeen karakter en is bestemd om de patiënt in de mate van het mogelijke in te lichten. Dit document kan echter niet alle aspecten van de chirurgische ingreep bespreken. Indien je nog vragen hebt, stel deze dan gerust aan je arts of chirurg tijdens de raadpleging of op de afdeling waar je opgenomen bent.

4.1 Kosten

Inlichtingen over de kosten van de ingreep, van de onderzoeken, van de raadplegingen en van de ziekenhuisopname kunnen verkregen worden bij de financiële dienst van het ziekenhuis. Je kan je daar ook informeren over het deel van de kosten dat je zelf moet betalen en niet gedekt wordt door het ziekenfonds.

Alle artsen van de dienst algemene en abdominale heekunde opereren aan RIZIV tarieven. Supplementen worden enkel op een eenpersoonskamer aangerekend en bedragen 150%. Voor een proctologische raadpleging kan een bijdrage voor materiaalkost van €25 aangerekend worden, voor een ambulante ingreep onder lokale verdoving bedraagt dit €50.

4.2 Informed consent (geïnformeerde toestemming)

Voor de aanvang van een medische behandeling is het noodzakelijk dat je als patiënt je toestemming geeft. Je dient dan op voorhand door je arts voldoende geïnformeerd te zijn over onder meer het verloop en eventuele risico's die verbonden zijn aan de

behandeling.

Je arts zal je na het gesprek over de behandeling vragen om een document te ondertekenen waarin je erkent in te stemmen met de behandeling na voldoende te zijn ingelicht. Je geeft hiermee te kennen deze informatie begrepen te hebben. Dit document wordt het “informed consent” genoemd.

5 CONTACTGEGEVENS

Abdominaal chirurgen

Dr. Karel Mulier	016 209 885
Dr. Paul Haers	016 209 915
Dr. Sabri Sagaama	016 209 078
Dr. Vicky Drubbel	016 209 230
Dr. Klara Bury	016 209 263
Dr. Sander Ovaere	016 209 338

Secretariaat Algemene Heelkunde

Patricia Vanlangendonck

Jessica Storms

secretariaat.heelkunde@hhleuven.be

Verpleegafdeling

Daghospitaal 1 (route 138)	016 209 254
Heelkunde 1 (route 145)	016 209 311
Heelkunde 2 (route 119)	016 209 257

Spoedgevallendienst

016 209 280

Afsprakendienst

016 209 209

Facturatiedienst

016 209 312

facturatie@hhleuven.be

Opnamedienst

016 209 359

Algemeen nummer

016 209 211

NOTITIES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Deze publicatie is een uitgave van de dienst(en) Algemene en abdominale chirurgie, in samenwerking met de dienst Communicatie van het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven.

- Versienummer: HHL-00028-NL
- Datum van laatste aanpassing: 07-10-2024
- Auteur: Klara Bury
- Alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag worden gekopieerd en/of verspreid zonder schriftelijke toestemming van de eigenaar, aan te vragen via communicatie@hhleuven.be.

Aarzel niet er ons op te wijzen indien er belangrijke tekortkomingen zijn in deze informatiebrochure of indien er onduidelijke paragrafen zijn.

Heb je na het lezen van deze folder nog vragen,
stel ze dan gerust aan je behandelend arts of een
verpleegkundige.



Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven
Naamsestraat 105 - 3000 Leuven
www.hhleuven.be