

## OBSTIPATIE DOOR OPIATEN BIJ TERMINALE PATIENTEN

Patiënten in de laatste levensfase vertonen frequent obstipatie. Dit heeft o.a. te maken met de sterk verminderde fysieke activiteit, verminderde inname van (vezelrijk) voedsel en drank, algemene zwakte, en gebruik van geneesmiddelen (vooral opiaten, maar ook b.v. 5HT<sub>3</sub>-antagonisten zoals ondansetron, en stoffen met anticholinerge eigenschappen zoals fenothiazines of tricyclische antidepressiva). Obstipatie kan natuurlijk ook een rechtstreeks gevolg zijn van de maligniteit of te wijten zijn aan andere, gelijktijdig aanwezige aandoeningen zoals hypokaliëmie, diabetes, hypothyreose.

In dit artikel wordt aandacht besteed aan de preventie en behandeling van obstipatie bij patiënten in de laatste levensfase die behandeld worden met opiaten. Naar analogie met de behandeling van chronische pijn, dient men chronische obstipatie ook op regelmatige basis, en niet « à la demande », te behandelen.

### Niet-medicamenteuze maatregelen

Men tracht, in de mate van het mogelijke, obstipatie te voorkómen door, waar mogelijk, maatregelen zoals vezelrijke voeding, voldoende vochtinname (b.v. vers fruitsap bij het ontbijt), mobilisatie, gebruik van het toilet met respect voor de privacy, toe te passen.

### Medicamenteuze aanpak

Er bestaat in de literatuur eensgezindheid over het feit dat van bij het opstarten van opiaten (met inbegrip van codeïne) best een laxativum wordt voorgeschreven. Er is echter opvallend weinig experimentele evidentie beschikbaar om een goede richtlijn te formuleren over de keuze of de dosis van het laxativum. Praktisch kan men de selectie van het laxativum laten afhangen enerzijds van zijn werkingsmechanisme en anderzijds van de karakteristieken van de obstipatie, meer specifiek de consistentie van de stoelgang.

- Bij harde stoelgang wordt best een laxativum toegediend dat voornamelijk verwekend werkt; excessieve stimulatie van de peristaltiek kan immers pijnlijke kolieken veroorzaken.
- Bij zachte stoelgang wordt best een laxativum toegediend dat de peristaltiek stimuleert; bijkomende stoelgangverweking kan aanleiding geven tot lekkage en incontinentie.

Middelen die uitsluitend verwekend of uitsluitend de peristaltiek stimuleren, bestaan in feite niet. Elk laxativum dat verwekend werkt, doet de feces-massa toenemen en verhoogt zo de peristaltiek van het colon. Laxativa die de peristaltiek stimuleren, verhogen de vochtsecretie en verweken dus de stoelgang. Aangezien opiaten zowel op de transit als op de consistentie van de stoelgang werken, lijkt het te verdedigen te starten hetzij met een verwekend hetzij met een stimulerend laxativum.

### *Orale laxativa met hoofdzakelijk verwekende werking*

De osmotische laxativa *lactitol*, *lactulose* en *sorbitol* krijgen de voorkeur. Bij de doses lactulose die gebruikt worden ter behandeling van obstipatie door opiaten, zijn flatulentie en krampen echter frequent. Ook de zoete smaak wordt niet altijd geapprecieerd en daarenboven zou tolerantie kunnen ontstaan ten aanzien van het laxatief effect. De auteurs van het artikel geven daarom de voorkeur aan sorbitol (oplossing aan 70%), magistraal te bereiden. De dosis sorbitol bedraagt tweemaal 15 ml van de oplossing aan 70% per 24 uur, tot driemaal 30 ml. De latentieperiode bedraagt 1 tot 2 dagen. [N.v.d.r.: sorbitol is ook als specialiteit beschikbaar onder vorm van zakjes aan 5 g; deze kunnen opgelost worden in koffie, thee of zoete dranken.]

*Laxativa op basis van zouten (b.v. sulfaten, fosfaten)* zijn slechts een tweede keuze gezien hun laxerend effect te uitgesproken kan zijn. *Zwelmiddelen* mogen niet worden toegediend aan een terminale kankerpatiënt. Zij dienen immers met veel water te worden ingenomen, en indien men dit niet doet, kan een taaie, slijmerige massa ontstaan die een beginnende obstructie ten gevolge van een maligne aandoening, kan doen evolueren naar een totale obstructie. Ook is hun doeltreffendheid bij ernstige obstructie twijfelachtig. *Vloeibare paraffine* mag evenmin worden gebruikt bij een terminale patiënt gezien het risico van aspiratie-pneumonie bij oude en/of verzwakte patiënten.

### *Orale laxativa met hoofdzakelijk stimulerende werking*

Het gaat hier om de contactlaxativa: de *antrachinonderivaten* (b.v. senna) en de *difenylmethaanderivaten* (bisacodyl, bisoxatine, natriumpicosulfaat). Zij kunnen abdominale krampen en diarree veroorzaken. De auteurs selecteerden volgende stoffen: bisacodyl (10 tot 15 mg p.d.; latentietijd 6 tot 12 uur); natriumpicosulfaat (startdosis 5 mg p.d.; maximale dosis 10 mg p.d.; latentietijd 6 tot 12 uur), sennosiden B (15 tot 30 mg p.d. [n.v.d.r.: latentietijd eveneens 6 tot 12 uur]).

### *Laxativa voor rectaal gebruik*

Rectale laxativa zijn beschikbaar in suppovorm of als enema, en hebben hetzelfde werkingsmechanisme als orale laxativa. Zij mogen in geen geval een adequate orale behandeling vervangen, en mogen niet routinematig gebruikt worden ter behandeling van obstipatie bij de terminale patiënt. Laxativa voor rectaal gebruik zijn wel noodzakelijk bij het verwijderen van fecalomen en bij ruggenmergcompressie.

- Zachte stoelgang in een atoon rectum kan verwijderd worden met een stimulerend middel zoals bisacodyl in suppovorm.
- Harde stoelgang wordt eerder behandeld met glycerinesuppo's. Soms is een combinatie van glycerine- en bisacodylsuppo's wenselijk.
- Inertie van het colon kan soms eenvoudig opgelost worden door rechtstreeks contact van een bisacodylsuppo met de rectummucosa.

- Zeer harde stoelgang in het rectum of hoger wordt behandeld met lubrificerende enema's, zoals arachide-olie als retentie-enema (150 ml), vóór de toediening van een zoutenema. De arachide-olie wordt best 's nachts ingebracht met een Foley catheter, hoog in het rectum (boven de fecalomen) om lekkage te vermijden. De ballon van de catheter kan een tiental minuten opgeblazen blijven om het uitlopen van de olie te beletten.
- In minder ernstige gevallen kan behandeld worden met een zoutenema alleen, via dezelfde techniek. Een lavement met lauw kraantjeswater (1,5 l) kan als alternatief dienen voor de zoutlavementen: dit is goedkoop en veroorzaakt geen ongewenste effecten.
- Indien de bovenvermelde interventies geen resultaat geven, kan een rectale lavage met zoutoplossing overwogen worden. Dit is echter zeer ingrijpend en moeilijk netjes uit te voeren. In de praktijk zal de voorkeur dan gaan naar toediening van een retentie-enema op basis van olie, met manuele verwijdering van de fecalomen, al dan niet onder sedatie met diazepam.

Wanneer rectale laxativa noodzakelijk zijn, zal men onmiddellijk de dosis van de orale laxativa aanpassen, tot geen rectale toediening meer nodig is.

De behandeling van obstipatie bij stomapatiënten gebeurt volgens dezelfde richtlijnen. Er moet echter rekening gehouden worden met de afwezigheid van de sfincterfunctie.

Naar: Behandeling van constipatie in de laatste levensfase: een multidisciplinaire benadering. *Geneesmiddelenbrief* (driemaandelijks tijdschrift van de « Werkgroep Huisartsenformularium OCMW Gent ») **8**, 7-14 (2001) of via website <http://www.farmaka.be>

### Nota van de redactie

Het hierboven samengevatte artikel uit *Geneesmiddelenbrief* kwam tot stand dankzij de hulp van mensen met ervaring in het domein van de palliatieve zorg, en na consulteren van o.a. volgende artikels:

- J. Schoorl en Z. Zylicz: Laxantiabeleid bij terminale patiënten ondoelmatig. *Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde* **141**, 823-826 (1997)
- M. Fallon en B. O'Neill: Constipation and diarrhea. ABC of palliative care. *Brit. Med. J.* **315**, 1293-1296 (1994)
- Symptoombehandeling bij patiënten in de terminale fase van ongeneeslijke aandoeningen. Obstipatie en het gebruik van laxantia. *Geneesmiddelenbulletin* **7**, 36-37 (1992)
- D. De Looze: Constipatie en fecale incontinentie bij de bejaarde. *Tijdschr. voor Geneesk.* **51**, 338-342 (1995)