

Diarree

Vastgesteld op: 21-02-2010

Methode: consensus based

Regi houder: IKNL

Gegenereerd op: 15-09-2023

Bron: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/diarree>

Inhoudsopgave

DIARREE	4
Gevolgen	4
Oorzaken	4
Acute diarree	4
Chronische diarree	4
Diagnostiek	4
Beleid	4
Behandeling van de oorzaak	5
Niet-medicamenteus	5
Medicamenteus	5
Evaluatie	5
COLOFON	6
INLEIDING	7
VOORKOMEN	8
ONTSTAANSWIJZE	9
OORZAKEN	10
Oorzaken van acute diarree	10
Oorzaken van chronische diarree	10
DIAGNOSTIEK	12
Anamnese	12
Lichamelijk onderzoek	12
Aanvullend onderzoek	12
BELEID EN BEHANDELING	14
INTEGRALE BENADERING	15
Voorlichting	15
Communicatie	15
Ondersteunende zorg	15
BEHANDELING OORZAAK	16
NIET-MEDICAMENTEUS	17
Voedingsadviezen	17
Bescherming van de perianale regio	17
Behandeling van geuroverlast	17
Toediening van vocht en zoutpoeders	17
MEDICAMENTEUS	19
STAPPENPLAN	20
Diagnostiek	20
Beleid	20

Bewijsvoering	20
---------------	----

REFERENTIES	22
-------------	----

Diarree

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Samenvatting

Dit is een samenvatting van de richtlijn Diarree, versie 2.0.

Diarree is een te frequente (meer dan driemaal per 24 uur) passage van dunne ontlasting, variërend van brijig tot waterdun. Diarree is meestal acuut en kortdurend. Het is chronisch als het langer dan twee tot drie weken aanhoudt.

Paradoxe diarree of **overloopdiarree** is het schijnbare optreden van diarree bij obstipatie: lekkage van dunne ontlasting langs een ingedikte fecesprop.

Gevolgen

- lichamelijke problemen: pijnlijke buikkrampen en/of pijnlijke krampen voorafgaande aan de defecatie, incontinentie voor ontlasting, pijnlijke anus, dehydratie (vooral bij oudere patiënten), verlaging van serumkalium, gewichtsverlies
- psychosociale problemen (schaamte, zich vies voelen, angst om kleren en bed te bevuilden)

Oorzaken

Acute diarree

- ziektegerelateerd: partiële obstructie van de darm
- therapiegerelateerd: radiotherapie, chemotherapie, na plexus coeliacusblokkade
- medicamenteus (o.a. antibiotica (door pseudomembraneuze colitis of verstoring van darmflora), laxantia, magnesiumbevattende antacida, NSAID's, ijzerpreparaten, betablokkers, ACE-remmers, misoprostol, SSRI's) of na staken van opioïden
- andere oorzaken: obstipatie (paradoxe diarree), infecties, voedingsfactoren (o.a. sondevoeding)

Chronische diarree

- ziektegerelateerd:
 - malabsorptie bij pancreascarcinoom of cholestase
 - endocriene tumoren van de pancreas, carcinoïde tumoren, medullair schildklier carcinoom
 - gastro- of enterocolische fistels
 - chronische darminfecties (m.n. bij AIDS)
- therapiegerelateerd: na chirurgie (na resectie van maag of ileum; short bowel syndroom na colectomie en/of ileostoma), graft versus host disease na allogene beenmergtransplantatie
- andere oorzaken: bacteriële overgroei in dunne darm, bijkomende aandoeningen (o.a. diabetes mellitus, darmaandoeningen, hyperthyreoidie, chronische pancreatitis)
- Acute diarree ten gevolge van infecties, obstipatie en bijwerkingen van medicamenten komt het meest voor.

Diagnostiek

- anamnese en lichamelijk onderzoek
- aanvullend onderzoek op indicatie:
 - laboratorium (o.a. elektrolyten, nierfunctie, schildklierfuncties, specifieke tumormarkers bij endocriene tumoren)
 - X-BOZ, evt. CT-scan
 - onderzoek feces (kweek, parasieten, elektrolyten of vetuitscheiding)
 - endoscopie

Beleid

Behandeling van de oorzaak

- aanpassing van de medicatie
- laxantia bij paradoxale diarree
- aanpassing van (sonde)voeding
- antibiotica bij pseudomembraneuze colitis of bacteriële overgroei
- behandeling van chronische darminfecties bij AIDS
- pancreasenzymen bij malabsorptie
- stent of operatie bij obstruerende aandoeningen van galwegen of darm
- behandeling van bijkomende aandoeningen

Niet-medicamenteus

- geef voedingsadviezen:
 - voldoende vochtinname (bouillon, niet-koolzuurhoudend mineraalwater, thee)
 - frequent kleine maaltijden
 - beperkte inname van prikkelende en peristaltiek bevorderende middelen (koffie, alcohol, koolzuurhoudende dranken, ui, prei, koolsoorten en scherpe specerijen)
 - de zin van een zogenaamd 'stoppend' dieet is niet bewezen
 - zorg voor adequaat incontinentiemateriaal en bescherm de huid rond de anus met zinkolie, barrière crème of Cavilon® swabs of spray; gebruik evt. faecesopvangzak of anaaltampon
 - behandeling van geuroverlast
 - evt. correctie van vochttekort en elektrolytenstoornissen (oraal (ORS) of intraveneus)

Medicamenteus

- loperamide:
 - start bij acute diarree met 4 mg p.o., vervolgens om de 2-4 uur of na iedere ontlasting 2 mg p.o. tot de diarree stopt, tot een maximum van 16 mg/dag
 - bij chronische diarree 1-6 dd 2 mg
- bij onvoldoende effect van loperamide: codeïne z.n. dd 10-20 mg of snelwerkend morfine z.n. dd 5-10 mg, tot 6 dd
- bij endocrien actieve tumoren of bij onvoldoende effect van loperamide en opioïden:
 - octreotide 3 dd 100 µg s.c of i.v., evt. ophogen op geleide van het effect
 - bij stabiele situatie na goed effect van octreotide: octreotide LAR 20 mg i.m. om de vier weken

Evaluatie

- door arts of verpleegkundige
- aan de hand van frequentie en aspect van de diarree en van de hydratietoestand; evt. controle van serumkalium en nierfunctie
- bij ernstige diarree minstens dagelijks; medicatie (loperamide, codeïne of snelwerkend morfine) kan meerdere malen per dag worden gegeven

Colofon

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

De eerste versie van de richtlijn Diarree werd in 1996 geschreven als onderdeel van de richtlijnen palliatieve zorg van het Integraal Kankercentrum Midden Nederland. De richtlijn werd in 2005 herschreven door A. de Graeff en R.J.A. Krol en opgenomen in de eerste druk van het richtlijnenboek van de Vereniging van Integrale Kankercentra.

De huidige versie 2.0 van de richtlijn werd in 2009 geschreven door:

- A. de Graeff, internist-oncoloog UMC Utrecht/Kenniscentrum Palliatieve Zorg Utrecht en arts Academisch Hospice Demeter, De Bilt
- R.J.A. Krol, oncologieverpleegkundige en adviseur palliatieve zorg, Integraal Kankercentrum Oost, Nijmegen

Commentaar werd geleverd door:

- M.H.J. van den Beuken-van Everdingen, internist
- R. Bijlsma-van Leeuwen, internist-oncoloog in opleiding
- M.M. Booms, verpleegkundig consulent palliatieve zorg & thuiszorgtechnologie (namens V&VN Palliatieve Verpleegkunde)
- P. Coppens, huisarts
- F.W.J. Havinga, apotheker
- Y. Keulemans, MDL-arts
- M. van Meggelen, oncologieverpleegkundige thuiszorg
- C.A.H.H.V.M. Verhagen, internist-oncoloog
- M.J.B.P. Werter, internist-oncoloog

Inleiding

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Onder **diarree** wordt verstaan een te frequente (meer dan driemaal per 24 uur) passage van te dunne ontlasting, variërend van brijig tot waterdun. Diarree moet onderscheiden worden van **incontinentie voor ontlasting (incontinentia alvi)**, een onvrijwillige lozing van ontlasting. Incontinentie voor ontlasting kan het gevolg zijn van diarree, maar kan ook optreden bij ontlasting van normale consistentie.

Er is sprake van **chronische diarree** wanneer deze langer dan twee tot drie weken bestaat.

Onder **paradoxe diarree of overloopdiarree** verstaat men het optreden van schijnbare diarree bij obstipatie; diarree ontstaat hierbij door lekkage van dunne ontlasting langs een ingedikte fecesprop. Er is dan vaak sprake van afwisselende obstipatie en diarree.

Bij ernstige en/of langdurige diarree bestaat een verhoogd risico op dehydratie, vooral bij oudere patiënten, in verband met het vaak aanwezig zijn van een verminderde dorstprikkel, frequent diureticagebruik en/of verminderd concentratievermogen van de nieren. Diarree kan leiden tot hypokaliëmie en metabole acidose.

Voorkomen

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Diarree komt voor bij 11% van de patiënten met kanker in de palliatieve fase en bij 27% van de patiënten met AIDS.

Ontstaanswijze

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

De volgende mechanismen kunnen leiden tot diarree:

- verminderde resorptie van de darminhoud (**osmotische diarree**), bijv. bij gebruik van osmotische laxantia of andere medicamenten, colitis ulcerosa, verminderd resorberend oppervlak door operaties of fistels, te snelle toediening of te hoge dosering van sondevoeding.
- verhoogde secretie van water en elektrolyten in de darm (**secretoire diarree**), bijv. bij infecties, als bijwerking van chemotherapie of radiotherapie of als paraneoplastisch verschijnsel; deze vorm van diarree is onafhankelijk van de voedselinname van de patiënt en persisteert bij vasten.
- veranderde motiliteit van het darmkanaal en daardoor vertraagde passage en bacteriële overgroei of juist versnelde passage (**motorische diarree**), bijv. bij gebruik van peristaltiekbevorderende laxantia, na blokkade van de plexus coeliacus of door autonome neuropathie ten gevolge van diabetes mellitus.
- malabsorptie (bijv. door coeliakie of ziekte van Crohn): leidt met name tot **steatorroe** (uitscheiding van vet met de feces).

Oorzaken

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Oorzaken van acute diarree

Ziekte-gerelateerd

- partiële obstructie van colon of rectum (paradoxe diarree)

Therapie-gerelateerd

- enteritis tijdens of na radiotherapie, waarbij darmen in het bestralingsveld liggen
- chemotherapie (m.n. 5-fluorouracil, capecitabine, irinotecan, cisplatine); zelden treedt hierbij chronische diarree op
- na blokkade van de plexus coeliacus (kortdurend)

Medicamenteus

- antibiotica
 - bacteriële overgroei, met name van Gram-negatieve bacteriën
 - pseudo-membraneuze colitis ten gevolge van superinfectie met *Clostridium difficile* bij gebruik van antibiotica (m.n. beschreven bij clindamycine; kan echter ook bij vrijwel alle andere antibiotica optreden)
- andere medicamenten: laxantia, magnesiumbevattende antacida, ijzerpreparaten, bètablokkers, ACE-remmers, misoprostol, SSRI's
- na het staken van een opioïd

Andere oorzaken

- obstipatie (paradoxe diarree)
- acute infectieuze gastro-enteritis:
 - viraal: m.n. noro-, rota- en bepaalde typen adenovirussen
 - bacterieel: *Campylobacter* (m.n. jejuni), *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia enterocolitica*, enteropathogene *Escherichia coli*
 - bacteriële toxines ('voedselvergiftiging'): *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*
 - parasitair: *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium*
- voedingsfactoren:
 - excessief gebruik van vezels en fruit
 - sorbitol
 - melk en melkproducten (bij lactose-intolerantie)
 - sondevoeding (m.n. bij recente start, te hoge dosering of te snelle toediening)

Oorzaken van chronische diarree

Ziekte-gerelateerd

- malabsorptie bij pancreasinsufficiëntie ten gevolge van pancreascarcinoom en/of cholestase (hierbij m.n. steatorroe)
- paraneoplastisch ten gevolge van productie van humorale factoren bij endocriene tumoren:
 - tumoren van de pancreas (VIPoom, gastrinoom)
 - carcinoïde tumoren, meestal uitgaande van de dunne darm
 - medullair schildkliercarcinoom
- gastrocolische of enterocolische fistels
- chronische darminfecties (m.n. bij AIDS)

Therapie-gerelateerd

- na chirurgie:
 - malabsorptie na resectie van maag of ileum
 - short bowel syndroom na colectomie en/of aanleggen van ileostoma
- graft versus host disease na allogene beenmergtransplantatie

Andere oorzaken

- bacteriële overgroei (m.n. van Gram-negatieve bacteriën) in de dunne darm:
 - in blinde darmlis (blind loop syndrome)
 - bij obstructie
 - in divertikels van de dunne darm
 - bij motiliteitsstoornissen
- bijkomende aandoeningen: diabetes mellitus, hyperthyreoïdie, irritable bowel syndroom, lactose-intolerantie (primair of secundair na gastro-intestinale infectie of behandeling met antibiotica), colitis ulcerosa, Morbus Crohn, chronische gastro-intestinale infecties, chronische pancreatitis, coeliakie

Diarree bij patiënten in de palliatieve fase is meestal acuut en vaak het gevolg van gebruik van laxantia of andere medicatie (m.n. antibiotica en cytostatica), acute gastro-intestinale infecties of obstipatie bij opioïdgebruik (paradoxale diarree). Chronische diarree wordt zelden gezien.

Diagnostiek

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Anamnese

Vraag naar:

- defecatie: duur van de diarree, frequentie, aspect en consistentie, bloed- of slijmbijmenging, geur(overlast), moeilijk wegspoelen van feces in toilet, eerdere obstipatie, incontinentie c.q. 'soiling', invloed van maaltijden en voeding of vasten
- tenesmi (pijnlijke krampen voorafgaande aan defecatie)
- aanvallen van diarree en/of rode verkleuring van het gelaat, passend bij carcinoïd syndroom
- reeds genomen maatregelen tegen de diarree en het effect daarvan
- buikpijn of buikkrampen
- anorexie
- gewichtsverlies
- misselijkheid en/of braken
- dorst, vochtinname, urineproductie, neiging tot collaps, sufheid, verwardheid
- koorts
- diarree in de omgeving
- recent verblijf in het buitenland
- gebruik van geneesmiddelen (inclusief laxantia)
- voedingspatroon: gebruik van vezels, fruit, melk en melkproducten, sorbitol of sondevoeding
- bij patiënten met kanker: eerdere chirurgie, recente radiotherapie of chemotherapie
- andere ziekten

Het kan zinvol zijn de patiënt een klachtendagboek te laten bijhouden waarin bovengenoemde klachten en verschijnselen dagelijks kunnen worden genoteerd.

Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek wordt aandacht besteed aan de temperatuur, tekenen van dehydratie en aan de buik, met name door auscultatie en palpatie, aangevuld met inspectie van de anus (perianale fistels, irritatie van de huid) en een rectaal toucher. Voorts is het van belang de feces te inspecteren op: hoeveelheid, geur, kleur, consistentie, bijmenging van bloed en/of slijm.

Aanvullend onderzoek

De indicatie voor aanvullend onderzoek is in hoge mate afhankelijk van de ernst en duur van de diarree, de aard van de ziekte en de (vermoede) onderliggende oorzaak van de diarree, de mogelijkheden tot behandeling, de levensverwachting en de wens van de patiënt.

In de thuissituatie kan onderzoek van bloed en feces worden ingezet. Het overige aanvullende onderzoek zal in het algemeen in het ziekenhuis worden verricht, maar alleen bij chronische, onbegrepen diarree bij patiënten met een levensverwachting van enkele maanden of langer.

Zo nodig kunnen anamnese en lichamelijk onderzoek aangevuld worden met:

- laboratoriumonderzoek: bloedbeeld, nierfunctie, elektrolyten, leverfunctie, glucose, schildklierfunctie
- X-BOZ: om obstipatie of ileus aan te tonen
- feceskweken (viraal en bacterieel) en onderzoek van feces op parasieten
- bij verdenking op bacteriële overgroei: kweek van dunnedarminhoud, H₂-ademtest
- bij eerder gebruik van antibiotica en verdenking op pseudo-membraneuze colitis: onderzoek van feces op Clostridium difficile-toxine
- onderzoek van feces op elektrolyten, eventueel na vasten (onderscheid tussen osmotische en secretoire diarree)
- ter uitsluiting van pancreasinsufficiëntie/steatorroe: onderzoek van feces op elastase/vetuitscheiding, zure steatocrietbepaling van de feces

- bij verdenking op maligniteit of colitis: endoscopie
- bij verdenking op endocrien actieve tumoren:
 - beeldvorming (echo/CT-scan abdomen of hals)
 - bepalingen in bloed: gastrine (bij verdenking op gastrinoom), VIP (vasoactive intestine peptide) (bij verdenking op VIPoom), serotonine in trombocyten en chromogranine A (bij verdenking op carcinoïde tumor), calcitonine (bij verdenking op medullair schildklier carcinoom)
 - bepaling in urine: 5-HIAA's (5-hydroxy-indol-azijnzuur), bij verdenking op carcinoïde tumor

Beleid en behandeling

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op 'Beleid en behandeling'.

Integrale benadering

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Voorlichting

- Geef voorlichting over de oorzaak van de diarree en het te verwachten beloop.
- Geef uitleg dat voeding meestal niet de oorzaak is van diarree en dat ook bij niet eten ontlasting wordt geproduceerd.
- Corrigeer misvattingen over het effect van zgn. 'stoppende' voeding.
- Benadruk het belang van adequate inname van vocht.
- Bespreek voorwaarden voor een gunstige sanitaire omgeving. Laat patiënt zo mogelijk zelf naar het toilet gaan of gebruik maken van een poststoel. Zorg voor zoveel mogelijk privacy.

Communicatie

- Ga na of patiënt zelf ideeën heeft of al acties ondernomen heeft ter voorkoming of behandeling van diarree en wat het effect daarvan is.
- Ga na of de patiënt bereid en in staat is het behandelingsadvies op te volgen.

Ondersteunende zorg

- Bespreek wat de rol van de naaste kan zijn bij uitvoering van niet-medicamenteuze maatregelen, voedingsadviezen en therapietrouw.
- Ga na of er ondersteuning/begeleiding gewenst is van professionele zorgverleners bij de uitvoering van leefregels, voedingsadviezen en therapietrouw. Denk hierbij aan (wijk)verpleegkundige en diëtist.
- Geef aandacht aan eventuele gevoelens van schaamte bij incontinentie en geurproblemen.
- Geef advies over adequaat incontinentiemateriaal en hoe dit verkregen en vergoed kan worden; consulteer of verwijst hiervoor eventueel naar een (wijk)verpleegkundige of stomaverpleegkundige.
- Denk bij patiënten met een stoma of bij huidproblemen rond de anus aan overleg met of verwijzing naar een gespecialiseerd verpleegkundige op het gebied van stomazorg en fecale incontinentie (ook in de thuissituatie).

Zie voor punten van aandacht bij palliatieve zorg voor mensen met een niet-westerse achtergrond de Handreiking ['Palliatieve zorg voor mensen met een niet-westerse achtergrond'](#).

Behandeling oorzaak

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

- revisie van medicatie: met name van laxantia, antibiotica, cytostatica en andere potentieel diarreeveroorzakende medicatie; waar mogelijk moet deze medicatie aangepast of gestaakt worden
- behandeling van obstipatie bij paradoxale diarree: het is hierbij van groot belang om de patiënt uitleg te geven over het mechanisme van de diarree, teneinde de inneming van laxantia te waarborgen. Vaak is hierbij sprake van fecale impactie in het rectum, waarvoor klysma's en soms manuele evacuatie noodzakelijk zijn. Zie hiervoor ook de richtlijn Obstipatie.
- aanpassen van voeding (m.n. ten aanzien van gebruik van vezels en fruit, melk en melkproducten, sorbitol en sondevoeding)
- bij acute infectieuze gastro-enteritis: deze gaat meestal zonder behandeling binnen enkele dagen tot een week over. Behandeling is alleen noodzakelijk bij algemene ziekteverschijnselen (aanhoudende koorts en/of veel bloed en slijm bij de ontlasting) en bij immungecompromitteerde patiënten. Overleg hierover met internist-infectioloog of microbioloog
- bij pseudo-membraneuze colitis:
 - staken van oorzakelijke antibiotica
 - metronidazol 3 dd 500 mg of vancomycine 4 dd 125 mg p.o. gedurende 10-14 dagen
- behandeling van (verdenking op) bacteriële overgroei: proefbehandeling met norfloxacin 2 dd 400 mg
- bij steatorroe ten gevolge van pancreasinsufficiëntie: pancreasenzymen (5000-50.000 FIP-E bij de hoofdmaaltijd en 5000-25.000 FIP-E bij de overige maaltijden)
- bij diarree na ileumresectie: colestyramine 4-6 dd 4 g
- bij lactose-intolerantie: lactosearme voeding en zo nodig tevens suppletie van lactase (Kerutab® tabletten of Kerulac® druppels)
- bij obstructie van de galwegen: stent of operatie
- bij gastrinoom (Zollinger-Ellison syndroom): protonpompremmers, bijv. omeprazol, startdosis 1 dd 60 mg p.o.
- behandeling van chronische darminfecties (m.n. bij AIDS)
- bij VIPoom, carcinoïd syndroom, short bowel syndroom, fistels, graft versus host disease, diarree bij AIDS, persisterende diarree ten gevolge van radiotherapie of chemotherapie: octreotide: startdosis 3 dd 100 ug s.c. of 300 ug/24 uur continu s.c./i.v.; dosering titreren op geleide van de klachten, zo nodig kunnen doseringen tot 3 dd 500 ug of hoger worden gegeven; bij goede reactie en stabiele situatie kan overgegaan worden op het depotpreparaat lanreotide, startdosering 30 mg i.m. 1 keer per maand. Diarree is overigens geen geregistreerde indicatie voor octreotide of lanreotide.
- bij obstruerende processen in het kleine bekken: stentplaatsing, chirurgie of radiotherapie
- behandeling van bijkomende aandoeningen (m.n. chronische infecties, colitis ulcerosa, ziekte van Crohn, lactose-intolerantie, coeliakie, hyperthyreoïdie)

Niet-medicamenteus

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Voedingsadviezen

De volgende voedingsadviezen kunnen worden gegeven:

- voldoende vochtinname (zo mogelijk 1,5-2,0 l/dag) met gevarieerde dranken, waaronder bouillon, niet-koolzuurhoudend mineraalwater of thee met een beetje honing of druivensuiker
- kleine frequente maaltijden, waarbij vocht en voeding worden gecombineerd
- bij voldoende eetlust: gevarieerde voeding met normaal tot rijk gehalte aan fijne vezels
- beperkte inname van prikkelende en peristaltiek bevorderende producten, zoals koffie, alcohol, koolzuurhoudende dranken, ui, prei, koolsoorten en scherpe specerijen

NB Een zgn. lichtverteerbaar of stoppend dieet wordt vaak geadviseerd, maar is niet effectief.

Bescherming van de perianale regio

Zolang de diarree niet onder controle is, dient de perianale regio beschermd te worden. Dit kan door toepassing van de hieronder genoemde middelen:

- zinkoxidesmeersel (zinkolie) of zgn. barrière-crèmes. NB: Producten die zinkoxide of aluminiumchlorohydraat bevatten, kunnen niet tijdens bestraling gebruikt worden
- beschermende middelen (swabs of spray), bijv. Cavilon® (alleen op droge intacte huid)
- aanbrengen van een hydrocolloïdplak op de geïrriteerde huid rond de anus, nadat de huid grondig is gereinigd en eventuele haartjes voorzichtig met een schaartje zijn weggeknipt
- bij bedlegerige patiënten met waterdunne diarree: aanbrengen van een fecesopvangzak, bijv. InCare, al dan niet met een daarop aangesloten urineopvangzak, of van een rectumkatheter
- in sommige gevallen kan een anaaltampon worden ingebracht die drie- tot viermaal daags wordt verwisseld. Deze tampons worden alleen toegepast bij niet al te heftige diarree bij incontinentie door neurologische oorzaak. Bij normale sfincterfunctie ontstaat een constant gevoel van aandrang; indien er helemaal geen sfincterfunctie is en de anus constant open staat, is een anaaltampon ook niet toepasbaar omdat deze niet blijft zitten
- het reinigen van de huid gebeurt bij voorkeur met warm water en zo nodig een huidvriendelijke pH-neutrale zeep of speciale foam, bijvoorbeeld van Proshield®. De huid goed deppend drogen

Behandeling van geuroverlast

- Houd de deur van het toilet dicht, zet ventilator aan (indien aanwezig) of ventileer met buitenlucht (bij aanwezigheid van buitenraam).
- Maak eventueel gebruik van geuneutraliserende spray of druppels, bijv. 'Nilodor® of van andere geuren: enkele druppels eucalyptusolie, pepermuntolie of citroengrasolie, gemalen koffie of afstrijken van enkele lucifers.

Toediening van vocht en zoutpoeders

Er is een verhoogd risico op dehydratie bij:

- meer dan zesmaal per dag waterdunne diarree gedurende drie dagen of langer (bij patiënten >70 jaar: één dag of langer);
- diarree en koorts gedurende drie dagen;
- waterdunne, frequente diarree met aanhoudend braken én een minimale vochtinname, opvallende dorst.

Indien toediening van extra vocht noodzakelijk is, heeft orale rehydratie in de vorm van bouillon, orale rehydratievloeistof of ORS (oral rehydration solution) de voorkeur boven parenterale vochttoediening. Dosering: 20 ml/kg lichaamsgewicht per uur totdat rehydratie is bereikt, daarna 20 ml/kg na elke waterdunne ontlasting. Als de smaak van ORS problemen oplevert, adviseer dan een ORS-preparaat met smaakcorrectie of laat het poeder

oplossen in thee- of rijstewater.

Een orale rehydratievloeistof kan ook zelf eenvoudig bereid worden. Los hiervoor 1 theelepel zout en 4 theelepels suiker op in een liter schoon kraanwater of rijstewater. Maak dagelijks een verse oplossing en bewaar deze in de ijskast. Toevoeging van limonadesiroop is niet gewenst omdat de oplossing hierdoor hypertoon wordt. Isotone (sport)dranken kunnen ook als rehydratievloeistof worden gebruikt en zijn gekoeld meestal aangenaam van smaak.

Indien er sprake is van (dreigende) dehydratie moeten diuretica worden gestaakt.

Bij ernstige dehydratie en/of onmogelijkheid tot orale toediening moet parenterale vochttoediening en suppletie van kalium worden overwogen (zie [richtlijn Dehydratie en vochttoediening](#)). Bij patiënten met een short bowel syndroom (bijv. een ileostoma) kan zoutsuppletie m.b.v. zoutpoeders worden overwogen.

Medicamenteus

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Het middel van keuze voor de symptomatische behandeling van diarree bij kankerpatiënten is loperamide. Hoewel dit middel een opioïd is, heeft het weinig tot geen systemische bijwerkingen omdat het na resorptie vrijwel volledig direct in de lever wordt gemetaboliseerd (hoog first-pass metabolisme). Bij ernstige leverfunctiestoornissen is er een verhoogde kans op bijwerkingen.

Bij acute diarree wordt gestart met 4 mg p.o., vervolgens om de 2-4 uur of na iedere ontlasting 2 mg p.o. tot de diarree stopt, tot een maximum van 16 mg/dag.

Bij chronische diarree: 1-6 dd 2 mg. Cave obstipatie.

Indien een patiënt die reeds opioïden gebruikt, last krijgt van diarree, verdient het starten met loperamide de voorkeur boven het ophogen van de dosering van het opioïd, aangezien de kans op bijwerkingen veel kleiner is bij behandeling met loperamide dan bij ophogen van de opioïden.

Bij onvoldoende effect van loperamide kan behandeling met codeïne of morfine geprobeerd worden.

Actieve kool en kaolien hebben geen plaats bij de behandeling van diarree.

Bij aanhoudende chronische diarree niet reagerend op loperamide (bij onbekende oorzaak of wanneer aanvullend onderzoek ongewenst is), kan proefbehandeling met octreotide worden overwogen. Startdosis 3 dd 100 ug of 300 ug/24 uur continu s.c./i.v.; dosering eventueel ophogen op geleide van het effect; bij goede reactie en stabiele situatie (m.n. bij diarree ten gevolge van endocriene tumoren) kan overgegaan worden op het depotpreparaat Octreotide LAR, startdosering 30 mg i.m. 1 keer per maand.

Stappenplan

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Diagnostiek

1. Anamnese en lichamelijk onderzoek
2. Op indicatie aanvullend onderzoek:
 - o laboratoriumonderzoek (nierfunctie, elektrolyten, leverfunctie, glucose, schildklierfunctie)
 - o X-BOZ bij verdenking op obstipatie of ileus
 - o feceskweken (bij verdenking op bacteriële infectie)
 - o onderzoek van feces op parasieten
 - o bij verdenking op bacteriële overgroei: kweek van dunne darminhoud, H₂-ademtest
 - o bepaling van Clostridium difficile-toxine in feces (bij verdenking op pseudo-membraneuze colitis)
 - o onderzoek feces op elektrolyten, elastase, zure steatocriet of vetuitscheiding
 - o endoscopisch onderzoek (bij verdenking op maligniteit of colitis)
 - o bij verdenking op endocriene tumoren: serotonine in trombocyten, 5-HIAA's in urine, chromogranine A, gastrine, MP of calcitonine in bloed

Beleid

1. Behandeling van de oorzaak:
 - o aanpassing van medicatie
 - o laxantia bij paradoxale diarree
 - o aanpassing van (sonde)voeding
 - o antibiotica bij pseudo-membraneuze colitis of bij bacteriële overgroei
 - o pancreasenzymen bij steatorroe ten gevolge van pancreasinsufficiëntie
 - o colestyramine bij diarree na ileumresectie
 - o lactosearme voeding bij lactose-intolerantie zo nodig tevens suppletie van lactase (Kerutab® tabletten of Kerulac® druppels)
 - o protonpompremmers bij Zollinger-Ellison syndroom
 - o behandeling van chronische darminfecties (m.n. bij AIDS)
 - o octreotide bij carcinoïd syndroom, VIPoom, short bowel syndroom, fistels, persisterende diarree bij chemotherapie of na radiotherapie
 - o stentplaatsing, chirurgie of radiotherapie bij obstruerende processen in het kleine bekken
 - o behandeling van bijkomende aandoeningen
2. Voedingsadviezen
3. Bescherming van de perianale regio
4. Behandeling van geuroverlast
5. Eventueel correctie van vochttekort en elektrolytstoornissen
6. Medicamenteuze behandeling: loperamide 2-16 mg dd; bij onvoldoende effect codeïne of morfine
7. Bij aanhoudende chronische diarree, niet reagerend op loperamide (bij onbekende oorzaak of wanneer aanvullend onderzoek ongewenst is): proefbehandeling met octreotide, startdosis 3 dd 100 ug of 300 ug/24 uur continu s.c./i.v.; dosering eventueel ophogen op geleide van het effect; bij goede reactie en stabiele situatie (m.n. bij diarree ten gevolge van endocriene tumoren) kan overgegaan worden op het depotpreparaat octreotide LAR 30 mg i.m. 1 keer per 4 weken

Bewijsvoering

Tabel 1 Niveaus van bewijsvoering bij richtlijn Diarree 2010

Behandeling	Niveau van bewijsvoering	Referentie(s)
Octreotide/lanreotide bij		Cascinu 1993, Cello 1991, Denton 2002, Fried 1999, Gebbia 1993,

Behandeling	Niveau van bewijsvoering	Referentie(s)
carcinoïd, VIPoom, short bowel syndrome, AIDS, Hiv, graft versus host disease, diarree na chemotherapie of radiotherapie	3	Goumas 1998, Harris 1995, Ippoliti 1997, Jensen 1999, Kyslakidou 2006, Romeu 1991, Rubin 1999, Szilagyi 2001, Yavuz 2002, Zidan 2001
Voedingsadviezen	4	
Loperamide en andere opioïden	1	Palmer 1980, Ruppin 1987

Niveau 1 = gebaseerd op systematische review of ten minste twee gerandomiseerde onderzoeken van goede kwaliteit.

Niveau 2 = gebaseerd op ten minste twee vergelijkende klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of andere vergelijkende onderzoeken.

Niveau 3 = gebaseerd op één vergelijkend onderzoek of op niet-vergelijkend onderzoek.

Niveau 4 = gebaseerd op mening van deskundigen.

Referenties

Vastgesteld: 21-02-2010 Regiehouder: IKNL

Alderman J (2005)

Alderman J. Diarrhea in palliative care. *Journal of Palliative Medicine* 2005; 8: 449-450.

American Gastroenterological Association (1999)

American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines for the evaluation and management of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1999; 116: 1461-1463.

Attar A (1999)

Attar A, Flourié B, Ramboud JC et al. Antibiotic efficacy in small intestinal bacterial overgrowth-related chronic diarrhea: a crossover randomized trial. *Gastroenterology* 1999; 117: 794-797.

Benson III AB (2004)

Benson III AB, Ajani JA, Catalano RB et al. Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea. *Journal of Clinical Oncology* 2004; 22: 2918-2926.

Brühl PhJ (2007)

Brühl PhJ, Lamers HJ, Dongen van AM et al. NHG-standaard acute diarree. *Huisarts en Wetenschap* 2007; 3 103-113.

Cascinu S (1993)

Cascinu S, Fedeli A, Fedeli SL et al. Octreotide versus loperamide in the treatment of fluorouracil-induced diarrhea: a randomized trial. *Journal of Clinical Oncology* 1993; 11: 148-151.

Cello JP (1991)

Cello JP, Grendell JH, Basuk P et al. Effect of octreotide on refractory AIDS-associated diarrhea. A prospective, multicenter clinical trial. *Annals of Internal Medicine* 1991; 115: 705-710.

Cherny NI (2008)

Cherny NI. Evaluation and management of treatment-related diarrhea in patients with advanced cancer: a review. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 36: 413-423.

Dean AP (1991)

Dean AP, Reed WD. Diarrhoea - an unrecognised hazard of coeliac plexus block. *Australian and New Zealand Journal of Medicine* 1991; 21: 47-48.

Denton A (2002)

Denton AS, Andreyev HJ, Forbes A et al. Systematic review for non-surgical interventions for the management of late radiation proctitis. *British Journal of Cancer* 2002; 87: 134-143.

Engelking C (1998)

Engelking C, Rutledge DN, Ippoliti C, Neumann J, Hogan CM. Cancer related diarrhea: a neglected cause of cancer-related symptom distress. *Oncology Nursing Forum* 1998; 25: 859-860.

Fried M (1999)

Fried M. Octreotide in the treatment of refractory diarrhea. *Digestion* 1999; 60 (Supplement 2): 42-46.

Gebbia V (1993)

Gebbia V, Carreca I, Testa A et al. Subcutaneous octreotide versus oral loperamide in the treatment of diarrhea following chemotherapy. *Anticancer Drugs* 1993, 4: 443-445.

Goumas P (1998)

Goumas P, Naxakis S, Christopoulou A et al. Octreotide acetate in the treatment of fluorouracil-induced diarrhea. *Oncologist* 1998; 3: 50-53.

Harris AG (1995)

Harris AG, Redfern JS. Octreotide treatment of carcinoid syndrome: analysis of published dose-titration data. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 1995; 9: 387-394.

Harris AG (1995)

Harris AG, O'Dorisio TM, Woltering EA et al. Consensus statement: octreotide dose titration in secretory diarrhea. Diarrhea Management Consensus Development Panel. *Digestive Diseases and Sciences* 1995; 40: 1464-1473.

Hogan CM (1998)

Hogan CM. The nurse's role in diarrhea management. *Oncology Nursing Forum* 1998; 25: 879-886.

Ippoliti C (1997)

Ippoliti C, Champlin R, Bugazia N et al. Use of octreotide in the symptomatic management of diarrhea induced by graft-versus-host disease in patients with hematological malignancies. *Journal of Clinical Oncology* 1997; 15: 3350-3354.

Jensen RT (1999)

Jensen RT. Overview of chronic diarrhea caused by functional neuroendocrine neoplasms. *Seminars in Gastrointestinal Diseases* 1999; 10: 156-72.

Kaplan MA (1999)

Kaplan MA, Prior MJ, Ash RR et al. Loperamide-simethicone vs loperamide alone, simethicone alone, and placebo in the treatment of acute diarrhea with gas-related abdominal discomfort. A randomized controlled trial. *Archives of Family Medicine* 1999; 8: 243-248.

Kinnunen O (1989)

Kinnunen O, Jaunhonen P, Salokannel J et al. Diarrhea and fecal impaction in elderly long-stay patients. *Zeitschrift für Gerontologie* 1989; 22: 321-323.

Komblau S (2000)

Komblau S, Benson AB, Catalano R et al. Management of cancer treatment-related diarrhea. Issues and therapeutic strategies. *Journal of Pain and Symptom Management* 2000; 19: 118-129.

Mercadente S (1995)

Mercadente S. Diarrhea in terminally ill patients: pathophysiology and treatment. *Journal of Pain and Symptom Management* 1995; 10: 298-309.

Mbertel CG (1991)

Mbertel CG, Kvols LK, Rubin J. A study of cyproheptadine in the treatment of metastatic carcinoid tumor and the malignant carcinoid syndrome. *Cancer* 1991; 67: 33-36.

Mystakidou K (2006)

Mystakidou K, Katsouda E, Tsilika E et al. Octreotide long-acting formulation (LAR) in chronic loperamide-refractory diarrhea not related to cancer treatment. *Anticancer Research* 2006; 26: 2325-2328.

Nwachukwu CE (2008)

Nwachukwu CE, Okebe JU. Antimotility agents for chronic diarrhoea in people with HIV/AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 4: CD005644.

Noble S (2002)

Noble S, Rawlinson F, Byrne A. Acquired lactose intolerance: a seldom considered cause of diarrhea in the palliative care setting. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 23: 449-450.

Palmer KR (1980)

Palmer KR, Corbett CL, Holdsworth CD. Double-blind cross-over study comparing loperamide, codeine and diphenoxylate in the treatment of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1980; 79: 1272-1275.

Romeu J (1991)

Romeu J, Mró JM, Sirera G et al. Efficacy of octreotide in the management of chronic diarrhoea in AIDS. *AIDS* 1991; 5: 1495-1499.

Rubin J (1999)

Rubin J, Ajani J, Schirmer W et al. Octreotide acetate long-acting formulation versus open-label subcutaneous octreotide acetate in malignant carcinoid syndrome. *Journal of Clinical Oncology* 1999; 17: 600-606.

Rupp H (1987)

Rupp H. Review: loperamide – a potent antidiarrhoeal drug with actions along the alimentary tract. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 1987; 1: 179-190.

Rutledge DN (1998)

Rutledge DN, Engelking C. Cancer-related diarrhea: selected findings of a national survey of oncology nurse experiences. *Oncology Nursing Forum* 1998; 25: 861-873.

Szilagyi A (2001)

Szilagyi A, Shrier I. Systematic review: the use of somatostatin or octreotide in refractory diarrhea. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2001; 15: 1889-1897.

Thomas PD (2003)

Thomas PD, Forbes A, Green J et al. Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea, 2nd edition. *Gut* 2003; 52: (Supplement 5): v1-v15.

Tilg H (2008)

Tilg H. Short bowel syndrome : searching for the proper diet. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2008; 20: 1061-1063.

Yavuz MN (2002)

Yavuz MN, Yavuz AA, Aydin F et al. The efficacy of octreotide in the therapy of acute radiation-induced diarrhea : a randomized controlled study. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 2002; 54: 195-202.

Zidan J (2001)

Zidan J, Haim N, Beny A et al. Octreotide in the treatment of severe chemotherapy-induced diarrhea. *Annals of Oncology* 2001; 12: 227-229.