|  |
| --- |
| **Stappenplan: Dieetbehandeling diarree bij volwassenen** |
| **AANMELDING**  Chronische diarree bij volwassenen  PDS is uitgesloten |
| **Rode vlaggen**  Onbedoeld en onverklaarbaar gewichtsverlies, Rectaal bloedverlies, Veranderd defecatiepatroon,  Onverklaarbare ijzergebreksanemie, Koortsepisoden, Nachtelijke defecatie,  Positieve familieanamnese (eerstegraads) voor IBD, coeliakie of coloncarcinoom |
| **DIETISTISCH ONDERZOEK**  Hulpvraag, Verwachtingen, Motivatie,  Somatische factoren, Functionele factoren, Psychische factoren, Sociale factoren  **Uitvragen en kritisch redeneren**  Anamnese klachtenpatroon, Anamnese voeding en leefstijl,  Soorten diarree, Differentiaal diagnose,  Verwachtingsmanagement  **Risicofactoren voor diarree**  Verminderde afweer, Eerdere (abdominale) chirurgische ingrepen,  Geen of onvoldoende maagzuurproductie,  Frequent antibioticagebruik, Polyfarmacie, Ouderdom  *Hulpmiddel: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-schema)*  *Advies: maak een lijst met differentiaal diagnostische mogelijkheden met*  *afstrepen van minder waarschijnlijke oorzaken* |
| **DIETISTISCHE DIAGNOSE**  De kern van het probleem  De basis voor het op te stellen behandelplan |
| **DIEETBEHANDELPLAN, BEHANDELING EN EVALUATIE**  Behandeldoelen voor de korte- en lange termijn  (SMART-geformuleerd: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden)  Educatie diarree (incl. aandacht en geruststelling)  **Voedings- en leefstijladviezen**  Voeding volgens de Richtlijnen goede voeding, met dieetaanpassingen  naar gelang van de onderliggende pathologie (maatwerk)  Beweging volgens de Beweegrichtlijnen  Stress beheersing  *Hulpmiddel: Bristol Stool Chart (BSC), Visueel Analoge Schaal (VAS-score), eet- en klachtendagboek*  *Advies: geef bij een gecompliceerde casus de klachten en behandeling in een tijdslijn weer* |
| **VERDIEPING**  **Stappenplan: Dieetbehandeling diarree bij volwassenen** |
| **AANMELDING**  **Gaat het om chronische diarree?**  Er is sprake van chronische diarree wanneer de klachten > 4 weken aanhouden, de ontlasting dun of waterig is (Bristol Stool Chart: type 6-7), terwijl de dagproductie > 250 gram is en de defecatiefrequentie is toegenomen tot ≥ 4x daags.  Rome IV-diagnostische criteria voor functionele obstipatie   1. Dunne of waterige ontlasting (Bristol Stool Chart: type 6-7), zonder overheersende buikpijn of hinderlijk opgeblazen gevoel (bij ten minste 25% van de defecaties) 2. Er zijn onvoldoende criteria voor PDS (voldoet niet aan de Rome IV-diagnostische criteria PDS)   Aan deze criteria moet in de laatste drie maanden zijn voldaan. En het begin van de symptomen dient ten minste zes maanden voor het moment van het stellen van de diagnose te liggen. |
| **Gaat het om PDS?**  Rome IV-diagnostische criteria voor prikkelbare darm syndroom (PDS)   1. Er is sprake van buikpijn op minimaal 1 dag per week. 2. Naast buikpijn moet worden voldaan aan tenminste 2 van de volgende criteria: 3. Buikpijn wordt minder na defecatie 4. Buikpijn is gerelateerd met verandering in vorm (uiterlijk) van de ontlasting 5. Buikpijn is gerelateerd met verandering in defecatiefrequentie   Aan deze criteria moet in de laatste drie maanden zijn voldaan. En het begin van de symptomen dient ten minste zes maanden voor het moment van het stellen van de diagnose te liggen.  **Zo ja?**  Volg NHG-standaard PDS (2012)  Volg Artsenwijzer Diëtetiek PDS, NVD (2017)  Volg Dieetbehandelingsrichtlijn Divertikelziekte en IBS, Uitgevers 2010 (2009) |
| **Zijn er rode vlaggen?**  Rode vlaggen:   * Onbedoeld en onverklaarbaar gewichtsverlies: meer dan 10% in de laatste 6 maanden of meer dan 5% in de laatste maand) * Rectaal bloedverlies, hetgeen niet te verklaren is door bijvoorbeeld een fissuur of aambeien * Veranderd defecatiepatroon: ernstige diarree of obstipatie, een meer frequente ontlasting (3 keer of vaker per dag) of diarree gedurende meer dan twee weken, met een duidelijke wijziging ten opzichte van gebruikelijke defecatie * Onverklaarbare ijzergebreksanemie * Koortsepisoden * Nachtelijke defecatie * Positieve familieanamnese (eerstegraads) voor IBD (ziekte van Crohn en colitis ulcerosa), coeliakie of coloncarcinoom   **Zo ja?**  Verwijs cliënt terug naar arts: indicatie voor nader onderzoek in de 2e lijn |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIETISTISCH ONDERZOEK**  Breng de hulpvraag, verwachtingen en motivatie in kaart:   * Zorg dat de hulpvraag de essentiële zorgbehoefte van de cliënt weergeeft en een zgn. vertrek- en eindpunt bevat * Noteer de verwachtingen van de dieetbehandeling en de verwachtingen van jou als diëtist * Benoem bij motivatie de fase van gedragsverandering: precontemplatie, contemplatie, preparatie, actie, gedragsbehoud (stages of change, Prochaska en DiClemente)   Breng de somatische-, functionele- psychische- en sociale factoren in kaart:   * Somatisch: diagnose, lab-waarden, klachten, antropometrie, BMI, voedingsinname, medicatie * Functioneel: activiteitenpatroon, knijpkracht, loopsnelheid, ADL-afhankelijkheid * Psychisch: ziekte-inzicht, stress, cognitieve stoornis, psychische stoornis * Sociaal: woon- en gezinssituatie, kinderen, opleidingsniveau, werk, interesses, sociaal netwerk   **ANAMNESE KLACHTENPATROON**  Breng het klachtenpatroon in kaart *(specificeer en kwantificeer):*   * Volume, frequentie en consistentie van de feces, eventuele onverteerbare etensresten, bloed-, etter- of slijmbijmenging, eventuele waterige-, vettige- en/of slecht ruikende feces *(vraag het ontlastingspatroon uit en gebruik de BSC)* * Omschrijving en frequentie van de klachten, overdag en/of nachtelijke klachten *(vraag klachten uit en gebruik VAS-scores)* * Klachtenverloop: wat is het normale defecatiepatroon en de samenstelling van de feces, wat is de verandering in frequentie en samenstelling van de feces nu, wanneer zijn de klachten ontstaan (abrupt of gradueel) *(zoek de zgn. ‘knik’ in het verhaal)* * Toiletgedrag: aanwezigheid van defecatiereflex, toegeven aan defecatiereflex, feces-incontinentie, angst om te defeceren, pijn bij het defeceren, moeilijk wegspoelen van feces in toilet * Wel of geen koorts * Wel of geen oog-, huid- en gewrichtsklachten * Seksuele anamnese (HIV) * Wel of geen diagnostische onderzoeken, met evt. uitslagen * Wel of geen (abdominale) chirurgische ingrepen * Familie geschiedenis (IBD, coeliakie of coloncarcinoom) * Wel of geen rode vlaggen en alarmsymptomen wijzend op een onderliggende ziekte of carcinoom * Wel of geen gebruik van (zelfzorg) medicijnen, incl. therapietrouw * Recent een reis naar het buitenland * Recent een ziekte of infectie doorgemaakt, wel of geen antibioticagebruik * Invloed van klachten op voedselinname (later meer uitgebreide anamnese) * Invloed van klachten op dagelijkse activiteiten/ADL (kracht, functioneren etc.) * Invloed van klachten op werk (verzuim, functioneren etc.) * Invloed van klachten op sociaal (isolement, activiteiten, sport etc.) * Invloed van klachten op psyche (angst, neerslachtigheid, depressie etc.)   **ANAMNESE VOEDING EN LEEFSTIJL**  Breng het voedingspatroon, eetgedrag en leefstijl in kaart (specificeer en kwantificeer):   * Voedingsanamnese met extra aandacht voor:   + Gebruik aanbevolen hoeveelheden voedingsmiddelen (RGV)   + Gebruik van 3 maaltijden per dag   + Gebruik van tussendoortjes (soort en portie-grootte)   + Kcal-inname (zet de inname af tegen de behoefte in percentages)   + Eiwit-inname (zet de inname af tegen de behoefte in percentages)   + Vet-inname (zet de inname af tegen de behoefte in percentages)   + Vezelinname (zet de inname af tegen de behoefte in percentages)   + Vochtinname (zet de inname af tegen de behoefte in percentages)   + Verschil in inname op werkdagen/vrije dagen * Multitasking: eten, lezen, TV-kijken en praten tegelijkertijd (lucht happen, aandacht voor verzadiging) * Eetmoment bepaald door honger/tijdstip/gevoel * Gebruik van probiotica, prebiotica, vezelpreparaten, voedingssupplementen * Vermijden van bepaalde voedingsmiddelen, het juist eten van bepaalde voedingsmiddelen   (redenen: mythes en fabels, hypes)   * Invloed van klachten op inname (klachten nemen toe bij …, klachten nemen af bij …) * Invloed van stress op inname en klachten * Wel of geen alcoholgebruik, met aandacht voor:   + Drinken voor gezelligheid, drinken om te kunnen ontspannen, drinken als dagelijkse gewoonten, drinken nodig om goed te voelen * Wel of niet roken, evt. stoppogingen in het verleden * Wel of geen gewichtsverlies, huidig gewicht (inclusief acceptatie huidige gewicht) * Bewegen met extra aandacht voor:   + Minimaal 150 minuten per week matig intensief bewegen   + Minimaal 2 keer per week spier- en botversterkende activiteiten   + Balansoefeningen voor ouderen   + Niet veel stilzitten * Ontspanning en slapen met extra aandacht voor:   + Balans tussen werk en privé   + Omgaan met stress (balans tussen draaglast en draagkracht)   + Tijdsduur om in te slapen (normaal 10 – 20 minuten)   + Totale slaaptijd per nacht (normaal 6 tot 10 uur)   + Onregelmatige slaap- en waaktijden, doen van dutjes overdag   **SOORTEN DIARREE**  Bepaal de soort diarree:   * Acute diarree *(< 4 weken)* of chronische diarree *(> 4 weken)* * Diarree van dunne darm origine *(grootvolumediarree)* of diarree van dikke darm origine *(kleinevolumediarree)* * Organische diarree of functionele diarree * Osmotische diarree of secretoire diarree of motorische diarree  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Organische diarree** | **Functionele diarree** | | Klachtenduur  Optreden  Pijn  Pijn bij defecatie  Feces bijmenging  Hoeveelheid feces | weken-maanden  hele dag, vaak ’s nachts  geen tot constante pijn  geen relatie  soms slijm, evt. bloed  > 500 gram/dag | > 6 maanden  mn ochtend, zelden ’s nachts  krampend, intermitterend  afnemend  vaak slijm, zelden bloed  < 500 gram/dag |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Osmotische diarree** | **Secretoire diarree** | | Hoeveelheid feces  Diarree na 48 uur vasten  Osmolaliteit (mOsm/L)  Osmotische gap  Feces Na (mmol/L)  Feces K (mmol/L)  Feces pH | < 1 liter/dag  stopt  350 – 450  > 125  30  30  < 7 | > 1 liter/dag  blijft  290  < 50  100  40  7 |   **Motorische diarree** is vanuit de pathofysiologie moeilijk te bewijzen. De factor gestoorde motiliteit als oorzaak blijft vaak hypothetisch. Bij motorische diarree zijn er geen aanwijzingen voor malabsorptie en is er geen evidentie voor een pure ‘secretoire-achtige’ diarree. Een gestoorde motiliteit speels waarschijnlijk een rol bij diarree bij hyperthyreoïdie, functionele diarree, diarree na vagotomie, bij diabetische autonome neuropathie en diarree na (partiële) gastrectomie.  **DIFFERENTIAAL DIAGNOSE**  Breng alle factoren welke kunnen leiden tot diarree in kaart: ziekten, aandoeningen, medicijngebruik, voeding- en leefstijlgewoonten. Streep vervolgens de minder waarschijnlijke oorzaken weg (dit zijn de oorzaken die je hebt uitgesloten op basis van je diëtistisch onderzoek en kritisch redeneren).  Weet dat de diagnostiek van chronische diarree vaak een uitdaging is omwille van de multipele en zeer verschillende oorzaken.  Frequente oorzaken van chronische diarree   * Inflammatoir darmlijden   + Ziekte van Crohn   + Colitis ulcerosa   + Microscopische colitis   + Diverticulitis * PDS/IBS * Chronische of recidiverende infecties   + Clostridium difficile (pseudomembraneuze colitis)   + Giardia lamblia   + Amoeben/ invasieve parasieten * Coeliakie * Pancreatische oorzaken (chronische pancreatitis, pancreascarcinoom) * Eerdere (abdominale) chirurgische ingrepen   + Maagoperaties   + Vagotomie   + Partiële darmresecties   + Colectomie   + Cholecystectomie   + Bariatrische chirurgie * Koolhydraatmalabsorptie   + Ontbreken van enzymatische vertering (lactase deficiëntie, ontbreken van hydrolytische enzymen voor fructanen en GOS)   + Ontbreken van specifieke wegen voor absorptie (zoals polyolen)   + Beperking van absorptie capaciteit (fructose, sorbitol) * Endocriene oorzaken   + Hyperthyreoïdie   + Diabetes * Ischemische colitis * Neoplasie   + Colon carcinoom/ villeus adenoom   + Lymfoom * Verminderde rectale compliance (elasticiteit, zoals bij IBD en bestraling van rectum) en anale sfincter functie   Minder frequente oorzaken van chronische diarree   * Bacteriële overgroei van de dunne darm (SIBO) * Laxantiagebruik, laxantiamisbruik * Chronische intestinale ischemie * Radiatie-enteritis * Hormoonproducerende tumoren (gastrinoom, vipoom, carcinoïd syndroom, medullair schildkliercarcinoom, feochromocytoom) * Infiltratieve aandoeningen (amyloïdose) * Systeemziekten (sclerodermie) * Congenitale syndromen * Nog niet gedetermineerde infecties * Voedselallergie * Enterale voeding * Chronisch alcoholmisbruik   Medicatie met als bijwerking diarree*(ingedeeld naar systeem)*  Cardiovasculair   * Anti-arythmica (digoxine, kinidine) * Antihypertensiva (ACE-remmers, AT-II remmers, ß-vlokkers, methyldopa, hydralazine) * Cholesterol verlagers (statines, cholestyramine) * Diuretica (furosemide, ethacrinezuur)   Centraal zenuwstelsel   * Anxiolytica (alprazolam, meprobamaat) * Antiparkinson (levodopa) * Andere middelen (riluzole, SSRIs, lithium)   Endocrien   * Orale hypoglycaemische middelen (metformine, acarbose) * Schildklier suppletie   Gastro-intestinaal   * Antacida (H2 blokkers, PPIs, misoprostol, magnesium) * Galzuren * Laxantia * IBD-behandeling (5-ASA)   Musculoskeletaal   * Goud * Bifosfonaten * NSAIDs (ibuprofen, naproxen) * Anti-jicht (colchicine)   Overig   * Antibiotica (amoxicilline, ampicilline, cefalosporines, clindamycine, tetracyclines, neomycine) * Chemotherapie * Vitamines en mineralen (vitamine C, magnesium)   **VERWACHTINGSMANAGEMENT**  Bepaal het soort diarree en maak een inschatting van het effect van behandeling middels medicatie, voedingsadviezen en leefstijladviezen. Weet dat je als diëtist een meerwaarde hebt indien er sprake is van functionele diarree en osmotische diarree. Secretoire diarree wordt veelal behandeld middels medicatie.  Indien sprake is van acute diarree. Realiseer je dat deze cliënten:   * Doorgaans gebaat zijn met de inname van vocht en extra zout (eventueel in de vorm van ORS) * Doorgaans goed reageren op gebruik van antidiarreïca (loperamide) en eventueel antibiotica * Doorgaans gebaat zijn met het tijdelijk onderbreken van medicatie die de normale homeostase van vocht en elektrolyten verminderen (diuretica, ACE-remmers)   Indien sprake is chronische diarree. Realiseer je dat deze cliënten:   * Doorgaans goed reageren op gebruik van bulkvormende laxantia (psyllium-zonder extra water) * Doorgaans gebaat zijn met het gebruik van antidiarreïca (loperamide), en eventueel antibiotica * Eventueel gebaat zijn bij het gebruik van galzoutbindende harsen (cholestyramine)   Indien sprake is chronische diarree met daarbij ongewenst gewichtsverlies of ondervoeding, maldigestie en/of malabsorptie, inadequaat eetgedrag en/of leefstijlgedrag . Realiseer je dat deze cliënten:   * Doorgaans gebaat zijn met voedings- en leefstijladviezen, waarbij altijd sprake is van maatwerk |
| **DIEETBEHANDELPLAN, BEHANDELING EN EVALUATIE**  **BEHANDELDOELEN**  Formuleer behandeldoelen voor de korte- en lange termijn:   * Maak doelen SMART * Gebruik termen van de ICF-diëtetiek en de diverse classificaties en codelijsten voor de diëtetiek * Maak behandeldoelen voor alle ‘voedingsgerelateerde problematiek’ vanuit je diëtistisch onderzoek   Voorbeeld behandeldoelen diarree (maak SMART met gegevens uit je diëtistisch onderzoek):   * Verbeteren fecale consistentie (type 3-4 BSC) in 4 weken   *EN INDIEN VAN TOEPASSING*   * Verbeteren van de eiwitintake in 4 dagen naar 1,2 – 1,5 g E/kg lichaamsgewicht * Verbeteren van de kcal-intake in 4 dagen naar 100% van de energiebehoefte   **VOEDINGSADVIEZEN**   * Gezonde en gevarieerde voeding volgens de Richtlijnen goede voeding * Normaal vezelgebruik (30-40 gram per dag of 14 gram per 1000 kcal) * Normaal vochtgebruik (minimaal 1,5 liter per dag) * Regelmaat: 3 maaltijden per dag en maximaal 4 eet-/drinkmomenten per dag   *EN INDIEN VAN TOEPASSING*   * Energie- en eiwitverrijkt dieet * Lactosebeperkt dieet * Fructosebeperkt dieet * FODMAP-dieet * Gebruik van voedingsvezelpreparaten * Gebruik van probiotica * Gebruik van galzuurbinders * Gebruik van medische voeding (drinkvoeding en/of sondevoeding) * Gebruik van enzym suppletie (pancreas, lactase) * Suppletie van vitaminen, mineralen en spoorelementen * Gebruik van MCT-vet   **LEEFSTIJLADVIEZEN**   * Bewegen volgens de Beweegrichtlijnen * Zorgen voor een goede nachtrust |

**Het stappenplan Dieetbehandeling diarree bij volwassenen is opgesteld door de docenten van de PIT Actief leergang Diarree en obstipatie, op verzoek van de deelnemers aan de leergang. In het stappenplan zijn de studiestof van de leergang en de knelpunten en vragen van de deelnemers verwerkt. Het stappenplan is opgebouwd volgens de fasen van methodisch handelen van de diëtist. Het stappenplan geeft structuur aan het achterhalen van de oorzaak van de diarree, aan het opstellen van een adequaat behandelplan en aan het aantoonbaar effectief zorg verlenen.**

**Elke patiënt vraagt om een individuele begeleiding, waarvoor de behandelend diëtist verantwoordelijk is. Dit stappenplan is geen dieetbehandelingsrichtlijn.**

**Prof. dr. Lisbeth Mathus-Vliegen, MDL arts, em. hoogleraar klinische voeding**

**Annet Scholten, diëtist**

**PIT actief, Juni 2019**