

VU Research Portal

Clinical approach to anorectal disorders

Lam, T.J.

2015

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Lam, T. J. (2015). *Clinical approach to anorectal disorders*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam].

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Samenvatting

Anorectale klachten zijn buitengewoon hinderlijk en sociaal invaliderend. Vaak voorkomende anorectale klachten zijn fecale incontinentie, bekkenbodemp hypertonie met obstipatie, hemorroiden, fissura ani, peri-anele fistels, anale jeuk en anale pijn.

Ondanks de geavanceerde onderzoeksmogelijkheden vormen een goede anamnese en gericht lichamenlijk onderzoek met rectaal toucher en eventueel vaginaal toucher de basis om tot een goede diagnose te komen.

Lichamenlijk onderzoek

Het lichamenlijk onderzoek bij een patiënt met anale klachten omvat naast onderzoek van de buik ook rectaal toucher. Bij vrouwen dient soms ook vaginaal toucher plaats te vinden. Er zijn nog veel artsen en patiënten die opzien tegen rectaal toucher.

Bij elke stap wordt aan de patiënt uitgelegd wat er gaat gebeuren. Het is gebruikelijk dat de patiënt op zijn linker zij ligt. De arts begint met inspectie van de huid rondom de anus. Er wordt gelet op erosies, 'skin tags' (anale bindweefsel stukjes), anale fissuren en externe hemorroiden. Vervolgens wordt de patiënt gevraagd te persen, waarbij wordt gekeken naar een mucosale of rectumprolaps (uit de anus) of een rectocele (uitpuilend uit de vagina).

Na inspectie wordt rectaal toucher verricht. Eerst wordt in rust de druk van de sfincter beoordeeld. Er wordt gelet op pijn, eventuele fissuur en het aspect van de feces in het rectum. Bij vrouwelijke patiënten wordt tevens gevoeld of de rectumvoorwand prolabeert in de vagina. Vervolgens wordt de patiënt gevraagd aan te spannen. Hierbij wordt de knijpkracht van de externe sfincter en de bekkenbodemp beoordeeld. Tenslotte wordt de patiënt gevraagd te persen. De onderzoeker voelt hierbij naar het ontspannen van de bekkenbodemp en van de musculus puborectalis in het bijzonder. Dit doet men door de vinger aan de musculus puborectalis te haken. Bij niet-voelbare relaxatie kan het zijn dat de opdracht verkeerd is begrepen, maar meestal wijst een niet-voelbare relaxatie op onvoldoende controle over de bekkenbodempspier. Na het voorzichtig verwijderen van de vinger wordt de handschoen geïnspecteerd op het achterblijven van bloedsporen.

Aanvullend onderzoek

Routine aanvullend onderzoek wordt niet geadviseerd bij patiënten met fecale incontinentie en chronische obstipatie. Uiteraard bij alarmsymptomen en niet-pluis gevoel dient de patiënt verwezen te worden naar specialist voor verder onderzoek, waarbij ondermeer endoscopisch onderzoek van het colon (de dikke darm) zal gebeuren. Bij aanvullend onderzoek bij patiënten met fecale incontinentie en chronische obstipatie die onvoldoende reageren op conservatieve behandeling kan worden gedacht aan anorectaal functieonderzoek, bestaande uit anorectale manometrie en anale endoechografie. Defecografie en colonpassagetijd worden ook wel verricht.

Anorectale manometrie geeft informatie over de functie van de anorectale kanaal. Bij dit onderzoek wordt er in de anus een katheter met drukmeetpunten ingebracht. Aan de tip van de katheter is een ballon bevestigd die met lucht of water gevuld kan worden. Bij

de anorectale manometrie wordt er gekeken naar 1. rustdruk; 2. knijpkracht; 3. relaxatie na persen; 4. interne sfincter reflex; 5. sfincter lengte; 6. eerste sensatie; 7. aandrangensatie; 8. maximale capaciteit.

Bij anale endoechografie kunnen goede afbeeldingen van het rectum en de sfincter worden gemaakt. Met de starre endoechokop met een roterende transducer kunnen er beelden van 360 graden worden gemaakt van het rectum, de musculus puborectalis, de externe sfincter, de interne sfincter en de submucosa.

Fecale incontinentie

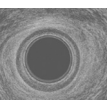
Fecale incontinentie wordt gedefinieerd als het ongewild verlies van gas of feces. De oorzaak van incontinentie is vaak multifactorieel bepaald. In **hoofdstuk 2** wordt de anorectale functie van incontinentie met continente patiënten vergeleken. Incontinentie patiënten hadden gemiddeld lagere drukken, maar er bestond een grote overlap in deze drukken. Risicofactoren voor het ontwikkelen van fecale incontinentie bij vrouwen waren: leeftijd, consistentie van de ontlasting, lage anale drukken, kleine rectale capaciteit en sfincter defecten. Met deze risicofactoren werd een formule ontwikkeld om het risico op fecale incontinentie in te schatten. De formule kan nuttig zijn bij het voorspellen van fecale incontinentie bij patiënten na het opheffen van een stoma.

Gezien de grote overlap in de resultaten van de anorectale manometrie en de anale endoechografie, wordt aan de meerwaarde van deze onderzoeken getwijfeld. In **hoofdstuk 3** is er gekeken naar de meerwaarde van de anorectale manometrie en anale endoechografie bij patiënten met fecale incontinentie die geen baat hadden bij de conservatieve behandeling. We hebben laten zien dat patiënten met een groot sfincter defect een lagere rustdruk en een kortere sfincter hadden dan patiënten zonder sfincter defect. Met de manometrie kon geen onderscheid worden gemaakt tussen patiënten met wel of geen sfincter defect. Dit is van belang om te weten, omdat patiënten met een groot sfincter defect verwezen kunnen worden voor sfincterplastiek. Om deze reden hoeft anorectaal functie onderzoek niet routinematig te worden verricht bij patiënten met fecale incontinentie. Anorectale manometrie kan verricht worden indien chirurgische behandeling wordt overwogen.

In **hoofdstuk 4** wordt de effectiviteit en veiligheid van de SECCA geëvalueerd. SECCA is een behandeling waarbij radiofrequente energie wordt afgeleverd in de anus via een proctoscoop met naaldjes. De procedure gebeurt onder sedatie (roesje) en behoeft hierdoor geen ziekenhuisopname. In totaal waren er 31 patiënten met fecale incontinentie geïnccludeerd. De patiënten werden gedurende 3 jaar vervolgd. Helaas liet de SECCA behandeling onvoldoende resultaat zien. De Vaizey score van alle patiënten was 18 (SD 3) op baseline, 14 (SD 4) na 6 maanden, 14 (SD 4) na 1 jaar en 15 (SD 4) na 3 jaar. Drie jaar na de SECCA behandeling hadden 2 patiënten $\geq 50\%$ daling in de Vaizey score. De Vaizey score geeft de ernst van de incontinentie weer. Hoe hoger de score, hoe ernstiger de incontinentie.

Obstipatie

Obstipatie is een vaak voorkomende aandoening. Vaak worden patiënten met obstipatie verwezen voor anorectaal functie onderzoek. Bij patiënten met obstipatie wordt



vrijwel nooit afwijkende anale drukken waargenomen. Ook al worden er afwijkende drukken gevonden, zal dit in het algemeen geen invloed hebben op de behandeling. In **hoofdstuk 5** is er gekeken naar de meerwaarde van anorectaal functie onderzoek bij patiënten met chronische obstipatie. De drukken die werden gemeten kwamen overeen met rectaal toucher. Ook hier was er een grote overlap in drukken tussen gezonde mensen en patiënten met obstipatie.

Verder bleek uit de studie dat bij 40% van de verwezen vrouwen met chronische obstipatie bij lichamelijk onderzoek potentiële behandelbare aandoeningen waren gevonden. Het betrof in totaal 100 vrouwen met chronische obstipatie die verwezen waren naar de polikliniek MDL in het VU medisch centrum door huisartsen, chirurgen, internisten en MDL-artsen uit andere ziekenhuizen. Reeds bij lichamelijk onderzoek werd bij 25% een rectokèle en bij 15% hypertonie van de bekkenbodem gevonden, hetgeen het belang van rectaal en vaginaal toucher benadrukt bij patiënten met obstipatie. Rectokèle is het prolabereren van de rectale wand in de vagina. Er wordt gesproken van hypertonie van de bekkenbodem indien de musculus puborectalis bij drie pogingen niet relaxeert bij persen.

In **hoofdstuk 6** hebben we de smaak van de drie PEG 3350 preparaten die vaak worden voorgeschreven bij chronische obstipatie vergeleken. PEG 3350 is een laxerend middel dat voorkomt dat vocht uit de ontlasting wordt onttrokken waardoor deze zacht blijft. Het was een gerandomiseerde en dubbel geblindeerde studie met 100 vrijwilligers. De vrijwilligers werden gevraagd van een slokje te proeven van *Molaxole*®, *Movicol*®, en *Laxtra Orange*®. Uit de studie bleek dat *Laxtra Orange*® beter smaakte dan *Molaxole*® en *Movicol*®.

Perianale klachten bij patiënten met een chronische darmontsteking

Ongeveer 25-80% van de patiënten met de ziekte van Crohn hebben perianale klachten. De prevalentie van perianale klachten bij patiënten met colitis ulcerosa is onduidelijk.

Hoofdstuk 7 beschrijft een groep patiënten met chronische darmontsteking met perianale klachten in de voorgeschiedenis die voor 14 jaar waren vervolgd. Na 14 jaar bleek dat ongeveer iets meer dan de helft van deze patiënten nog steeds last hebben van milde perianale klachten, zoals soiling, fecale incontinentie en fisteling.

Perianale klachten bij vrouwen na een totaalruptuur

Men spreekt van een totaalruptuur indien bij de bevalling de anale kringspier wordt beschadigd. Vrouwen na totaalruptuur kunnen last krijgen van fecale incontinentie en seksuele dysfunctie. **Hoofdstuk 8** evalueert de perianale klachten bij vrouwen 5 jaar na een totaal ruptuur. De prevalentie van fecale incontinentie was 63% voor flatus, 50% voor dunne ontlasting, en 20% voor vaste ontlasting. Betreffende klachten op seksuele gebied had 59% klachten van verlangen, opwinding, orgasme of pijn.

Hemorroiden

Hemorroiden zijn de meest voorkomende perianale klachten. Rubber bandligatie is de eerst aangewezen behandeling bij hemorroiden. **Hoofdstuk 9** gaat over de effectiviteit van de anale koeler bij pijnbestrijding na rubber bandligatie. Iets meer dan de helft van de patiënten geeft een VAS > 6 aan na rubber bandligatie, waarvan 55% orale analgetica nodig heeft. VAS

is een schaal om pijn aan te geven (0 geen pijn; 10 extreme pijn). De anale koeler was effectief bij 25% van de patiënten met anale pijn.

Toekomst perspectief

Anorectale manometrie en anale endoechografie zijn vaak gebruikte testen voor het onderzoeken van de anale functie en de anorectale coördinatie.

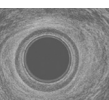
Traditioneel werd anorectale manometrie uitgevoerd met een solid-state of een water geperfundeerde katheters met 2-4 drukpunten. Een relatief nieuwe methode, de Hoge Resolutie Anorectale Manometrie (HRAM) meet de druk in het anorectum met een groot aantal sensoren die dichtbij elkaar liggen. HRAM maakt gebruik van een katheter met 12 sensors, waarvan 10 sensoren met een interval van 6 mm in het anale kanaal zich bevinden, een proximale in een rectale ballon en de meest distale als externe referentie. Omdat de afstand tussen de sensoren kleiner is, kan er nauwkeuriger worden geïnterpoleerd. (MMS, Enschede, the Netherlands).^[1]

Een andere nieuwe methode is Hoge Definitie 3D anorectale manometrie. Deze katheter heeft zelfs meer sensoren, namelijk 256, die gerangschikt zijn in 16 rijen met 16 circulaire georiënteerde sensoren. Artefacten als gevolg van beperkte verplaatsingen van de katheter zijn veel minder storend. (Manoview™, Sierra Scientific Instruments., Los Angeles, Ca, USA).^[2]

Hoge Resolutie Manometrie en Hoge Definitie 3D zijn een relatief eenvoudig uitvoerbare onderzoeken. Gesuggereerd wordt dat deze methodes makkelijker uitvoerbaar zijn dan de conventionele manometrie, omdat bij de conventionele manometrie nauwkeuriger gewerkt moet worden wegens minder sensoren en hierdoor bij verplaatsing van de katheter meer meetfouten kunnen worden gemaakt. De meetgegevens bij de nieuwe methodes worden makkelijker en sneller geïnterpreteerd doordat naast de conventionele weergave van de drukken, de drukken met behulp van een computerprogramma ook omgezet kunnen worden in een kleurenfiguur.

Helaas zijn de nieuwe methodes duurder dan de traditionele manometrie. De vraag rijst of de nieuwe methodes ook meerwaarde hebben. Toekomstige studies zouden zich moeten richten op de additionele waarde van deze nieuwe methodes ten opzichte van de traditionele manometrie en of dit kosteneffectief is.

Nieuwe internationale richtlijnen worden ontwikkeld voor standaardisatie van de anale manometrie, waarbij er gekozen wordt voor HRAM, omdat dit meer informatie geeft dan de traditionele methode. (*Ascona II Advances in Clinical Measurement of Gastrointestinal Motility and Function, 19-24 april 2015, Ascona, Switzerland*)



Referentie

1. Carrington EV, Brokjaer A, Craven H, Zarate N, Horrocks EJ, Palit S, Jackson W, Duthie GS, Knowles CH, Lunniss PJ, Scott SM. Traditional measures of normal anal sphincter function using high-resolution anorectal manometry (HRAM) in 115 healthy volunteers. *Neurogastroenterol Motil.* 2014 May;26(5):625-35.
2. Benezech A, Bouvier M, Grimaud JC, Baumstarck K, Vitton V. Three-dimensional high-resolution anorectal manometry and diagnosis of excessive perineal descent: a comparative pilot study with defaecography. *Colorectal Dis.* 2014 May;16(5):O170-5.