

Continentiesparende ingrepen bij colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn

Soms is een operatie noodzakelijk bij colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn. Dr. J.H.C. Kuipers hield op de Algemene Ledenbijeenkomst van dit jaar een lezing over dit onderwerp. Wanneer wordt er operatief ingegrepen? Wat is er tegenwoordig allemaal mogelijk op chirurgisch gebied?

Dr. J.H.C. Kuipers*

Colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn zijn beide aandoeningen van de darmen. Colitis ulcerosa beperkt zich tot de dikke darm en de endeldarm. De ziekte van Crohn kan worden gevonden van mond tot anus, meestal echter in de dunne en dikke darm. De ontstekingen die bij beide ziekten ontstaan worden behandeld met medicijnen. Dit gebeurt totdat veranderingen optreden die klachten geven die niet met medicijnen te behandelen zijn, zoals vernauwingen van de darmen, fistels en abscessen. Ook kunnen beide afwijkingen actief blijven tijdens medicamenteuze behandeling en ernstige diarree geven, of ontstaan er ongewenste bijwerkingen van de medicijnen. Operatieve verwijdering van het aangedane stuk is dan vaak noodzakelijk.

Het voedsel en drinken dat wij innemen wordt door bijmenging van maagzuur, gal en alvleeskliersappen tot een dunne, waterige brei van meerdere liters gemengd. In het laatste stuk van de darmen wordt het water eruitgehaald en dikt de massa in tot stevige ontlasting. De kringspieren houden de ontlasting tegen. Zodra de ontlasting in de endeldarm komt, ontstaat aandrang. De ontlasting kan lang worden opgehouden, omdat de endeldarm kan uitzetten en als een soort opslagschuur dienst kan doen.

Continentie voor ontlasting, het kunnen tegenhouden van de ontlasting, is afhankelijk van de dikte van de ontlasting, de grootte van de opslagschuur en de kracht van de kringspieren. Continentiestoornissen kunnen dus veroorzaakt worden door wegnemen van stukken darm, vermindering van de opslagcapaciteit of krachtsverlies van de kringspieren.

Bij colitis ulcerosa zijn alleen de dikke darm en endeldarm aangedaan. Door deze te verwijderen, is het dus mogelijk de patiënt te genezen. Lang is de standaardoperatie hiervoor geweest, na verwijderen van dikke darm en endeldarm, het hechten van de dunne darm in de buikwand (ileostoma) en het dichthechten van de anus. Het verwijderen van de dikke darm en de endeldarm is een grote operatie en heeft verschillende complicaties, zoals plasproblemen en potentiële stoornissen bij de man. In het gebied rondom het laatste deel van de endeldarm lopen namelijk de zenuwen die dit

verzorgen. Door de operatie kunnen deze zenuwen beschadigd worden, wat als gevolg kan hebben dat deze functies korter of langer gestoord zijn. Een enkele maal zijn ze blijvend, maar dit gebeurt gelukkig slechts zelden. Het is daarom echter wel van belang dat bij een man met nog kinderwens zaad wordt veiliggesteld. Ook kunnen stomacomplicaties optreden, waardoor de stoma-applicatuur niet goed blijft zitten of de afvoer van de darminhoud belemmerd wordt. Wondgenezingsstoornissen van het zitvlak treden eveneens regelmatig op.

Met een stoma kan een normaal leven worden geleid. Het is echter begrijpelijk dat mensen liever een leven leiden zonder stoma. Het sociale en seksuele leven blijkt ernstig gestoord te kunnen worden door een stoma vanwege schaamte, verzorgingsproblemen of het niet kunnen accepteren.

Met een stoma kan een normaal leven worden geleid

Het slijmvlies van het anale kanaal, het gebied van de kringspieren, is anders dan het slijmvlies van de dikke darm. Het wordt niet aangetast door colitis ulcerosa en hoeft daarom niet weggehaald te worden. Verbinden van de dunne darm met het anale kanaal, een ileo-anale anastomose, is technisch mogelijk. Het leidt echter tot een zeer hoge ontlastingsfrequentie van wel 20 à 30 keer per dag. De darminhoud is in de dunne darm nog niet ingedikt, bedraagt ongeveer anderhalve liter per dag en wordt continu afgescheiden. Opslag is niet mogelijk, omdat er geen reservoir aanwezig is, zodat de darminhoud bij aandrang direct moet worden uitgescheiden. Het is mogelijk om van het laatste gedeelte van de dunne darm een reservoir te maken, waardoor opslag mogelijk wordt (het ileo-anale reservoir). Verbinden van dit reservoir met het anale kanaal geeft aanvankelijk een gemiddelde ontlastingsfrequentie van 8-10 keer per 24 uur, na een half jaar 6-8 keer en na een jaar 5 à 6 maal daags. Dit gebeurt in 90% van de gevallen. De ontlasting kan goed worden tegengehouden. Soms moet wel Imodium worden gebruikt om de ontlasting in te dikken. De continëntie na een re-

* Dr. J.H.C. Kuipers is als chirurg verbonden aan het Academisch Ziekenhuis St. Radboud te Nijmegen.

reservoir is duidelijk anders dan normaal, maar goed te combineren met een normaal leven. In het algemeen mag dan gesteld worden dat men van de ziekte definitief verlost is.

De operatie wordt, door het aanleggen van een reservoir in plaats van een stoma, niet groter. Wel treden specifieke complicaties op, zoals lekkage, fisteling en vernauwing van de naad. Maar er is geen kans meer op gestoorde genezing van het zitvlak en stomaproblemen. Aanvankelijk werd een tijdelijk ontlastend stoma aangelegd, omdat de anale naad niet gegarandeerd waterdicht te krijgen was. Door gebruik te maken van automatische niet-apparatuur (waarbij de naden met nietjes worden aangelegd in plaats van met de hand) is deze naad wel betrouwbaar te leggen en zijn de naadcomplicaties duidelijk verminderd. Een stoma achten wij dan ook niet meer noodzakelijk. Meer dan 90% van onze patiënten gaat binnen 14 dagen zonder stoma of complicaties naar huis.

Een afwijking die vaak bij een reservoir gezien wordt is pouchitis. Dat is een afwijking waarbij het slijmvlies van het reservoir ontstoken raakt door nog onduidelijke redenen. Dit geeft aanleiding tot een toename van de ontlastingsfrequentie, dunner worden van de ontlasting, bloedbijmenging en onderbuikklachten. Het is redelijk adequaat met medicijnen te behandelen, maar kan leiden tot verwijdering van het reservoir. Pouchitis kan 10 jaar na aanleggen van een reservoir nog optreden.

Bij de ziekte van Crohn is het onverstandig een reservoir-operatie uit te voeren, omdat bij deze ziekte ook de dunne darm en het anale kanaal kunnen meedoen. De patiënt met de ziekte van Crohn is door een operatie nooit van zijn ziekte te genezen en is daarom gebaat bij het verwijderen van zo weinig mogelijk darm om problemen met voedselopname en continentie (door dun worden van de ontlasting) in de toekomst te voorkomen.

Bij colitis ulcerosa, maar met name bij de ziekte van Crohn, treden soms anale fistelingen op. Dit zijn abnormale verbindingen tussen de darm en de huid. Daarbij ligt de inwendige opening meestal binnen het gebied van de kringsspieren, soms hoger in de endeldarm. Ook kunnen zij bij vrouwen tussen de endeldarm en vagina verlopen (rectovaginale fistel). Ze geven aanleiding tot regelmatige abcesvorming en frequente pusafscheiding, waardoor het bilgebied en zitvlak zeer pijnlijk worden. Het is duidelijk dat deze klachten iemand gemakkelijk kunnen isoleren van de maatschappij en dat seksuele handelingen zeer belemmerd, zo niet onmogelijk worden. Wanneer een inwendige opening binnen de kringsspieren ligt, is het onder normale omstandigheden mogelijk de fistel te klieven, waardoor een deel van de kringsspieren wordt doorsneden. Hierbij treedt in ongeveer 25% van de gevallen gering verlies van controle over windjes en diarree op. Als echter bij een patiënt met de ziekte van Crohn al stukken darm zijn verwijderd en de kwaliteit van de ontlasting dunner wordt, of wanneer een ileo-anaal reservoir wordt aangelegd bij colitis ulcerosa, zal na openleggen van een anale fistel een patiënt dus eerder en meer continentieklachten hebben. Het moge duidelijk zijn dat bij inwendige fistelopeningen die boven de kringsspieren in

de endeldarm liggen, klieven geen zin heeft, omdat dan de hele kringspier wordt doorgenomen en de patiënt volledig incontinent zou worden.

Aanleggen van een stoma doet de ontstekingen weliswaar tot rust komen, maar geneest ze niet. Zodra het stoma wordt opgeheven is de kans op opnieuw optreden groot. Het is ook mogelijk een dunne rubberen draad, seton genaamd, door het fistelkanaal rondom de kringspier te leggen, waardoor de ontsteking in het fistelkanaal continu afloopt (draineert) en dus geen abcesvorming veroorzaakt. Dit geeft weliswaar een voortdurende afscheiding, maar de abscessen en pijnklachten worden weggenomen. Ook bij fistels tussen endeldarm en schede is een dergelijke techniek goed mogelijk. Het blijkt dat patiënten hiermee alle handelingen en activiteiten kunnen uitvoeren, zoals zwemmen, fietsen en lopen. Zelfs vrijen is zonder problemen mogelijk. Een seton kan altijd zonder problemen poliklinisch worden verwijderd, waarna alles nog mogelijk is. Het aanleggen van een seton is zinvol wanneer de chirurg denkt dat openleggen van de fistel continentieklachten geven zal.

Behoud van continentie is van belang voor een normaal maatschappelijk functioneren

De anale kringsspieren maken deel uit van de bekkenbodemspier, een spierplaat die de buikholte aan de onderzijde afsluit. Verzwakking van deze spierplaat geeft niet alleen een slechtere functie van de anale kringspier, maar ook van de blaas-kringspier. Ook worden door het wegvallen van de steun veel verzakkingen gezien van darm, blaas en baarmoeder. Omdat we weten dat de bekkenbodemspier verzwakt kan worden door overrekking tijdens een vaginale bevalling, met alle gevolgen voor de continentie, adviseren wij vaak in het geval van een zwangerschap, een keizersnede te laten verrichten.

Behoud van continentie is van belang voor een normaal maatschappelijk functioneren. Bij colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn kan de continentie door verschillende factoren bedreigd worden of verslechteren. Bij een slechte continentie is een stoma te verkiezen, omdat een leven met incontinentie geen leven is. Met een goed aangelegd stoma is een normaal functioneren immers goed mogelijk. Ik hoop u hier duidelijk gemaakt te hebben, dat er de laatste jaren nieuwe technieken ontwikkeld en inzichten ontstaan zijn. Deze maken het behoud van continentie mogelijk, waar hij vroeger moest worden opgeofferd om een betere kwaliteit van leven te krijgen. Het is goed om voor een operatie hier eens met uw internist of chirurg over te praten. Immers, zodra een kringspier is beschadigd, is hij nooit meer goed te herstellen en komt een definitief stoma dichterbij.