



# Defecatieklachten na rectumchirurgie

A. Solle\*

Het is steeds meer bekend dat de patiënt na rectumchirurgie defecatieklachten kan ontwikkelen. Waar vroeger weinig tot geen aandacht voor was, worden deze klachten steeds vaker serieus genomen en behandeld. De verzamelnaam voor deze klachten is het Low Anterior Resectie Syndroom (LARS) (1).

Defecatieklachten na rectumchirurgie (LARS) zijn:

- urge klachten (snel naar toilet moeten),
- incontinentie,
- tien tot twintig keer per dag naar het toilet moeten,
- binnen het uur weer naar het toilet moeten,
- obstipatie.

Risicofactoren op LARS-klachten zijn:

- niet goed werkende sluitspier,
- radiotherapie (RT) en/of chemotherapie,
- lage anastomose < 5 cm (de nieuwe verbinding van de darmen),
- TME techniek,
- na opheffen stoma meer kans op LARS klachten.

## Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag was of bovengenoemde risicofactoren en klachten terug te zien zijn bij de eigen patiëntengroep in het Martini Ziekenhuis in Groningen.

Daarom zijn er 99 patiënten gevolgd, in de periode april 2017 tot mei 2019. Allen vanaf ongeveer zes tot acht weken na de operatie. 95 patiënten die gevolgd zijn hebben wel eerst een (tijdelijk) stoma gehad; vier patiënten hebben geen stoma gehad. Er is gekeken naar de klachten, de voorbehandeling en de hoogte van de anastomose.

De LARS-scorelijst, (2) die in 2017 in Nederland is ingevoerd, is bij alle patiënten gebruikt (tabel 1).

## Hoeveel patiënten ontwikkelden LARS-klachten?

In tabel 2 is te zien dat er totaal 61 mannen en 38 vrouwen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Daarbij had 62.6% geen LARS-klachten, daarentegen had 17.2% wel lage LARS-klachten; dit betekent een score van 21 - 29 punten op de LARS-score lijst. En 20.2% had hoge LARS-klachten. Dit is een score tussen 30 - 42 punten op de LARS-scorelijst. Samenvattend betekent dit dat 37.4% van de deelnemers klachten had vier tot zes weken na de operatie. Dit is meer dan eenderde. Uit artikelen over LARS (1,3) blijkt dat er veel discussie is over de hoogte van de anastomose; hier wordt dan ook gezegd, hoe lager de anastomose, hoe meer kans op LARS-klachten. In het

## Tabel 1. LARS score lijst zoals hij in Nederland ingevoerd is (2)

Deze vragenlijst heeft tot doel de darmfunctie van patiënten met endeldarmkanker te meten. Per vraag mag u één antwoord aankruisen. Het kan moeilijk zijn om maar één antwoord te kiezen, aangezien we weten dat bij sommige patiënten de symptomen van dag tot dag variëren. Echter vragen we u het antwoord te kiezen die het beste uw dagelijks leven beschrijft. Als u recent een darminfectie heeft gehad, vragen we u deze symptomen niet mee te nemen in uw antwoorden, maar u te focussen op uw dagelijkse leven.

### Bent u wel eens in de situatie geweest dat u geen controle had over het laten van windjes?

- nee, nooit 0
- ja, minder dan 1 keer per week 4
- ja, tenminste 1 keer per week 7

### Bent u wel eens in de situatie geweest, dat u dunne ontlasting niet kon ophouden?

- nee, nooit 0
- ja, minder dan 1 keer per week 3
- ja, tenminste 1 keer per week 3

### Hoe vaak gaat u naar het toilet voor ontlasting?

- meer dan 7 keer per dag (24 uur) 5
- 4-7 keer per dag (24 uur) 4
- 1-3 keer per dag (24 uur) 2
- minder dan 1 keer per dag (24 uur) 0

### Moet u wel eens binnen het uur opnieuw naar het toilet voor ontlasting?

- nee, nooit 0
- ja, dit gebeurt minder dan 1 keer per week 9
- ja, dit gebeurt tenminste 1 keer per week 11

### Heeft u wel eens zo'n aandrang van ontlasting, dat u zich naar het toilet moet haasten?

- nee, nooit 0
- ja, dit gebeurt minder dan 1 keer per week 11
- ja, dit gebeurt tenminste 1 keer per week 16

### U kunt nu het totaal aantal punten dat u heeft gescoord op de 5 vragen optellen.

De interpretatie van deze score is als volgt:

- 0-20: geen LARS
- 21-29: lage LARS
- 30-42: hoge LARS

**Tabel 2. Verdeling man/vrouw in combinatie met LARS klachten**

	man	vrouw	totaal
1 Geen LARS	38 (62.3%)	24 (63.2%)	62 (62.6%)
2 Lage LARS	11 (18 %)	6 (15.8%)	17 (17.2%)
3 Hoge LARS	12 (19/7%)	8 (21.1%)	20 (20.,2%)
Totaal	61 (100%)	38 (100%)	99 (100%)

onderzoek is er ook gekeken naar de hoogte van de anastomose.

De uitslag hierin is interessant om te bekijken; het blijkt dat weliswaar 60.8 % van de patiënten lage en hoge klachten heeft met een anastomose < 5cm, die zeker ook behandeld moeten worden. Tevens blijkt dat bijna 40% van de mensen met een anastomose < 5cm geen klachten heeft, hieronder is beschreven hoe hoog de anastomose dan is bij de groep met een anastomose < 5cm (tabel 3).

- één patiënt met anastomose op 1 cm met kort RT (radiotherapie),
- één patiënt met anastomose op 2 cm, geen voorbehandeling,
- drie patiënten met anastomose op 3 cm en lang schema RT/chemo,
- vier patiënten met anastomose op 4 cm, tweemaal kort RT, eenmaal lang schema en eenmaal geen voorbehandeling.

Hierbij is het goed te weten dat er bij een lage anastomose geen klachten hoeven te zijn.

De groep patiënten (30.4%) met een lage LARS-score en anastomose < 5cm, in tabel 3:

- twee patiënten met anastomose op 2 cm, één geen voorbehandeling en één met kort RT,
- drie patiënten met anastomose op 3 cm, twee geen voorbehandeling, één met lang schema chemo,

**Tabel 3. Overzicht klachten in combinatie anastomose in het Martini Ziekenhuis**  
In deze tabel kun je zien hoe hoog de anastomose is en hoeveel % van de patiënten dan klachten hebben

Hoogte anastomose	1 geen LARS	2 laag LARS	3 hoog LARS	totaal
> 5cm	50 72.5%	8 11.6%	11 15.9%	69 100%
< 5 cm	9 39.1%	7 30.4%	7 30.4%	23 100%
totaal	59 64.1%	15 16.3%	18 19.6%	92 100%

- twee patiënten met anastomose op 4 cm, één geen voorbehandeling en één met lang schema chemo.

De groep patiënten (30.4%) met hoge LARS score en anastomose < 5cm, in tabel 3:

- één patiënt met anastomose op 1 cm, geen voorbehandeling,
- één patiënt met anastomose op 2 cm kort RT,
- drie patiënten met anastomose op 3 cm, één met kort RT, en twee met lang schema chemo,
- twee patiënten met anastomose op 4 cm, geen voorbehandeling.

Er is ook nog een groep van elf patiënten met hoge LARS-klachten (39.1%) en toch een anastomose > 5cm, in tabel 3:

- zeven patiënten met een anastomose variërend van 5 tot 20 cm (20/10/18/5), allemaal geen RT/chemo,
- drie patiënten met een kort schema RT, met anastomose allemaal op 8 cm,
- één patiënt met een lang schema RT/chemo met anastomose op 5 cm.

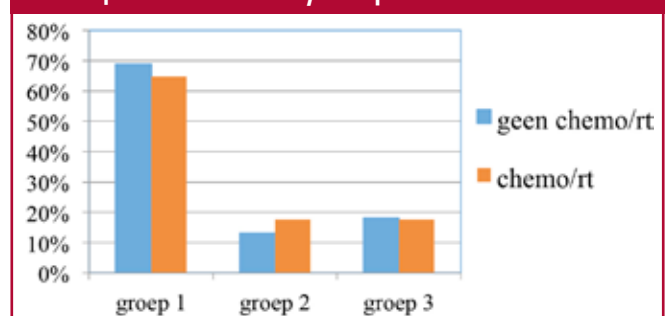
Hierbij is te zien dat er ook patiënten zijn die bij een hoge anastomose > 5cm, zelfs op 20 cm nog klachten kunnen ontwikkelen. Dit benadrukt het feit dat het goed is om de patiënten met een low anteriorresectie, of zelfs een sigmoïdrectie, goed voor te lichten en een nazorgtraject omtrent LARS aan te kunnen voor betere kwaliteit van leven. In tabel 4 is de verhouding weergegeven waar de patiënt wel of geen voorbehandeling heeft gehad in combinatie met de klachten van LARS.

### Behandeling LARS klachten tijdens het onderzoek

Patiënten werden gebeld, vier tot zes weken na opheffen stoma. Daarbij wordt de LARS-scorelijst (tabel 1) afgenomen, en de Bristol stool score (4).

Bij een LARS-score van > 20 wordt er ingezet op voeding (vezels) en afhankelijk van de ernst van de klachten ook psyllumvezels. Indien dit nog niet afdoende is dan wordt er

**Tabel 4. Invloed chemo/RT op LARS**



(groep1: geen LARS-klachten, groep 2: lage LARS-klachten, groep 3: hoge LARS-klachten)

gestart met loperamide, of een combi van loperamide met psylliumvezels. De psylliumvezels kunnen opgebouwd worden van een tot drie zakjes, dit in te nemen met een half glas water, na de maaltijd. Dus niet zoals de gebruiksaanwijzing vermeldt, met veel water!

Er is ook gekeken naar het effect die deze behandeling had op de LARS-score. Daaruit bleek dat de helft van de patiënten goed geholpen is met het gebruik van psylliumvezels, een aantal waren al geholpen met alleen voedingsadviezen. De andere patiënten waren gebaat bij de combinatie psylliumvezels en loperamide.

In tabel 5 is te zien hoe de behandeling is ingezet bij vier patiënten die een low anteriorresectie zonder stoma hebben gehad. Twee patiënten van de totale groep mensen zijn gestart met rectaal irrigeren (na een jaar klachten) en één patiënt heeft gekozen voor een eindstandig colostoma.

### Conclusie en discussie

Naar aanleiding van het onderzoek in het Martini Ziekenhuis is te zien dat het eigenlijk niet te voorspellen is wanneer de patiënt meer kans heeft op LARS-klachten.

In de tabellen is te zien dat er geen concreet verschil is of er wel of geen voorbehandeling is geweest en hoe hoog of laag de anastomose is.

Daarom is het heel erg belangrijk dat er preoperatief gesproken is over LARS-klachten bij alle vormen van rectumchirurgie en dat er samen met de patiënt gekeken wordt wat voor hem of haar de beste keus is voor de behandeling, wel of niet een tijdelijk of definitief stoma. Daarbij is het zeker de moeite waard om ook bij een lage anastomose, een tijdelijk stoma aan te leggen i.p.v. een definitief stoma.

Men gaat dan meer voor shared decision making. Tevens wordt gekeken naar de situatie van de patiënt; is hij mobiel, wat is de voorgeschiedenis en hoe is de continentie. In tabel 6 zie je de checklist voor LARS, indien de patiënt één van de vragen met een 'JA' beantwoordt, is het al verstandig om preoperatief de LARS-klachten te bespreken. Deze checklist is door het Martini Ziekenhuis zelf ontwikkeld. In Nederland wordt ook de POLAR-score (5) gebruikt, in het Martini Ziekenhuis wordt deze niet gebruikt. Daarnaast is het belangrijk, indien de patiënt niet kiest voor een definitief stoma, of na opheffen van de tijdelijke stoma, dat een nazorg traject aangeboden wordt.

**Tabel 6. Checklist LARS van het Martini ziekenhuis Groningen**

Continentieklachten?	o ja	o nee
- wat is daarbij uw grootste klacht?	.....	
- kunt u de ontlasting ophouden?	o ja	o nee
- kunt u winden en diarree ophouden?	o ja	o nee
- vrouw, bevallen? Hoe vaak, moeizaam?	o ja	o nee
Bepaalde mobiliteit?	o ja	o nee
Co-morbiditeit?	o ja	o nee
Chemotherapie?	o ja	o nee
Radiotherapie?	o ja	o nee
Tumor hoogte < 10cm vanaf de anus?	o ja	o nee
TME techniek hanteren?	o ja	o nee

Op deze manier kan de patiënt begeleiding gegeven worden bij de LARS-klachten.

Na het onderzoek is het Martini Ziekenhuis gestart om na twee weken na opheffen van de stoma de patiënten te bellen voor de LARS-score, omdat in de praktijk bleek dat vier tot zes weken toch aan de late kant was. Tevens is gestart om alle patiënten na een low anteriorresectie te begeleiden. Dus ook de patiënten zonder een stoma.

### Literatuur

1. Bryant CLC, Lunnis PJ, Knowles CH, et al. **Anterior resection syndrome.** The Lancet/oncology 13, 2012:403-8.
2. Hupkens BJP, Breukink SO, Olde Reuver of Briel C, et al. **Dutch validation of the low anterior resection syndrome score,** Colorectal Disease, 21-04-2018, 881-887
3. Emmertsen J, Laurberg S. **Impact of bowel dysfunction on quality of life after sphincter preservind resection for rectal cancer.** British Journal of Surgery, 2013;100: 1377-87.
4. Meetinstrumenten in de zorg. (2019, 13 december). Bristol Stoelgangsschaal / Bristol Stool Form Scale, Geraadpleegd op 20 oktober 2022, van <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/bristol-stoelgangsschaal-bristol-stool-form-scale/>
5. Behandelkeuzes en interventies ter preventie van LARS na behandeling RC - Richtlijn - Richtlijnen database. (z.d.). Geraadpleegd op 20 oktober 2022, van [https://richtlijnen database.nl/richtlijn/colorectaal\\_carcinoom\\_crc/perioperatieve\\_zorg\\_bij\\_crc/behandelkeuzes\\_en\\_interventies\\_ter\\_preventie\\_van\\_lars\\_na\\_behandeling\\_van\\_het\\_rc.html](https://richtlijnen database.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc/perioperatieve_zorg_bij_crc/behandelkeuzes_en_interventies_ter_preventie_van_lars_na_behandeling_van_het_rc.html)

\*Astrid Solle, stoma- en continentieconsulent, Martini Ziekenhuis, Groningen

**Tabel 5. Overzicht behandeling van de vier patiënten zonder stoma**

M/V	Chemo	RT	Naad cm	LARS 1	Zakje Metamucil	Loperamide	LARS 2	Zakje Metamucil	Loperamide	LARS 3	Zakje Metamucil	Loperamide	LARS 4
M	1	1	8	29	1	0	29	2	0	29	3	0	13
V	0	1	8	41	3	0	36	3	4	30	2	4	20
V	0	0	7	29	2	0	17	1	0				
V	0	0	3	36	2	0	14	1	0				

Tabel 5. Overzicht behandeling van de vier patiënten zonder stoma