Nieuwvormingen en defaecatiestoornissen

DR. J. ROOS, INTERNIST TE 'S-GRAVENHAGE

De term „stoornis" betekent een afwijking van het normale. Wat is normaal in de defaecatie? Tot gisteren waren mij geen cognitieve aspecten van de defaecatie bij de mens bekend. Wellicht is de meest normale ontlasting die, welke het individu zich niet bewust is. Een mens met belangstelling en activiteiten buiten zichzelf is zich dikwijls nauwelijks bewust hoe frequent en hoedanig hij wel of niet defaeceert.

De aandacht voor de defaecatie is bij jonge mensen dikwijls een symptoom van anale fixatie, terwijl ouderen en zeer ouden de resterende energie van het flakkerende bestaan helaas geheel of gedeeltelijk wijden aan een alles overheersende aandacht voor één der weinige vitale prestaties die hun nog resten. „Het is niet gekomen", „het was niet genoeg" of „een goede opruiming" zijn opmerkingen die wijzen op een weinig vruchtbare interesse, wellicht speciaal optredend bij hen, wier lange vruchtbare jaren in de tropen van het lavement en het ontlastingobat (medicijn) tè vertrouwde huismiddelen hebben gemaakt.
Beter vervangen wij het woord „stoornis" door „verandering". Verandering in het defaecatiepatroon, het eerste rommelen van het onweer voor het individu dat patiënt wordt. Het genante van het rectale onderzoek, van de rectoscopie en van de anus praeternaturalis wachten.

Anamnese

Wij luisteren eerst, zoals het in de geneeskunde behoort, naar de patiënt zelf. Hoe is het hem overkomen? „Anders ging ik altijd, voor zover ik weet, 's ochtends na mijn eerste sigaret naar de WC. Maar nu moet ik na een half uur nog eens en dan nog eens. Het lijkt wel of de ontlasting soms een meer afgeplatte vorm heeft, als een soort lint. En dan zie ik soms alleen maar een flots slijm met een streepje bloed. En nog weer een volgende keer komt er alleen een wind. Soms moet ik hollen, want anders komt het in de kleren. Dit gebeurt vooral wanneer ik een felle kramp heb gevoeld in het fondament." Deze mededelingen vertalen wij in technische termen:

1. wijziging in frequentie,
2. loze aandrang,
3. bijmenging van bloed en/of slijm,
4. tenesmi ad anum,
5. imperatieve aandrang,
6. lintvorm.

Differentiële diagnose coloncarcinoom

Op zichzelf is het merkwaardig dat een klein carcinoom in het rectum, dat immers het leven lang eraan gewend is geweest een wisselende inhoud te hebben, deze symptomen kan geven. Zou het de infiltratieve groei zijn die de frequentie doet wijzigen en die de loze aandrang geeft? Zou het samenspel tussen sfincter en detrusor worden gestoord (*Duthie*)?
Men versta mij niet verkeerd: de verandering van het defaecatiepatroon en de haar begeleidende paladijnen moeten wel recent zijn, aangezien dit anamnestische syndroom zijn actuele betekenis verliest als de klachten ook reeds vroeger bestonden. Niet alleen kwaadaardige nieuwvormingen van rectum en sigmoid melden zich door deze verandering van het defaecatiepatroon, maar ook andere lokale ziekten en afwijkingen kunnen een recente verandering van het defaecatiepatroon veroorzaken. Hun aanwezigheid mag echter pas als verklaring worden verondersteld als de grote boosdoener, kanker, genoegzaam is uitgesloten.
Welke zijn dan wel die lokale afwijkingen? Colitis ulcerosa, die niet altijd alleen bij jonge mensen voorkomt, moet eens beginnen. De ziekte van Crohn zal bij een lokalisatie in de dikke darm in het begin ook defaecatiestoornissen kunnen geven, al zal wellicht het optreden van fistelvorming hier de weg wijzen. Het optreden van een veranderd defaecatiepatroon bij patiënten die in shock zijn geweest, kan een symptoom zijn van ischemische colitis, terwijl zij die vroeger in de tropen waren, na jaren nog een recidief van een amoebiasis kunnen doormaken. De proctalgia fugax, in het bijzonder een klacht van artsen en verpleegkundigen, is meer een heftige pijn in de endeldarm zonder dat er verandering van het defaecatiepatroon optreedt.
Wij zagen eens een patiënt met een pneumatosis cystoides van het sigmoid, die een duidelijke verandering van zijn ontlasting aangaf: hij loosde op haaievinnensoep gelijkende ontlasting, gemengd met slijm en bloed en toonde röntgenologisch een beeld dat moeilijk was te differentiëren van multipele polypen in het sigmoid. Bij operatie bleek er slechts een opeenhoping van luchtbelletjes tussen mucosa en submucosa te bestaan bij een patiënt die jarenlang een ernstige obstipatie had gehad.
Eenzelfde wonderlijke symptomatologie zagen wij eens bij een patiënt met colitis ulcerosa, die een aneurysma van de arteria hypogastrica bleek te hebben. Wij vergisten ons aanvankelijk en dachten bij toucher een pulserende tumor te vinden, die zeer pijnlijk was en imponeerde als een pararectaal abces. Gelukkig hebben wij niet geïncideerd of gepuncteerd maar door middel van een arteriografie van de arteria hypogastrica de ware aard van deze tumor kunnen aantonen.
Tenslotte kunnen ook infectieuze proctitiden en colitiden in de beginfase een verandering van defaecatiepatroon veroorzaken.

Wie zijn gepredisponeerd voor coloncarcinoom?

Bij wie moet men vooral beducht zijn dat de hiervoor vermelde symptomen wijzen op een distaal gelegen coloncarcinoom? Een groot percentage patiënten met familiaire adenomateuze polyposis krijgt coloncarcinoom. De dikke darm is in zo'n geval bezaaid met kleine en grote polypen, waarvan er soms op jeugdige leeftijd reeds één kan degenereren tot een kwaadaardig gezwel.
Wanneer deze polypen zich bovendien in de dunne darm bevinden en gepaard gaan met osteomen van de schedel en fibromen en lipomen van de weke delen, spreekt men van het syndroom van Gardner. Ook hierbij ziet men, in tegenstelling tot het syndroom van de Hagenaar Peutz (*Case report 53-1976*), maligne degeneratie. Maar deze zeldzame autosomale dominante polyposis is van minder praktisch belang dan de wetenschap dat een patiënt, die eens een coloncarcinoom heeft gehad, een veel grotere kans heeft tot het krijgen van een tweede carcinoom in het resterende gedeelte van zijn dikke darm. Het weer optreden van tenesmi, van ijzergebrekanemie of van een bij herhaling positieve benzidinereactie in de faeces van een patiënt die bijvoorbeeld voor een carcinoom van het sigmoid werd geopereerd, moet direct doen denken aan een tweede carcinoom in coecum of transversum.
Ook jarenlang bestaande colitis ulcerosa

geeft procentueel meer kans op de ontwikkeling van een kwaadaardig gezwel. Hierin lijkt colitis ulcerosa zich overigens niet duidelijk te onderscheiden van de ziekte van Crohn. En tot slot zal ook een groter worden-de benigne banale polyp, wanneer de doorsnee meer dan ongeveer 1,2 cm is, verdacht zijn voor de ontwikkeling van een carcinoom. Of trage darmpassage en obesitas ook predisponeren voor het optreden van een kwaadaardig gezwel van de dikke darm is (nog) niet met zekerheid bewezen. Wel heeft een villeus adenoom, dat zich door de productie van grote hoeveelheden kaliumrijk slijm kenmerkt, een slechte naam. Overigens vond *Van Slooten* in 70 procent van obducties bij patiënten ouder dan 50 jaar colonpolypen zonder carcinoom. Een coloncarcinoom zou mogelijk kunnen worden opgewekt door aflatoxine (*Deger*) of galzuren (*Deyhle*).

Welk onderzoek?

Bij al deze patiënten zal verandering van het defaecatiepatroon de argwaan versterken dat een kwaadaardige ontwikkeling gaande kan zijn. Bij hen zal het onderzoek dus des te nauwkeuriger moeten worden uitgevoerd. Het is hierbij geruststellend te bedenken dat 50 procent van de coloncarcinomen en 75 procent van de rectumcarcinomen met de toucherende vinger bereikbaar zijn, vooral wanneer tijdens het toucher door de patiënt wordt geperst, hetgeen een winst van 4 cm tot gevolg heeft.

Overigens hebben wij ons allen wel eens vergist door te menen dat een ventraal gelegen vaste tumor met centrale holtevorming een rectumcarcinoom kan zijn, maar bij goed voelen blijkt dat het gave slijmvlies alleen de bedekking is van de cervix uteri in retroflexie. Een prostaatcarcinoom kan eveneens als een rectumcarcinoom voelen, vooral wanneer het perforeert door het slijmvlies van de dikke darm.
Met de rectoscoop is 75 procent van de coloncarcinomen zichtbaar te maken; men dient dan alleen wel zeker te zijn van het volle gebruik van de lengte van de rectoscoop: rectoscopie tot 15 of 17 cm geeft alleen informatie over het rectum en niet over de overgang van rectum naar sigmoid. Dertig cm is een voorwaarde voor een goed geslaagde rectoscopie. Men kan zich hierbij vergissen in een villeus adenoom, dat wij eens over het hoofd zagen en voor een ruime slijmvliesprolaps hielden. De sigmoidoscopie brengt meer dan 90 procent van de coloncarcinomen aan het licht, vooral wanneer het gaat over het gebied, dat voor de röntgenoloog zo moeilijk is, de diverticulitis van de karteldarm. De anamnese van een patiënt met diverticulitis vermeldt koorts, infiltratie, leukocytose, pijn en urineweginfecties, terwijl de anamnese langer is dan die van het carcinoom.

> Een verandering in het defaecatiepatroon staat gelijk aan een carcinoom, totdat het tegendeel is bewezen.

Ofschoon men bij coloncarcinomen in 21 procent divertikels in het sigmoid vindt, waarvan in 10 procent beide laesies in het sigmoid aanwezig waren, zijn er geen aanwijzingen voor een causaal verband. Hoogstens zouden beide met tekort aan zemelen in de voeding kunnen samenhangen. Overigens vergete men niet dat de symptomatologie van het laag gelegen carcinoom in rectum en distale sigmoid vooral bestaat uit verandering van het defaecatiepatroon, terwijl een hoger gelegen sigmoidcarcinoom en een tumor in het colon descendens zich eerder manifesteren door obstructie en pijn, waarbij een tumor in het colon ascendens of het coecum vooral symptomen geeft van een palpabele weerstand met anemie en gewichtsverlies.

Enkele andere oorzaken van defaecatiepatroon-verandering

Hoger in de tractus digestivus gelegen ziekten kunnen ook verandering in het defaecatiepatroon veroorzaken. Een carcinoom van de maag, een carcinoom van de alvleesklier, het syndroom van Zollinger-Ellison en carcinoiden kunnen alle eens met een verandering van de ontlasting beginnen. Dat geldt ook voor patiënten die een ruimte innemend proces in het coecum tonen, dat met tuberculose elders in het lichaam gepaard gaat. De zeldzaam voorkomende tuberculeuze afwijkingen in het begin van de dikke darm geven een negatieve benzidinereactie, maar dit geldt helaas ook voor maligne tumoren, die in 50 procent een negatieve reactie op occult bloed in de ontlasting opleveren.
Niet alleen lokale ziekten kunnen aanleiding geven tot verandering van het defaecatiepatroon, ook metabole ziekten hebben die neiging. Wij noemen slechts, om er de aandacht op te vestigen, thyreotoxicose, uremie en pellagra. Natuurlijk vindt men daarbij dikwijls andere symptomen, maar thyreotoxicose op oudere leeftijd kan dikwijls monosymptomatisch zijn; uremie kan zeer sluipend verlopen en een palpabele weerstand in de onderbuik veroorzaken, die later op een overvulde blaas blijkt te berusten. Voorts behoeft pellagra niet uitsluitend in tropische landen op te treden.
Tenslotte zijn amyloïdose en malabsorptie van galzure zouten zeldzame voorbeelden van ziekten, die gepaard gaan met een verandering van het defaecatiepatroon.
Natuurlijk vragen ook medicamenten hun aandeel in de pathogenese van de verandering van het defaecatiepatroon. Wanneer een patiënt hoest, zal de voorgeschreven codeïne obstipatie kunnen bewerkstelligen. Indomethacine is berucht om het veroorzaakte colonspasme met obstipatie en bijmenging van bloed of slijm door prikkeling van het colon descendens. Wanneer een patiënt verstopt is, neigt hij tot het gebruik van te grote hoeveelheden laxantia, een veel voorkomende oorzaak voor verandering van het defaecatiepatroon met tijdelijke diarree. Ook de antibiotica zijn berucht om de diarree: ampicilline en tetracycline zijn wel bekend, maar clindamycine, een derivaat van lincomycine, kan aan de aandacht ontgaan, omdat men dit slechts geeft voor een onschuldige afwijking, zoals acne vulgaris. Bij jeugdige maar ook bij oudere patiënten kan dit in 21 procent leiden tot diarree en in 10 procent tot pseudomembraneuze colitis. Deze laatste afwijking wordt wel toegeschreven aan de vorming van fibrine-trombi in de kleinste capillairen, zodat clindamycine een soort ischemische colitis veroorzaakt. Ook anticoagulantia kunnen onverwachte afwijkingen geven: een submuceus hematoom in de dunnedarm kan aanleiding geven tot een verandering van defaecatiepatroon met het optreden van zelfs ileus. Wanneer digitalis een verandering van de defaecatie veroorzaakt, zijn misselijkheid, braken en kleurige hallucinaties dikwijls voorafgegaan.

Anticiperen

Hoe kan men voorkómen dat een patiënt met een verandering van het defaecatiepatroon ten gevolge van een carcinoom niet te laat bij de chirurg arriveert? De oorzaak van zo'n „delay" ligt voor 23 procent aan de patiënt maar voor 28 procent aan de dokter *(Bockus)!* Het antwoord is eenvoudig: laten wij de handschoen opnemen in de strijd tegen het rectumcarcinoom (*Hulst*). Een hoog percentage van de carcinomen dat verandering van het defaecatiepatroon veroorzaakt, is met de toucherende handschoen bereikbaar.

Bockus, H. A. Gastroenterology. W. B. Saunders, 1964.
Bogomoletz, W. V. (1976) Gut, *17*, 483-487.
Bussey, H. (1975) Dis. Colon Rect. *18*, 6.
Case report 53-1976. Gardner's syndrome. (1976) New Engl. J. Med. *295,* 1526-1532.
Deger, G. G. (1976) Ann. Int. Med. *85*, 204.
Deyhle, P. (1975) J. Suisse Pharmacie *113*, 491.
Duthie, H. L. (1975) Clin. Gastroenterology *4*, 467.
Hulst, H. L. (1954) Ned. T. Geneesk. *98,* 2198.
Kappers, M. C. (1976) Ned. T. Geneesk. *120*, 1167.
Slooten, E. A. van. Tumoren tractus digestivus. In: Oncologie, Stafleu, Leiden, 1973.