

# Rectaal bloedverlies

K Reenders, L Reedijk, JH Kleibeuker

## Van klacht naar probleem

Over de incidentie van rectaal bloedverlies in onze bevolking zijn geen gegevens bekend.

In een Engels onderzoek bleek dat ongeveer 20% van de onderzochte populatie in het voorafgaande jaar rectaal bloedverlies had.<sup>1</sup> Veel mensen met chronisch rectaal bloedverlies consulteren de huisarts niet, of pas na een lange tijd. Als gevolg daarvan ligt de incidentie van rectaal bloedverlies in de algemene bevolking hoger dan de incidentie in de huisartspraktijk. In twee onderzoeken blijkt de incidentie in de huisartspraktijk respectievelijk 5,3 per 1000 patiënten (waarvan 0,8 melaena)<sup>2</sup> en 7 per 1000<sup>3</sup> te zijn. Patiënten die besluiten om met deze klacht naar de huisarts te gaan, doen dit vaak uit angst voor kanker. Andere redenen om

## Samenvatting

Reenders K, Reedijk L, Kleibeuker JH. Rectaal bloedverlies. Huisarts Wet 2002;45(10):557-61.

Rectaal bloedverlies komt veel voor in de algemene bevolking, maar leidt lang niet altijd tot een bezoek aan de huisarts. Men wacht af als het bloedverlies weer snel overgaat, niet als ernstig wordt beschouwd en niet samengaat met ander ongemak zoals pijn. In 90% van de gevallen is het bloedverlies chronisch en/of intermitterend.

Soms is het bloedverlies acuut en heftig; dan is snel handelen gewenst om de bron op te sporen en te stoppen. De huisarts dient het onderscheid te maken tussen weliswaar lastige, maar voor de prognose onschuldige aandoeningen (aambeien en fissuren) en darmkanker. Een maligniteit is slechts bij 3-4% van de patiënten oorzaak van rectaal bloedverlies.

De kans op darmkanker is groter indien er sprake is van erfelijke belasting, de patiënt bekend is met poliepen, het defecatiepatroon is veranderd, en de patiënt ouder is dan 45 jaar. Valkuilen bij de diagnostiek van rectaal bloedverlies zijn te snel een aambeil als enige verklaring aannemen en het achterwege laten van het rectaal toucher. Na het afnemen van een zorgvuldige anamnese en het verrichten van adequaat lichamelijk en aanvullend onderzoek kan de huisarts beslissen of nadere diagnostiek noodzakelijk is of dat het verantwoord is het beloop af te wachten.

Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen  
Bloemsingel 1, 9713 BZ Groningen: dr. K. Reenders, huisarts;  
drs. L. Reedijk, basisarts; Academisch Ziekenhuis Groningen, afdeling Gastro-enterologie: prof.dr. J.H. Kleibeuker, hoogleraar.  
Correspondentie: dr. K. Reenders; e-mail: Kreenders@hotmail.com  
Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

de huisarts te consulteren zijn: pijn, ongemak of advies van de omgeving.<sup>1,3</sup> Patiënten gaan vaak niet naar de dokter als het bloedverlies vanzelf overgaat of niet als ernstig wordt beschouwd. Acut heftig rectaal bloedverlies is voor de patiënt meestal reden om de huisarts met spoed te roepen.

## Van probleem naar differentiële diagnose

### PATHOFYSIOLOGIE

Anatomisch kan de bloeding ontstaan door een aandoening van de huid, (fissura ani) het slijmvlies (ontsteking, ulcus, poliep, carcinoom) de bloedvaten (hemorroiden, angiodyplasieën) of door zwakte van het bindweefsel (diverticulose).

Vertraagde stolling door het gebruik van bepaalde medicijnen (anticoagulantia, aspirine en NSAID's) kan rectaal bloedverlies mede veroorzaken.

De kleur van het bloed kan een indicatie geven over de plaats van de bloedingsbron. Meestal wordt bij een hoger gelegen bron het bloed donkerder van kleur en ook meer gemengd met de ontlasting. Bepalend voor de kleur is met name de tijd dat het bloed zich in het maagdarmkanaal bevindt: hoe langer die tijd is, hoe donkerder vaak de kleur. Maar bij een acute, hevige bloeding vanuit de maag of het duodenum kan in sommige gevallen toch helderrood rectaal bloedverlies ontstaan. Melaena, teerzwarte ontlasting, ontstaat door een bloeding proximaal van het eerste gedeelte van het duodenum. De zwarte kleur ontstaat door de gedeeltelijke vertering van hemoglobine.

## Differentieel-diagnostische overwegingen

Bij de differentiële diagnostiek dient eerst onderscheid gemaakt te worden tussen chronisch-intermitterend en acuut rectaal bloedverlies.

### CHRONISCH INTERMITTEREND RECTAAL BLOEDVERLIES

Boven de crypten van Morgagni ligt submucosaal de interne hemorroïdale plexus. Deze plexus werkt als een sponsachtig zwellichaam en zorgt daardoor mede voor een goede afsluiting van de anus. Bij constipatie, verlies van elasticiteit van het bindweefsel en bij drukverhoging (denk ook aan zwangerschap) ontstaan er variceuze dilataties van de plexus. We spreken dan van een *hemorroïd*. Als deze zwelling zich ontwikkelt in de onderste hemorroïdale plexus, spreekt men van een externe hemorroïd; bij een zwelling in de bovenste plexus is er sprake van een interne hemorroïd. De prevalentie in de algemene bevolking is ongeveer 15%. Hemorroïden zijn meestal symptoomloos. Mogelijke symptomen zijn: bloedverlies bij de defecatie, pijn (vooral bij thrombusvorming) en jeuk. Het bloedverlies is helderrood en is zichtbaar op de ontlasting en op het toilet papier ná de ontlasting.

## Methodologie

Elke bijdrage in de serie diagnostiek wordt volgens strikte criteria geschreven. We zochten in Medline voor de periode 1985-juli 2001 naar reviews en empirisch onderzoek met de trefwoorden: *rectal bleeding of hematochezia and incidence, diagnosis en differential diagnosis*.

Ook werd gekeken naar *rectal bleeding AND colorectal cancer, proctoscopy AND general practice AND faecal occult blood test*.

Verder is gebruikgemaakt van leerboeken, NIVEL-onderzoek en gegevens van het Transitieproject.

Een *fissura ani* is een scheurtje in het epitheel van het anale kanaal, lopend van vlak onder de linea dentata tot aan de rand van de anus. Het is een van de meest voorkomende oorzaken van rectaal bloedverlies bij kinderen en is meestal een gevolg van obstipatie door een verandering in het dieet. De fissuren zijn met name aan de achterzijde van de anus gelokaliseerd. Er is veelal sprake van pijnlijk, helderrood bloedverlies tijdens en vlak na de passage van ontlasting. Het bloed wordt met name gezien op het toiletpapier en het gaat vaak om een kleine hoeveelheid.

Minder vaak voorkomende oorzaken zijn *colitis en proctitis*. Bij *colitis ulcerosa* kan de ontstoken mucosa gaan bloeden. Wanneer de ontsteking beperkt is tot het rectum, ziet men meestal helderrood bloedverlies en verder normale ontlasting. Als de ontsteking zich over een langer traject uitstrekt, is er veelal sprake van bloederige diarree. Bij de *ziekte van Crohn* komt zelden rectaal bloedverlies voor. *Ischemische colitis* geeft altijd bloedverlies; bij colitis na radiotherapie is er soms bloedverlies. Bij *bestralingsproctitis* (ontstaat meestal na prostaatbestraling) heeft de ontlasting meestal een normaal aspect.

De meest voorkomende *darmpoliep* is de tubulaire adenomateuze poliep, die overal in het colon voorkomt. Deze poliepen worden beschouwd als een voorloper van het coloncarcinoom. De grotere poliepen in het rectum en het sigmoïd zijn goed gevasculariseerd en bloeden vaak als gevolg van trauma (bijvoorbeeld door langskomende feces). De hoger gelegen poliepen bloeden veel minder vaak. De kleur van het bloed hangt af van de plaats van de poliep. Bij distaal gelegen poliepen zal het bloed meer helderrood gekleurd zijn dan bij proximale poliepen. De hoeveelheid bloedverlies is relatief gering. Het bloeden ontstaat met name

## De kern

- ▶ Rectaal bloedverlies berust meestal op een onschuldige aandoening.
- ▶ Acuut heftig bloedverlies komt weinig voor, maar vereist snel handelen.
- ▶ Bij chronisch minder heftig rectaal bloedverlies moet een colorectaal carcinoom worden overwogen en uitgesloten.
- ▶ Het risico op een colorectaal carcinoom is verhoogd bij een leeftijd boven 45 jaar, familiale belasting, poliepen of darmkanker in de voorgeschiedenis, veranderd defecatiepatroon, bloed op ontlasting of gemengd met ontlasting, en gewichtsverlies.

## Bewijskracht

In dit artikel wordt de bewijskracht uitgedrukt met behulp van de volgende letters:

- E** voldoende bewijskracht
- A** aanwijzingen of indirect bewijs
- C** consensus uit richtlijnen en standaarden

gedurende de defecatie. Er is zelden sprake van hevig bloedverlies.

Een *maligniteit van de darm* ontstaat bijna altijd vanuit een adenomateuze poliep in de darm. Als oorzaken worden genetische factoren en externe factoren genoemd. Bij externe factoren valt te denken aan: adipositas, weinig beweging, roken, overmatig alcoholgebruik, te weinig vezels en groenten en te veel vlees en dierlijke vetten in de dagelijkse voeding. Rectaal bloedverlies is een belangrijk symptoom van colorectale carcinomen. Het rectale bloedverlies kan zichtbaar zijn en zit dan op of is vermengd met ontlasting. Maar met name bij hogerliggende laesies in de darm is het bloedverlies meestal occult.

## ACUUT HEFTIG RECTAAL BLOEDVERLIES

De meest voorkomende oorzaken van *acuut heftig rectaal bloedverlies* zijn *divertikels*.<sup>4,5</sup> Ongeveer 35% van de bevolking ouder dan vijftig jaar heeft colondivertikels, met name in het sigmoïd en het colon descendens. Een divertikel is een uitstulping van de darmmucosa en submucosa door de spierwand en ontstaat met name tussen de taeniae, op het punt waar de bloedvaten door de wand komen. De meeste patiënten met divertikels hebben geen symptomen. Klachten die vaak geassocieerd zijn met divertikels (en dus niet noodzakelijk een causaal verband hebben) zijn: pijn in de linker fossa iliaca of lage buikpijn, een veranderd defecatiepatroon (periodes van diarree of constipatie) en slijm bij de ontlasting. Als een patiënt divertikels heeft, spreekt men van *diverticulose*, wanneer er een ontsteking in een divertikel ontstaat, is er sprake van *diverticulitis*. Bloedingen ontstaan meestal door een ruptuur van het vasa recta in het divertikel en zijn pijnloos. Het bloedverlies is altijd arterieel; 80% van de divertikelbloedingen in het colon stopt spontaan, maar de kans op een recidief is 25%.

*Angiodysplasieën* zijn kronkelend verlopende, dilaterende bloedvaten die submucosaal en mucosaal in met name het caecum en het rechter colon te vinden zijn. Aangenomen wordt dat angiodysplasieën ontstaan door obstructie van submucosale venen op het punt waar ze door de spierlagen van het colon gaan. Door een herhaalde episode van obstructie ontstaat er dilatatie in de arterioveneuze vaten met als gevolg een intermitterende bloeding. De vaatafwijkingen komen met name voor in het caecum en colon ascendens. Het bloedverlies is capillair of veneus. Van de bloedingen stopt 90% spontaan. De kans op het krijgen van een nieuwe bloeding is echter 85%. Bij ouderen vormen deze angiodysplasieën de belangrijkste oorzaak van bloedingen in onderste deel van het maagdarmkanaal.<sup>6</sup> *Hemorroiden* bloeden meestal intermitterend en chronisch, maar in sommige gevallen kan er ook een meer acute bloeding ontstaan met een grotere hoeveelheid bloedverlies.

Minder vaak voorkomende oorzaken zijn bloedingen uit een ulcus in het duodenum of de dunne darm ten gevolge van NSAID-gebruik. *Thermometerlaesies* kunnen bij het anaal opmeten van de temperatuur met een thermometer ontstaan. Deze beschadigingen kunnen in een enkele geval zelfs tot fors bloedverlies leiden.<sup>7</sup> Een *bloeding na poliepectomie* ontstaat meestal direct na de ingreep, maar kan soms ook uren tot twee weken erna ontstaan. Verder moet men bij kinderen met rectaal bloedverlies denken aan een *fissura ani*, *invaginatie*, *colitis* en bloeding uit een *Meckel-divertikel*. *Acute ischemie van het colon/colitis* (inflammatoir of door radiotherapie) ontstaat doordat de ischemische vaten gaan bloeden. Het rectaal bloedverlies is vaak in de vorm van bloederige diarree, meestal volgend op een krampende buikpijn. Bij inflammatoir colitis is het bloed vaak gemengd met de ontlasting. Verder heeft de patiënt meestal diarree, loze aandrang en pijn.

### Epidemiologie

Van alle patiënten die bij de huisarts komen met als klacht rectaal bloedverlies is de verdeling in uiteindelijke diagnoses samengevat in de tabel.<sup>2</sup> Voor bepaalde aandoeningen zijn het geslacht en de leeftijd van belang. Mannen hebben in het algemeen meer kans op het krijgen van hemorroiden, terwijl een *fissura ani* vooral bij jonge kinderen voorkomt, met name bij meisjes. Het colorectale carcinoom en divertikels komen zelden beneden de 40 jaar voor. De incidentie van angiodysplasieën en divertikels neemt met het ouder worden toe. De kans dat iemand in de bevolking met rectaal bloedverlies een colorectale kanker heeft is 0-1%;<sup>1</sup> Voor patiënten die zich voor rectaal bloedverlies bij de huisarts melden is dit 3-4%<sup>8</sup> en na verwijzing naar de maagdasharts ongeveer 10%.<sup>9</sup>

**Tabel** Diagnoses van patiënten die voor rectaal bloedverlies bij de huisarts komen (in procenten)

rectaal bloedverlies eci	35
hemorroiden	23
fissura ani/perianaal abces	15
gastro-enteritis NAO	4,3
maligniteit tractus digestivus	3,6
overige diagnosen tractus digestivus	2,9

### Diagnostiek in de huisartspraktijk

#### VOORGESCHIEDENIS

Er zijn enkele risicofactoren bekend voor het ontwikkelen van een colorectale maligniteit. Bij patiënten met deze risicofactoren is intensief onderzoek ook op jongere leeftijd geïndiceerd.<sup>10,11</sup> Het gaat om de volgende risicofactoren:

- ▶ colorectaalcarcinoom bij een eerstegraads familielid ontdekt vóór 50 jaar of bij twee of meer familieleden ongeacht de leeftijd;
- ▶ familiair voorkomen van adenomateuze polyposis (FAP);
- ▶ familiair voorkomen van hereditair non-polyposis colorectaalcarcinoom;
- ▶ coloncarcinoom in de voorgeschiedenis;
- ▶ adenomateuze poliepen in colon en/of rectum in de voorgeschiedenis;
- ▶ de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa in de voorgeschiedenis.

Van de patiënten bij wie een colorectaal carcinoom optreedt, is 85% ouder dan 60 jaar. Bij het familiaire adenomateuze polyposissyndroom heeft men echter een zeer grote kans om vóór het veertigste levensjaar een colorectaal carcinoom te ontwikkelen. Bij personen met een verhoogd risico op FAP wordt daarom vanaf het twaalfde levensjaar jaarlijks een screening verricht. Patiënten met FAP krijgen als behandeling een colectomie, in de regel ruim voordat zich een maligniteit heeft ontwikkeld.<sup>12</sup>

#### ANAMNESE

De *plaats* waar het bloedverlies voor de patiënt zichtbaar wordt, is de toiletspot of het toiletpapier. Door te vragen naar de kleur van het bloed kan men een indruk krijgen van de plaats van het bloedverlies. Hoe donkerder de kleur van het bloed is (al dan niet vermengd met ontlasting), hoe waarschijnlijker het is dat de bloedingsbron hoger in de tractus digestivus is gelegen. Bij *fissura ani* en bij hemorroiden zit er helderrood bloed op het toiletpapier of op de ontlasting, met name na het persen.

Ook de *aard* van het bloedverlies dient uitgevraagd te worden. Is de kleur van het bloed helderrood (*fissura ani* en hemorroiden), is er slijm bij het bloed (hemorroiden, adenomen, rectumcarcinoom en proctitis) of is er sprake van bloederige diarree (*colitis*)? Bloed gemengd met de ontlasting (ongeacht de kleur van het bloed) kan wijzen op een hoger gelegen bloedingsbron.<sup>13</sup>

Hoe *erg* is het bloedverlies? Is er sprake van grote hoeveelheden in één keer (angiodysplasieën, divertikels) of is het meer chronisch van karakter met kleine hoeveelheden bloedverlies (hemorroiden, *fissura ani*, *colitis*, poliepen of een maligniteit)?

Hoe is het *beloop*? Veel patiënten met hemorroiden, *fissura ani*, *colitis* en poliepen hebben eerder een periode met rectaal bloedverlies gehad. Zij kunnen een nieuwe episode met bloedverlies vergelijken met voorgaande episodens en eventuele veranderingen aangeven.

Onder welke *omstandigheden* treedt het bloedverlies op? Is er een relatie met defecatie? Wanneer er bloedverlies optreedt bij het persen, moet men denken aan *fissura ani* en hemorroiden. Bij een *fissura ani* ontstaat bloedverlies daarbij met name ná de defecatie. *Medicijngebruik* dient altijd uitgevraagd te worden. Als een patiënt anticoagulantia, aspirine of NSAID's gebruikt, kan rectaal bloedverlies optreden als gevolg van een verminderde stolling. Ook is het belangrijk naar *begeleidende symptomen te vragen*. Buikpijn kan wijzen op complicaties van divertikels(-ose of -itis), krampende buikpijn op een *colitis* en zeurende onderbuikpijn op een colorectaalcarcinoom. Een *veranderd defecatiepatroon* kan samenhangen met *colitis* (diarree, soms gemengd met bloed), hemorroiden (obstipatie), colorectaal carcinoom (meestal een verlaagde consistentie en een verhoogde defecatiefrequentie).

*Loze aandrang/gevoel van onvolledige ontleding* wijst op poliepen, proctitis of rectumcarcinoom, maar komt ook vaak voor bij een prikkelbaredarmsyndroom. *Anale pijn* komt vooral voor bij hemorroiden, *fissura ani* (met name tijdens en vlak na defecatie) en rectumcarcinoom. *Gewichtsverlies en malaise* wijzen op een colorectaal carcinoom.

Er is nagegaan welke symptomen differentiëren tussen de aan- of afwezigheid van een colorectaal carcinoom bij rectaal bloedverlies.<sup>13</sup> **E**

Het blijkt dat twee symptomen significant voorspellend zijn voor de aanwezigheid van colorectale kanker. Bloed op de ontlasting of alleen gemengd met de ontlasting heeft een OR van 8 en een veranderd defecatiepatroon (hogere frequentie en lagere consistentie van feces) heeft een OR van 10.

#### LICHAMELIJK ONDERZOEK

Het lichamenlijk onderzoek bij rectaal bloedverlies bestaat uit *palpatie van de buik, inspectie van de anus en rectaal toucher*. Inspectie van het perianale gebied is noodzakelijk voor het aantonen van fissura ani, prolaberende hemorroïden of tekenen van trauma. Bij niet direct zichtbare hemorroïden kan men de patiënt vragen te persen. Een aantal hemorroïden worden hierdoor zichtbaar, maar lang niet allemaal! Als men bij inspectie geen hemorroïden aantreft, mag men niet concluderen dat ze niet aanwezig zijn.

Bij *palpatie van de buik* bij een mager persoon kan men voelen of er sprake is van obstipatie, een vergrote lever of een palpabele tumor. Obstipatie kan fissuren veroorzaken, een vergrote lever kan eventueel wijzen op metastasen van bijvoorbeeld een colorectaal carcinoom. Bij een palpabele tumor in de buik moet men denken aan een coloncarcinoom.

Het verrichten van een *rectaal toucher* is belangrijk bij een patiënt met rectaal bloedverlies. Men kan daar rectaal bloedverlies mee aantonen, de faeces (kleur, consistentie) inspecteren en eventuele tumoren in het rectum (adenomateuze poliepen of carcinoomen) palperen. Hemorroïden zijn meestal bij een toucher niet palpabel. Het niet aantreffen van een palpabele afwijking in het rectum betekent niet dat er ter plaatse of verderop in de darm geen afwijkingen zijn. Vooral beginnende afwijkingen zijn moeilijk te toucheren.<sup>14</sup>

#### AANVULLEND ONDERZOEK

Bij een vermoeden van coloncarcinoom kan de *Faeces op Occult Blood test* (FOB) worden gedaan. De sensitiviteit van deze test voor het aantonen van coloncarcinomen loopt bij verschillende onderzoeken uiteen van 52% tot 90%. De specificiteit in deze onderzoeken is 68% tot 99%.<sup>15-18</sup> De sensitiviteit en de specificiteit kunnen door verschillende factoren beïnvloed worden. Rood vlees in de voeding geeft een groter aantal positieve testuitslagen. Voedingsmiddelen met peroxidase (vers fruit, ongekookte groenten) kunnen de specificiteit verlagen. Verder kunnen geneesmiddelen zoals anticoagulantia, NSAID's, acetosal en vitamine C het

In de loop van 2002 verschijnt het boek *Diagnostiek van alledaagse klachten* (redactie T.O.H. de Jongh, H. de Vries, H.G. Grundmeijer) onder verantwoordelijkheid van de afdelingen studentenonderwijs van de acht disciplinegroepen huisartsgeneeskunde. In de serie Diagnostiek in H&W worden de hoofdstukken uit dit boek in bewerkte vorm geplaatst.

aantal positieve uitslagen verhogen. Ook het rehydreren van de feces is van belang voor de testuitslag. Hiervoor wordt er een druppel vocht bij de feces gedaan. Bij te veel bevochtigen van de ontlasting ontstaan er meer positieve, maar ook meer vals-positieve testuitslagen.<sup>19</sup> Een negatieve uitslag bij een patiënt met rectaal bloedverlies sluit niets uit terwijl een positieve uitslag dus niets hoeft te betekenen.

*Hb-meting* dient om te bepalen hoe ernstig het bloedverlies is. Men spreekt van een anemie bij een Hb <8 mmol/l bij de man of <7 mmol/l bij de vrouw. Bij een Hb <5,5-6,5 mmol/l is er sprake van ernstig bloedverlies.

Met *proctoscopie* kunnen de aard en lokalisatie van het bloedverlies worden vastgesteld. Het slijmvlies van het distale deel van het rectum kan met een proctoscoop worden beoordeeld. Daarmee kunnen een proctitis, lokale traumata en inwendige hemorroïden worden opgespoord. Ongeveer een kwart van alle colorectale carcinoemen is gelokaliseerd in het rectum.<sup>20</sup> Een proctoscoop is 7-13 cm lang en brengt dus slechts een deel van het rectum in beeld. Bij jonge mensen bij wie een hemorroïd of fissura ani wordt vermoed, heeft een proctoscopie enige waarde. Voor oudere mensen en anderen die een verhoogd risico hebben op een colorectaal carcinoom, is dit onderzoek niet geschikt. Deze patiënten moeten altijd verwezen worden voor aanvullend onderzoek.<sup>21,22</sup>

#### MEER COMPLEX ONDERZOEK

Bij een patiënt met acuut heftig rectaal bloedverlies wordt na stabilisatie begonnen met het systematisch opsporen van de bron van de bloeding. Bij mensen met ernstig rectaal bloedverlies ligt in 10% van de gevallen de bloedingsbron proximaal van het ligament van Treitz.<sup>23</sup> Voor het opsporen van de bloedingsbron in het distale deel bij acuut rectaal bloedverlies wordt meestal een *coloscopie* verricht. De sensitiviteit hiervan voor het opsporen van de bloedingsbron bij heftig rectaal bloedverlies is 63% tot 94%.<sup>23,24</sup> **E** Wanneer de bloedingsbron gevonden wordt, is het mogelijk de bloeding direct tot staan te brengen, bijvoorbeeld door elektrocoagulatie.

*Angiografie* van de mesenteriale vaten en *scintigrafie* worden alleen gedaan bij een vermoeden van een aanhoudende bloedingsbron in de dunne darm.

Bij chronisch intermitterend rectaal bloedverlies kan gekozen worden uit *proctosigmoidoscopie*, *dubbelcontrastcoloninloop* en/of *coloscopie*.

Proctosigmoidoscopie kan gebruikt worden voor diagnostiek van het rectum, het sigmoïd en soms een deel van het colon descendens. Wanneer men geen bloedingsbron kan vinden of multipale darmafwijkingen worden vermoed, dient het onderzoek te worden uitgebreid met een coloscopie. De sigmoidoscopie heeft voor het vinden van de bloedingsbron bij rectaal bloedverlies een sensitiviteit van 58% en een specificiteit van 67%.<sup>25</sup> Bij een *dubbelcontrast-coloninloop* wordt eerst met een klysma het colon tot en met de flexura lienalis gevuld met een contrastvloeistof die daarna rectaal wordt geloosd. Vervolgens wordt er rectaal lucht in de darm gebracht, waardoor er een maximale ontplooiing van de darm ontstaat. Voor het aantonen van poliepen en adenomen heeft dit

onderzoek een sensitiviteit van ongeveer 25%. Een nadeel van dit onderzoek is ook dat er geen histo- en cytopathologische diagnostiek mogelijk is.

Een nadeel van de sigmoïdoscoop is dat met name het proximale deel van het colon niet in beeld gebracht kan worden. Wanneer de arts duidelijke anamnestiche aanwijzingen heeft voor rectaal bloedverlies uit een distaal gelegen bloedingsbron bij een patiënt jonger dan 45 jaar die niet in een risicogroep valt, kan alleen met een sigmoïdoscopie worden volstaan. Bij alle andere patiënten moet men een coloscopie verrichten.

#### Literatuur

- 1 Crosland A, Jones R. Rectal bleeding; prevalence and consultation behaviour. *BMJ* 1995;311:486-8.
- 2 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho, 1998.
- 3 Fijten GH, Muris JW, Starmans R, Knotnerus JA, Blijham GH, Krebber TF. The incidence and outcome of rectal bleeding in general practice. *Fam Pract* 1993;10:283-7.
- 4 Consten EC, Fockens P, Reeders JW, Van Lanschot JJ. Acute hemorrhage from the lower digestive tract: a search for the source. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:2497-501.
- 5 Leitman IM, Paull DE, Shires GT, III. Evaluation and management of massive lower gastrointestinal hemorrhage. *Ann Surg* 1989;209:175-80.
- 6 Sharma R, Gorbien MJ. Angiodysplasia and lower gastrointestinal tract bleeding in elderly patients. *Arch Int Med* 1995;155:807-12.
- 7 Siersema PD, Van Buuren HR, Blanckstein M. Anal blood loss; remember the thermometer. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:233-5.
- 8 Fijten GH, Blijham GH, Knotnerus JA. Occurrence and clinical significance of occult blood loss per rectum in the general population and in medical practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:320-5.
- 9 Goulston KJ, Cook I, Dent OF. How important is rectal bleeding in the diagnosis of bowel cancer and polyps? *Lancet* 1986;2:261-5.
- 10 Menko FH, Griffioen G, Wijnene JT, Tops CM, Fodde R, Vasen HF. Genetics of colorectal cancer. I Non-polyposis and polyposis forms of hereditary colorectal cancer. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1201-6.
- 11 Menko FH, Griffioen G, Wijnene JT, Tops CM, Fodde R, Vasen HF. Genetics of colorectal cancer. II Hereditary background of sporadic and familial colorectal cancer. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1207-11.
- 12 Vasen HF, Nagengast FM, Griffioen G, Kleibeuker JH, Menko FH, Taal BG. Periodic colonoscopic examinations of persons with a positive family history for colorectal cancer. Work Group Hereditary non-polyposis-colon-rectum-cancers. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1211-4.
- 13 Fijten GH, Starmans R, Muris JW, Schouten HJ, Blijham GH, Knotnerus JA. Predictive value of signs and symptoms for colorectal cancer in patients with rectal bleeding in general practice. *Fam Pract* 1995;12:279-86.
- 14 Hennigan TW, Franks PJ, Hocken DB, Allen-Mersh TG. Rectal examination in general practice. *BMJ* 1990;301:478-80.
- 15 Mulcahy HE, Farthing MJ, O'Donoghue DP. Screening for asymptomatic colorectal cancer. *BMJ* 1997;314:285-91.
- 16 Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996;348:1472-7.
- 17 Allison JE, Tekawa IS, Ransom LJ, Adrain AL. A comparison of fecal occult-blood tests for colorectal-cancer screening. *N Engl J Med* 1996;334:155-9.
- 18 Lieberman DA, Harford WV, Ahnen D. One-time screening for colorectal cancer with combined fecal occult-blood testing and examination of the distal stool. *N Engl J Med* 2001;345:555-60.
- 19 Starmans R, Muris JW, Fijten GH, Pop P, Crebolder HFMJ, Knotnerus JA. Testen op bloed in de faeces. *Huisarts Wet* 1994;37:57-65.
- 20 Visser O, Coebergh JW, Schouten LJ et al. Incidence of cancer in the Netherlands 1997; ninth report of the Netherlands cancer registry. Utrecht: Vereniging Integrale Kanker Centra, 2001.
- 21 Bekker JP, Van den Berg FA, Dijkstra O. De proctoscoop – een nuttig instrument voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1989;32:418-9.
- 22 Sorensen HT, Ejlersen E, Moller-Petersen J, Rasmussen HH, Olesen F. Overall use of proctoscopy in general practice and possible relation to the stage of rectal cancer. *Fam Pract* 1992;9:145.
- 23 Zuckerman DA, Bocchini TP, Birnbaum EH. Massive hemorrhage in the lower gastrointestinal tract in adults: diagnostic imaging and intervention. *AJR* 1993;161:703-11.
- 24 Kouraklis G, Misiakos E, Karatzas G, Gogas J, Skalkas G. Diagnostic approach and management of active lower gastrointestinal hemorrhage. *Int Surg* 1995;80:138-40.
- 25 Van Rosendaal GM, Sutherland LR, Verhoef MJ, Bailey RJ, Blustein PK, Lalor EA, et al. Defining the role of fiberoptic sigmoidoscopy in the investigation of patients presenting with bright red rectal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1184-7.

## Abuis

**1** In het artikel 'Foliumzuur rond de conceptie. De huidige stand van zaken' (H&W 2002;45(7);354-7) is een storende drukfout geslopen betreffende de dosering foliumzuur. Voor de duidelijkheid vermelden we hier de geadviseerde doseringen. De Inspectie van de Volksgezondheid adviseerde in 1993 dat alle vrouwen met zwangerschapswens dagelijks een 0,5 mg foliumzuurtablet gebruiken in de periode van 4 weken voor de conceptie tot 8 weken na de conceptie. Hiervoor is geen recept nodig. Deze tabletten zijn te koop bij de drogist. Aan vrouwen die eerder een kind kregen met een neuraalbuisdefect wordt bij zwangerschapswens geadviseerd dagelijks 5 mg foliumzuur te gebruiken. Hiervoor is wel een recept nodig.

**2** In onze herziene richtlijnen voor auteurs (H&W 2002;45(8):420-4) staat op pagina 421 een verkeerde postcode bij het redactieadres. De goede postcode is 3502 GE Utrecht.