



De kloof overbruggen

Daniëlle van Reijn¹, Lotte van Lee²

Een chronische anale fissuur is een pijnlijke anorectale, veelvoorkomende aandoening die veel invloed heeft op kwaliteit van leven. Op anale klachten rust een groot taboe waardoor patiënten zich vaak schamen om naar de huisarts te gaan. De bekkenfysiotherapeut kan de kloof overbruggen tussen de 1^e en de 2^e lijn.

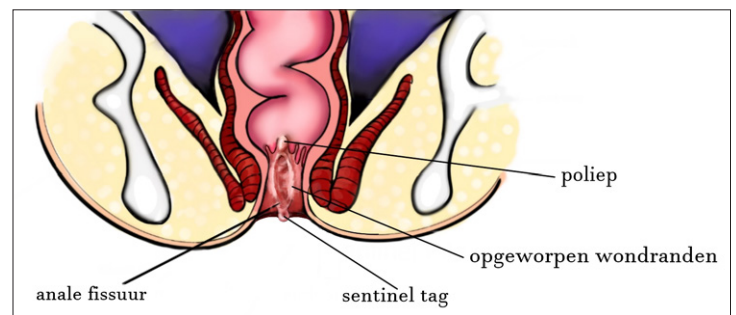
CASUS

Meneer A werd door de huisarts verwezen naar de dermatoloog wegens aanhoudende jeuk en pijn in de anale regio. De klachten bestonden al langer dan zes maanden en persisteerden ondanks eerdere behandeling met antischimmel- en corticosteroidzalven. De huisarts had slechts beperkt inspecerend onderzoek verricht; aanvullend (inwendig) onderzoek had niet plaatsgevonden. De patiënt beschreef pijn tijdens de defecatie, die nog uren nadien kon aanhouden. Daarnaast was er sprake van uitgesproken nachtelijke jeuk, wat leidde tot intensieve hygiënemaatregelen. Ook rapporteerde hij seksuele klachten, waaronder branderigheid en vroegtijdige ejaculatie. De mictiefrequentie was toegenomen van circa vijf naar tien keer per dag, inclusief nycturie. De klachten hadden een duidelijke impact op zijn welbevinden en gingen gepaard met aanzienlijke stress, zowel klachten- als werkgerelateerd.

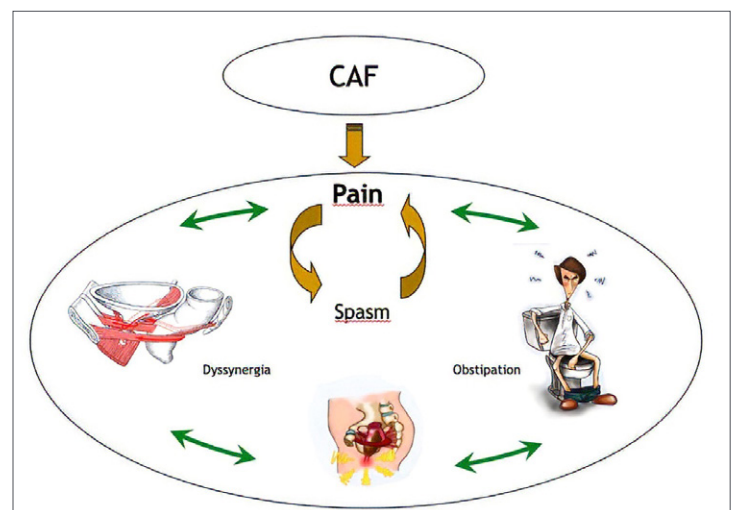
Bij lichamelijk dermatologisch onderzoek werd de patiënt onderzocht in linkzijdigging met opgetrokken knieën (90°). Op de zes-uurpositie van de anus werd een anale fissuur gezien met oedemateuze randen en geel exsudaat. Daarnaast was er wat perianale roodheid. Bij digitaal rectaal onderzoek werd een verhoogde rustdruk van het sfinctercomplex vastgesteld. Deze rustdruk werd beoordeeld door de onderzoeker de vinger initieel tegen de anus te plaatsen en lichte druk uit te oefenen, gevolgd door introductie van de vinger. Wanneer er sprake is van verhoogde druk en pijn, dan kan aan patiënt gevraagd worden de externe kringspier aan te spannen en weer te ontspannen voor extra relaxatie en gemakkelijkere introductie van de vinger. Bij het verder introduceren van de vinger werd de bekkenbodempalpeerd. Door de vinger licht te flexeren en naar dorsaal te verplaatsen, werd rekpijn van de m. puborectalis opgewekt, passend bij een verhoogde tonus van de bekkenbodemp. Dit is ook een belangrijke diagnostische test voor de diagnose 'levator ani syndroom'. Op basis van deze bevindingen startte behandeling met diltiazemzalf 2dd en kreeg de patiënt een verwijzing naar de bekkenfysiotherapeut.

WAT IS EEN CHRONISCHE ANALE FISSUUR?

Een chronische anale fissuur (CAF) is een scheurtje in het slijmvlies van de anus dat langer dan zes weken aanwezig is. [1] Het meest kenmerkende symptoom is pijn tijdens de ontlasting die uren kan aanhouden, vaak gepaard met bloedverlies. CAF wordt sterk geassocieerd met verminderde kwaliteit van leven en kan worden beïnvloed door fysieke, psychologische en sociale factoren. [2]



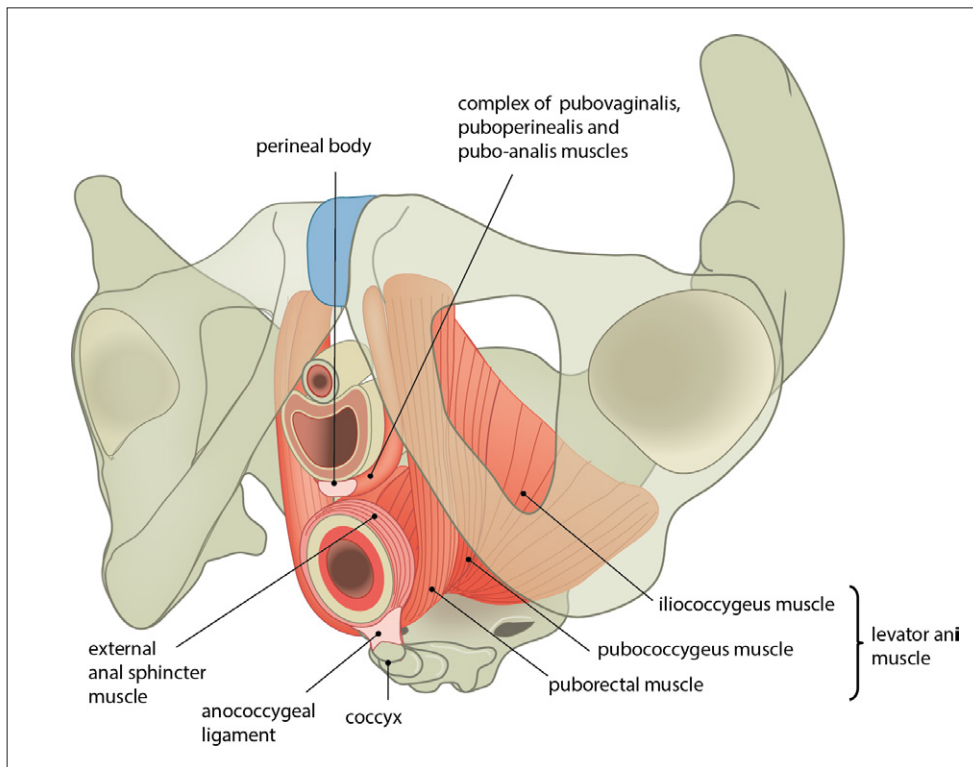
Figuur 1. Chronische anale fissuur, Proctoskliniek®



Figuur 2. Chronische anale fissuur (CAF) kan leiden tot een vicieuze cirkel van pijn, een verhoogde sfincterdruk, dyssynergie, obstipatie en angst voor ontlasten.

¹ Bekkenfysiotherapeut, Bekkenfysiotherapie Baarn, Proctos Kliniek, LUMC, Leiden

² Dermatoloog, Dermahaven/Erasmus MC, Rotterdam



figuur 3. Left inferior view of levator ani and external anal sphincter muscles -English labels at AnatomyTOOL.org by Ron Slagter, LUMC and Marco DeRuiter, LUMC, license: Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike

De exacte pathofysiologie is nog niet volledig bekend. Pijn kan leiden tot een verhoogde sfincterdruk, waardoor de doorbloeding van de fissuur beperkt wordt en de genezing vertraagt. Dit kan een vicieuze cirkel van pijn, obstipatie en angst voor ontlasten in gang zetten (figuur 2). Veel patiënten met CAF hebben bovendien een dysfunctie van de bekkenbodempieren. De bekkenbodem bestaat uit spieren, bindweefsel en ligamenten die steun bieden aan de bekkenorganen (figuur 3). Voor plassen, ontlasten, gemeenschap en bevalling moet de bekkenbodem ontspannen. Een verhoogde tonus van de bekkenbodempieren en/of dyssynergie (een slechte coördinatie van bekkenbodempieren en abdominale spieren) kan deel uitmaken van de pathofysiologie waardoor de CAF minder goed kan genezen en klachten kunnen blijven bestaan of terugkeren.

BEHANDELING EN BEKKENFYSIOTHERAPIE

Volgens richtlijnen bestaat de behandeling van CAF uit leefstijladviezen, regulering van ontlasting, aangepast toiletgedrag, thermotherapie en medicatie zoals diltiazemzalf. Recente studies, waaronder de Pelvic Floor Anal Fissure (PAF) study [3, 4], tonen aan dat bekkenfysiotherapie een belangrijke aanvulling kan zijn. In deze studie werden 138 patiënten behandeld volgens een gestandaardiseerd protocol met vijf sessies verspreid over acht weken. Patiënten werden verdeeld in twee groepen: de ene groep kreeg direct bekkenfysiotherapie, de andere groep verlate behandeling (na acht weken). Bekkenfysiotherapie richt zich op het normaliseren van de spanning en coördinatie van de bekkenbodempieren die vaak verhoogd of slecht gecoördineerd zijn bij patiënten met CAF. Patiënten leren de bekkenbodempieren bewust te ontspannen, met name tijdens ontlasting. Hiervoor kunnen gerichte ontspanningsoefeningen, ademhalingstechnieken

en biofeedback worden gebruikt, waarbij de patiënt visuele of auditieve terugkoppeling krijgt over de spierspanning van de bekkenbodempieren. Daarnaast richt de therapie zich op het verbeteren van de coördinatie van bekkenbodempieren-, abdominale en rectale spieren, zodat ontlasting gemakkelijker verloopt en de druk op de fissuur kan afnemen. Daarnaast wordt er instructie gegeven over toiletgedrag en stoelgangstechnieken, zoals een juiste zithouding en aanleren van juiste manier van persen. De therapie bestaat meestal uit meerdere sessies over enkele weken, waarbij de bekkenfysiotherapeut ook adviezen geeft over hygiëne, stoelgangregulatie en pijnmanagement. Het doel is zowel pijnvermindering en snellere genezing van de fissuur als het voorkomen van terugkerende klachten door een langdurige verbetering van de bekkenbodempierenfunctie en toiletgedrag.

De resultaten van de PAF-studie waren veelbelovend. Patiënten in de interventiegroep rapporteerden een significante daling van de pijnscores ten opzichte van de controlegroep, met een gemiddeld verschil van -2,47 (95% CI -3,05 tot -1,89; $p < 0,001$). Daarnaast werd dyssynergie aanzienlijk verminderd: na acht weken had slechts 25,7% van de interventiegroep nog tekenen van dyssynergie, tegenover 64,3% in de controlegroep ($p < 0,001$). De genezing van de fissuren verliep sneller in de interventiegroep, waarbij 55,7% van de fissuren sneller genas. Ook werd een significante verbetering van de kwaliteit van leven waargenomen, zowel op korte als op lange termijn. [4]

De patiënt in onze casus werd volgens het protocol behandeld, met toepassing van biofeedback. Door middel van visuele feedback op een beeldscherm kreeg de patiënt inzicht in

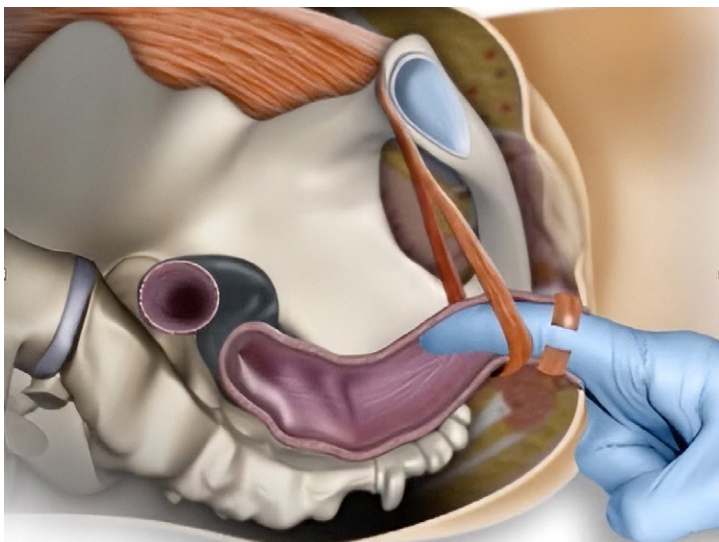
mogelijke onderliggende problematiek, waaronder een verhoogde bekkenbodemonus zichtbaar als een verhoogde rustwaarde en inadequaat persgedrag, dat zich uitte in een toename van elektrische activiteit tijdens het persen. Dit vergrootte het bewustzijn en maakte gerichte gedragsbeïnvloeding mogelijk. Na acht weken was de fissuur genezen. De perianale huid vertoonde minder irritatie als gevolg van adequate hygiëne maatregelen (geen mechanische reiniging door poetsen en zo nodig nareinigen met emolliëns). De patiënt werd na drie maanden opnieuw poliklinisch gecontroleerd door de dermatoloog waarna einde behandelingstraject.

BELANG VAN VROEGE HERKENNING

Vroege herkenning van CAF is essentieel voor een effectieve en doelgerichte behandeling. Er bestaat een duidelijke samenhang tussen chronische anorectale klachten en psychologische factoren, waaronder een voorgeschiedenis van seksueel of fysiek misbruik. [5] Het is daarom van belang dat zorgverleners seksuele gezondheid en mogelijke bekkenbodemdysfuncties standaard meenemen in de anamnese.

IMPLICATIES DERMATOLOGISCHE PRAKTIJK

Voor dermatologen is het van belang om bij patiënten met langdurige anale klachten verder te kijken dan uitsluitend cutane afwijkingen. Chronische anale fissuren presenteren zich vaak met specifieke symptomen zoals jeuk, branderigheid en pijn, die gemakkelijk kunnen worden toegeschreven aan eczeem, infecties of irritatieve dermatosen. Wanneer standaard lokale therapieën onvoldoende effect sorteren, dient een onderliggende functionele component te worden overwogen. Een zorgvuldige anamnese, waarin ook defecatiepatroon, mictieklachten, seksuele gezondheid en psychosociale belasting worden meegenomen, kan belangrijke aanknopingspunten bieden. Een zorgvuldig digitaal anorectaal onderzoek, inclusief beoordeling van de bekkenbodemonus, zou een vast onderdeel moeten zijn van de evaluatie van patiënten met chronische anale klachten in de algemene dermatologische praktijk. [5,6,7]



Figuur 4. Rao®

Regelmatige follow-up is daarbij belangrijk om de voortgang te monitoren en de behandeling zo nodig bij te stellen. Therapietrouw (ook t.a.v. gebruik van de zalf en leefstijladviezen) en correcte uitvoering van eventuele oefeningen zijn cruciaal voor het behalen en behouden van behandelresultaten. Vroege herkenning van een CAF en tijdige verwijzing naar aanvullende zorg, zoals bekkenfysiotherapie, kan langdurig lijden, herhaald voorschrijven van ineffectieve medicatie en escalatie naar invasievere behandelingen voorkomen.

MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

De behandeling van chronische anale fissuren vraagt om een multidisciplinaire benadering. Naast de dermatoloog spelen huisartsen, gastro-enterologen, chirurgen en bekkenfysiotherapeuten een belangrijke rol. Goede afstemming tussen deze disciplines is essentieel om zowel somatische als functionele en psychosociale factoren adequaat te adresseren. Bekkenfysiotherapie vormt hierbij een relatief laagdrempelige en niet-invasieve interventie, die goed aansluit bij conservatieve behandelstrategieën. Door structurele samenwerking en duidelijke verwijfsafspraken kan deze behandeloptie eerder in het zorgtraject worden ingezet. Dit sluit aan bij de toenemende aandacht voor functionele anorectale aandoeningen en het belang van gepersonaliseerde zorg. Daarnaast verdient de psychoseksuele context aandacht. Chronische pijnklachten in het anorectale gebied kunnen leiden tot angst, vermijdingsgedrag en seksuele dysfunctie. Het expliciet bespreken van deze aspecten verlaagt de drempel voor patiënten om klachten te benoemen en draagt bij aan een meer holistische benadering van zorg.

CONCLUSIE

Chronische anale fissuren zijn pijnlijke en invaliderende aandoeningen met een aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven. Een geïntegreerde aanpak, waarin medicamenteuze behandeling, leefstijladviezen en bekkenfysiotherapie worden gecombineerd, blijkt effectief. Voor dermatologen ligt een belangrijke rol in het vroegtijdig herkennen van deze aandoening en het initiëren van passende, multidisciplinaire zorg. Door aandacht te hebben voor zowel somatische als functionele en psychosociale factoren kan de behandeling worden geoptimaliseerd, met minder pijn, snellere genezing en een duurzame verbetering van de kwaliteit van leven als resultaat.

LITERATUUR

1. Nelson RL Anal fissure (chronic). *BMJ Clin Evid*. 2014 Nov 12: 0407 [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25391392>.
2. Arisoy Ö, Şengül N, Çakır A. Stress and psychopathology and its impact on quality of life in chronic anal fissure (CAF) patients. *International Journal of Colorectal Disease*. 2016;32(6):921-924.
3. van Reijn-Baggen DA, Elzevier HW, Putter H, Pelger RCM, Han-Geurts IJM. Pelvic floor physical therapy in patients with chronic anal fissure: a randomized controlled trial. *Tech Coloproctol*. 2022;26(7):7:571-582, Jul 2022. doi: 10.1007/s10151-022-02618-9.
4. van Reijn-Baggen, Elzevier HW, Putter H, Pelger RCM, Han-Geurts IJM. Pelvic floor physical therapy in patients with chronic anal fissure: long-term follow-up of a randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis* 2023;38(1):3. doi: 10.1007/s00384-022-04292-7.

LEERPUNTEN

- Denk bij persisterende anale klachten en therapieresistentie aan een chronische anale fissuur, ook wanneer cutane afwijkingen op de voorgrond staan.
- Een verhoogde sfinctertonus en bekkenbodemdysfunctie spelen vaak een centrale rol in het ontstaan en voortbestaan van CAF.
- Digitaal anorectaal onderzoek, inclusief beoordeling van de bekkenbodem, is van grote diagnostische waarde.
- Bekkenfysiotherapie is een effectieve, aanvullende behandeloptie die pijn vermindert, genezing bevordert en de kwaliteit van leven verbetert.

- Vroege herkenning en multidisciplinaire samenwerking kunnen het ziektebeloop gunstig beïnvloeden en recidieven helpen voorkomen.

TREFWOORDEN

Chronische anale fissuur - anale benigne pathologie - bekkenbodemdysfunctie - anale jeuk - topicale calciumkanaalblockers

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen

5. Rao SSC. Rectal exam: Yes, it can and should be done in a busy practice! *Am J Gastroenterol.* 2018;113(5):635-638, May 2018. doi: 10.1038/s41395-018-0006-y.
6. Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010;8(8):955-60. doi: 10.1016/j.cgh.2010.06.031.
7. Hillman RJ, Berry-Lawhorn JM, Ong JJ, et al. International anal neoplasia society guidelines for the practice of digital anal rectal examination. *J Lower Gen Tract Dis.* 2019;23(2):138-146.

CORRESPONDENTIEADRES

Daniëlle van Reijn

E-mail: info@bekkenfysiotherapiebaarn.nl

Lotte van Lee

E-mail: lotte.vanlee@dermahaven.nl

Zie ook: www.bekkenfysiotherapie.nl