

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/190478>

Please be advised that this information was generated on 2019-11-13 and may be subject to change.

Ernstige fluor vaginalis na rectumresectie

Lara C. Burg, André J.A. Bremers, John P.F.A. Heesakkers en Kirsten B. Kluivers

- ACHTERGROND** Bijna de helft van de vrouwen die rectumchirurgie ondergaan heeft daarna fluor vaginalis. Zij ervaren dit vaak als invaliderend vanwege de onverwachte en herhaaldelijk overvloedige vaginale afscheiding. Veel van deze patiënten doorlopen een uitgebreid diagnostisch traject, dat voornamelijk gericht is op het aantonen van fistelvorming. Als er geen fistel wordt gevonden, is er meestal geen aantoonbare verklaring voor de hevige fluor.
- CASUS** In onze praktijk zagen wij drie vrouwen van respectievelijk 49, 54 en 74 jaar met vergelijkbare ernstige fluor na rectumchirurgie, zonder een verklaring hiervoor. We verrichtten daarom een literatuuronderzoek naar deze aandoening.
- CONCLUSIE** Anatomische veranderingen lijken verantwoordelijk te zijn voor overvloedige fluor vaginalis na rectumchirurgie. Verandering in de bekkenbodemmusculatuur en distale compressie van de vagina door de operatie kunnen leiden tot een fluorreservoir in het proximale deel van de vagina, met ernstige fluor tot gevolg. Symptomatische behandelingen kunnen de klachten reduceren.

Fluor vaginalis is een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk en op de polikliniek Gynaecologie. Wij zagen een aantal vrouwen met ernstige fluor vaginalis na rectumchirurgie. Uitgebreid multidisciplinair onderzoek, onder andere naar fistelvorming, gaf geen verklaring hiervoor en we konden deze patiënten aanvankelijk geen therapeutische optie bieden. In de literatuur ontdekten wij daarna echter nieuwe inzichten in het ontstaan en het behandelen van deze patiënten met forse fluor na een rectumoperatie, die wij hier presenteren.

ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Patiënt A, een 49-jarige vrouw, onderging 10 jaar geleden een ‘low anterior’-resectie vanwege een rectumcarcinoom, waarna een tijdelijk devierend ileostoma was aangelegd. Er was sprake van een ‘high-output’-stoma en patiënte had veel klachten. Opheffing van het ileostoma gaf geen vermindering van deze klachten en 3 jaar na de eerste operatie was een intersfincterische rectumresectie – resectie van rectum en anus met behoud van externe sfincter – verricht, met aanleg van een eindstandig colostoma. Na 2 jaar verwees de huisarts patiënte naar onze polikliniek Gynaecologie vanwege overvloedig wit tot gelig, niet-riekend vaginaal vochtverlies, dat was ontstaan na de intersfincterische rectumresectie. Anamnestic trad dit verlies op bij houdingsveranderingen en coïtus. Patiënte ervoer de klachten als beperkend. In speculo waren er geen aanwijzingen voor een fistel. Wel was er een evidente vernauwing van het distale deel

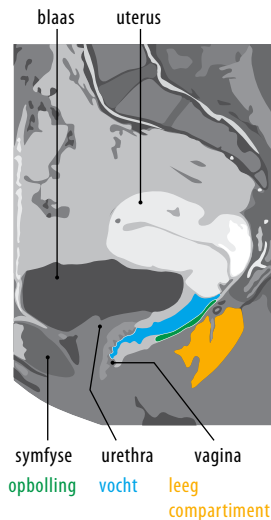
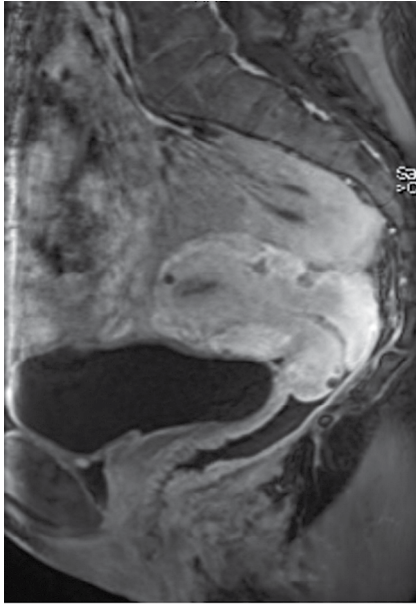
Radboudumc, Nijmegen.

Afd. Verloskunde en Gynaecologie: L.C. Burg, coassistent (thans: arts-assistent, Rijnstate, Arnhem); dr. K.B. Kluivers, gynaecoloog.

Afd. Heelkunde: dr. A.J.A. Bremers, chirurg.

Afd. Urologie: dr. J.P.F.A. Heesakkers, uroloog.

Contactpersoon: L.C. Burg (lara.burg@radboudumc.nl).



FIGUUR Sagittale T_1 -gewogen MRI-opname van de onderbuik van patiënt A conform het MRI-fistelprotocol toont status na 'low anterior'-resectie (zichtbaar als een leeg achterste compartiment), vocht in de vagina en opbolling van de proximale vagina-achterwand en fornix posterior. Er is geen verbinding tussen de urethra en vagina of tussen de vagina en de darmen.

van de vagina. Om een fistel uit te sluiten werd de afscheiding geanalyseerd op aanwezigheid van ureum, eiwit, lymfocyten en vezels, maar de uitslag was negatief. Vaginale kweken toonden geen pathogenen. MRI liet geen bijzonderheden zien, behalve opbolling van de vagina-achterwand naar dorsaal en aanwezigheid van vocht proximaal in de vagina (figuur). We konden echter geen verklaring voor de klachten vinden.

Patiënt B, een 54-jarige vrouw, had vergelijkbare klachten als patiënt A na uitgebreide darmchirurgie vanwege therapieresistente colitis ulcerosa. Er was uiteindelijk een volledige colectomie verricht met aanleg van een eindstandig ileostoma. Anamnestic was er sprake van overvloedige wit-gelige, niet-riekende vaginale afscheiding, voornamelijk bij houdingsveranderingen. Dit objectiveerden wij in speculo.

Aanvullend onderzoek liet geen aanwijzingen voor fistelvorming zien. Een MRI-scan toonde stase van vocht in de vaginatop en bekkenbodeminufficiëntie, maar geen verklaring voor de klachten.

Patiënt C, 74-jarige vrouw, had overvloedige wit-gele vaginale afscheiding na een proctocolectomie met aanleg van een eindstandig ileostoma. Gynaecologisch en aanvullend onderzoek en biochemische fluoranalyse boden geen aanknopingspunten voor een niet-vaginale herkomst. Een MRI-scan toonde alleen opvallende vochtophoping in de vagina.

BESCHOUWING

Na een resectie van het rectum is fluor vaginalis een vaker gehoorde klacht, maar dit fenomeen is weinig bekend bij de geconsulteerde artsen. Fluor vaginalis is een voor de betreffende vrouw afwijkende vaginale afscheiding.¹ Patiënten omschrijven het meestal als wit tot geel, niet-riekend vaginaal vocht, dat in ruime mate en explosief vrijkomt bij drukverhoging of beweging.

Bij patiënten met fluor vaginalis na darmchirurgie moet fistelvorming van de darm naar de vagina uitgesloten worden.² Een andere overweging is de aanwezigheid van een lymfocele of lymfatische fistel, een zeldzame complicatie van abdominale chirurgie waarbij lymfevocht via de vagina verloren wordt.³ Als hier geen aanwijzingen voor gevonden worden, moet een andere oorzaak overwogen worden: ophoping en ontlasting van afscheiding bij een anatomisch veranderde vagina en bekkenbodem.

Naar aanleiding van de patiënten die wij op onze poli zagen voerden we een literatuuronderzoek uit in PubMed, met de zoektermen 'vaginal discharge', 'colorectal surgery' en 'proctocolectomy'. Wij vonden een patiëntbeschrijving uit 2014 van een 39-jarige vrouw met fluor vaginalis sinds een proctocolectomie vanwege colitis ulcerosa.⁴ Onderzoek liet een circulaire vernauwing van de vagina zien, waarbij passage met het speculum leidde tot drainage van een ruime hoeveelheid vocht. Daarnaast was er sprake van een ventrale verplaatsing van de M. levator ani. Op een MRI-scan werd compressie van de vagina gezien, met een fluorreservoir in het bovenste deel van de vagina. Vanwege deze veranderingen in bekkenbodemmusculatuur werd patiënte verwezen voor

bekkenbodempfysotherapie. Na relaxatie van de bekkenbodemmusculatuur en manuele lediging van het fluorreservoir in de proximale vagina verdwenen de klachten. Een retrospectief onderzoek naar gynaecologische klachten na een proctocolectomie uit 1990 toonde dat 49% van de vrouwen postoperatief hinderlijk vaginaal vochtverlies ervaart, vergeleken met 9% preoperatief.⁵ Dit werd geassocieerd met veranderingen in de vaginale anatomie en bekkenbodemmusculatuur. Een vergelijkbare verklaring is beschreven in een radiologische studie naar veranderingen in het kleine bekken bij patiënten na een proctocolectomie.⁶

PATHOGENESE

Hoe kan een rectumresectie zonder anastomose uiteindelijk leiden tot de beschreven anatomische en functionele veranderingen? Enerzijds is er na de operatie sprake van een leeg achterste compartiment en verlies van steunfunctie van het septum rectovaginale. Hierdoor verplaatsen de vagina-achterwand en uterus zich naar dorsaal, waar ze gefixeerd raken. Dit leidt tot dilatatie van de fornix posterior. Daarnaast komen wondgenezingsstoornissen van het perineum frequent voor, die kunnen resulteren in fibrose en retractie. Hierdoor kan de vagina circulair vernauwd raken.

Anderzijds verplaatst de M. levator ani na een intersfinctische rectumresectie zich naar ventraal doordat de anus met hechtingen door de externe sfincter wordt gesloten. Bij een oncologische rectumresectie worden de externe sfincter en een deel van de M. levator ani verwijderd en wordt geprobeerd de M.-levatorrest ter weerszijde bij elkaar te brengen. Dit snoert de bekkenbodem bij elkaar, waardoor deze spier naar ventraal wordt gemigreerd. Deze verandering heeft invloed op het distale deel van de vagina, waar compressie of een circulaire vernauwing ontstaat. Dit leidt tot de vorming van een fluorreservoir in het proximale deel van de vagina, dat na het opheffen van de compressie of circulaire vernauwing resulteert in de kenmerkende fluor.

BEHANDELING

Bekkenbodempfysotherapie en het manueel ledigen of spoelen van het fluorreservoir in de proximale vagina lijken dus een symptomatische oplossing te bieden. Bij patiënt A hadden vaginale spoelingen met lauwwarm water niet het gewenste effect; manuele lediging is een goed alternatief vanwege de evidente vernauwing van de distale vagina. Patiënt B begon met bekkenbodempfyso-

- **Fluor vaginalis is een veelvoorkomende klacht met uiteenlopende mogelijke oorzaken, maar na rectumchirurgie staat fistelvorming hoog in de differentiaaldiagnose.**
- **Als bij een patiënte met fluor vaginalis na rectumchirurgie geen fistel wordt aangetoond, moet gedacht worden aan anatomische veranderingen van de vagina en bekkenbodem.**
- **Na rectumresectie zonder anastomose bij vrouwen is er sprake van een leeg achterste compartiment en verlies van steunfunctie van het septum rectovaginale, waardoor de vagina-achterwand en de uterus naar dorsaal zijn verplaatst.**
- **Bij een rectumresectie wordt het restant van de bekkenbodem bij elkaar getrokken, wat leidt tot compressie en circulaire vernauwing van het distale deel van de vagina en tot de vorming van een fluorreservoir in de proximale vagina.**
- **Symptomatische behandelopties voor fluor vaginalis na rectumchirurgie zijn bekkenbodempfysotherapie en het herhaaldelijk manueel ledigen of spoelen van het fluorreservoir.**

therapie. Patiënt C gebruikte vaginale spoelingen en bemerkte een positief effect op de hoeveelheid afscheiding.

CONCLUSIE

Ernstige fluor vaginalis na rectumchirurgie kan worden veroorzaakt door dilatatie van de fornix posterior, circulaire vernauwing van de distale vagina en een verandering in bekkenbodemmusculatuur. Dit leidt tot stase van vocht in de vagina, dat wordt verloren als de circulaire vernauwing wordt opgeheven. Bekkenbodempfysotherapie en het herhaaldelijk manueel ledigen of spoelen van het fluorreservoir zijn symptomatische behandelopties.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 11 januari 2018

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D2435

> **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D2435**

LITERATUUR

- 1 Heineman MJ, Evers JLH, Massuger LFAG, Steegers EAP. *Obstetrie en gynaecologie*. 7e herziende dr. Amsterdam: Reed Business; 2012.
- 2 Berger MB, Khandwala N, Fenner DE, Burney RE. Colovaginal fistulas: presentation, evaluation, and management. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016;22:355-8.
- 3 Mills SC, Lee J, Marshall M, Cohen R. Lymphatic fistula to the vagina. *J R Soc Med*. 2005;98:365-6.
- 4 Lev-Sagie A, Tulchinsky H, Hiller N. Persistent vaginal discharge following proctocolectomy—if there is no fistula, what is it? *Int J Colorectal Dis*. 2014;29:135-6.
- 5 Wikland M, Jansson I, Asztély M, et al. Gynaecological problems related to anatomical changes after conventional proctocolectomy and ileostomy. *Int J Colorectal Dis*. 1990;5:49-52.
- 6 Asztély M, Palmblad S, Wikland M, Hultén L. Radiological study of changes in the pelvis in women following proctocolectomy. *Int J Colorectal Dis*. 1991;6:103-7.