

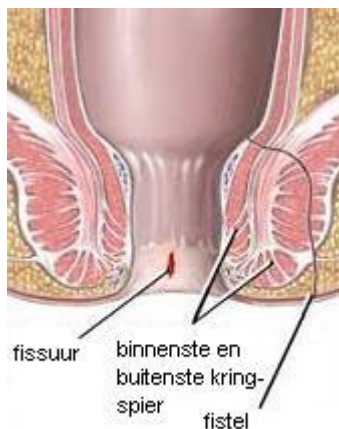
Fissura ani

Deze folder geeft u algemene informatie over klachten van een kloofje bij de anus (fissura ani) en de behandeling ervan.

Het is goed dat u zich bij het lezen van deze informatie realiseert dat uw persoonlijke situatie anders kan zijn dan in de folder wordt beschreven.

Wat is een fissura ani?

Een fissuur is een kloofje. Een fissura ani is een pijnlijk kloofje in de anus. Het ligt in de lengterichting van de anus, meestal in de middellijn aan de voor- en/of achterkant van de anus.



Een fissura ani komt veelal voor op jonge en middelbare leeftijd, maar kan zich zeker ook voordoen bij baby's, kleuters en ouderen.

Oorzaak

Waardoor het kloofje ontstaat en waarom juist op bepaalde voorkeursplaatsen in de anus, is nog niet precies duidelijk. Mogelijk heeft het te maken met een verhoogde spanning, een soort kramp van een deel van de kringspier en een daardoor verstoorde bloedvoorziening. Onbewust wordt door de pijn en de verhoogde spanning van een deel van de sluitspier de ontlasting opgehouden. Dit heeft tot gevolg dat de ontlasting hard wordt. Bij de volgende stoelgang scheurt het kloofje dan weer open en blijft op die manier hardnekkig bestaan.

Klachten

Een fissura ani geeft meestal klachten in de vorm van een scherpe pijn tijdens of na de stoelgang. Vaak met wat bloedverlies.

Onderzoek

De klachten, die fissura ani kunnen geven, kunnen ook voorkomen bij andere afwijkingen van de endeldarm of de anus. Daarom is het van belang dat nader onderzoek wordt verricht van de anus, het anale kanaal en het begin van de endeldarm. Meestal is het kloofje goed te zien als de patiënt op zijn linkerzijde ligt (of in knie-/elleboogshouding) op een onderzoekstafel. De arts kijkt naar de omgeving van de anus en de anus zelf en voert met de vinger een inwendig onderzoek van de anus en begin van de endeldarm uit.

Als het niet te pijnlijk is kan de arts met een kijkinstrument (proctoscoop) in de anus kijken. Het anale kanaal en het laatste stukje van de endeldarm wordt dan bekeken. Hierbij kan worden vastgesteld of er een fissura ani is, of misschien aambeien of andere afwijkingen aanwezig zijn. Wanneer door pijn het onderzoek onmogelijk is, kan worden besloten het onderzoek met een ruggenprik of algehele narcose uit te voeren. Uw behandelend arts zal met u bespreken welke onderzoeken nodig zijn om tot de juiste behandeling over te kunnen gaan.

Zelden is er ook ander aanvullend onderzoek nodig, bijvoorbeeld een uitgebreid kijkonderzoek op de endoscopieafdeling en/of een röntgenfoto van de dikke darm. Dit komt vooral voor bij patiënten boven 50 jaar met niet specifieke klachten en abnormaal bloedverlies. Bij jongere patiënten is in het algemeen het onderzoek van de anus en het anale kanaal voldoende.

Behandeling

Er zijn globaal drie behandelingsmogelijkheden:

1. Voeding
2. Medicijnen
3. Chirurgie

Ad 1. Voeding

Meestal reageert een fissura ani op het aanpassen van de voedingsgewoontes.

In de eerste plaats zal de stoelgang zacht gehouden moeten worden. Daarvoor is het eten van voldoende plantaardige vezels zoals zemelen, fruit, groenten en bruinbrood nodig en het drinken van veel water (1 à 2 glazen water extra voor elke maaltijd). Een zekere regelmaat in het ontlastingspatroon voorkomt dat de ontlasting onnodig lang wordt opgehouden en te hard wordt.

Verder kan het regelmatig nemen van een warm bad de verhoogde spanning in een deel van de sluitspier wegnemen.

Ad 2. Medicijnen

Indien bovenstaande maatregelen geen effect hebben, is het zinvol een arts te raadplegen. Door het gebruik van de juiste medicijnen (zalven) kan bij de meeste mensen het kloofje alsnog genezen.

De behandeling van fissura ani bestaat een speciale zalf (Diltiazem 2% in vaseline-cetomacrogolcreme). Het gebruik van deze zalf, kan bloeddrukverlaging en een duizelig gevoel als bijwerking hebben. Om de ontlasting zacht te houden kan de arts hiervoor medicijnen voorschrijven, bijvoorbeeld poeders van plantaardige vezels of een drankje.

Mocht de zalf niet leiden tot genezing van de fissura ani, of zijn de bijwerkingen te ernstig, dan kan worden overwogen een andere zalf te gebruiken, bijvoorbeeld Isosorbide-dinitraat 1% crème. Het werkzame bestanddeel zorgt voor ontspanning van de verkrampde (binnenste) kringspier. Hierdoor verbetert de bloeddorstrooming en kan het kloofje genezen. Geduld is nodig voor een goed resultaat: de crème moet minimaal 6 à 8 weken, meerdere keren per dag (6x), op de anus worden gesmeerd. Hoofdpijn kan een hinderlijke bijwerking zijn, waardoor de behandeling soms voortijdig moet worden gestaakt. Bij tweederde van de patiënten, die deze zalf gebruiken, is het kloofje na behandeling genezen.

Ad 3. Chirurgie

In het geval, dat de klachten niet op bovenstaande maatregelen reageren en het kloofje blijft bestaan, kan een kleine operatieve ingreep verlichting geven. Het doel van de ingreep is de verhoogde spanning in een deel van de sluitspier te doorbreken of de kloof te sluiten en te bedekken met gezond weefsel. Door de lagere spierspanning krijgt het kloofje de kans om te genezen.

Er zijn meerdere chirurgische technieken voor het uitvoeren van deze operatie. De behandelend arts zal met u de keuze van behandeling bespreken. Omdat operaties aan de anus nogal pijnlijk kunnen zijn, zeker in geval van een fissura ani, geven wij de voorkeur aan de operatie in dagbehandeling te laten plaatsvinden en onder verdoving (ruggenprik of een korte narcose).

De chirurgische technieken zijn:

PLIS (Percutane Laterale Interne Sfincterotomie)

Via een klein operatiewondje naast de anus wordt het binnenste deel van de sluitspier aan de zijkant ingeknipt om de verhoogde spierspanning op te heffen. Na deze ingreep ontstaat bij een klein aantal mensen (ca. 5%) moeite met het ophouden van windjes.

Botulinum toxine (Botox® of Dysport®)

Hierbij wordt een geneesmiddel ingespoten dat verlamming veroorzaakt van de behandelde spiervezels (gedeelte sluitspier). Dit geneesmiddel wordt in de esthetische chirurgie gebruikt voor behandeling van rimpels. Het effect houdt ongeveer een half jaar aan. De helft van de mensen heeft resultaat bij deze behandeling.

Fissurectomie of mucosa-advancementplastiek

De kloof kan worden verwijderd (fissurectomie) of bedekt met gezonde darmweefsel (mucosa-advancementplastiek).

Er kan voor een combinatie van de hierboven beschreven technieken worden gekozen, afhankelijk van uw persoonlijke situatie.

Mogelijke complicaties na operatie

Bij elke ingreep bestaat de kans op complicaties. Zo zijn er ook bij deze chirurgische ingrepen risico's op complicaties van een operatie, zoals bijvoorbeeld trombose, longontsteking, nabloeding, wondinfectie.

Bloedverlies

De ingrepen vinden plaats in een bloedvatrijk gebied (de anus). Daarom kan na de behandeling wat bloedverlies optreden, in het bijzonder na een LIS. Bij een LIS wordt meestal het operatiewondje opengelaten om het risico van infectie zo klein mogelijk te houden.

Continentie

Onder continentie van de anus verstaan we het vermogen om de passage van lucht (winden), vocht (slijm, diarree) en ontlasting onder controle te houden.

Bij de ingrepen wordt geopereerd aan een deel van de sluitspier, om de verhoogde spanning erin te doorbreken. In het begin kan er zeker sprake zijn van enig verlies van controle over de sluitspier, met name op winden, maar mogelijk ook op vocht. Dat wil zeggen, dat als u een windje of wat vocht voelt aankomen, u de kringspier bewust moet aanspannen, om zo de continentie meer bewust te beheersen. Meestal is dit controleverlies van tijdelijke aard.

In een klein aantal gevallen (ca. 5%) kan het verlies van deze controle blijvend zijn. Het heeft vooral betrekking op het verlies van wat vocht; verlies van anaal slijm met of zonder ontlastingsvezels ('soiling' genoemd). Meestal merkt u dit achteraf door de aanwezigheid van een kleine bruine streep ('remspoor') in de onderbroek. Met een inlegkruisje kunt u dit vochtverlies opvangen.

Volledig verlies van controle over de sluitspier kan, ook als de ingreep goed is uitgevoerd, niet worden voorkomen. Heeft u voor de operatie al moeite om de ontlasting op te houden, dan wordt het risico op (gedeeltelijke) incontinentie groter, en wordt een chirurgische behandeling dus minder aantrekkelijk.

Nazorg

Meestal kunt u de dag van de ingreep weer naar huis. De eerste dagen na de operatie kan het operatiegebied nog pijnlijk zijn. Hiervoor worden pijnstillers voorgeschreven. De pijnklachten van voor de operatie zijn vaak wel al snel minder.

Na de ingreep zal de stoelgang zacht gehouden moeten worden en meestal krijgt u daarvoor een recept voor medicijnen mee naar huis.

Ook moet u veel extra water blijven drinken. Zeker als u eerder last had van een moeilijke stoelgang, is het verstandig de eerder genoemde adviezen van vezelrijke voeding blijven volgen. Dit om nieuwe klachten te voorkomen.

Het is verstandig het anaal gebied goed schoon te houden, met name na de stoelgang, maar ook tussendoor. Met de douche kunt u het gebied gemakkelijk schoon spoelen. Twee keer per dag is meestal voldoende.

Gebruik geen geparfumeerde vochtige toiletdoekjes, maar dep een stuk toiletpapier even onder de kraan. Zo voorkomt u verheviging van de jeuk door irritatie.

Zes weken na de operatie komt u voor controle terug op de polikliniek proctologie.

Herstel

Als de pijnklachten het toelaten, kunt u uw dagelijkse activiteiten weer hervatten. Meestal is dit twee of drie dagen na de ingreep het geval. Het anale kanaal is dan nog niet geheel genezen. Dat zal nog meerdere weken duren.

Nog vragen?

Heeft u nog vragen na het lezen van deze folder dan kunt u deze stellen aan een verpleegkundige of uw behandelend arts. Informatie is ook na te lezen op onze website: www.lzr.nl . Het telefoonnummer van de poli chirurgie is (0475) 38 27 32.

Laurentius Ziekenhuis
Mgr. Driessenstraat 6
(hoofdingang bereikbaar via de Oranjelaan)
6043 CV Roermond
www.lzr.nl

Patiëntencommunicatie Laurentius ziekenhuis
14286080 - Chirurgie - december 2018