



Bekkenfysiotherapie bij chronische anale fissuren

Auteur:

- Daniëlle van Reijn, bekkenfysiotherapeut, PhD

Definitie

Chronische Anale Fissuur: een chronische anale fissuur (CAF) wordt gedefinieerd als een kloofje of scheurtje in het epitheel van de anus, waarbij de symptomen langer dan 6 weken bestaan. Een CAF is meestal posterieur gelegen, en heeft vaak meerdere kenmerken van chroniciteit zoals opgeworpen wondranden, het à vue zijn van sfinctervezels, een huidaanhangsel aan de buitenzijde ontstaan door ontsteking of fibrosering (sentinal pile) en een inflammatoire poliep. Het kenmerkende symptoom is pijn tijdens de ontlasting, die daarna uren kan aanhouden en vaak gepaard gaat met bloedverlies.¹

Bekkenfysiotherapie

Bekkenfysiotherapie is een specialisatie binnen de fysiotherapie, die zich richt op de preventieve en curatieve zorg bij (dreigende) gezondheidsproblemen in de bekkenregio. Tot de bekkenregio behoren de bekkengordel met de bekkenbodemmusculatuur en de bekkenorganen, de lumbale wervelkolom (LWK) en de heupen. Het doel van bekkenfysiotherapie bij een CAF is het verbeteren van het bewustzijn en de proprioceptie, spierontspanning en elasticiteit, het herstellen van de coördinatie en functie van de bekkenbodemspieren, het verbeteren van de doorbloeding en verminderen van pijn.^{2,3}

Bekkenfysiotherapie omvat het geven van informatie en advisering over de bekkenbodem, over defecatie en gerelateerde klachten, het toiletgedrag en de toilethouding, oefeningen gericht op bewustwording en ontspanning van de bekkenbodemmusculatuur gecombineerd met soft-tissue manipulatie en myofasciale ontspanningstechnieken die zowel inwendig als uitwendig kunnen worden toegepast.⁴ De bekkenfysiotherapeut kan tevens voor de behandeling gebruik maken van electromyografische (EMG)-biofeedback en elektrostimulatie. Evaluatie van de behandeling vindt plaats met behulp van gevalideerde vragenlijsten t.a.v. pijn, ervaren hinder en kwaliteit van leven.⁵⁻⁷

Inleiding

Prevalentie: Een CAF is een veel voorkomende pijnlijke anorectale aandoening met een incidentie in Nederland van 0.25% (2.5 per 1000 patiënten per jaar), met de hoogste incidentie (4.3 per 1000) bij vrouwen tussen de 25-44 jaar.⁸

Etiologie:

De exacte pathogenese van een CAF is nog niet volledig opgehelderd, maar er wordt aangenomen dat pijn een verhoogde sfinctertonus veroorzaakt, wat leidt tot ischemie met als gevolg een verminderde genezigstendens van de fissuur.⁹

Daarnaast kan de passage van harde ontlasting of plotselinge diarree leiden tot schade aan de mucosa, welke kan resulteren in een toegenomen reactie van de externe anale sfincter continentiereflex en een toename van de basale rustdruk.¹⁰ Hierdoor kan er een vicieuze cirkel van pijn en obstipatie ontstaan. Een retrospectieve studie bij patiënten met een CAF liet een groot percentage aan bekkenbodemdysfuncties zien, zoals dyssynergie en verhoogde tonus van de bekkenbodemmusculatuur.¹¹ Een verhoogde tonus van de bekkenbodem en/of dyssynergie (onvermogen om de bekkenbodem te relaxeren en/of een gebrek aan coördinatie van de abdominale, rectale en bekkenbodemmusculatuur tijdens defecatie) kan deel uitmaken



van de pathofysiologie en een onderliggende oorzaak zijn voor het niet goed reageren op de behandeling volgens de huidige richtlijnen. Dyssynergie en een verhoogde tonus van de bekkenbodemp kunnen effectief worden behandeld met bekkenfysiotherapie inclusief biofeedback en/of elektrostimulatie.^{3,12}

Richtlijnen

De conservatieve behandeling van een CAF volgens de huidige richtlijnen,^{13,14} bestaat uit het reguleren van de ontlasting door inname van (extra) vezels en/of gebruik van laxeremiddelen, leefstijladviezen, verbeteren van toiletgedrag, vermijden van persen en eventueel het gebruik van warmte ter relaxatie. Medicatie (zalf) wordt gebruikt ten behoeve van relaxatie van de interne anale sfincter en voor pijnbestrijding waarbij de voorkeur wordt gegeven aan diltiazem.^{13,15} Het op de juiste wijze inwendig aanbrengen van de zalf is hierbij van cruciaal belang voor het optimale effect.

Wanneer de conservatieve behandeling faalt, kan een injectie met botulinetoxine worden gegeven welke een veilig alternatief is voor een invasievere chirurgische interventie.

Verskillende chirurgische ingrepen zijn mogelijk, zoals fissurectomie en laterale interne sfincterotomie. Hoewel een laterale interne sfincterotomie de aanbevolen chirurgische behandeling is voor conservatief resistente fissuren, met een hoge succeskans, bestaat er een potentieel risico op incontinentie.¹⁶

Bij de behandeling van CAF zijn de huisarts, chirurg, maag-, darm-, leverarts en dermatoloog primair betrokken. De chirurg verwijst in ongeveer 22% van de gevallen de patiënt door naar de bekkenfysiotherapeut.¹⁵ Bekkenfysiotherapie wordt als behandeloptie (nog) niet in de huidige richtlijnen opgenomen.

Prognose, herstel belemmerende factoren CAF

Een CAF kenmerkt zich door pijn tijdens de passage en na de ontlasting. Het hebben van een CAF wordt sterk geassocieerd met een verminderde kwaliteit van leven en kan worden beïnvloed door fysieke, psychologische en sociale factoren.^{17,18} Patiënten met een CAF vertonen een hoge comorbiditeit met psychopathologie, depressie en angststoornissen. Stress kan fungeren als een trigger en/of verergerende factor. Langdurige klachten kunnen leiden tot functionele en psychosociale beperkingen welke onderhoudend kunnen zijn in het niet genezen van de fissuur en de pijnbeleving.¹⁷ Daarnaast bestaat er een nauwe samenhang tussen een voorgeschiedenis van seksueel en/of fysiek misbruik en gastro-enterologische klachten.¹⁹ Een verhoogde tonus van de bekkenbodemp is eveneens geassocieerd met seksueel misbruik en seksueel dysfunctioneren.³

Een andere belangrijke factor die van invloed kan zijn op het niet herstellen dan wel recidiveren van een CAF is de regulatie van de ontlasting. Chronische obstipatie is een negatieve prognostische factor voor het ontwikkelen van een CAF.²⁰ Aangetoond is dat het nemen van 25 gram extra vezels preventief werkt voor het krijgen van obstipatie.²¹

Kosten

De behandeling van een CAF is een evenwicht tussen effectiviteit, bijwerkingen, risico op recidief en kosten. Er lijken aanwijzingen te zijn dat (conservatieve) maatregelen zoals diltiazem en botulinetoxine effectief kunnen zijn en goedkoper dan invasievere chirurgie²² echter er bestaat een recidiefkans van de anale fissuur bij de behandeling met botulinetoxine van rond de 40%.¹⁶

Bekkenfysiotherapie in combinatie met diltiazem is eveneens effectief in de behandeling van een CAF en bekkenbodempdysfunctie. Er is een verbetering van dagelijks functioneren, een afname van recidieven, het is laagdrempelig, het heeft geen bijwerkingen en relatief lage kosten.^{23,24} Een kosteneffectiviteitsanalyse, wordt aanbevolen, waarbij de bekkenfysiotherapie als aanvullende conservatieve behandeling wordt



meegenomen, waarin zowel de directe kosten voor bekkenfysiotherapie als ook de uitgespaarde operatiekosten en de maatschappelijke kosten bij ziekteverzuim na een operatieve ingreep worden berekend. Ook het mogelijk betere resultaat bij een operatie in combinatie met bekkenfysiotherapie zou daarin meegewogen dienen te worden.

Richtlijn bekkenfysiotherapeutische diagnostiek

- De diagnose van een CAF wordt gesteld door een uitvoerige anamnese en lichamelijk onderzoek.
- In de anamnese dienen factoren uitgevraagd te worden zoals obstipatie²⁰, stressfactoren,¹⁷ bevalling,²⁵ comorbiditeiten zoals colitis ulcerosa, ziekte van Crohn, darmkanker, seksueel overdraagbare ziektes, en negatieve (sexuele) ervaringen.^{1,19,20}
- Vragen uit de anamnese kunnen een voorspellende waarde hebben voor dyssynergie van de bekkenbodemspieren.²⁶
- Het lichamelijk onderzoek bestaat uit een uitvoerige inspectie. Een CAF kan zich presenteren als een brede en diepe groeve, soms met zichtbare sfinctervezels, de aanwezigheid van een poliep, opgeworpen randen en hypertrofische anale papillen.¹
- Aanvullend is een zorgvuldig digitaal anorectaal functieonderzoek noodzakelijk om de tonus van het sfinctercomplex en functie van de bekkenbodemspieren te beoordelen.^{26,27}
- Ademhaling, houdingsregulatie, toilethouding en -gedrag dienen onderzocht te worden in samenhang met de functie van de bekkenbodemspieren.
- Onderzoek van het bekken en de omliggende structuren is van belang om de eventuele onderliggende oorzaak van pijn en bekkenbodemdysfunctie te bepalen.²⁸
- Meetinstrumenten die gebruikt kunnen worden bij anorectale aandoening zoals CAF zijn:
 - Pijn: VAS-pijn, NRS-pijn.⁵
 - Het meten van de veranderingen in de gezondheidstoestand en ervaren hinder met de Proctoprom.⁶
 - Kwaliteit van leven (RAND-36).⁷
 - Surface-Electromyografie (s-EMG) kan worden gebruikt om de elektrische activiteit van de bekkenbodemspieren in kaart te brengen en te differentiëren tussen de actieve en passieve component. EMG wordt gebruikt om motorcontrolpatronen, coördinatie te evalueren en geeft zowel de behandelaar als patiënt informatie over de mogelijkheid tot contraheren van de bekkenbodemspieren en of er een toename of afname is in activiteit bij het uitvoeren van een bepaalde taak. S-EMG kan ook worden ingezet om het effect te evalueren.

Richtlijn behandelinterventie

- Adviezen toiletgedrag en leefstijlinterventies.
- Het gebruik van extra vezels.²¹
- Gebruik van thermotherapie met bijvoorbeeld zitbaden.¹⁴
- Diltiazem 3 maal daags inwendig inbrengen (voor- en na de ontlasting en 's avonds) gedurende 6 weken en evt. herhalen.¹³
- Bekkenfysiotherapie kan ingezet worden in de chronische fase (na 6 weken klachten en gebruik zalf) met het gestandaardiseerde protocol zoals in de Pelvic floor Anal Fissure study (PAF-Study) is opgesteld.¹¹ Duur van het behandelingstraject is in dit protocol gezet op 2 maanden met gemiddeld 6 consulten. Een follow-up is aan te bevelen aangezien het effect van bekkenfysiotherapie inclusief biofeedback kan verzwakken na een bepaalde periode.²⁹

Resultaat en bijwerkingen

Tot op heden is er één RCT²³ uitgevoerd naar de behandeling van bekkenfysiotherapie bij een CAF. In deze



studie waren er geen adverse events. Resultaten van deze studie zijn gepubliceerd ten aanzien van de effecten op korte termijn, na 1 jaar en op kwaliteit van leven.^{23,24,30} Bekkenfysiotherapie is bewezen effectief gebleken op pijnvermindering, de genezing van de fissuur, afname van klachten, verminderen van recidief en kwaliteit van leven op zowel de korte termijn als bij de follow-up na 1 jaar.

Conclusie

Bekkenbodemdysfuncties, zoals een verhoogde tonus van de bekkenbodem en/of dyssynergie kunnen een belangrijke factor zijn die bijdraagt aan vertraagde genezing en pijn bij patiënten met een CAF. Een zorgvuldig uitgevoerd anorectaal onderzoek (inclusief onderzoek van de bekkenbodem) is hierbij van belang om bekkenbodemdysfuncties te bepalen en gericht te verwijzen.

Bekkenfysiotherapie is bewezen effectief gebleken en verdient hiermee een vaste plaats in de behandeling van deze patiënten. Het behandelprotocol zoals opgesteld in de PAF-studie zal moeten worden geïmplementeerd in de dagelijkse bekkenfysiotherapeutische praktijk om de patiënten optimale kwaliteit van zorg te bieden, verbetering van kwaliteit van leven en daarnaast verder onderzoek naar langere termijneffect en kosteneffectiviteit mogelijk te maken.

Literatuur

1. Beaty JS, Shashidharan M. Anal Fissure. *Clin Colon Rectal Surg*. Mar 2016;29(1):30-7. doi:10.1055/s-0035-1570390
2. Bocchini R, Chiarioni G, Corazziari E, et al. Pelvic floor rehabilitation for defecation disorders. *Tech Coloproctol*. Feb 2019;23(2):101-115. doi:10.1007/s10151-018-1921-z
3. van Reijn-Baggen DA, Han-Geurts IJM, Voorham-van der Zalm PJ, Pelger RCM, Hagenaars-van Miert C, Laan ETM. Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Sex Med Rev*. Apr 2022;10(2):209-230. doi:10.1016/j.sxmr.2021.03.002
4. Bonder JH, Chi M, Rispoli L. Myofascial Pelvic Pain and Related Disorders. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. Aug 2017;28(3):501-515. doi:10.1016/j.pmr.2017.03.005
5. Dworkin RH, Turk DC, Wyrwich KW, et al. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain*. Feb 2008;9(2):105-21. doi:10.1016/j.jpain.2007.09.005
6. Vander Mijnsbrugge GJ, Molenaar C, Buyl R, Westert G, van der Wees PJ. How is your proctology patient really doing? Outcome measurement in proctology: development, design and validation study of the Proctoprom. *Tech coloproctol*. 2020;24(4):291-300.
7. VanderZee KI, Sanderman R, Heyink JW, de Haes H. Psychometric qualities of the RAND 36-Item Health Survey 1.0: a multidimensional measure of general health status. *Int J Behav Med*. 1996;3(2):104-22. doi:10.1207/s15327558ijbm0302_2
8. Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, FG. S. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. *Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM*. 2004
9. Schouten WR, Briel Jw Fau - Auwerda JJ, Auwerda JJ. Relationship between anal pressure and anodermal blood flow. The vascular pathogenesis of anal fissures. *Dis colon Rectum*. 1994;37(7):664-669.
10. van Meegdenburg MM, Trzpis M, Heineman E, Broens PM. Increased anal basal pressure in chronic anal fissures may be caused by overreaction of the anal-external sphincter continence reflex. *Med Hypotheses*. Sep 2016;94:25-9. doi:10.1016/j.mehy.2016.06.005
11. Reijn DA, Voorham PJ, Pelger R, Putter H, Han-Geurts IJ. Pelvic floor dysfunction in chronic anal fissure. *Colorectal Disease*. 2018;20:137. doi:10.1111/codi.14329
12. Hite M, Curran T. Biofeedback for Pelvic Floor Disorders. *Clin Colon Rectal Surg*. Jan 2021;34(1):56-61. doi:10.1055/s-0040-1714287



13. Heelkunde NVv. Richtlijn Proctologie. Available: https://richtlijndatabasen/richtlijn/proctologie/fissura_anihtml. 2015
14. Stewart DB, Sr., Gaertner W, Glasgow S, Migaly J, Feingold D, Steele SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anal Fissures. *Dis Colon Rectum*. Jan 2017;60(1):7-14. doi:10.1097/DCR.0000000000000735
15. van Reijn-Baggen DA-O, Dekker L, Elzevier HW, Pelger RCM, Han-Geurts IJM. Management of chronic anal fissure: results of a national survey among gastrointestinal surgeons in the Netherlands. *Int J Colorectal Dis*. 2022;37(1432-1262)(4):973-978.
16. Boland PA, Kelly ME, Donlon NE, et al. Management options for chronic anal fissure: a systematic review of randomised controlled trials. *Int J Colorectal Dis*. Oct 2020;35(10):1807-1815. doi:10.1007/s00384-020-03699-4
17. Arisoy Ö, Şengül N, Çakir A. Stress and psychopathology and its impact on quality of life in chronic anal fissure (CAF) patients. *International Journal of Colorectal Disease*. Jun 2016;32(6):921-924. doi:10.1007/s00384-016-2732-1
18. Griffin N, Acheson AG, Tung P, Sheard C, Glazebrook C, Scholefield JH. Quality of life in patients with chronic anal fissure. *Colorectal Dis*. Jan 2004;6(1):39-44. doi:10.1111/j.1463-1318.2004.00576.x
19. Leserman J, Drossman DA. Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms: some possible mediating mechanisms. *Trauma Violence Abuse*. Jul 2007;8(3):331-43. doi:10.1177/1524838007303240
20. Felt-Bersma RJ, Bartelsman JF. Haemorrhoids, rectal prolapse, anal fissure, peri-anal fistulae and sexually transmitted diseases. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009;23(4):575-92. doi:10.1016/j.bpg.2009.04.010
21. Garg P. High Recurrence Rate After Nonsurgical Treatment of Chronic Anal Fissure: Can It Be Prevented? *Dis Colon Rectum*. 2022;(1530-0358)
22. Brisinda G, Bianco G, Silvestrini N, Maria G. Cost considerations in the treatment of anal fissures. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. Aug 2014;14(4):511-25. doi:10.1586/14737167.2014.924398
23. 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*. Jul 2022;26(7):571-582. doi:10.1007/s10151-022-02618-9
24. van Reijn-Baggen DA, 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*. Jan 5 2023;38(1):3. doi:10.1007/s00384-022-04292-7
25. Jenkins JT, Urie A, Molloy RG. Anterior anal fissures are associated with occult sphincter injury and abnormal sphincter function. *Colorectal Dis*. Mar 2008;10(3):280-5. doi:10.1111/j.1463-1318.2007.01335.x
26. Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clin Gastroenterol Hepatol*. Nov 2010;8(11):955-60. doi:10.1016/j.cgh.2010.06.031
27. Frawley H, Shelly B, Morin M, et al. An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment. *Neurorol Urodyn*. Jun 2021;40(5):1217-1260. doi:10.1002/nau.24658
28. Bruscianno L, Gualtieri G, Gambardella C, et al. Pelvic floor dyssynergia: the new iceberg syndrome. *Tech Coloproctol*. Apr 2020;24(4):393-394. doi:10.1007/s10151-020-02164-2
29. Ferrara A, De Jesus S, Gallagher JT, et al. Time-related decay of the benefits of biofeedback therapy. *Tech Coloproctol*. Dec 2001;5(3):131-5. doi:10.1007/s101510100014
30. van Reijn-Baggen DA, Elzevier HW, Braak J, Putter H, Pelger RCM, Han-Geurts IJM. Pelvic floor physical therapy in the treatment of chronic anal fissure (PAF trial): quality of life outcome. *Tech Coloproctol*. Feb 2023;27(2):125-133. doi:10.1007/s10151-022-02741-7