

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/2066/21592>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Bloedverlies per anum in de zwangerschap, een serieus te nemen klacht

TH.WOBBS EN B.VAN DER WILDT

Dames en Heren,

Bloedverlies per anum kennen wij allen als een veront-rustend symptoom, behorende bij een colon- of rectumcarcinoom. Toch zijn er omstandigheden waarin wij niet direct aan die diagnose denken en aannemen dat er hemorroïden in het spel zijn, vooral wanneer we met een jonge, zwangere vrouw met dit symptoom geconfron-teerd worden. De diagnose 'colon- of rectumcarcinoom' wordt immers bij jongeren niet vaak gesteld, ten minste wanneer deze niet verbonden is met polyposis coli of co-litis ulcerosa. De combinatie van een colon- of rectumcarcinoom en zwangerschap is een zeldzaamheid, terwijl hemorroïden in de zwangerschap als mogelijke oorzaak van anaal bloedverlies niet zelden worden gezien. Het is dus niet verwonderlijk, dat men bij anaal bloedverlies tij-dens de zwangerschap aan aambeien denkt.

In de literatuur worden over het samengaan van een zwangerschap en een colon- of rectumcarcinoom slechts casuïstische mededelingen gedaan.¹⁻⁵ Ondanks deze zeld-zzaamheid menen wij, nadat we in korte tijd zijn gecon-fronteerd met 2 patiënten met deze combinatie, er goed aan te doen erop te wijzen dat een colon- of rectumcarci-noom in de zwangerschap kan voorkomen en eigen pro-blemen met zich brengt.

Patiënt A, een vrouw van 31 jaar, had bij een zwanger-schapsduur van 13 weken anaal bloedverlies. Dit zou af-komstig zijn van aambeien die bij inspectie waren vast-gesteld en die werden behandeld met Veyels waswater. Het bloedverlies hield echter aan, zij het in mindere mate. Het defecatiepatroon was onveranderd. Bij een zwangerschapsduur van 27 weken ontstond er echter een forse bloeding. Dit was voor de huisarts reden een rec-taal toucher te verrichten. Zij meende een afwijking te voelen, waarvoor zij patiënte verwees naar de afdeling Heelkunde. Bij het rectaal toucher aldaar werd op 2-3 centimeter vanaf de anale ring dorsaal in het rectum een schotelvormige zwelling gevoeld met een diameter van 4 centimeter. Klinisch werd de diagnose 'rectumcarci-noom' gesteld. Het hemoglobinegehalte was 6,5 mmol/l, de hematocriet 0,30. Een via een proctoscopie uitgevoer-de biopsie van de tumor voerde tot de diagnose 'weinig tot matig gedifferentieerd adenocarcinoom'. Een endo-rectale echografie liet zien dat de tumor direct achter de sfincters begon en in de wand van het rectum was ge-groeid, doch niet erdoorheen. Bij echografie bleek de le-

ver niet afwijkend. Er volgde uitgebreid overleg met de obstetricus en de kinderarts-neonatoloog. Besloten werd een sectio caesarea te verrichten waarna het rectumcarcinoom behandeld zou kunnen worden.

Bij een zwangerschapsduur van ruim 29 weken werd na het stimuleren van de foetale longrijping via een sec-tio een jongen geboren van 1337 g. Zes weken na de be-valling werd een rectumamputatie verricht. Het post-operatieve beloop was ongestoord. Bij histologisch onderzoek bleek het te gaan om een Dukes B₂-carci-noom (pT₂N₀M_x). Ruim een jaar na de operatie is er geen aanwijsbare tumorgroei bij patiënte en maakt het kind het uitstekend.

Patiënt B, een vrouw van 31 jaar, werd naar ons verwe-zen nadat een rectumcarcinoom was vastgesteld op on-geveer 10 centimeter van de anale ring. Zij was 3 maan-den tevoren vaginaal bevallen en had gedurende de voorafgaande zwangerschap regelmatig om de paar we-ken anaal bloedverlies gehad dat aan hemorroïden werd toegeschreven. Het defecatiepatroon was niet veran-derd. Omdat na de bevalling het bloedverlies was aange-houden, drong patiënte aan op een scopie. Hierbij werd op ongeveer 10 centimeter vanaf de anale ring een ulce-rerende tumor gezien, waarna de histologische diagnose 'matig gedifferentieerd adenocarcinoom' werd gesteld. Een coloninloopfoto was normaal. De behandeling be-stond uit een lage anterieure resectie. Bij histologisch onderzoek bleek het te gaan om een Dukes C₂-carci-noom (pT₃N₁M_x). Meteen daarna werd patiënte be-straald.

Per jaar worden in Nederland meer dan 7000 patiënten geregistreerd met een carcinoom van colon of rectum. Deze maligniteit komt, zoals gezegd, weinig voor bene-den de leeftijd van 40 jaar. In 1990 werden in de leeftijds-groep tussen de 30 en de 40 jaar slechts 44 vrouwen en 56 mannen geregistreerd met een kwaadaardige tumor in dit deel van de tractus intestinalis. Bij 37 van deze jonge mensen was de tumor in het rectum of in het rectosig-moïd gelokaliseerd.⁶

De symptomen waarmee de patiënten in de jonge leef-tijdsgroep zich onder behandeling stellen, wijken niet af van die van de oudere leeftijdsgroepen, hoewel sommi-gen buikpijn wat meer op de voorgrond stelden. Dit hangt waarschijnlijk samen met een verder gevorderd stadium van de ziekte, waarin jongere patiënten vaak worden aangetroffen.⁷⁻⁹ Het is niet zeker of het colon- en rectumcarcinoom op jonge leeftijd agressiever is dan bij ouderen, zoals door sommige auteurs wel wordt veron-dersteld.⁹

Academisch Ziekenhuis, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Afd. Heelkunde: dr.Th.Wobbes, chirurg.
Afd. Obstetrie en Gynaecologie: dr.B.van der Wildt, gynaecoloog.
Correspondentie-adres: dr.Th.Wobbes.

Het samengaan van een zwangerschap en een carcinoom in het colon of rectum is zeldzaam en de incidentie ervan wordt geschat op 0,0002%.¹⁰ In 1993 werden door de Landelijke Verloskundige Registratie 28.623 bevallingen geregistreerd in de eerste lijn (verloskundigen). In diezelfde periode werden 43.107 bevallingen genoteerd in de tweede lijn. Het totale aantal bevallingen in 1993 bedroeg 71.730. Als men uitgaat van de genoemde incidentie, zou in ons land per jaar bij 14 tot 15 zwangere vrouwen tussen de 30 en 40 jaar een colon- of rectumcarcinoom ontstaan. Het blijkt op grond van de beide ziektegeschiedenissen dat dit sporadische voorkomen niet betekent dat het probleem zich in de dagelijkse praktijk niet zal voordoen. Het is daarom belangrijk dat men op de hoogte is van een mogelijk samengaan van een zwangerschap en een maligniteit van de dikke darm. Door het adequaat optreden van de huisarts bij de eerste patiënte kon in een vroeg stadium de diagnose worden gesteld, bij de tweede patiënte gebeurde dat echter enkele maanden later en waarschijnlijk als gevolg van dit uitstel is een tumor in een verder gevorderd stadium aangetroffen.

De ontdekking in de zwangerschap van een colon- of rectumcarcinoom of welke maligniteit ook betekent vaak een medische complicatie, hetgeen duidelijk moge zijn uit de ziektegeschiedenis van patiënte A. Indien de zwangerschap nog niet ver is gevorderd (tot 20 weken), kan in geval van een rectumcarcinoom nog een lage anterieure resectie of een rectumamputatie worden uitgevoerd. Een darmresectie voor een coloncarcinoom is in deze weken chirurgisch gezien geen probleem. Wanneer de zwangerschap echter langer dan 20 weken bestaat, kan de grote uterus een lage resectie of een amputatie onmogelijk maken en zeker bij 27 weken zal dit technisch vrijwel onuitvoerbaar zijn. Bovendien is er een sterke hyperemie van het bekkengebied, wat de kans op complicaties sterk zal vermeerderen. Enerzijds bestaat toch de wens de tumor zo snel mogelijk te verwijderen, anderzijds wil men het leven van het kind niet in gevaar brengen door het te vroeg geboren te laten worden. In de discussie zijn allerlei overwegingen gemaakt en vele voors en tegens besproken, wat ons uiteindelijk heeft doen besluiten het bovenvermelde beleid aan patiënte voor te stellen en uit te voeren. Achteraf gezien is de gevolgde handelwijze goed geweest. Ook in de literatuur wordt deze gang van zaken geadviseerd.² Het lijkt op theoretische gronden af te raden een partus via de vaginale weg te laten plaatsvinden, omdat door druk op de tumor zich cellen zouden kunnen verspreiden; of dit werkelijk gebeurt, is uiteraard moeilijk vast te stellen.² In uitzonderlijke gevallen zou de tumor de passage van het kind in het geboortekanaal kunnen belemmeren.¹

Uit de ziektegeschiedenis van patiënte B valt te leren dat bloedverlies per anum tijdens de zwangerschap serieus genomen moet worden en dat in elk geval een rectaal toucher moet worden gedaan en dat, indien hierbij geen afwijkingen worden gevonden, een sigmoïdoscopie moet worden uitgevoerd. Kennelijk is men niet zo bedacht op een colon- of rectumcarcinoom bij jonge patiënten. Dit betekent dat er niet zelden een te lang uitstel

is ontstaan, wat duidelijk blijkt uit de overlevingspercentages. In de literatuur vonden wij enkele patiëntengroepen beschreven met een 5-jaarsoverleving van ongeveer 20%, een laag percentage dat men kan toeschrijven aan het niet tijdig juist interpreteren van symptomen, terwijl de 5-jaarsoverleving van de gehele groep patiënten met een colon- of rectumcarcinoom 50-60% bedraagt.^{7 8}

Het vinden van een kwaadaardig gezwel in het colon of het rectum betekent dat het gehele colon goed moet worden onderzocht en dat de familieanamnese voor dit type tumor moet worden opgenomen. Niet zelden is de aanwezigheid van dit type carcinoom op jeugdige leeftijd een teken dat er een familiale belasting bestaat. Er zal een levenslange controle van het colon en het rectum moeten volgen. Indien de primaire behandeling adequaat is geweest en er zich geen uitzaaiingen voordoen, is de kans op een metachroon colon- of rectumcarcinoom na 10 jaar 4%, na 20 jaar 11%, na 30 jaar 18% en na 40 jaar 30%.¹¹ In de praktijk houdt dit in dat om de 3-5 jaar een coloscopie wordt uitgevoerd en dat dat frequenter moet gebeuren indien zich poliepen voordoen.

Dames en Heren, de in deze les gepresenteerde patiënten hebben ons weer eens geleerd dat altijd aan eens geleerde regels moet worden vastgehouden: anaal bloedverlies is een symptoom van een colon- of rectumcarcinoom, totdat dit is uitgesloten. Het moge duidelijk zijn geworden dat ook bij jonge mensen deze regel van kracht is, zelfs in de zwangerschap. Een tumor tijdens de zwangerschap compliceert de therapie, maar door een multidisciplinaire aanpak kan tegenwoordig een adequate behandeling worden gegeven, zodat het kind weinig risico's loopt en de moeder zonder te veel uitstel kan worden geholpen.

LITERATUUR

- Warren RP. Carcinoma of the rectum in pregnancy. *Br J Surg* 1975;45:178-81.
- Nesbitt JC, Moise KJ, Sawyers JL. Colorectal carcinoma in pregnancy. *Arch Surg* 1985;120:636-40.
- Tsukamoto N, Uchino H, Matsukuma K, Kamura T. Carcinoma of the colon presenting as bilateral ovarian tumors during pregnancy. *Gynecol Oncol* 1986;24:386-91.
- Voorhis B van, Cruikshank DP. Colon carcinoma complicating pregnancy. A report of two cases [review]. *J Reprod Med* 1989;34:923-7.
- Heise RH, Winter JT van, Wilson TO, Ogburn PL jr. Colonic cancer during pregnancy: case report and review of the literature [review]. *Mayo Clin Proc* 1992;67:1180-4.
- Vereniging Integrale Kankercentra. Incidence of cancer in the Netherlands. Second report of the Netherlands cancer registry, 1990. Utrecht: Vereniging Integrale Kankercentra, 1993.
- Pitluk H, Poticha SM. Carcinoma of the colon and rectum in patients less than 40 years of age. *Surg Gynecol Obstet* 1983;157:335-7.
- Smith C, Butler JA. Colorectal cancer in patients younger than 40 years of age. *Dis Colon Rectum* 1989;32:843-6.
- Heimann TM, Oh C, Aufses AH jr. Clinical significance of rectal cancer in young patients. *Dis Colon Rectum* 1989;32:473-6.
- Girard RM, Lamarche J, Baillet R. Carcinoma of the colon associated with pregnancy: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1981;24:473-5.
- Bülow S, Svendsen LB, Mellemegaard A. Metachronous colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1990;77:502-5.

Aanvaard op 15 augustus 1994