Overzichtstabel Additionele diagnostische onderzoeken bij fecale incontinentie

Inleiding

De werkgroep heeft de adviezen over (additionele) diagnostiek bij patiënten met fecale incontinentie overgenomen uit de internationale UEG/ESCP/ESNM/ESPCG richtlijn (Assmann, 2022). De literatuurstudie van de internationale richtlijn is uitgevoerd in de databases MEDLINE (Ovid), PubMed, EMBASE (Ovid) en Cochrane Database of Systematic Reviews van 2000 tot 15 oktober, 2020. Voor de ontwikkeling van de huidige richtlijn Fecale incontinentie heeft er geen update van de literatuurstudie plaatsgevonden voor de basis diagnostiek (anamnese en lichamelijke onderzoek), alsmede enkele componenten van additionale diagnostiek, zoals colonoscopie, pudendal nerve terminal motor latency (PNTML) en rectale barostaat bij patiënten met fecale incontinentie. De adviezen zijn, met behulp van citaten uit de internationale richtlijn, opgesomd en overgenomen in onderstaande tabel (Tabel 1). De internationale richtlijn heeft voor additionele diagnostiek doorverwezen naar de consensus studie International Anorectal Physiology Working group van Carrington et al. (2018), en is niet gebasseerd op een systematische literatuurstudie en GRADE. De overgenomen citaten zijn door de werkgroep aangevuld op basis van eigen ervaringen binnen de Nederlandse klinische praktijk.

Tabel 1. Diagnostiek bij fecale incontinentie (zoals beschreven in the UEG/ESCP/ESNM/ESPCG richtlijn)

Diagnostiek	**Kenmerken**	**Citaat overgenomen uit de internationale richtlijn[1]**	**Reflectie van werkgroepleden**
Basisdiagnostiek			
Anamnese: te beoordelen factoren tijdens anamnese	• Arts vraagt de patiënt of er sprake is van ongewilde fecesverlies. Indien er sprake is van fecesverlies, wat is de consistentie van de ontlasting die de patiënt verliest. • Voorgeschiedenis die van invloed kan zijn op fecale incontinentie, zoals obesitas, diabetes, prolaps, colorectaal carcinoom, IBD, PDS en coeliakie	"Health care professionals should enquire about the patients symptoms in a sensitive manner and determine whether the patient suffers from FI. Patients may not present outrightly with FI and may hide that they suffer from FI by consulting the health care professional for another related symptom (e.g. diarrhoea, anxiety, urinary incontinence and pelvic organ prolapse symptoms etc.) instead." "Health care professionals should ask their patients about unwanted loss of faeces in a sensitive manner, using word staking into account patient centred preferences (e.g. accidents, unwanted loss of faeces etc)." " Healthcare providers should make a diagnosis of faecal incontinence based on the clinical history. Prognostic factors, severity and management history should be	Houd rekening met schaamte waardoor de patiënt niet alles vermeldt. Aandachtspunten: 1. frequentie en ''volume'' van het verlies 1a soiling (kleine beetjes) of veel meer (eventueel te quantificeren (bijv., mespunt, vingerhoed/eetlepel, veel meer dan dat)

		established. The presence of other organic pathology generally causing diarrhoea such as colorectal cancer, inflammatory bowel disease and prolapse should be ruled out." Bewijs: Expert opinion[1]	1b. relatie met flatulentie 2. hoe dun is de ontlasting 3. relatie tussen verlies en stevigheid van de ontlasting 4. urge component of alleen ongemerkte passage 5. mate van ervaren invalidering 6. wanneer treedt het met name op 7. angst voor maligniteit
Lichamelijk onderzoek • Digitale rectale onderzoek (DRE) • Aan te nemen positie voor lichamelijk onderzoek	• Algemeen lichamelijk onderzoek • Inspectie anorectaal gebied (uitsluiten van anorectale pathologie, trauma, chirurgie) • Rectaal toucher uitvoeren, voorkeur in linker zijligging	"Inspection and physical examination of the anorectal region should be performed to assess anorectal pathology and/or faecal impaction and to evaluate anal state/tone at rest and during voluntary effort." "Physical examination should be performed in a position that facilitates reliable diagnosis and comfort for the patient." Bewijs: Expert opinion[1]	Aandachtspunten: • Is er sprake van overgewicht/ondergewicht? • Normale peristaltiek bij auscultatie? • Inspectie van perianaal gebied in rust en tijdens persen. • Rectaal toucher uitvoeren in rust, bij aanspannen en persen. Bij rectaal toucher aandacht voor: 1. perianale afwijkingen inclusief rectale prolaps 2. prolaberende inwendige hemorrhoiden/poliep /poliep 3. lengte anaal kanaal 4. afwijkingen in het anaal kanaal (key hole defect?) 5. tonus in rust 6. bij aanspannen: - externe sfincter

			- m. puborectalis 7. Relaxatie bij persen
Additionele diagnostiek	Indien de eerste behandelstap niet effectief is, kan aanvullend onderzoek worden overwogen voordat er wordt gestart met vervolgbehandeling	"Investigation of anorectal function and intergrity could be performed on a case-to-case basis in patients in whom advanced management strategies are being considered."[1] "The consensus paper of the international Anorectal Physiology Working group could be consulted to help guide in choosing when and which anorectal function tests (including anorectal manometry and sensory testing, endo-anal ultrasound, defecography and pelvic MRI) should be used." [2] Bewijs: low (expert opinion)[1]	Zie het Stroomschema Algoritme voor de behandeling van fecale incontitentie Zie richtlijnmodules Endo-anale echografie, Defaecografie, Anorectale manometrie en Ballon-expulsietest. Zowel anale endoechografie, transperineale echografie, defecografie en MRI defecografie kunnen het achterste compartiment in beeld brengen.
Endoscopie	• geen standaard indicatie voor een endoscopie bij lang bestaande fecale incontinentie • geïndiceerd bij alarmsymptomen (bloedverlies, veranderd defecatiepatroon) en bij chronische diarree	"There are no recommendations on using endoscopy in both the international guideline of Assmann (2022) or the study of Carrington *et al.* (2018)."[2]	Verricht colonoscopie bij verdenking op pathologie in het colon, zoals colorectaal carcinoom, IBD en microscopische colitis.
Pudendal nerve terminal motor latency (PNTML)	PTNML is een meting van de vertraging tussen elektrische stimulatie van de nervus pudendus en de EMG-activiteit van de anale sfincter.	"Clinical utility of PNTML was determined low. No additional reccommendations were provided."[2]	Dit wordt zelden tot nooit uitgevoerd in Nederland.

	Er is geen evidence om dit onderzoek bij FI te verrichten.	Bewijs: low (expert opinion)[1]. *No recommondations were made by the internationale guideline of Assmann (2022). Assmann et al. refers to the expert opinion paper of Carrington et al. (2018): Table 1 Clinical utility of investigations of anorectal physiological functions.*	
Rectale barostat	• fysiologische beoordeling van de anorectale functie • wordt veelal gebruikt bij patiënten met veranderingen in rectale gevoeligheid of compliantie/ capaciteit.	"Clinical utility of rectal barostat is recognized although less commonly performed. No additional recommendations were provided."[2] Bewijs: low (expert opinion)[1]. *No recommondations were made by the internationale guideline by Assmann et al. (2022). Assmann et al. refers to the expert opinion paper of Carrington et al. (2018): Table 1 Clinical utility of investigations of anorectal physiological functions.*	Dit wordt in Nederland niet (meer) uitgevoerd.

Algemene referenties

[1]Assmann SL, Keszthelyi D, Kleijnen J, Anastasiou F, Bradshaw E, Brannigan AE, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence—A UEG/ ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. United European Gastroenterol J. 2022;10(3):251–86. https://doi.org/10.1002/ ueg2.12213.

[2]Carrington EV, Scott SM, Bharucha A, Mion F, Remes-Troche JM, Malcolm A, Heinrich H, Fox M, Rao SS; International Anorectal Physiology Working Group and the International Working Group for Disorders of Gastrointestinal Motility and Function. Expert consensus document: Advances in the evaluation of anorectal function. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2018 May;15(5):309-323. doi: 10.1038/nrgastro.2018.27. Epub 2018 Apr 11. PMID: 29636555; PMCID: PMC6028941.