Overzichtstabel Chirurgische behandelmogelijkheden bij Fecale incontinentie

Inleiding

De werkgroep heeft de adviezen ten aanzien van het gebruik van chirurgische interventies sfincterplastiek en stoma 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 voor sfincterplastiek en stoma bij patiënten met fecale incontinentie plaatsgevonden. De adviezen zijn, met behulp van citaten uit de internationale richtlijn, opgesomd en overgenomen in onderstaande tabel (Tabel 2c). De overgenomen citaten zijn door de werkgroep aangevuld op basis van eigen ervaringen binnen de Nederlandse klinische praktijk. In de internationale richtlijn staan nog enkele andere interventies benoemd, namelijk injectable bulking agents en sacrale neuromodulatie. Injectable bulking agents wordt volgens de werkgroep niet aanbevolen binnen de Nederlandse praktijk en is daarom geëxcludeerd van onderstaand overzicht. De werkgroep heeft besloten om de module 'sacrale neuromodulatie' te updaten (zoekstrategie van 1 oktober 2020 tot 25 maart 2025). Aanbevelingen voor het gebruik van sacrale neuromodulatie bij patiënten met fecale incontinentie zijn te vinden in de module Sacrale neuromodulatie.

Tabel 2c. Chirurgische interventies bij fecale incontinentie (zoals beschreven in UEG/ESCP/ESNM/ESPCG richtlijn)

Chirurgische interventies	Kenmerken	Citaat overgenomen uit de internationale richtlijn[1]	Reflectie van werkgroepleden
Sfincterplastiek	• Individuele gevallen waarbij de interventie tot doel heeft de anale sfincter te verstevigen en/of verbetering van fecale incontinentie. • Gunstige effecten lijken over de tijd af te nemen en daarom wordt deze techniek niet niet vaak meer toegepast in Nederland.	"*Delayed (secondary) sphincteroplasty can be considered in suitable patients with FI with unsatisfactory treatment response to first line and second line non-surgical procedures*" Bewijs: Very low level of evidence[1-3]	Keuze wordt gemaakt op basis van gesprek met patiënt, oftewel 'shared decision-making'. Er is geen hiërarchische volgorde waarin de interventies uitgevoerd worden.
Stoma	• Effectief voor het ongewild fecale incontinentie • Het hebben van een stoma kent zijn eigen morbiditeit en complicaties. • Na het aanleggen van een stoma kan ongewild slijmverlies optreden vanuit de rectumstomp. • Preoperatieve verwachtingen moeten goed besproken	"*A stoma can be considered in patients with FI upon request or who are refractory to other procedures*" Bewijs: Very low level of evidence[1,4]	

Algemene referenties

[1]Assmann SL, 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.

<u>Referenties per interventie</u>

Sfincterplastiek

[2] Forte ML, Andrade KE, Lowry AC, Butler M, Bliss DZ, Kane RL. Systematic review of surgical treatments for fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2016;59(5):443–69. 85.

[3] Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, Nicholls RJ, Kamm MA. Long-term results of overlapping anterior anal-sphincter repair for obstetric trauma. Lancet. 2000;355(9200):260–5.

Stoma

[4] Colquhoun P, Kaiser R Jr., Efron J, Weiss EG, Nogueras JJ, Vernava AM 3rd, et al. Is the quality of life better in patients with colostomy than patients with fecal incontience? World J Surg. 2006;30(10): 1925–8.