

LAR-syndroom
Informatiebrochure



Inhoudstafel

1	INLEIDING	4
2	WAT IS HET LAR-SYNDROOM	4
3	KLACHTEN DOOR HET LAR-SYNDROOM	5
4	MOGELIJKE RISICOFACTOREN	6
5	BEHANDELING	7
	5.1 Dieetadvies bij LAR-syndroom	7
	5.2 Medicamenteuze behandeling	8
	5.3 Bekkenbodembrevalidatie	9
	5.4 Transanale irrigatie	10
6	IMPACT VAN LAR	11
7	BIJLAGEN	12
	7.1 LARS-score	12
	7.2 Bristol stoelgangschaal	13
8	CONTACTGEGEVENS	14

1 Inleiding

Na een operatie aan de endeldarm (waaraan soms ook bestraling en/of chemotherapie vooraf is gegaan) of de dikke darm kunt u last hebben van klachten die te maken hebben met het **LAR-syndroom**.

In deze brochure leest u meer over deze klachten en wat de behandelopties zijn. U krijgt tips en adviezen die u zelf kan toepassen om de klachten te verminderen.

2 Wat is het LAR-syndroom

Met de betere chirurgische technieken en –materiaal en een voorbehandeling met radiotherapie en/of chemotherapie, is het meestal mogelijk om de sluitspier te behouden en de continuïteit van de darm te herstellen. Zo vermijden we een permanente dikke darmstoma (colostoma). Het is normaal dat u na een darmoperatie nooit meer een stoelgangpatroon heeft zoals voorheen. Meerdere keren per dag stoelgang maken is dan normaal.

Er kunnen echter wel functionele darmproblemen ontstaan die een belangrijke impact op de levenskwaliteit kunnen hebben.

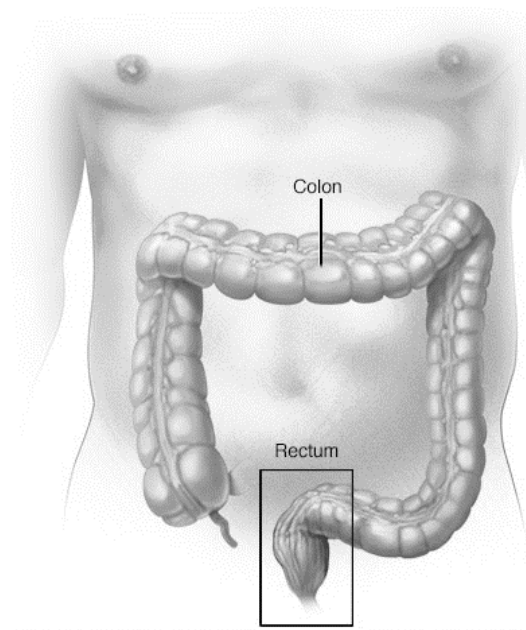
Het LAR-syndroom (Low Anterior Resectie Syndroom) is het **geheel van darmklachten** die ontstaan na een volledige of gedeeltelijke operatieve verwijdering van de endeldarm, al dan niet voorafgegaan door bestraling en/of chemotherapie.

De endeldarm heeft een reservoirfunctie waarbij tijdelijk stoelgang wordt opgeslagen tot defecatie mogelijk is. Bij vulling van de endeldarm wordt via zenuwbanen een signaal aan de inwendige sluitspier gegeven om te ontspannen. Zo ontstaat de aandrang tot defecatie. De uiteindelijke defecatie gebeurt door bewust de uitwendige anale sluitspier te ontspannen.

Bij het ontbreken van de endeldarm zal het defecatiemechanisme, zoals hierboven beschreven, aanzienlijk gestoord zijn. Wat meespeelt in de ernst van de klachten is de ruimte tussen kringspier en de nieuwe aansluiting van de darm. Dat wil zeggen: hoe dichter de nieuwe aansluiting bij de kringspier is, hoe heviger de klachten nadien. Soms is de gehele inwendige sluitspier weggenomen om de operatie te laten slagen. Dit kan de klachten ernstig doen toenemen. Ook bestraling heeft een negatieve invloed op de werking van de sluitspier.

Het gevolg van deze veranderingen kan ernstige klachten veroorzaken, waaronder ongewild verlies van ontlasting of het laten van windjes.

Tussen de 25% en 80% van de patiënten die een endeldarmoperatie ondergaan, ontwikkelen LARS. De symptomen verschillen van patiënt tot patiënt, in ernst en in duur. Ook de behandeling hangt hier sterk van af.



3 Klachten door het LAR-syndroom

- » Vaker naar het toilet voor ontlasting, soms wel 10 à 15 keer per dag, ook gedurende de nacht.
- » In een korte tijd (1,5 tot 2 uur) meerdere keren achter elkaar naar het toilet, dit wordt ook wel clustering van ontlasting genoemd.
- » Dunnere ontlasting (soms waterdun) dan voor de operatie.
- » Een sterke aandrang van ontlasting die moeilijk uit te stellen is, waardoor er altijd een toilet in de buurt moet zijn.
- » Ongewild verlies van ontlasting.
- » Ongewild verlies van windjes.
- » Wisselende stoelgang: perioden van diarree en obstipatie.

Ongeveer 3 tot 6 maanden na de operatie worden de klachten langzaam minder. Het herstel duurt maximaal 2 jaar, dan is er een soort 'eindstadium' bereikt en is er geen spontane verbetering meer te verwachten.

Het ontlastingspatroon wordt meestal nooit meer zoals het voor de operatie was. Na een endeldarmoperatie is het normaal als u 3 tot 7 keer per 24 uur ontlasting heeft. Ongeveer een derde van de mensen heeft in meerdere mate last van bovenstaande klachten na een endeldarmoperatie.

Naast de gestoorde ontlasting, kunnen er na een endeldarmoperatie stoornissen ontstaan van zowel de blaaslediging als van de seksuele functies (zowel bij de man als bij de vrouw).

4 Mogelijke risicofactoren

Er zijn een aantal risicofactoren die het ontwikkelen van het LAR-syndroom in de hand werken:

- » Bestraling van de endeldarm voor of na de ingreep.
- » Chemotherapie na de ingreep.
- » Lage darmnaad (de plaats waar de darm aan elkaar wordt gezet): hoe lager deze gelegen is, hoe meer risico voor de patiënt.
- » Een tijdelijk stoma die meer dan 2 maanden aanwezig is.
- » Naadlekkage onmiddellijk na de ingreep.



5 Behandeling

De keuze van behandeling is afhankelijk van de symptomen, de ernst en duur van de symptomen. Uw behandelend arts bespreekt en evalueert dit met u.

De behandeling kan bestaan uit:

- » dieetadvies;
- » medicamenteuze behandeling: Loperamide[®]/Questran[®];
- » bekkenbodempkinesitherapie;
- » transanale irrigatie (darmspoelsysteem): bv. een Peristeenspoeling;
- » neuromodulatie: hierbij wordt de activiteit in bepaalde hersendelen gestimuleerd.

Indien er geen verbeterde levenskwaliteit is door een ernstige vorm van LARS en verschillende behandelingen geen positief effect bieden, kan een definitief dikke darmstoma worden overwogen.

Om u een inzicht te geven in de klachten, is het belangrijk om voorafgaand van uw afspraak bij de arts, oncocoach of stomaverpleegkundige, de LARS-score in te vullen. Deze vindt u achteraan in deze brochure. Eventuele problemen kunt u met hen bespreken.

Daarnaast is het goed om in de eerste 6 maanden maandelijks de lijst in te vullen en de score bij te houden. Op deze manier krijgt u zelf goed inzicht in de klachten en de eventuele verbetering van het ontlastingspatroon.

Problemen met de stoelgang worden groter als de ontlasting te dun of te dik is.

Op de laatste pagina van deze brochure staat de Bristol-schaal. Deze geeft aan welke vorm de ontlasting heeft en welke score daar bij hoort. De ideale score op de Bristol-schaal voor ontlasting is tussen 3 en 4.

5.1 Dieetadvies bij LAR-syndroom

- » Drink maximum 1,5 liter vocht per dag, waarvan ½ liter koffie, thee, bouillon, ½ liter zure melkproducten (yoghurt, karnemelk) en ½ liter isotone dranken (Aquarius[®], Isostar[®]).
- » Vermijd overmatig gebruik van cafeïne (koffie, thee).
- » Vermijd koolzuurhoudende dranken.
- » Eet kleine maaltijden (5 tot 6 per dag). Sla geen maaltijden over, dit verergert de winderigheid en draagt bij tot een onaangenaam gevoel en een meer waterige ontlasting.

- » Kauw goed en eet traag.
- » Gebruik voedingsvezels, deze verbeteren de consistentie van de stoelgang, fruit, groenten en noten bevatten veel vezels.
- » Kies voor voedingsmiddelen met oplosbare voedingsvezels zoals witte rijst, wit brood, haverhout, bananen, appelmoes of fruit in blik. Oplosbare vezels absorberen vocht in de darmen en zorgen op die manier voor een vastere stoelgang. Gebruik eventueel vezelsupplementen zoals psylliumvezels (bv. Metamucil®) of een plantaardig zwelmiddel (vb. Colofiber®).
- » Eet zetmeelrijke voeding (aardappelen, bananen, peulvruchten).
- » Eet niet te veel fruit.
- » Stop met roken, dit verhoogt het samentrekken van de darm en zorgt voor winderigheid.
- » Zorg voor voldoende aanbreng van energie en eiwitten (in vlees, vis, eieren, kaas, volle melkproducten).
- » Vermijd voeding die spontaan tot dunne stoelgang leidt, zoals:
 - rode paprika, kolen, spruiten, uien, spinazie, gedroogde en verse bonen, erwten, maïs;
 - druiven, abrikozen, perziken, pruimen;
 - spaanse peper, curry en knoflook;
 - zoetstoffen; voornamelijk polyolen zoals sorbitol of maltitol (bv. in suikervrije kauwgom, sommige pepermuntjes) en tagatose. Deze stoffen zijn vooral terug te vinden in light-producten. De suikervervangende zoetstof die hierin aanwezig is, zorgt voor een dunne stoelgang.

U kan steeds contact opnemen met de diëtiste om meer voedingsbegeleiding te voorzien.

5.2 Medicamenteuze behandeling

Uw behandelend arts bespreekt met u het gebruik van medicatie.

Loperamide (Imodium®) kan in overleg met de arts worden ingenomen als de ontlasting erg dun is. Neem loperamide een half uur voor de maaltijd in en eventueel voor de nacht als u gedurende de nacht klachten heeft. Loperamide vertraagt de darmtransit zodat u minder naar het toilet moet gaan. Het gebruik kan ook aanleiding geven tot verstopping waarbij de stoelgang tot enkele dagen uitblijft. Ieder moet voor zich de juiste dosering zoeken waarbij de stoelgangfrequentie vermindert, maar waarbij verstopping uitblijft.

Loperamide kan ook gebruikt worden wanneer je op uitstap gaat of op restaurant, waarbij de vervelende klachten tijdelijk worden uitgeschakeld. Overdrijf nooit met Loperamide en zorg dat je dagelijks stoelgang hebt.

Psyllium zaad wordt gebruikt bij dunne ontlasting: het dikt de stoelgang in en vermindert de frequentie ervan.

Movicol[®] wordt gebruikt bij moeilijke, harde stoelgang en zorgt ervoor dat de stoelgang dunner en zachter wordt en de ontlasting vlotter verloopt. Let erop dat maximale dagdosis van 16 mg niet te overschrijden!



5.3 Bekkenbodemrevalidatie

Bekkenbodemfysiotherapie heeft als doel de fecale continentie, lediging te verbeteren en de stoelgangfrequentie te verminderen.

Een bekkenbodemfysiotherapeut is specifiek getraind in problemen van de bekkenbodem en kan u ondersteunen bij klachten van de blaas, darmen en bij seksuele problemen die na een endeldarmoperatie kunnen optreden zowel bij mannen als bij vrouwen. Hierbij wordt gestreefd om de bekkenbodemmusculatuur en de anale sluitspier te versterken, een goede relaxatie van de anale sluitspier aan te leren en de coördinatie te verbeteren.



Er wordt gebruik gemaakt van biofeedback, elektrostimulatie en rectale ballon training. Deze behandeling dient door een fysiotherapeut te gebeuren, gespecialiseerd in bekkenbodempfysotherapie.

Vraag naar een lijst met gespecialiseerde fysiotherapeuten bij u in de buurt.

5.4 Transanale irrigatie

Darmspoelen kan worden ingezet bij ernstige klachten. Als de klachten na 3 tot 6 maanden niet zijn verminderd of wanneer de klachten u beperken in uw dagelijks functioneren, is darmspoelen een goede manier om de dikke darm te legen.

Hierbij wordt via een spoelsysteem water via de anus ingebracht. De darm zal zich vullen. Door de vulling wordt een natuurlijke reactie opgewekt om de ontlasting te lozen.

Het is bedoeld om ongewild verlies van ontlasting te voorkomen en veelvuldige aandrang te verminderen.



Spoelen is een **dagelijks** terugkomende activiteit waar u gemiddeld 30 tot 60 minuten mee bezig bent. Daarna heeft u, als het goed gaat, de hele dag geen ontlasting meer.

Uw arts en de stomaverpleegkundige kunnen u hier meer uitleg over geven. Zij leren u de techniek aan, zodat u dit nadien thuis zelfstandig kan doen.

6 Impact van LARS

De laatste decennia zijn de operatietechnieken erg verbeterd waardoor meestal zenuwsparend kan worden gewerkt. Deze technieken staan in voor het behoud van de autonome zenuwen die o.a. de blaas en genitaliën bezenuwen. Op die manier verwachten artsen een gunstiger resultaat voor de urinaire en seksuele functie.

Ondanks deze zenuwsparende technieken, blijft de urinaire en seksuele problematiek een veelvoorkomend aspect na een zeer lage resectie bij rectale kankerpatiënten. Dit kan te wijten zijn aan preoperatieve radiotherapie.

We vinden het zeer belangrijk dat ook deze problemen voor u bespreekbaar worden gemaakt.

Seksuele disfuncties zijn voorkomende en vervelende complicaties na een operatie aan de endeldarm. Het heeft ook hier een enorme impact op de levenskwaliteit voor mannen en vrouwen, zeker wanneer een actief seksleven aanwezig is. Meestal worden klachten geuit van erectie - en ejaculatiestoornissen bij mannen, en pijn bij het vrijen of pijn bij penetratie, vaginale droogte en libidoproblemen bij vrouwen.

De behandeling van deze stoornissen berust vaak op het gebruik van een eenvoudige moisturing gel voor vaginale droogheid tot medicamenteuze ondersteuning.

Ons advies is vooral om erover **in gesprek te gaan** met uw arts of oncocoach.

7 Bijlagen

7.1 LARS-score

Bent u wel eens in de situatie geweest dat u geen controle had over het laten van windjes?

- Nee, nooit 0
- Ja, minder dan 1 keer per week 4
- Ja, minstens 1 keer per week 7

Bent u wel eens in de situatie geweest dat u dunne ontlasting niet kon ophouden?

- Nee, nooit 0
- Ja, minder dan 1 keer per week 3
- Ja, vaak, meer dan 1 keer per week 3

Hoe vaak gaat u per dag naar het toilet voor ontlasting?

- Meer dan 7 keer per dag (24uur) 4
- 4-7 keer per dag 2
- 1-3 keer per dag 0
- Minder dan 1 keer per dag 5

Moet u wel eens binnen het uur opnieuw naar het toilet voor ontlasting?

- Neen, nooit 0
- Ja, minder dan 1 keer per week 9
- Ja, minstens 1 keer per week 11

Heeft u wel eens zo'n sterke aandrang voor ontlasting dat u zich naar het toilet moet haasten?

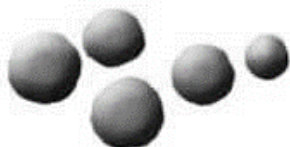
- Nee, nooit 0
- Ja, minder dan 1 keer per week 11
- Ja, minstens 1 keer per week 16

Totaalscore:

Interpretatie van de score:
0-20: geen LARS
21-29: lage LARS (minor LARS)
30-42: hoge LARS (major LARS)

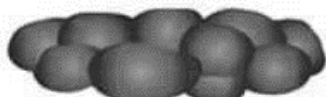
7.2 Bristol stoelgangsschaal

Type 1



Losse harde keutels,
zoals noten
(moeilijke stoelgang)

Type 2



Als een worst,
maar klonterig

Type 3



Als een worst, maar
met barstjes aan de
buitenkant

Type 4



Als een worst of slang,
glad en zacht

Type 5



Zachte keutels met
duidelijke randen
(makkelijke stoelgang)

Type 6



Zachte en papperige
delen met niet-
definieerbare randen

Type 7



Waterig, geen vaste
stukjes, helemaal
vloeibaar

8 Contactgegevens

Oncocoach - dienst Patiëntenbegeleiding

Tel. 09 310 07 27