

Gynaecologische problemen bij kinderen met anorectale malformaties

Mw dr Kirsten Kluivers , gynaecoloog UMC St Radboud, Nijmegen in samenwerking met mw dr Lesley Breech, gynaecoloog Cincinatti Children's Hospital, USA.

Anorectale malformatie (ARM) kunnen bij meisjes gepaard gaan met afwijkingen van het uitwendige genitale gebied, van de vagina en de baarmoeder. In dit artikel willen wij u daar wat meer informatie over geven. Bij meisjes is de meest voorkomende ARM een anus imperforatus met een rectovestibular fistel, gevolgd door een anus imperforatus met een rectoperineale fistel en vervolgens cloacale anomalieën. Het is belangrijk dat er veel aandacht komt voor de relatie tussen ARM en gynaecologisch afwijkingen. Er is inmiddels ook al best veel hierover bekend. Bij de meest complexe ARM, de cloacale afwijkingen, hebben meisjes namelijk een risico van ruim 50% op gynaecologische afwijkingen. Bij fistels is dat risico lager, maar ook aanwezig. Zo bleken 5% van de meisjes die behandeld waren voor een rectovestibulaire fistel een septum (of tussenschot) in de vagina te hebben en bij 9% was de vagina helemaal niet aangelegd. De eierstokken, waar de hormonen en de eitjes aangemaakt worden, zijn meestal wel normaal aangelegd bij meisjes met ARM.

Door de jaren van een meisje heen zijn verschillende gynaecologische afwijkingen van belang. Zo is bij ruim een derde van de pasgeboren meisje met een cloaca een hydrocolpos (ofwel een vochtophoping in de vagina) aanwezig bij de geboorte. Aangezien dit problemen met het plassen en de urinewegen kan geven, wordt zo'n hydrocolpos meestal ontlast via de buik.

Daarna is de periode van de eerste menstruatie van belang. De baarmoeder(s) moeten voldoende ontwikkeld zijn en bekleed zijn met baarmoederslijmvlies om te kunnen menstrueren. Dat zal meestal het geval zijn bij meisjes met ARM. Gemiddeld beginnen Nederlandse meisjes te menstrueren als ze 13 jaar oud zijn. Deze leeftijd geldt ook voor meisjes met ARM, omdat de eierstokken en de bijbehorende hormonen meestal normaal werken. Bij circa een derde van de meisjes met cloaca en een zesde van de meisjes met fistel kan het menstruatie bloed echter niet ongehinderd naar buiten vloeien. Dat kan bijvoorbeeld door een septum of tussenschot in de vagina komen. Het kan overigens ook zo zijn dat er normale menstruaties zijn, maar dat desondanks één van de baarmoeders is afgesloten. Dit al echter altijd met pijn gepaard gaan. Het is van belang om dit op tijd te ontdekken, omdat de ophoping steeds ernstigere buikpijn en endometriose kan veroorzaken. Endometriose ontstaat doordat baarmoederslijmvlies zich innestelt in de buikholte en daar maandelijks meemenstrueert. Dit kan weer leiden tot pijn en verklevingen.

De ophoping van menstruatie bloed kan meestal met een buikecho vastgesteld worden. Om die reden kan het zinvol zijn om bij meisjes met ARM, en vooral na herstel van cloaca, echo's te maken zodra het meisje in de puberteit komt. Aangezien de borstontwikkeling altijd het eerste stadium is van de pubertijd, kan afgewacht worden tot een klein jaar na begin van borstontwikkeling. Daarna kan bijvoorbeeld elke 6 tot 9 maanden een buikecho gemaakt worden tot de eerste menstruaties probleemloos op gang zijn gekomen.

Littekenweefsel en vernauwingen kunnen problemen geven bij seksueel contact. Indien door het meisje zelf gewenst, kan bij gynaecologisch onderzoek wel een beeld gevormd worden van het risico op problemen bij seksueel contact. Soms kan een te nauwe vagina opgerekt worden met pelottes, maar een operatie in combinatie met pelottes kan nodig zijn. Ook als de vagina niet of maar deels is aangelegd, dan kan deze met een operatie gecreëerd worden. Zo'n operatie wordt het liefst uitgesteld tot het meisje of de vrouw seksueel actief wordt, omdat de vernauwing dan het minst makkelijk terugkomt.

De vorm van de baarmoeder kan afwijkend zijn bij meisjes met ARM. Zo kan er sprake zijn van een dubbele baarmoeder. Zwangerschap is dan normaal mogelijk. Wel is controle door een gynaecoloog tijdens de zwangerschap nuttig, omdat de bevalling eerder op gang kan komen en er meer risico is dat het kind niet met het hoofdje naar beneden gaat liggen. De wijze van bevalling is afhankelijk van wat er gebeurd is bij eerdere operaties en het verloop van de zwangerschap. Bij een cloacale afwijking zal meestal een keizersnede geadviseerd worden, evenals na een operatie waarbij een vagina werd aangelegd. Bij eerdere fistels moet een gynaecologisch onderzoek uitwijzen of een normale bevalling mogelijk is en verstandig lijkt.

Uiteraard is de kinderchirurg bij de initiële behandeling van ARM op de babyleeftijd van cruciaal belang. Vaak wordt door de kinderchirurg ook wel informatie verzameld over de gynaecologische situatie. Maar ook een kindergynaecoloog kan in dit vroege stadium al een rol spelen. Meestal komt de gynaecoloog nu pas bij problemen in de puberteit in contact met het meisje en haar ouders. De vraag is echter of het wel terecht is. Ten tijde van de operaties op kinderleeftijd is er juist een ideale gelegenheid om mee te kijken en de anatomie vanuit gynaecologisch perspectief in kaart te brengen. Tijdens de narcose is dat onderzoek geen extra belasting voor de patiënte. Gynaecologische problemen tijdens de puberteit zullen sneller herkend worden als de situatie voor de gynaecoloog al duidelijk is. Ook kunnen vragen van de ouders over bijvoorbeeld toekomstige zwangerschap dan beter beantwoord worden.

Concluderend komen naast de veranderde situatie van de uitwendige genitale regio, afwijkingen aan vagina en baarmoeder vaker voor bij meisjes met ARM. Ik hoop dat dit artikel u een globaal beeld heeft kunnen geven van de mogelijke gynaecologische problemen bij deze meisjes.

Tijdens het symposium op 6 november aanstaande staat dit onderwerp op het programma en zal ik hierover een voordracht geven. Er is dan ook ruime gelegenheid voor het stellen van vragen,

*Dr. Kirsten B. Kluivers
Gynaecoloog
Universitair Medisch Centrum St Radboud
29 maart 2010*