



BEKKENBODEM- EN INCONTINENTIE - OPERATIES

In deze folder geeft het Spijkenisse Medisch Centrum u algemene informatie over bekkenbodem- en incontinentie-operaties. Hiervoor bestaan vele soorten operaties, die plaatsvinden via de schede of buikwand. Wij adviseren u deze informatie zorgvuldig te lezen. Indien voor u van toepassing zullen aanvullingen en/of wijzigingen op deze algemene informatie altijd door uw behandelend arts aan u worden meegedeeld.

Het besluit tot een operatie

Of u besluit tot een operatie zal afhankelijk zijn van de ernst van uw klachten en de onderzoeksbevindingen. Ook is het belangrijk te weten of er andere mogelijkheden zijn om wat aan uw klachten doen. Zo is het bij inspanningsincontinentie zeker de moeite waard eerst het resultaat van fysiotherapie te beoordelen. Niet zelden blijkt een operatie dan niet meer nodig te zijn. Als u nog borstvoeding geeft, is het verstandig tenminste drie maanden na het stoppen af te wachten om te bekijken hoe ernstig uw klachten dan nog zijn. Bij verzakkingen en ook bij inspanningsincontinentie is het soms zinvol eerst een ring te proberen.

Niet alle bekkenbodemp Problemen kunnen geopereerd worden. Aandrangincontinentie wordt meestal niet door een operatie verholpen. Omdat bekkenbodemp Problemen nooit ernstig zijn kunt u gerust de tijd nemen om voor- en nadelen van een operatie tegen elkaar af te wegen.

De voorbereiding voor een operatie

Het is belangrijk dat u voor een operatie zo'n goed mogelijke conditie hebt. Daarom krijgt u vaak eerst een uitgebreid onderzoek. Soms wordt u hiervoor naar een internist verwezen. De anesthesist (narcotiseur) bespreekt met u welke verdoving u tijdens de operatie krijgt. Bij operaties die via de schede plaatsvinden, zijn meestal zowel algehele verdoving (narcose) als een ruggenprik mogelijk. Bij buikoperaties is meestal algehele narcose noodzakelijk.

Tijdens de opname in het ziekenhuis krijgt u meestal medicijnen om trombose te voorkomen. Deze injecties in buik of bovenbeen worden meestal al voor de operatie gestart. Vaak worden voor en/of tijdens de operatie antibiotica gegeven om infecties te voorkomen. Als u overgevoelig bent voor bepaalde antibiotica, moet u dit voor de operatie aangeven.

Operaties voor inspanningsincontinentie

Het doel van een operatie voor inspanningsincontinentie is het afsluitmechanisme van de blaas weer te verstevigen. De overgang tussen de blaas en urine-

buis die vaak wat naar beneden is gezakt, wordt omhoog getrokken of geduwd zodat de urine minder gemakkelijk uit de blaas wegstroomt. Meestal wordt de urinebuis hierbij iets vernauwd, zodat het plassen na de operatie tijdelijk wat moeilijker gaat.

De operatie gebeurt via de buik of via de schede. De 'ophangoperatie' via de buik heet een colposuspensie. Een veel gebruikte operatie is de Burchplastiek. Hierbij wordt de urinebuis net onder de blaas met hechtingen vastgezet aan de binnenzijde van het schaambeentje. Ook andere soorten 'ophangoperaties' zijn mogelijk.

Bij operaties via de schede wordt de hoek tussen de blaas en de urineleider vanaf de schede naar boven opgeduwd en vastgezet. De keuze van de soort operatietechniek hangt af van de bevindingen bij onderzoek en de ervaringen van de gynaecoloog met een bepaalde soort operatie.

Over het algemeen zijn de resultaten van dergelijke operaties op korte termijn goed. Wel blijkt dat na een aantal jaren toch één van de vijf geopereerde vrouwen weer opnieuw last heeft van incontinentie. Vaak is dit minder ernstig dan voor de operatie.

Operaties voor verzakkingen

Bij een verzakking kunnen verschillende situaties bestaan. De blaas, de baarmoeder of het laatste deel van de dikke darm (het rectum) kan verzakt zijn.

Na een baarmoederverwijdering kan de top van de schede verzakt zijn. Een enkele keer is sprake van een verzakking van de dunne darm in de wand tussen de

schede en de dikke darm. Ook kunnen verschillende organen tegelijkertijd verzakt zijn. De soort verzakking en de ervaring van de gynaecoloog met bepaalde soorten operaties bepalen de keuze van de operatietechniek.

Voorwand - of blaasverzakkingsplastiek

Deze operatie wordt uitgevoerd als de voorwand van de schede verzakt is. Ook inspanningsincontinentie die daarbij optreedt is een reden voor zo'n operatie. De gynaecoloog doet deze operatie via de schede. De uitgezakte voorwand van de schede met daarachter de blaas, die u soms als een bol in de opening van de schede ziet uitpuilen, wordt op zijn plaats teruggebracht. De gynaecoloog maakt in het midden van de voorwand van de schede de schedewand los van de uitbollende blaas en urinebuis die daaronder liggen. Het ruime bindweefsel rond de blaas wordt verkort en in het midden weer aan elkaar vastgezet. De blaas kan hier nu op rusten en de verzakking verdwijnt. Daarna wordt de bekleding van de schedewand, die ook te wijd geworden is, gedeeltelijk weggenomen. De wand van de schede wordt daarna over het bindweefsel en de blaas heen gehecht.

Zo komt de voorwand van de schede weer op de plaats waar hij hoort te zitten en is de uitstulping verdwenen. Ook de overgang tussen blaas en urineleider is zo verstevigd, zodat u minder gemakkelijk urine verliest.

Verzakking van de baarmoeder

Bij een verzakking van de baarmoeder adviseert de gynaecoloog vaak om de baarmoeder weg te halen. De operatie vindt plaats via de schede. Na verwij-

dering van de baarmoeder zet de gynaecoloog de uitgerekte ophangbanden, na inkorting, weer vast op de top van de schede.

Achterwand - en bekkenbodemplastiek

Deze operatie bestaat uit twee delen. Bij de achterwandplastiek wordt eerst de uitgerekte achterwand van de schede, die u als een bol in de schede ziet uitpuilen, weer op zijn plaats gebracht. In het midden van de achterwand van de schede maakt de gynaecoloog de schedewand los van de uitbollende darm die daaronder aanwezig is. Vervolgens wordt het ruime bindweefsel rond de darm ingekort en in het midden aan elkaar gezet. De darm kan hier nu op rusten en de darmverzakking verdwijnt. Daarna neemt de gynaecoloog de bekleding van de schedewand, die ook te wijd is geworden, gedeeltelijk weg. De wand wordt daarna over het bindweefsel en de darm heen gehecht. Zo komt de achterwand van de schede weer op de plaats waar hij hoort te zitten en is de uitstulping verdwenen. Dit wordt een achterwandplastiek genoemd.

Daarna volgt vaak een bekkenbodemplastiek. De bekkenbodemspieren die zich aan de achterkant van de schede bevinden, worden aan de achterkant van de schede naar elkaar toegetrokken. Hierdoor wordt de bekkenbodem verstevigd en wordt de ingang van de schede nauwer.

Buikoperaties bij een verzakking

Bij sommige vormen van verzakking adviseert de gynaecoloog een buikoperatie. Hierbij wordt de baarmoeder of de top van de schede (na een baarmoederverwijdering) met behulp van kunststof banden vastgezet aan het bekken. De

baarmoeder hoeft dan niet te worden weggehaald. Ook bij een opnieuw ontstane verzakking wordt vaak voor een buikoperatie gekozen en soms adviseert de gynaecoloog een buikoperatie bij een verzakte dunne darm (enterokèle) en/of dikke darm (rectokèle).

De gynaecoloog kan verschillende van deze operaties tegelijkertijd uitvoeren. Een veel uitgevoerde operatie is bijvoorbeeld een voor- en achterwandplastiek in combinatie met een vaginale baarmoederverwijdering (baarmoederverwijdering via de schede). Andere combinaties zijn ook mogelijk.

De periode in het ziekenhuis

In de meeste gevallen brengt u na de operatie enkele dagen tot ruim een week in het ziekenhuis door. De duur van de opname hangt af van de soort operatie. Na een operatie voor een verzakking of voor urine-incontinentie krijgt u tijdens de operatie een blaaskatheter. De gynaecoloog brengt deze via de urinebuis in. De verpleegkundige verwijdert de katheter na een aantal dagen. Er wordt dan gecontroleerd of u de blaas bij het plassen voldoende leeg kunt maken. Als dat niet lukt, krijgt u soms enkele dagen opnieuw een katheter.

Bij verzakkingsoperaties via de schede brengt de gynaecoloog soms aan het einde van de operatie een tampon in de schede. Dit is een lang gaas dat in de schede wordt opgepropt. Het stelt kleine bloedinkjes. De verpleegkundige verwijdert het gaas meestal de dag na de operatie. Schrikt u daarbij niet van de lengte!

De eerste dagen na de operatie zijn vaak pijnlijk. Buikpijn is gebruikelijk bij een buikoperatie. De onderkant van de

schede is zeker na een bekkenbodem-
plastic pijnlijk. U krijgt daarom de eerste
dagen na de operatie pijnstillers.

Na narcose bent u nogal eens misselijk.
Ook bij verzakkingsoperaties via de buik
kunnen de darmen wat van streek zijn. U
begint dan voorzichtig met drinken en
eten. Na enkele dagen kunt u weer
normaal eten.

Weer thuis

Veel vrouwen ervaren deze periode als
teleurstellend. Eenmaal thuis blijkt u erg
weinig te kunnen en snel moe te zijn.
Bedenk dat een operatie altijd een
aanslag is op uw lichaam en op uw
reserves. In de herstelperiode is het
belangrijk dat u goed naar signalen van
uw lichaam luistert en niet te snel weer te
veel wilt doen.

Na een operatie voor bekkenbodempro-
blemen is het beter de eerste maanden
niet zwaar te tillen. Het optillen van een
emmer water of een zware boodschap-
pentas is onverstandig. Het weefsel dat
net op een nieuwe plaats is vastgemaakt,
kan weer los raken. Het is dan ook
belangrijk om de eerste zes weken na de
operatie hulp bij zwaardere
huishoudelijke bezigheden te regelen.
Wel kunt u licht huishoudelijk werk doen.

Ook voor uw werk buitenshuis moet u
meestal op minimaal zes weken afwezig-
heid of langer rekenen. Bij lichamelijk
zwaar werk is het soms verstandig nog
iets langer te wachten om weer aan het
werk te gaan. U kunt dit al voor de
operatie met de gynaecoloog en
eventueel uw bedrijfsarts bespreken.

Bloedverlies kan tot ongeveer zes weken
na de operatie optreden. Het wordt

langzaam minder en gaat vaak over in
bruinige of gelige afscheiding.
Hechtingen in de schede lossen uit
zichzelf op en kunnen tot ruim zes weken
na de operatie uit zichzelf naar buiten
komen.

In de meeste gevallen krijgt u vier weken
na de operatie of na ontslag een afspraak
voor nacontrole bij de gynaecoloog op de
polikliniek. Bij operaties via de schede
kijkt de gynaecoloog of de schede-
wanden goed genezen zijn. Als dit het
geval is, kunt u daarna weer gemeen-
schap hebben. Eerder is niet verstandig
omdat beschadiging kan optreden.

Complicaties

Bij elke operatie kunnen complicaties
optreden, dus ook bij bekkenbodem-
operaties. Wij beschrijven de meest
voorkomende complicaties hieronder.

Blaasontsteking

Een blaasontsteking is een veel
voorkomend probleem na een bekken-
bodemoperatie. Daarom wordt de urine
vaak in het ziekenhuis gecontroleerd. Zo
nodig krijgt u een antibioticum. Een
blaasontsteking is daarmee goed te
behandelen.

Problemen met het op gang komen van zelf plassen

Door verandering van de plaats van de
urinebuis of door vernauwing is het soms
moeilijk na de operatie de blaas te legen.
Dit komt zowel voor na operaties voor
urine-incontinentie als na operaties voor
een verzakking. In dat geval krijgt u voor
een wat langere tijd opnieuw een
katheter. In een enkel geval gaat u met
een katheter naar huis. Vrijwel altijd is dit
een tijdelijk probleem.

In uitzonderingssituaties is het nodig dat u leert zichzelf te katheteriseren.

Urine-incontinentie

Alhoewel bekkenbodemplastiek soms als doel hebben ongewild urineverlies te verminderen, treedt soms ongewild urineverlies op als complicatie van een verzakkingsoperatie. Het is niet duidelijk waardoor deze complicatie ontstaat en het is dus ook niet altijd te voorkomen. Het urineverlies is meestal niet ernstig. In uitzonderingsgevallen ontstaat ernstig urineverlies na een verzakkingsoperatie.

Moeite met de ontlasting

Na een ophangoperatie van de darm kunnen klachten ontstaan over moeilijk kwijtraken van ontlasting. Deze klachten verdwijnen meestal spontaan na drie tot zes maanden.

Nabloeding

Een nabloeding is een vrij zeldzame complicatie bij bekkenbodemplastiek. Bij operaties via de schede is het vaak voldoende (opnieuw) een tampon in te brengen. Soms is een tweede operatie noodzakelijk.

Seksuele problemen

Bij een bekkenbodemplastiek wordt de ingang van de schede vernauwd om de bekkenbodem meer stevigheid te geven. De ingang van de schede wordt hierdoor kleiner. De gynaecoloog probeert de ingang van de schede ruim genoeg te houden voor het hebben van gemeenschap als u dit wenst. Soms is het resultaat toch anders dan verwacht. Ook kan in een enkel geval de schede korter zijn geworden. Aarzel niet om bij seksuele problemen een nieuwe afspraak met de gynaecoloog te maken om

hierover te praten. Vaak kan er wel wat aan gedaan worden.

Weer klachten

Ook na een geslaagde operatie kunnen jaren later opnieuw klachten ontstaan. Dit komt omdat bij een operatie de oorzaak van de verzakking of van het urineverlies niet wordt weggenomen. De gynaecoloog herstelt alleen de bekkenbodem. Jammer genoeg bestaan er geen behandelingen waardoor de problemen definitief niet meer terugkomen. Ook na verwijdering van de baarmoeder kan nog een verzakking van de top van de schede optreden.

Als u denkt dat er sprake is van een nieuwe verzakking, aarzel dan niet dit met de huisarts te bespreken.

Hoewel mogelijke complicaties en lange termijn gevolgen van de verschillende operaties hier uitvoerig besproken zijn, is het belangrijk dat u zich bedenkt dat er meestal geen complicaties optreden. De meeste vrouwen zijn na de operatie zeer tevreden en wensen achteraf dat deze eerder was gebeurd.

Tot slot

Indien u na het lezen van deze algemene informatie nog vragen heeft, stel deze dan gerust aan uw behandelend arts. De medewerkers van de polikliniek Gynaecologie zijn op werkdagen van 08.00 tot 16.00 uur bereikbaar op telefoonnummer (0181) 65 83 80.

Vergoeding ziekenhuiszorg

Niet alle ziekenhuiszorg wordt vergoed door uw zorgverzekeraar. Ook betaalt u altijd de hoogte van uw eigen risico. Vraag vooraf bij uw zorgverzekeraar na of uw bezoek en/of behandeling in het ziekenhuis wordt vergoed. Meer

informatie vindt u op onze website onder
'kosten en vergoedingen' en op
www.dezorgnota.nl.

De tekst in deze algemene informatiefolder is
gebaseerd op de voorlichting van de Nederlandse
Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG),
www.nvog.nl