

NVOG Voorlichtingsbrochure
BEKKENBODEM- EN INCONTINENTIEOPERATIES

BEKKENBODEM- EN INCONTINENTIEOPERATIES

1. Inleiding
2. De voorbereiding op een operatie
3. Risico's
4. Operatie bij stressincontinentie (ongewild urineverlies)
5. Operaties bij verzakkingen
6. Na de operatie in het ziekenhuis
7. Na de operatie weer thuis
8. Tot slot

1. Inleiding

Bij bekkenbodemp Problemen en urine-incontinentie zijn verschillende behandelingen mogelijk. Een operatie is een van die mogelijkheden. Opereren is de ingrijpendste behandeling bij deze klachten. Het is daarom goed om te weten wat een operatie inhoudt en welke andere behandelingen er zijn.

U leest in deze brochure welke operaties er zijn voor uw klachten en wat u van een operatie kunt verwachten. In de brochure Bekkenbodempklachten staan andere behandelingen genoemd. Al deze informatie helpt u bij de keuze voor een behandeling.

Wat de beste behandeling is, hangt af van een aantal dingen: hoe erg zijn uw klachten, hoeveel last heeft u er van, wat heeft het nader onderzoek opgeleverd en wat voor soort verzakking heeft u? Uw gynaecoloog zal u hierover informatie geven en u helpen bij de beslissing.

Er bestaan verschillende operaties voor verzakkingen en urine-incontinentie. Deze operaties gebeuren meestal via de schede, dus niet via een snee in de buik. Een operatie helpt meestal goed tegen de klachten. Ze geven veel minder last of zijn zelfs helemaal over. Aan de andere kant brengt een operatie altijd risico's met zich mee. En we kunnen niet garanderen dat uw klachten helemaal over zullen zijn.

Bekkenbodemp Problemen zijn nooit gevaarlijk voor uw gezondheid. U kunt dus rustig de tijd nemen om de voor- en nadelen van een operatie tegen elkaar af te wegen.

2. De voorbereiding op een operatie

U bespreekt vóór de operatie met de anesthesioloog welke verdoving u wilt. De anesthesioloog is een arts die is gespecialiseerd in verdovingen. U mag waarschijnlijk zelf kiezen tussen een algehele verdoving (narcose) of een ruggenprik. Bij een ruggenprik is alleen uw onderlichaam verdoofd. U blijft dan tijdens de operatie bij bewustzijn, maar u voelt niets.

3. Risico's

Bij iedere operatie bestaat de kans op trombose, een verstopping van een bloedvat door een bloedpropje. Om dit te voorkomen, krijgt u waarschijnlijk tijdens de opname in het ziekenhuis iedere dag een injectie in de huid van de buik of het bovenbeen. Daarnaast krijgt u tijdens de operatie meestal antibiotica om een infectie te voorkomen.

Andere risico's zijn een nabloeding en een beschadiging van de blaas of de darm. Sommige vrouwen krijgen na de operatie opnieuw een verzakking. Het is ook mogelijk dat de operatie helpt tegen uw klachten, maar dat u er andere klachten voor in de plaats krijgt. Een klein aantal vrouwen krijgt bijvoorbeeld last van ongewenst urineverlies (incontinentie) na een operatie voor een verzakking.

4. Operatie bij stressincontinentie (ongewild urineverlies)

Bij stressincontinentie verliest u urine als u bijvoorbeeld hoest, springt of lacht. De druk in de buik is dan groot. Een oplossing is om de plasbuis op die momenten even dicht te drukken. Daarvoor krijgt u een kunststof bandje onder de plasbuis. Dit bandje is een soort hangmatje. Als de druk in uw buik verhoogt, wordt de plasbuis tegen dit bandje aan gedrukt, waardoor de urine er minder makkelijk door kan.

Het bandje wordt meestal via de vagina onder de plasbuis gezet. De chirurg maakt vaak drie kleine sneetjes: een in de zogeheten vaginavorwand onder de plasbuis en twee in de liezen. De sneetjes in de liezen zijn niet altijd nodig. De chirurg kan ook sneetjes boven het schaambeentje maken. Hij zal voor de operatie met u bespreken welke techniek hij gebruikt.

Na de operatie kunt u een paar dagen problemen hebben met plassen. U krijgt dan een slangetje (katheter) in de plasbuis. Verder kunt u een paar dagen pijn in de lies of het bovenbeen hebben. Beide klachten zijn meestal snel weer over.

5. Operaties bij verzakkingen

Bij verzakkingen zijn verschillende operaties mogelijk, afhankelijk van het orgaan dat verzakt is. Het kan gaan om de baarmoeder, de vaginavorwand met de blaas, of de vagina-achterwand, meestal met de dikke darm en soms de dunne darm. Soms zijn meer organen tegelijk verzakt. Dan kan een combinatie van operaties nodig zijn.

Baarmoeder

U kunt een verzakte baarmoeder helemaal laten weghalen of vast laten maken aan een stevige bindweefselband in het bekken (het sacro-spinale ligament). De chirurg kan ook alleen de baarmoedermond verwijderen en de baarmoederbanden inkorten. Deze laatste operatie wordt niet zo vaak gedaan, omdat deze wat ingewikkelder is.

Welke van deze operaties het beste is bij een baarmoederverzakking, hangt af van uw persoonlijke situatie. Uw gynaecoloog zal dit met u bespreken.

Vaginavorwand met de blaas

Bij een verzakking van de vaginavorwand met de urineblaas wordt vaak een operatie gedaan die *voorwandplastiek* heet. De gynaecoloog maakt een snee in het midden van de voorwand en duwt de blaas terug naar de normale plek. Enkele hechtingen houden de blaas op de goede plaats. De gynaecoloog verstevigt het gebied tussen de vaginavorwand en de blaas met hechtingen. Daarmee worden nieuwe verzakkingen zo veel mogelijk voorkomen. De vaginavorwand is door de verzakking wat uitgerekt. De gynaecoloog kan een stuk weghalen en de wand daarna met hechtingen weer dicht maken.

Soms is het weefsel tussen de vaginavorwand en de blaas erg zwak, bijvoorbeeld als de verzakking is teruggekomen na een eerdere operatie. Dan kan een kunststof matje het weefsel verstevigen.

Vagina-achterwand met dikke darm en eventueel dunne darm

De operatie bij een verzakte vagina-achterwand is vergelijkbaar met de voorwandplastiek. Deze ingreep heet *achterwandplastiek*. Ook hier kan de gynaecoloog een kunststof matje gebruiken ter versteviging.

De ingang van de vagina is soms erg wijd. De bekkenbodemspieren zijn verslapt of bij een bevalling ingescheurd. Dan is naast de achterwandplastiek een bekkenbodemplastiek mogelijk. De gynaecoloog maakt de natuurlijke opening in de bekkenbodem steviger en zo nodig nauwer.

Kunststof matjes

Met een kunststof matje kan de gynaecoloog de bekkenbodem steviger maken. Dit verkleint de kans dat de verzakking terugkomt. Het kunststof matje heeft echter ook nadelen:

- een (klein) deel van het matje kan bloot komen te liggen in de vagina. Men noemt dit erosie. Dit probleem wordt vaak met hormonen of een kleine ingreep opgelost;

- rond het matje kunnen littekens ontstaan, waardoor de vagina nauwer wordt. Dit is pijnlijk en kan seks vervelend of onmogelijk maken. Het matje kan heel lastig verwijderd worden, waardoor aan dit nadeel meestal weinig te doen is;
- het kunststof matje wordt pas sinds enkele jaren regelmatig gebruikt. We weten daardoor nog niet hoe het matje zich op lange termijn gedraagt.

Bij incontinentieoperaties wordt een kunststof bandje gebruikt. Dit is een andere techniek dan het inbrengen van een kunststof matje. De nadelen van het matje gelden in veel mindere mate voor het bandje.

Buikoperaties bij een verzakking

Soms is een operatie via de buik beter dan via de vagina. Bijvoorbeeld bij een ingewikkelde verzakking, of als u al eerder bent geopereerd voor een verzakking. Soms is dan een kijkoperatie mogelijk, waarbij de arts twee of drie kleine sneetjes in de buik maakt. Kan dit niet, dan opereert de arts via een grotere snee in de buikwand. Bij deze ingewikkeldere operaties zet de arts vaak een kunststof matje in de buik, waarmee hij de verzakking 'ophangt' aan de voorkant van de wervelkolom.

6. Na de operatie in het ziekenhuis

Na de operatie blijft u waarschijnlijk een paar dagen in het ziekenhuis. U kunt dan pijn in de onderbuik en schaamstreek hebben. Vraag gerust om pijnstillers als u hier veel last van heeft.

Verder kunt u een tampon in de vagina hebben die een eventuele bloeding moet stoppen. Die tampon wordt de ochtend na de operatie door de verpleegkundige weer verwijderd. U kunt ook een slangetje in de plasbuis hebben om de urine uit de blaas af te voeren. Dit is een blaaskatheter. Deze moet soms een aantal dagen blijven zitten. Als u na het verwijderen van de katheter niet meteen zelf kunt plassen, krijgt u opnieuw een katheter.

Soms ontstaat er een blaasontsteking. Dan krijgt u een kuur met een antibioticum.

De eerste dagen na de operatie zijn vaak pijnlijk. U krijgt zo nodig pijnstillers.

7. Na de operatie weer thuis

Een operatie is zwaar voor uw lichaam. Het duurt een tijd voordat u zich weer helemaal goed voelt. Dit valt vaak tegen; veel vrouwen verwachten dat ze snel weer de oude zijn. Maar u bent bijvoorbeeld snel moe en kunt misschien minder aan dan u gewend bent. Luister goed naar de signalen van uw lichaam en ga niet te snel weer te veel doen. Uw lichaam heeft tijd en rust nodig om helemaal te herstellen. Na een incontinentieoperatie duurt dit minstens twee weken, na een verzakkingsoperatie zes weken. U mag in deze periode geen zware dingen tillen of ander zwaar werk doen. Overleg met uw arts wanneer u weer mag autorijden. Dit is vaak na twee weken.

Let op de volgende punten:

- bel uw gynaecoloog of het ziekenhuis als u koorts krijgt of als de pijn erger wordt;
- het is belangrijk dat u niet veel hoeft te persen voor de ontlasting. Eet daarom vezelrijk en drink minstens 1,5 liter vocht per dag. Zo nodig kunt u laxerende middelen krijgen;
- na de operatie is vaginaal bloedverlies en afscheiding normaal. Na ongeveer zes weken zou dit over moeten zijn. Bel uw gynaecoloog of het ziekenhuis als het langer duurt;
- hechtingen in de schede lossen vanzelf op. Restjes van de hechtingen kunnen via de vagina naar buiten komen. Dat is normaal en kan tot ruim zes weken na de operatie gebeuren;
- de eerste weken na de operatie kunt u beter geen seks hebben. De wand van de vagina kan daardoor beschadigen. Na ongeveer zes weken is de wand meestal goed genoeg hersteld. De gynaecoloog zal dit eerst controleren en met u bespreken.

Na de operatie krijgt u een afspraak voor controle bij de gynaecoloog op de polikliniek. Dit is meestal zes weken na de operatie (of na het ontslag uit het ziekenhuis).

8. Tot slot

Met deze brochure willen we u informatie geven over bekkenbodemp- en incontinentieoperaties. Heeft u nog vragen? Stel die dan gerust aan uw gynaecoloog.

Auteurs: Erica Janszen, Kirsten Kluivers, Saskia Nienhuis †, Mirjam Weemhoff en Bart Broekman, namens de Werkgroep Bekkenbodem van de NVOG. Met medewerking van Hans van Geelen, voorzitter van de Stichting Bekkenbodem Patiënten.

© 2009 NVOG

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Leden van de NVOG mogen deze folder, mits integraal, onverkort en met bronvermelding, zonder toestemming vermenigvuldigen.

Folders en brochures van de NVOG behandelen verschillende verloskundige en gynaecologische klachten, aandoeningen, onderzoeken en behandelingen. Zo krijgt u een beeld van wat u normaliter aan zorg en voorlichting kunt verwachten. Wij hopen dat u met deze informatie weloverwogen beslissingen kunt nemen. Soms geeft de gynaecoloog u andere informatie of adviezen, bijvoorbeeld omdat uw situatie anders is of omdat men in het ziekenhuis andere procedures volgt. Schriftelijke voorlichting is altijd een aanvulling op het gesprek met de gynaecoloog. Daarom is de NVOG niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder. Wel heeft de Commissie Communicatie van de NVOG zeer veel aandacht besteed aan de inhoud. Dit betekent dat er geen belangrijke fouten in deze folder staan, en dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud.

Andere folders en brochures op het gebied van de verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde kunt u vinden op de website van de NVOG: www.nvog.nl, rubriek voorlichting.

