Bekkenbodem- en incontinentieoperaties

Gynaecologie

DIJKLANDER ZIEKENHUIS

Bron: NVOG

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 bekkenbodemproblemen 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 Bekkenbodemklachten 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. 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.
Bekkenbodemproblemen 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, vaak wordt er nog een slaapmiddel bij gegeven als u dat wenst, dan merkt u nauwelijks iets van de operatie.

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 gynaecoloog maakt vaak drie kleine sneetjes: een in de zogeheten vaginavoorwand onder de plasbuis en twee in de liezen. 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 snel weer over.
Voor uitgebreidere informatie over het incontinentiebandje verwijzen wij u naar de informatiefolder TVT-O

5. Operaties bij verzakkingen

Bij verzakkingen zijn verschillende operaties mogelijk, afhankelijk van het orgaan dat verzakt is. Het kan gaan om de baarmoeder, de vaginavoorwand 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. Ook kan de top van de schede nog verzakken wanneer in het verleden de baarmoeder al verwijderd is.

Baarmoeder

U kunt een verzakte baarmoeder helemaal laten weghalen of vast laten maken aan een stevige bindweefselband in het bekken (het sacro-spinale ligament). Dit wordt een sacrospinale fixatie genoemd. Ook als de baarmoeder verwijderd is kan de top van de schede, als deze verzakt is, op deze manier weer vastgezet worden. Welke van deze operaties het beste is bij een baarmoeder- verzakking, hangt af van uw persoonlijke situatie. Uw gynaecoloog zal dit met u bespreken.

Vaginavoorwand met de blaas

Bij een verzakking van de vaginavoorwand 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 vaginavoorwand en de blaas met hechtingen door het bindweefsel onder de blaas met hechtingen weer stevig aan elkaar te zetten. Daarmee worden nieuwe verzakkingen zo veel mogelijk voorkomen. De vaginavoorwand 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 vaginavoorwand en de blaas erg zwak, bijvoorbeeld als de verzakking is teruggekomen na een eerdere operatie. Dan kan een kunststof matje het weefsel verstevigen. Als dit nodig lijkt, verwijzen wij u voor deze ingreep naar een ander ziekenhuis.

Vagina-achterwand met dikke darm en eventueel dunne darm
De operatie bij een verzakte vagina-achterwand is vergelijkbaar met de voorwandplastiek. Deze ingreep heet a*chterwandplastiek*. 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. Indien dit noodzakelijk lijkt te zijn om uw verzakking te verhelpen, verwijzen wij u naar een ander ziekenhuis. Een kunststof matje wordt alleen bij steeds terugkerende verzakkingen geplaatst. In het WFG worden geen matjes bij verzakkingen meer geplaatst.

Bij incontinentieoperaties wordt een kunststof bandje (TVT-O) 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. Hiervoor wordt u dan door ons verwezen naar een centrum waar deze ingrepen worden verricht.

6. Na de operatie in het ziekenhuis

Afhankelijk van het soort operatie verblijft u een dag of enkele 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 tegengaat dat er een bloeduitstorting ontstaat bij de operatiewond. Deze 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 wordt de ochtend na uw ingreep verwijderd. Als u na het verwijderen van de katheter niet meteen zelf kunt plassen, kan een nieuwe katheter nodig zijn. Soms ontstaat er een blaasontsteking. Dan krijgt u een kuur met een antibioticum.

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 (TVT-O) duurt dit ongeveer twee weken, na een verzakkingsoperatie zes weken. U mag in deze periode geen zware dingen (meer dan 5 kg) 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 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 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; dit is nog te gevoelig. 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 vijf weken na de operatie (of na het ontslag uit het ziekenhuis).

8. Tot slot

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

Gegevens:

J Klinkert, gynaecoloog met urogynaecologisch aandachtsgebied.
K. Rietveld, gynaecoloog met urogynaecologisch aandachtsgebied.

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.

Notities:

Locatie Enkhuizen
Molenweg 9b
1601 SR Enkhuizen
T. 0228 312 345

Locatie Hoorn
Maelsonstraat 3
1624 NP Hoorn
T. 0229 257 257

Locatie Purmerend
Waterlandlaan 250
1441 RN Purmerend
T. 0299 457 457

Locatie Volendam
Heideweg 1b
1132 DA Volendam
T. 0229 257 500

Postbus 600, 1620 AR Hoorn

www.dijklander.nl
info@dijklander.nl

FLD-00412-NL 01-03-2022

DIJKLANDER ZIEKENHUIS