

Aanvullende informatie bij de brochure 'Bekkenbodemp Problemen bij vrouwen'

Bekkenbodem- en incontinentie-operaties

Er bestaan veel soorten operaties voor urine-incontinentie en verzakkingen. Ze vinden plaats via de schede of de buikwand. In deze folder geven wij informatie over de meest voorkomende operaties.

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 ervan af te wachten om te bezien hoe ernstig uw klachten dan nog zijn. Bij verzakkingen en ook bij inspanningsincontinentie is het soms zinvol eerst een ring te proberen. Meer informatie over de voor- en nadelen van een ring en de afwegingen over al dan niet opereren vindt u in de folder [Ring of pessarium bij bekkenbodemp problemen](#). 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 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 vertellen.

OPERATIES VOOR INSPANNINGS-INCONTINENTIE

Het doel van een operatie voor inspanningsincontinentie is het afsluitmechanisme van de blaas weer te verstevigen. De overgang tussen de blaas en urinebuis die vaak wat naar beneden gezakt is, 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 er verschillende situaties bestaan. Zij worden besproken in de algemene brochure [Bekkenbodemp problemen bij vrouwen](#). 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 er 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 blaasverzakingsplastiek

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. Hij of zij verkort het ruime bindweefsel rond de blaas en zet dit in het midden weer aan elkaar.

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 gebeurt dan via de schede. Na verwijdering van de baarmoeder zet de gynaecoloog de uitgerekte ophangbanden, na inkorting, weer vast op de top van de schede.

Meer informatie over een baarmoederverwijdering vindt u in de folder [Het verwijderen van de baarmoeder bij goedaardige aandoeningen](#).

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 geworden is, 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 toegenomen. 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 doen.

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

Als regel 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 urineincontinentie krijgt u tijdens de operatie een blaaskatheter.

De gynaecoloog brengt deze via de urinebuis of de buikwand in. Dit laatste heet een suprapubische katheter: de katheter komt net boven (supra) het schaambeentje (de pubis) uit de buikwand naar buiten. 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. Soms wordt tijdens de operatie ook een drain aangebracht. Dit is een dun slangetje dat via de buikwand naar buiten komt. De drain voert overtollig bloed en wondvocht uit het operatiegebied af. De verpleegkundige haalt de drain weg als er geen vocht meer naar buiten komt.

Meestal gebeurt dit een of enkele dagen na de operatie. Bij verzakkingoperaties 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 opgepropt wordt. 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 bekkenbodemplastiek 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 bekkenbodemplastiek is het beter om de eerste maanden niet zwaar te tillen. Het optillen van een emmer water of een zware boodschappentas 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 afwezigheid of langer rekenen. Bij lichamelijk zwaar werk is het soms verstandig nog iets langer te wachten met 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. Als regel krijgt u zes 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 schedewanden goed genezen zijn. Als dit het geval is, kunt u daarna weer gemeenschap hebben. Eerder is meestal niet verstandig, omdat beschadiging kan optreden.

COMPLICATIES

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

Blaasontsteking

Een blaasontsteking is een veel voorkomend probleem na een bekkenbodemplastiek operatie. 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 operaties soms als doel hebben ongewild urineverlies te verminderen, treedt soms ongewild urineverlies op als complicatie van een verzakkingoperatie.

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 verzakkingoperatie.

Moeite met de ontlasting

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

Nabloeding

Een nabloeding is een vrij zeldzame complicatie bij bekkenbodemplastiek operaties. 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 om dit met de huisarts te bespreken.

TOT SLOT

Hoewel mogelijke complicaties en langetermijnevolgen 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.

© 2000 NVOG¹

¹ Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze **brochure** berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Leden van de NVOG mogen deze **brochure**, 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 **brochure**. Wel heeft de Commissie Patiëntenvoorlichting van de NVOG zeer veel aandacht besteed aan de inhoud. Dit betekent dat er geen belangrijke fouten in deze **brochure** 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: <http://www.nvog.nl>, rubriek voorlichting. Auteur: dr. H.A.M. Vervest, Redacteur: dr. G. Kleiverda, Bureauredacteur: Jet Quadekker