

Vaginale verzakking (prolaps)

Patientinformatie

1. Wat is een vaginale prolaps?
2. Wat zijn de symptomen?
3. Wat veroorzaakt een vaginale prolaps?
4. Welke soorten prolaps zijn er?
5. Hoe kan een prolaps behandeld worden?
6. Welk type operatie is voor mij geschikt?
7. Is het nodig om verstevigend weefsel te gebruiken bij operaties?
8. Hoe succesvol zijn verzakkingsoperaties?
9. Wat moet ik doen als ik nog kinderwens heb?

Wat is een vaginale prolaps?

Deze aandoening wordt gekenmerkt door uitzakken van een of meerdere van de volgende organen in of tot buiten de vagina (schede): blaas, baarmoeder of darm. Een vaginale verzakking ontstaat wanneer de spieren, ligamenten en fascie (een netwerk van steunweefsel) die samen deze organen in de juiste positie houden, verzwakt of beschadigd zijn.

Wat zijn de symptomen?

- Een zwaar gevoel in de vagina of laag in de rug.
- Gevoel van een zwelling in of buiten de vagina.
- Problemen bij het plassen zoals een gevoel de blaas niet goed leeg te kunnen plassen, vaak plassen, hevige aandrang hebben om te plassen en incontinentie voor urine bij inspanning of bijvoorbeeld bij lachen, hoesten en niezen (stressincontinentie).
- Problemen van de ontlasting zoals het gevoel dat er ontlasting achter blijft, noodzaak om zelf met de vingers te moeten helpen om ontlasting te verkrijgen.
- Gevoel van ongemak tijdens geslachts-gemeenschap.

Wat veroorzaakt een vaginale prolaps?

De voornaamste oorzaak is schade aan de zenuwen, bindweefsel en spieren van de bekkenbodem.

Zwangerschap en bevalling vormen in het algemeen het eerste moment dat aanleiding geeft tot zenuw letsel dan wel beschadiging of overrekking van bindweefsel en spieren. Een prolaps kan snel ontstaan na een bevalling maar kan zich ook pas na vele jaren openbaren. Vaginale prolaps is een aandoening die 1 op de 3 vrouwen treft wanneer er eerder één of meerdere bevallingen zijn geweest.

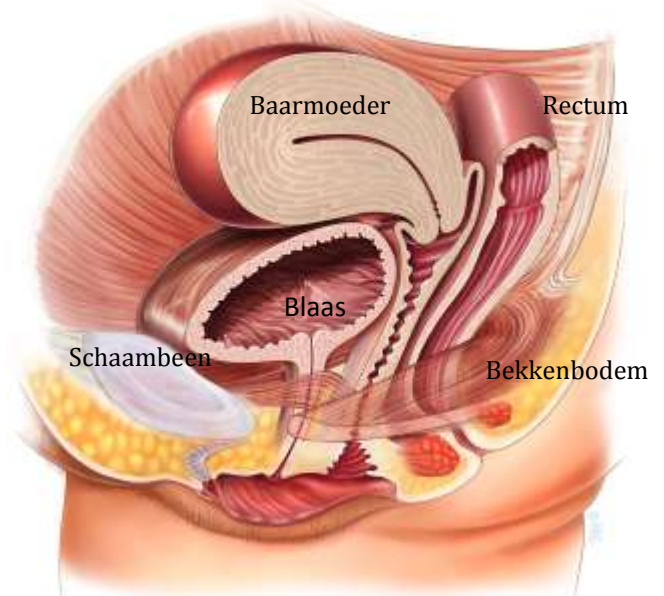
Andere belangrijke factoren en oorzaken zijn:

- Leeftijd en menopauze. Deze kunnen bijdragen aan de verzwakking van de eerder genoemde structuren.
- Overmatige en langdurige druk op de bekkenbodem zoals overgewicht, chronisch hoesten, chronische obstipatie en langdurig zwaar tillen.
- Roken.
- Erfelijke ziekte van het bindweefsel zoals het syndroom van Marfan of Ehlers-danlos.

Welke soorten prolaps zijn er?

Een prolaps kan uitgaan van de voorwand van de vagina (het voorste compartiment), de achterwand van de vagina (het achterste compartiment) en de baarmoeder of de top van de vagina (in geval van een eerder verrichte baarmoederverwijdering). Dit compartiment wordt het apicale compartiment genoemd. Als er sprake is van een prolaps zijn er meestal meerdere compartimenten bij betrokken.

Normale anatomie, geen prolaps



⇒ Rectum (laatste deel van de darm: endeldarm)

Prolaps van het voorste compartiment

Dit is het meest voorkomende type prolaps. Hierbij verzakt de blaas en/of plasbuis in de vagina. Uw dokter spreekt dan van een cystocele of cysto-urethrocele.

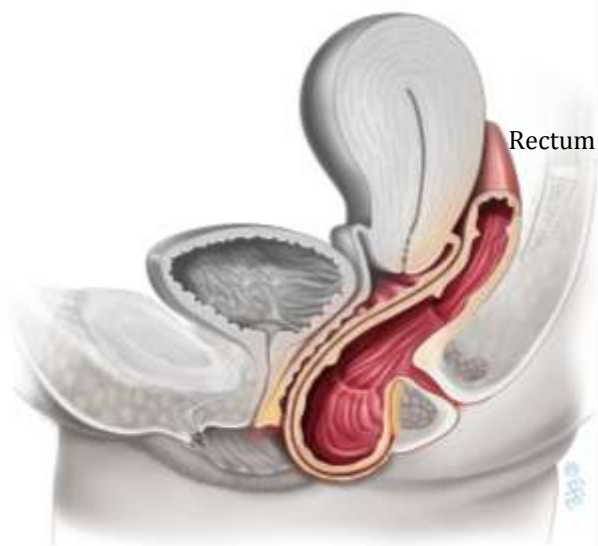
Prolaps van het voorste compartiment



Prolaps van het achterste compartiment

Hierbij verzakt het laatste deel van de darm (endeldarm) uit in de vagina. In het medisch jargon heet dit een rectocele. Ook een deel van de dunne darm kan verzakken in het bovenste deel van de vagina achterwand. Dit wordt een enterocele genoemd.

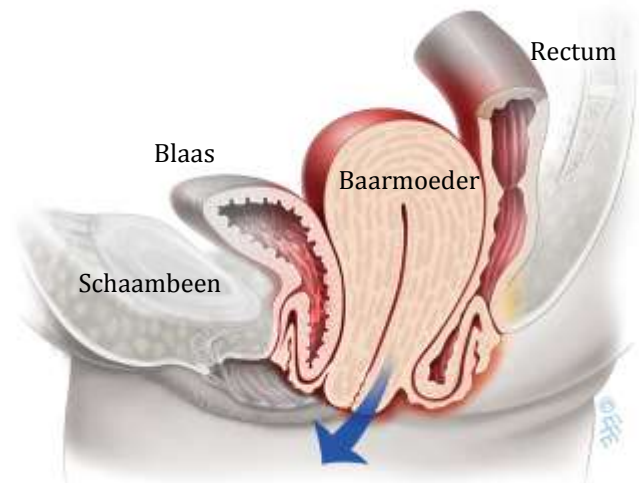
Prolaps van het achterste compartiment



Prolaps van het apicale compartiment

Uterus prolaps – Hierbij verzakt de baarmoeder uit in de vagina. Dit is het tweede meest voorkomende type prolaps.

Uterus prolaps



Prolaps van de vaginatop –

Na een baarmoederverwijdering kan de vaginatop verzakken in de vagina of tot buiten de vagina.

Hoe erg is mijn verzakking?

Veel vrouwen (tot 40%) hebben een lichte mate van verzakking met weinig of geen klachten. Uw arts kan na inventarisatie van de klachten en vaginaal onderzoek de ernst en stadiëring van de verzakking bepalen. Op dit moment hanteren de artsen nog niet delfde waarden om de stadiëring te beschrijven. Uw arts kan U hierover verder informeren.

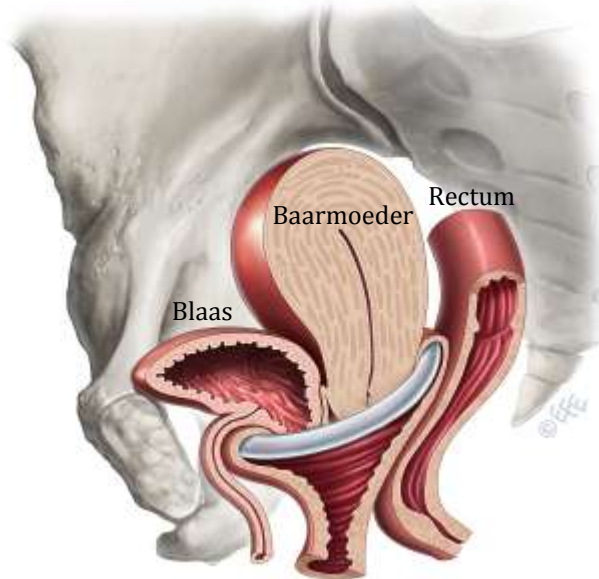
Hoe kan een vaginale prolaps behandeld worden?

De behandelingen kunnen worden onderverdeeld in chirurgische en niet chirurgische methoden.

Niet chirurgische behandelingsopties

- Een afwachtend beleid: Een prolaps is zelden een levensbedreigende aandoening en vele vrouwen zullen kiezen om af te wachten bij geen of weinig klachten. Wanneer er een prolaps is vastgesteld is het vaak raadzaam om minder zwaar te tillen, obstipatie te behandelen en te letten op het gewicht.
- Pessarium (vaginale ring): Pessaria zijn vaginaal in te brengen voorwerpen die kunnen wisselen in vorm en grootte. Een pessarium ondersteunt de verzakte organen en kan zo de klachten verminderen. Pessaria kunnen een goede optie zijn als u (nog) niet geopereerd wilt worden of dit om medische redenen uit wilt stellen. Een andere reden kan zijn dat een operatie pas op later moment verstandig is bv. omdat u nog zwanger wil worden.

Voorbeeld van een ringpessarium



Pessaria moeten goed passen. Soms is dit niet direct het geval zodat het even kan duren voordat de juiste ring voor u gevonden is. Sexuele gemeenschap is mogelijk bij sommige typen ringen. Uw gynaecoloog kan u hier meer informatie over geven.

Bekkenbodemspieroefeningen: het oefenen van uw bekkenbodemspieren kan de symptomen van vroege stadia van prolaps verbeteren of mogelijk verergering voorkomen. Deze oefeningen vereisen tijd, geduld en motivatie van de patiënt.

Chirurgische behandelopties

Voor vrouwen die een prolaps hebben met klachten kan een chirurgische behandeling een optie zijn. Uw gynaecoloog zal de meest aangewezen optie met u bespreken. Dit advies is gebaseerd op uw leeftijd, eerder ondergane operaties, ernst van de prolaps en uw gezondheidstoestand. Hierna volgen de mogelijkheden voor chirurgische behandeling.

Reconstructieve chirurgie

Het doel van dit type chirurgie is de normale anatomie en positie van de organen in het kleine bekken zoveel mogelijk te herstellen terwijl de seksuele functie behouden blijft. Er zijn meerdere benaderingen en technieken om deze operaties te verrichten:

- Vaginale benadering
- Benadering via een buikoperatie
- Laparoscopische benadering via de buik (ook wel "kijkoperatie")

Benadering via de buik met gebruikmaking van een robot.

Welke chirurgische benadering is voor mij het meest geschikt?

Er is niet één ingreep die voor alle patiënten geschikt is. De geschiktheid van een bepaald type operatie hangt af van meerdere factoren zoals uw voorgeschiedenis, uw gezondheidstoestand maar ook uw eigen voorkeur. De gynaecoloog zal mede op basis van zijn eigen ervaring de meest in aanmerking komende procedure met U bespreken. Hieronder volgt een opsomming van de mogelijkheden.

Vaginale benadering

Er wordt een incisie ("sneetje") gemaakt in de vaginawand waarna de vaginawand vrijgeprepareerd wordt van het verzakte orgaan (blaas of darm). Hierna wordt met hechtingen en soms een verstevigende mat (zgn. mesh of implantaat) de verzakking opgeheven en gerepareerd. Voor een baarmoederverzakking kan ook een (niet oplosbare) hechting door de baarmoedermond worden gebracht en aan een bindweefselstructuur in het kleine bekken worden gefixeerd (sacrospinale fixatie). Een andere methode is het gebruik van de lichaamseigen banden van de baarmoeder die ingekort worden of naar elkaar toe worden gebracht (uterosacrale suspensie).

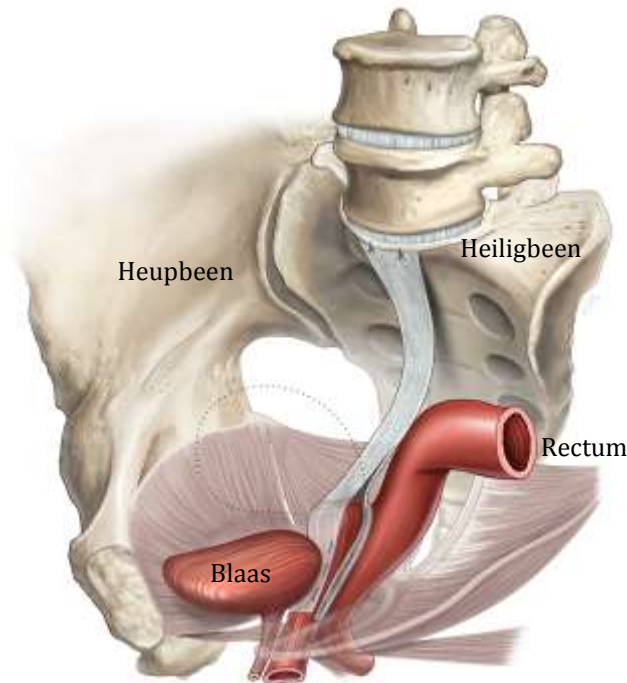
Colpocleisis: sluiten van de vagina

Naast de technieken voor reconstructieve doelen kan er ook een techniek worden toegepast om de vagina te sluiten. Dit heet een colpocleisis en wordt toegepast bij sexueel niet actieve vrouwen met vaak medische bezwaren ten aanzien van reconstructieve chirurgie. De voordelen van dit type chirurgie is de korte operatietijd en het relatief snelle herstel. Het nadeel is dat er na de operatie in principe geen geslachtsverkeer meer kan plaatsvinden.

Benadering via de buik

Er wordt een incisie gemaakt via de buik. Vervolgens worden er hechtingen en eventueel een verstevigende mat (mesh of implantaat) gebruikt om een blaas- of darmverzakking te herstellen. Ook kan de baarmoeder of vaginatop (na een baarmoederverwijdering) worden opgehangen. Hieronder ziet u een afbeelding van een sacrocolpopexie waarbij een vaginatop met een mat opgehangen wordt aan het sacrum (heiligbeen).

Sacrocolpopexy



Laparoscopische benadering en gebruik van de robottechniek

Deze methoden kunnen worden gebruikt voor dezelfde operaties als die via de incisie in de buik plaatsvinden, echter vaak met een korter herstel en kleinere littekens. Robots zijn vooralsnog slechts in enkele centra beschikbaar.

Is het nodig om een verstevigende mat in te hechten?

Niet alle verzakkingsoperaties vereisen een verstevigende mat of implantaat. Meestal worden deze implantaten gebruikt bij patiënten die na een eerdere operatie wederom een prolaps hebben gekregen of bij patiënten die extra risico lopen op een herhaling. Er kunnen oplosbare, niet oplosbare en dierlijke implantaten gebruikt worden. Uw gynaecoloog kan met u de reden van het gebruik van een implantaat bespreken maar ook waarom de keuze valt op een specifiek type implantaat.

Wat is het succes van deze operatie?

Vaginale operaties zijn in ongeveer 75% van de gevallen effectief op de langere termijn. Bij benaderingen via de buik ligt dit percentage tussen 90 en 95%. Ten aanzien van dit hogere succespercentage bij buikbenadering valt op te merken dat de vaginale benadering als voordeel heeft dat het minder belastend is voor de patiënt. De genoemde percentages zijn algemeen maar kunnen per patiënte en per operatietechniek verschillen.

Wat moet ik doen als ik nog kinderwens heb?

In het algemeen wordt aangeraden om te wachten met definitieve behandeling in de vorm van een operatie tot het moment dat het gezin compleet is. In de tussentijd kan bekkenbodempfysotherapie of een vaginale ring verlichting of uitkomst bieden.



De informatie in deze brochure is bedoeld als voorlichtings materiaal en kan tot hulp dienen klachten en verschijnselen beter te begrijpen. De diagnostiek en behandeling van bepaalde aandoeningen dient te worden gedaan door Uw arts of andere bevoegd zorgverlener.

Vertaling: Astrid Vollebregt, MD; Robert Hakvoort, MD; Hans van Geelen, MD ©2011