

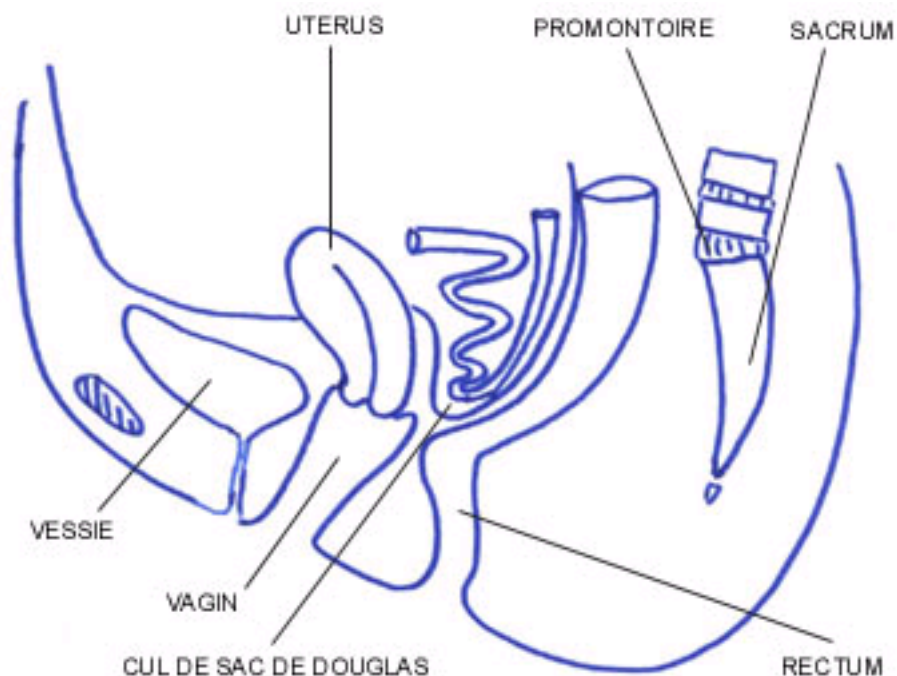
INFORMATIEFORMULIER

Laparoscopische colpopromontoriopexie als behandeling voor prolaps

A. Algemene informatie over de colpopromontoriopexie.

Het vrouwelijke bekken worden onderverdeeld in drie gedeelten of compartimenten: Het voorste gedeelte (anterieur compartiment) dat bestaat uit de blaas en de plasbuis), het middelste gedeelte met de vagina en de baarmoeder en tenslotte het achterste gedeelte (posterieur compartiment) welke de endeldarm en een gedeelte van de dunne darm omvat.

Deze drie compartimenten liggen in nauw verband met elkaar en oefenen hierdoor een belangrijke invloed op elkaar uit.

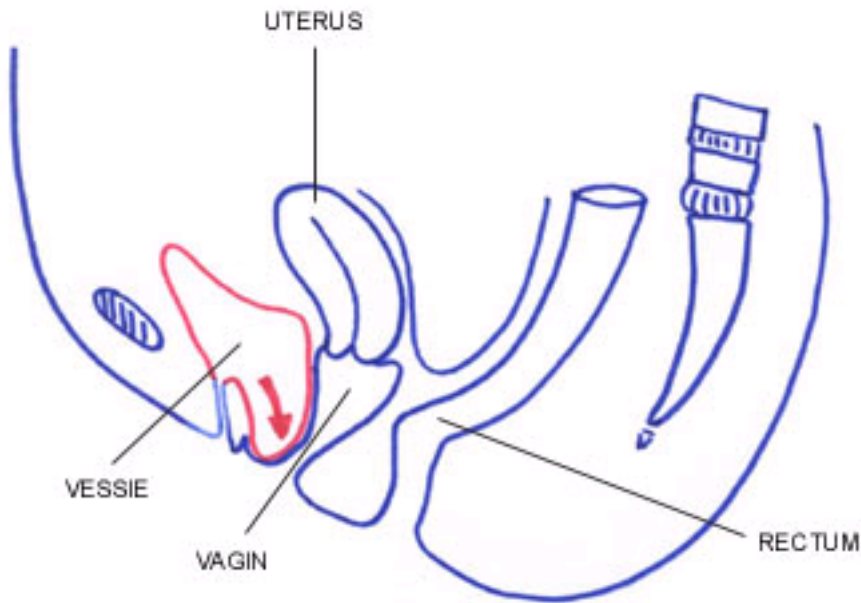


Wat is prolaps?

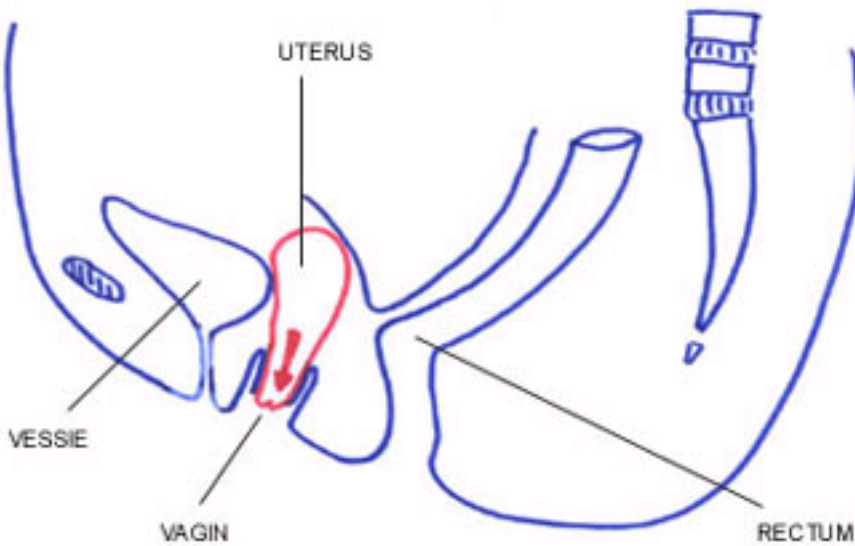
Prolaps is het uitzakken van één of meerdere van de compartimenten of bekkenorganen in de vagina.

Naargelang een ander bekkenorgaan verzakt wordt de prolaps anders benoemd

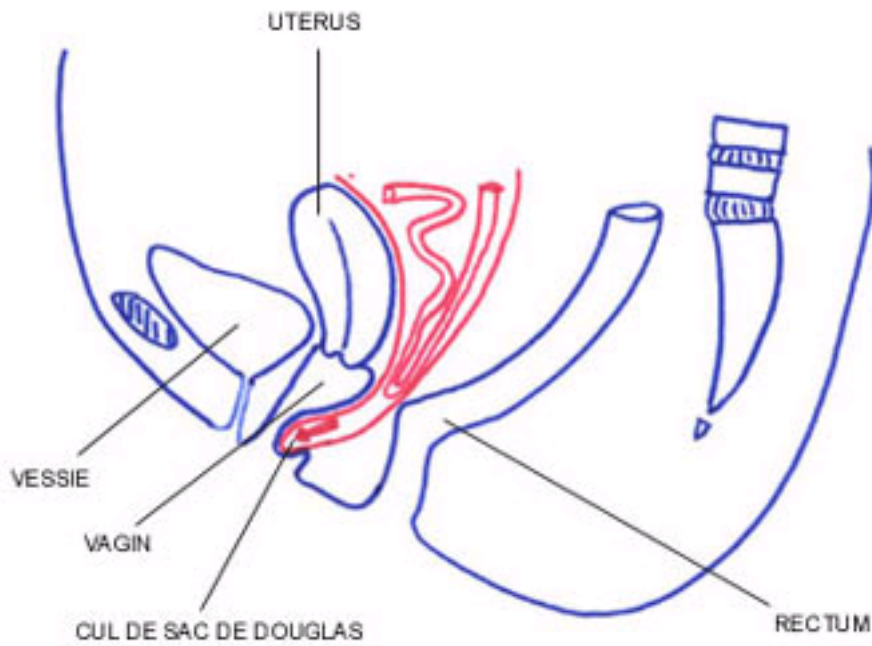
1. De cystocoele: Het uitzakken van de blaas via de voorwand van de vagina



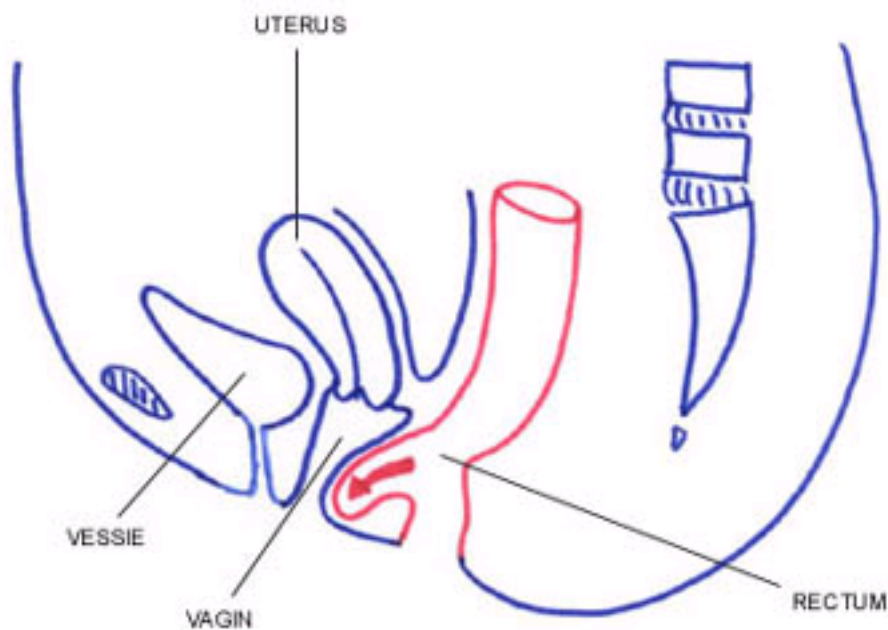
2. Prolaps van de uterus: Het uitzakken van de baarmoeder, met de top van de vagina.



3. De elythrocoele: het uitzakken van gedeelten van de dunne darm via de top en de achterwand van de vagina.



4. De rectocoele: het uitzakken van de endeldam via de achterwand van de vagina.



Prolaps omvat vaak, in min of meerdere mate, een combinatie van organen van de drie verschillende compartimenten.

Waarom heeft uw arts u voorgesteld om een interventie te verrichten voor uw prolaps?

Wanneer u al te belangrijke hinder ervaart door de prolaps is een chirurgische ingreep ("opnaaiing") eigenlijk de enige efficiënte manier om de bekkenorganen opnieuw min of meer op hun oorspronkelijke plaats te krijgen.

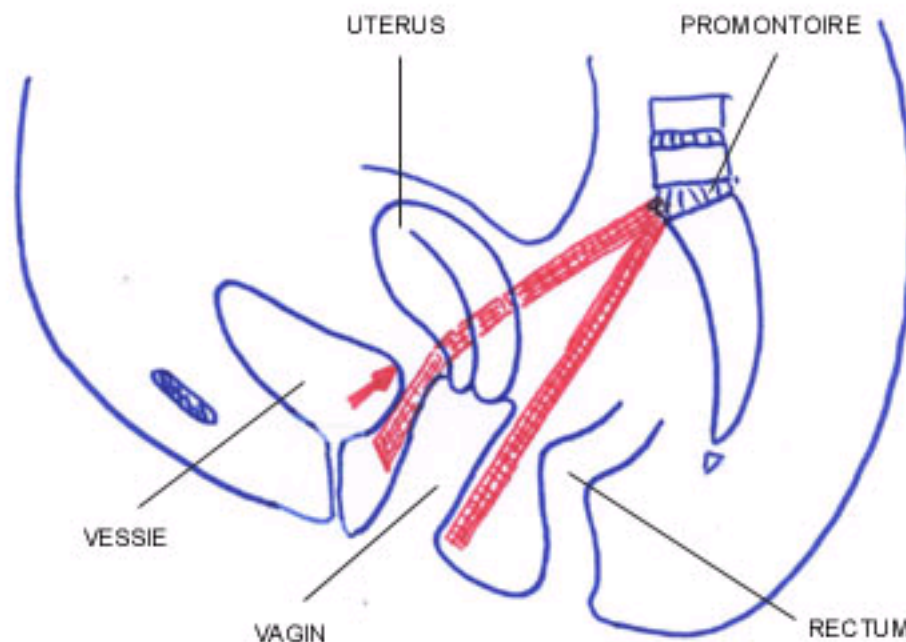
Het principe van de colpopromontoriopexie is reeds oud en van deze ingreep is geweten dat het herstel ook op langere termijn goed bewaard blijft.

Sedert de jaren negentig wordt deze ingreep via kijkoperatie verricht zodat de pijn nadien, de duur van de opname en de herstelperiode aanzienlijk werden verkort in vergelijking met de klassieke chirurgie.

Als alternatief voor de laparoscopische colpopromontoriopexie kan soms een ingreep via de vagina gebeuren en in sommige gevallen kan een pessarium in de vagina worden ingebracht om een heelkundige ingreep te trachten verwijderen.

Wat is het principe van interventie?

Bij de colpopromontoriopexie worden kunststofnetjes gebruikt om de voorste en/of achterste vaginawand te verstevigen. Deze netjes worden vervolgens onder aan de lendenwervels vastgemaakt waardoor de vaginawand en de vaginatop opnieuw wat naar omhoog worden getrokken.



Er bestaan hiervoor verschillende types netjes. Uw chirurg zal deze kiezen welke in uw situatie de beste is volgens zijn ervaring.

Operatieve techniek:

De ingreep wordt tegenwoordig door middel van een kijkoperatie (laparoscopie) uitgevoerd. Dit verandert het principe van de procedure niet, het is enkel een manier om de klassieke operatie minder invasief (minder beschadigend dan via de klassieke buikoperatie) uit te voeren en toch hetzelfde resultaat te bekomen.

Hierbij worden ter hoogte van de navel en de onderbuik in totaal 4 sneetjes gemaakt van ongeveer 1 à 2 cm lang langswaar buisjes (werkkanalen) in de buikholte worden ingebracht. De werkkanalen dienen om een lange smalle camera (verbonden met een videoscherm) en speciaal hiervoor ontworpen lange instrumenten in de buikholte in te brengen. Om voldoende ruimte te creëren om de ingreep te kunnen uitvoeren dient de buikholte met een gas (koolstofdioxide) te worden opgeblazen.

De ingreep zelf verloopt steeds onder volledige verdoving.

Voor de operatie.

Het is belangrijk dat de endeldarm bij de ingreep goed is geledigd. Dit kan bekomen worden door in de uren voor de operatie bijvoorbeeld een lavement toe te dienen, afhankelijk van de precieze aard van de ingreep en de ervaring van uw arts.

Na de operatie

De pijn die u in de eerste uren na de ingreep kan ervaren wordt opgevangen door pijnstillers die u via het infuus worden toegediend.

U krijgt ook dagelijks een bloedverdunner toegediend via een injectie in de huid van de buik. Dit dient om klontervorming in de aders (thromboflebitis) en in de longen (embolie) te voorkomen.

Drinken en nadien ook eten kan meestal vanaf de dag volgend op de ingreep. Gewoonlijk wordt reeds tijdens de ingreep via de plasbuis een blaascatheter geplaatst langswaar de urine kan weglopen. Soms is op het einde van de ingreep ook een gaaswiek in de vagina geplaatst.

Zowel de sonde als de eventuele gaaswiek worden kort na de ingreep verwijderd, afhankelijk van de aard van de ingreep en de ervaring van uw uroloog gebeurt dit meestal na één tot twee dagen. Dit gaat gewoonlijk quasi pijnloos al kan het plassen in het begin wel wat branderig aanvoelen. In de uren na het verwijderen van de blaascatheter zal uw verpleegkundige uw plassen controleren om de goede werking van de blaas te verzekeren.

Wat te doen na uw vertrek?

De hersteltijd is gemiddeld 4 tot 6 weken, deze termijn kan worden aangepast aan uw beroep.

Na uw vertrek uit het ziekenhuis, kan u weer uw normale activiteit hernemen, maar dient u zware inspanningen en heffen van gewichten (meer dan 5kg) vermijden voor een periode van ongeveer drie maanden.

U dient best baden te vermijden gedurende een viertal weken, maar douches zijn toegestaan direct na de operatie.

U moet zich onthouden van seksuele activiteit en sport gedurende vier weken.

Een controleafspraak wordt u gegeven enkele weken na de ingreep.

Wat bloedverlies langs de vagina of de buikwondjes in de dagen volgend op de interventie is goed mogelijk en niet noodzakelijk verontrustend. Daarnaast kan er in de eerste weken volgend op de operatie constipatie optreden (bemoeilijkte stoelgang). Indien u hiervan al te belangrijke hinder ervaart kan het soms

aangewezen zijn om tijdelijk een laxeermiddel te gebruiken.

Bij welke signalen dient u uw arts te raadplegen tijdens uw herstel?

In geval van hardnekkig branden bij urineren, hoge koorts boven 38.5 ° C, blijvend en uitgebreid bloeden, al te belangrijke buikpijn en braken, moeite met plassen.

Wat zijn de gevolgen van de interventie?

Deze techniek die wordt uitgevoerd sedert meer dan 15 jaar is de standaardinterventie bij uitstek die uitgevoerd wordt bij vrouwen met prolaps. Echter, zoals met elke procedure, kunnen bepaalde complicaties zich soms voordoen.

Het is ook nooit uit te sluiten dat uw chirurg tijdens de kijkoperatie moet beslissen om over te schakelen naar een klassieke "open" procedure, via een insnede in de onderbuik. Dit zal gewoonlijk geen enkel effect hebben op het slagen van de ingreep doch resulteert wel in een langere herstelperiode.

Tijdens de operatie

De techniek van de operatie is sterk gestandaardiseerd en complicaties zijn dan ook zeldzaam.

Perforatie van de blaas of de vagina kan optreden tijdens de ingreep. Deze perforatie is meestal onschuldig en kan tijdens de operatie worden behandeld. Het perforeren van de blaas vereist wel dat de blaaskatheter een paar extra dagen behouden blijft om genezing mogelijk te maken.

Tijdens de ingreep kan er een darmperforatie, een belangrijk bloedvatletsel of een letsel aan de urineleider tussen nier en blaas optreden. De frequentie hiervan is minder dan 1% en meestal kunnen deze letsels nog tijdens de ingreep worden hersteld zonder belangrijke gevolgen.

Elke interventie, hoe klein ook, houdt risico's in die onvoorspelbaar en uitzonderlijk zijn, maar daarom niet minder ernstig (hartaanval, diepe veneuze trombose, longembolie, anafylactische shock op allergie,).

Na de operatie

Infectie: Een infectie van de urinewegen kan optreden enkele dagen na de operatie. Enkele dagen antibiotica brengen snel genezing.

Het prothesenetje zelf wordt zeer goed getolereerd en geïntegreerd in het lichaam, het risico op infectie hiervan is klein maar kan op dat ogenblik wel een verwijderen van het netje noodzakelijk maken

Moeite met plassen: Soms heeft de blaas in de eerste dagen na de ingreep wat moeite om zich volledig te ledigen. Normaal gezien volstaat het in dat geval om de blaascatheter enkele dagen langer te behouden.

Frequent en dringend plassen: Dit verdwijnt meestal binnen enkele dagen of weken na de operatie. Als dit aanhoudt, neem dan contact op met uw chirurg.

Constipatie: Dit is een vrij frequent voorkomend probleem na de operatie en hiervoor is soms inname van een laxeermiddel noodzakelijk. De problemen van bemoeilijkte stoelgang verdwijnen normaal gezien binnen de drie maand volgend op de operatie.

Seksualiteit: Na voldoende herstel van de ingreep verloopt het vrijen meestal probleemloos, al kan het gevoel van de vagina wel wat veranderd zijn.

Pijn: De ingreep vereist geen grote incisies of traumatische acties, de pijn is meestal gering en beperkt tot een paar dagen na de operatie.

Problemen van genezing: De huidincisies genezen na ongeveer tien dagen. Ter hoogte van de vagina kunnen de geplaatste hechtingen soms kleine wondjes veroorzaken. Verwittig uw arts indien abnormale vaginale afscheiding aanhoudt.

Erosie en afstoting van het prothesenetje: Zelfs al worden de gebruikte materialen voor deze bandjes zeer goed verdragen, het blijft toch een lichaamsvreemd voorwerp. Erosie (afstoten) van de netjes is zeldzaam, maar mogelijk.

Urineverlies: Soms kan na de operatie een probleem van urinaire incontinentie optreden. De oorzaken van dit urineverlies waren reeds voor de ingreep aanwezig maar de incontinentie wordt op dat ogenblik door de prolaps verborgen ("gemaskeerde urinaire incontinentie"). Bij een blijvend urineverlies kan -na voldoende herstel van de ingreep- soms een behandeling met spierversterkende kinesitherapie worden voorgeschreven of is -uitzonderlijk- een tweede, kleinere ingreep op de plasbuis noodzakelijk.

Daarna

Regelmatige controle is noodzakelijk. Neem contact op met uw arts eenmaal per jaar of bij problemen.

Uw uroloog is steeds tot uw beschikking voor alle verdere informatie.