

# GYNAECOLOGIE

**dr. Robert Hakvoort**  
secretaris bestuur Nederlandse  
Vereniging Obstetrie en  
Gynaecologie (NVOG)

**prof. dr. Jan-Paul Roovers**  
voorzitter Stichting Complicatie-  
registratie Gynaecologie  
Nederland

**dr. Astrid Vollebregt**  
voorzitter werkgroep  
bekkenbodem NVOG

**mw. Marlies Bosch**  
voorzitter Patiëntenvereniging  
Gynaecologie Nederland

PATIËNTEN BETER VOORLICHTEN: RISICO'S VALLEN TEGENWOORDIG MEE

# Misverstanden rond de prolaps



CORBIS

---

Het opereren van vaginale verzakkingen met implantaten geeft vandaag de dag weinig risico's. Maar doordat de media complicaties in het verleden hebben uitvergroot, zijn angst en zorgmijding gecreëerd. Les voor de beroepsgroep: informeer patiënten veel beter over behandelopties en eventuele risico's.

**E**en vaginale verzakking, of een genitale prolaps, is een aandoening die bij 30 procent van de vrouwen voorkomt en die zij vaak als zeer hinderlijk ervaren. Deze vrouwen hebben problemen met plassen, ontlasting en seks, maar ook met het algemeen welbevinden.

De meesten van hen worden conservatief behandeld. Als zij geen hinder hebben van de prolaps, krijgen zij informatie en leefstijladviezen. Als zij een milde verzakking hebben, maar wel problemen met het functioneren van de bekkenbodemp, wordt gespecialiseerde bekkenfysiotherapie voorgesteld. Bij een forse verzakking kan een pessarium worden aangemeten. Is de patiënt niet tevreden met het pessarium of past deze niet, dan komt een operatie in beeld. Van alle vrouwen met een verzakking die de gynaecoloog ziet, wordt 25 procent geopereerd. De kans dat een vrouw in haar leven aan een verzakking wordt geopereerd is 13 procent.

### **Implantaat**

Bij een prolaps is sprake van een defect in het steunweefsel. Dat noemen we een breukpoort. Bij een eerste operatie wordt met lichaamseigen weefsel dit defect gecorrigeerd. Helaas krijgt gemiddeld één op de vijf vrouwen een recidief prolaps, en uit onderzoek blijkt dat bijna 30 procent van alle operaties vanwege een verzakking wordt verricht om een recidief verzakking te opereren. Als behandeling voor een recidief prolaps kan een, vanaf 2005 in Nederland geïntroduceerd, implantaat worden gebruikt.

Dit resulteert in een vreemd-lichaamreactie, waarbij het lichaam nieuw steunweefsel maakt. Door het gebruik van een implantaat kan ook nieuw steunweefsel worden gemaakt op locaties waar men met conventionele chirurgie niet kan komen. Momenteel wordt bij 2 procent van de vrouwen met een verzakking gebruikgemaakt van een implantaat. In de liesbreukchirurgie zijn de operaties met lichaamseigen materiaal, vanwege de hogere succespercentages, al decennia geleden vervangen door operaties met een implantaat. Het was dit principe dat dokters ertoe bracht om een verzakking als een breuk te beschouwen en met een implantaat de breukpoort te bedekken in de verwachting dat dit ook tot lagere recidiefkansen zou leiden. Daarnaast werd al sinds 1997 kunststof materiaal gebruikt bij de behandeling van stressincontinentie en ook al jaren bij de abdominale behandeling van een prolaps. Ingrenpen waarvan de effectiviteit ruimschoots aangetoond is.

### **Risico**

Het risico op een recidief prolaps na een operatie met lichaamseigen materiaal is 30 à 50 procent en na een operatie met een implantaat 5 à 15 procent. Een paar jaar na de introductie van de vaginale implantaten bleek er een groot risico op complicaties na de operatie te zijn. In de eerste studies werd een risico op erosie (blootliggen van mesh) gemeld van 20 procent en een risico op pijn van 15 procent. In recente studies wordt een risico op erosie gemeld van 4 tot 8 procent en een risico op pijn van 2 tot 5 procent.

Nieuw ontstane klachten van pijn bij vrijen worden even vaak gezien na een operatie met of zonder implantaat, ook is er geen verschil in seksueel functioneren. Niet elk anatomisch recidief behoeft een operatie. In geval van bijkomende functionele klachten met vermindering van kwaliteit van leven ontstaat er een indicatie voor een operatie met een implantaat. De effectiviteit en het risico op deze aanwezige implantaatspecifieke complicaties moeten in heldere en begrijpelijke taal worden duidelijk gemaakt aan de patiënt zodat deze in samenspraak met haar arts tot een afgewogen beslissing kan komen.

### **Media-aandacht**

In 2008 en 2011 maakte de Federal Drug Administration (FDA) melding van ernstige complicaties na het gebruik van vaginale en abdominale implantaten voor de behandeling van prolaps. In de periode 2008-2010 werden in de VS 1503 meldingen geregistreerd op een totaal van ongeveer 225.000 geplaatste vaginale meshes (0,7%). Naar aanleiding hiervan gaven media ruim aandacht aan de patiënten bij wie het implantaat had geleid tot ernstige complicaties. Vooral pijn en seksuele problematiek werden hier belicht. Die media-aandacht zorgde voor een terechte erkenning van een groot probleem voor deze groep vrouwen. Uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dat in 2013 verscheen bleek dat in de informatievoorziening een duidelijke verbetering te maken was; het merendeel van de vrouwen die zich bij de IGZ hadden gemeld voelde zich slecht geïnformeerd vooraf-

Bij 30 procent van de vrouwen komt een vaginale verzakking voor

gaande aan de operatie. De signalering van de problematiek binnen de beroepsgroep was er. De media hebben in belangrijke mate bijgedragen aan die signalering en dat heeft geleid tot een verbeterde informatievoorziening aan patiënten. Maar er trad ook een ander effect op: er ontstond een collectieve angst bij vrouwen voor deze operaties, maar ook voor incontinentie-operaties en voor implantaten in het algemeen. Het beeld dat nu bij het merendeel van de patiënten en de Nederlandse bevolking heerst is dat bijna alle prolapsoperaties met een implantaat uitgevoerd worden en dat dat heel vaak tot complicaties leidt. De werkelijkheid is dat een implantaat in Nederland in 2 procent van de operaties voor prolaps toegepast wordt en dat de kans op complicaties heel klein is.

Hier doet zich een paradox voor: de media-aandacht, die toch zal beogen de zorg veiliger en beter te maken door het kritisch volgen van ontwikkelingen in de geneeskunde, draagt er nu aan bij dat

patiënten afzien van een goede en voor hun soms noodzakelijke behandeling.

## Maatregelen

De wens om vrouwen met herhaalde klachten van een prolaps beter te kunnen helpen, en het feit dat recidief prolaps ontstaat door een niet adequaat gecorrigeerde breukpoort, heeft in het verleden geleid tot een brede en snelle acceptatie van dergelijke implantaten op een moment dat prospectief onderzoek nog nauwelijks beschikbaar was. Door exposure (blootliggen door de vaginawand heen) en krimp van het implantaat ontstonden soms klachten van pijn, vaginaal bloedverlies of dyspareunie.

Deze complicaties en de rapporten van de FDA in 2008 en 2010 hebben aanleiding gegeven voor de NVOG om een aantal maatregelen te nemen:

- Er is een kwaliteitsstandpunt geschreven om de kwaliteit van de zorg bij verzakkingsoperaties met implantaten te

## Door de media-aandacht zien patiënten juist af van behandeling

waarborgen. Er zijn criteria opgesteld om de toepassing hiervan te verbeteren.

- De NVOG heeft het subspecialisme urogynaecologie officieel erkend, en daarbij vastgelegd dat de urogynaecoloog een regierol heeft bij de organisatie van complexe zorg, waar genoemde chirurgie onder valt.
- Om een beeld te krijgen van de omvang en de kwaliteit van de verleende zorg, werd een registratie opgezet. De beroepsgroep onderschreef het belang ervan en committeerde zich vanaf 2014 aan een registratieplicht. Daarbij vrijwillig vooruitlopend op een wettelijke verplichting, die de vereniging toequicht.
- Er werd een richtlijn geschreven waarin alle behandelopties voor prolaps staan beschreven.
- Er werd een patiëntenfolder vervaardigd waar de belangrijkste vragen in staan voor de patiënt, die beantwoord moeten worden alvorens over te gaan tot de beslissing welke operatie gekozen wordt.
- In overleg met lotgenotencontact, patiëntenvereniging (PGN) en IGZ is een hulplijn ingesteld om patiënten met klachten gericht verder te kunnen verwijzen. Bij de NVOG werden 23 vrouwen gezien. Bij de IGZ kwamen 294 meldingen binnen, bij het lotgenotencontactpunt ruim 600.

Deze forse discrepantie tussen het aantal meldingen bij de NVOG en andere instanties moet de beroepsgroep zich aantrekken. Er is blijkbaar sprake van een vertrouwensprobleem. De beroepsgroep leidt hieruit af dat informatie en samen optrekken met de patiënt in een dergelijke beslissing misschien niet altijd vol-

## BEKKENBODEMIMPLANTATEN: DE ZEVEN BELANGRIJKSTE FEITEN

- 13 procent van de vrouwen ondergaat in haar leven een operatie voor verzakking of urine-incontinentie.
- Bij ongeveer 20 procent komt de verzakking terug na eerdere operatie. Soms blijft geen andere optie over dan een operatie met implantaat.
- Van vrouwen met verzakkingsklachten krijgt circa 2 procent een operatie met een matje.
- Nu krijgt 4 tot 8 procent van de vrouwen te maken met de complicatie van blootliggen van het implantaat. Tien jaar geleden was dit 20 procent. Deze klacht is vaak oplosbaar.
- Nu krijgt 2 à 5 procent van de vrouwen pijnklachten na een operatie met een matje. Tien jaar geleden kreeg 15 procent pijn. Deze klacht is moeilijk te behandelen.
- Het huidige behandelplan voor operaties is opgesteld samen met patiëntenorganisaties en afgestemd met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Bij complicaties, pijnklachten of andere klachten is er een gezamenlijke hulplijn van gynaecologen en patiëntenvereniging voor mogelijke verdere beoordeling en behandeling (030 2823 832).

# PRAKTIJKPERIKEL

## CITROENTJESFRIS

doende zijn gebeurd. Kortom, de beroepsgroep heeft werk te doen en zal haar verantwoordelijkheid nemen. De NVOG heeft echter de media ook aangesproken op haar verantwoordelijkheid tot waarheidsvinding en objectieve rapportage.

### Recht op kwaliteit

In de samenvatting van het IGZ-rapport uit 2013 staat: 'Ondanks de ernst van de gemelde complicaties, blijkt uit de verzamelde informatie ook dat veel vrouwen baat hebben bij de ingreep met transvaginale mesh. Daarnaast zijn er weinig alternatieven beschikbaar voor de conventionele ingreep zonder mesh. Een verbod kan patiënten daarom ook juist benadelen.'

De NVOG erkent dat de ingreep te snel en te breed werd ingevoerd. Daar is veel aan verbeterd, deels door bewustwording, deels door toegenomen kennis. Echter de NVOG mist de vraag: Hoe kunnen we de patiënt helpen die terugkeert met een prolaps waar alle andere opties gefaald hebben? Deze patient heeft recht op een betere kwaliteit van leven. Het niet noemen van een implantaat als optie zou in dat geval ook een misstand zijn. Zeer zorgvuldige indicatiestelling en informatievoorziening zijn essentieel om met die patient deze afweging zorgvuldig te maken. ■

### contact

j.p.roovers@amc.uva.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

Op mijn spreekuur verschijnt een 19-jarige, zojuist nieuw ingeschreven ongehuwde gravida (24 weken) met vele, al lang durende klachten van de onderbuik, prolapsgevoelens en foetor uit de vagina. Voor dit laatste beschermt zij haar directe omgeving door frequent een verse tampon te gebruiken. De afgelopen weken bezocht zij met 'enige' regelmaat hiervoor de verloskundige en huisartsen op de huisartsenpost.

Recentelijk werd zij in de avonddienst verwezen naar de SEH (ter attentie van de gynaecologie) van het regionale topklinische ziekenhuis, mét opleidingsbevoegdheid. De partus zou aldaar gaan plaatsvinden over drie maanden. De vraagstelling was: premature weeënactiviteit? Gevoelens van prolaps? De gynaecoloog i.o. doet een transvaginale echo (TVE), waarop 'geen bijzonderheden' werden gezien. Geen speculum werd ingebracht. Gemeld werd dat 'alles goed' was. Patiënt weer naar huis.

Twee dagen later dus bij mij op het spreekuur: 'Het gaat echt niet. Ik voel wat, verzakking?'

Anamnese: vooral veel hinder van de foetor.

Onderzoek: na uithalen, door patiënt zelf, van de net ververste tampon, vulde de spreekkamer zich met een 'heerlijke' lucht. Uitwendig: fundus conform de duur van de amenorroe. Vaginaal toucher: op de vingers is er links naast de portio iets te voelen. Speculum: links naast de portio is een bruin-wittig vormsel te zien.

Conclusie: oude tampon in beeld.

Beleid: extractie met behulp van korentang. Navraag bij patiënte: mogelijk vijf, zes maanden terug een tampon vergeten eruit te vissen. Tampon in de vuilniszak. Knoop erin. In de ondergrondse container. Alle ramen open. Citroentjesfris-spraybus door de spreek- en onderzoekkamer leeggespoten.

Vragen:

1. Wordt er tijdens de opleiding geleerd te luisteren naar de patiënt, je (reuk-) zintuigen te gebruiken, te toucheren en een doodgewoon speculum te hanteren?
2. Is het speculum mogelijk een instrument dat in het Boerhaave-museum in Leiden thuishoort?
3. Behoort de TVE-standaard tot de allereerste actie bij het gynaecologisch onderzoek en zijn we tegenwoordig overgeleverd aan deze technologische handeling? Lekker makkelijk, en het levert ook nog wat penningen op.
4. Hoezo 'top'klinisch?

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)