



Even geduld...onze online sessie start vrijdag 12 februari om 12:30 uur. Je kan je alvast aanmelden, vul het formulier in door onderstaande link over te nemen of de qr-code te scannen.
<https://bit.ly/3a9Fto2>

POP ART

HEDENDAAGSE HEELKUNDIGE AANPAK PROLAPS PELVIENE ORGANEN (POP)

Practopics PLUS – GZA ziekenhuizen

Dr Karen Hansen – dr Laurent Dykmans – dr Nathalie Renard

Definitie POP

DE ZAKKING VAN DE PELVIENE ORGANEN ALS GEVOLG VAN HET VERLIES VAN MUSCULAIRE STEUN EN VAN DE ONDERSTEUNING DOOR DE ENDOPELVIENE FASCIA EN LIGAMENTEN

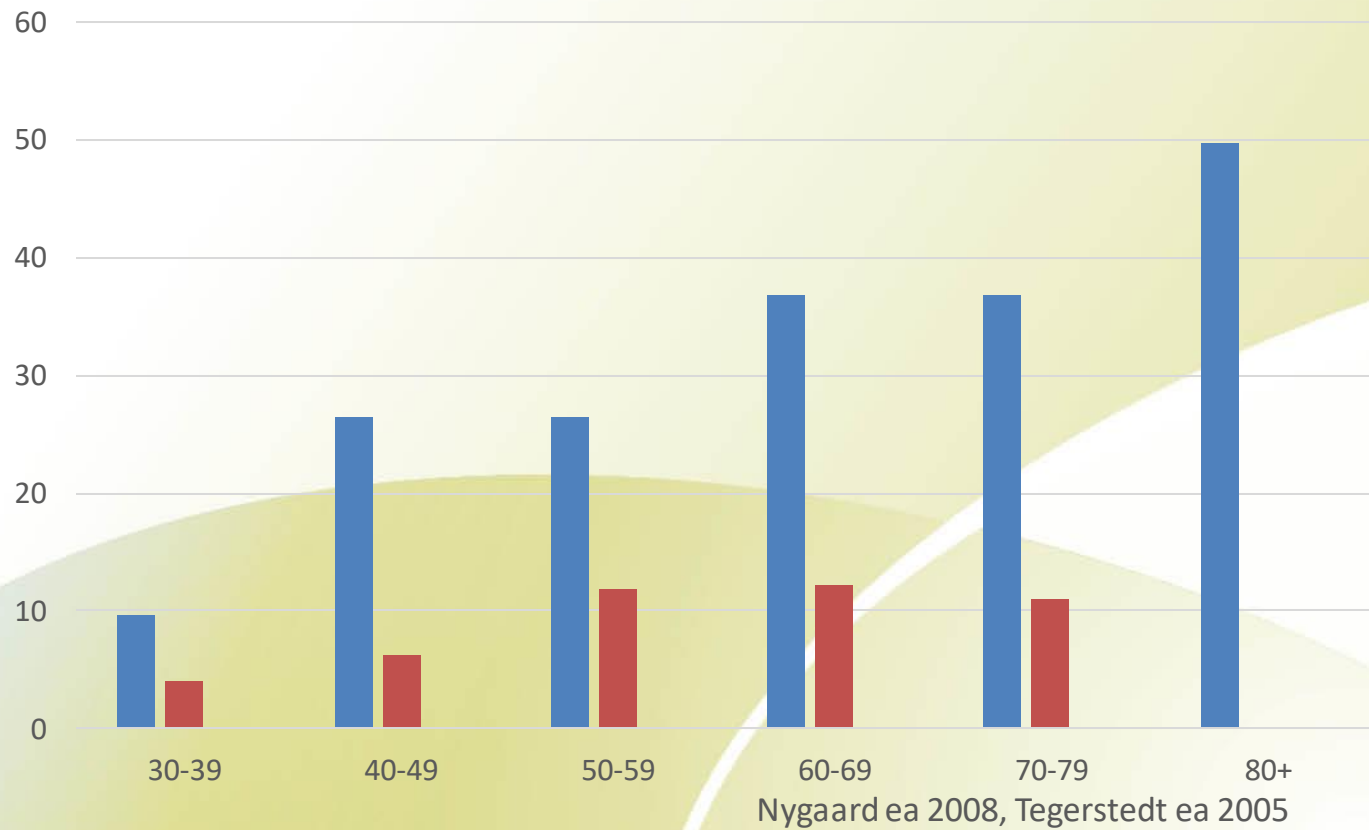
MUSCULAIR : LEVATOR ANI

LIGAMENTEN : UTEROSACRAAL-CARDINAAL

FASCIA : (PUBOCERVICAAL& RECTOVAGINAAL)

Komt prolaps vaak voor?

Anatomische versus Symptomatische prolaps



Top of the POPs

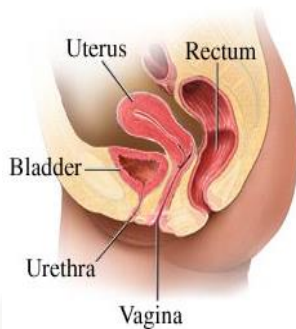
Normaal

Anterior

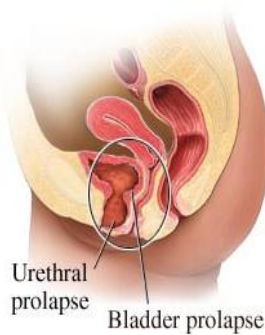
Utero-vaginaal / Superior

Posterior

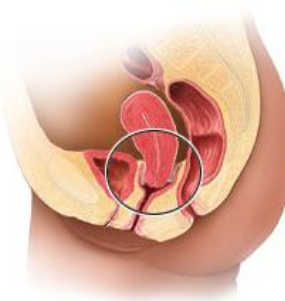
Normal female pelvic anatomy



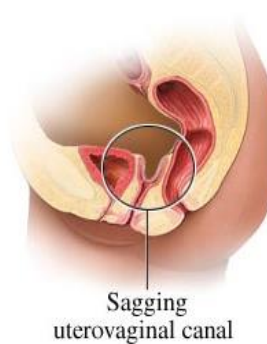
Urethrocele with moderate cystocele



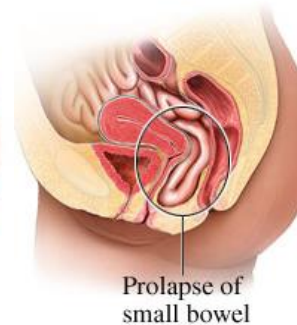
Uterine prolapse



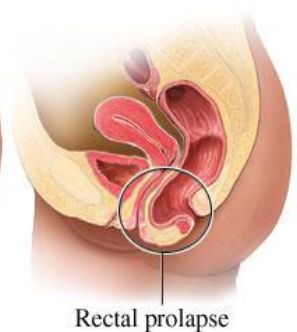
Vaginal vault prolapse



Enterocoele



Rectocele



POP Location¹

- Enkel anteriorwand 40%
- Anterior en apex 20%
- Enkel posteriorwand 7%
- Posterior en apex 10%
- 3 compartimenten 18%
- **Anterior compartiment is betrokken in 78%**
- Recidief risico hoogst voor voorwand **30-70%** ²⁻⁶

¹ Olsen et.al. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-506

² Shull et al. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166:1764-1768

³ Holley et al. *South Med J* 1995;88:547-549

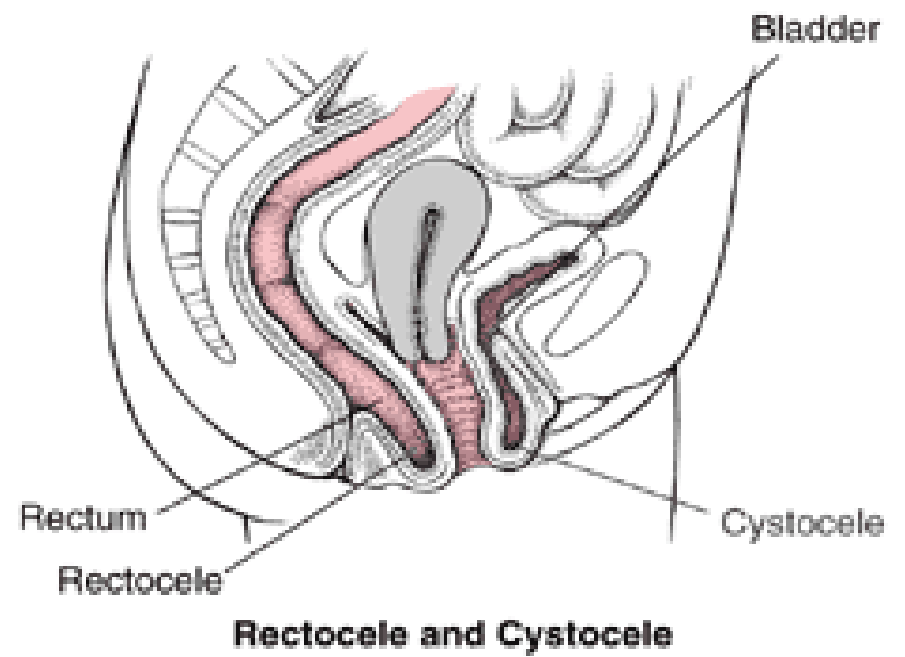
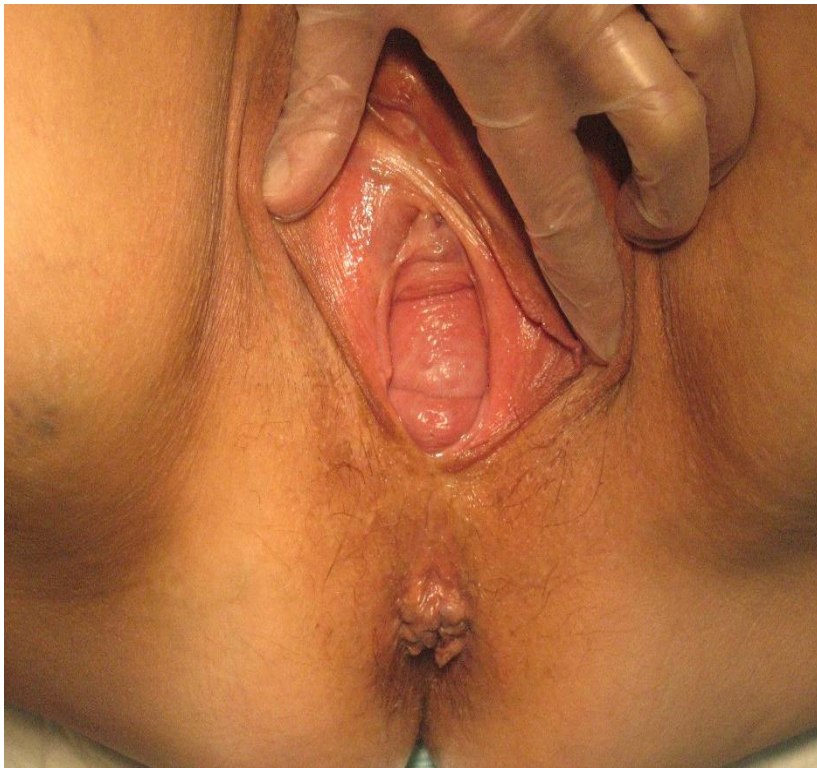
⁴ Samuelsson et al. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:299-305

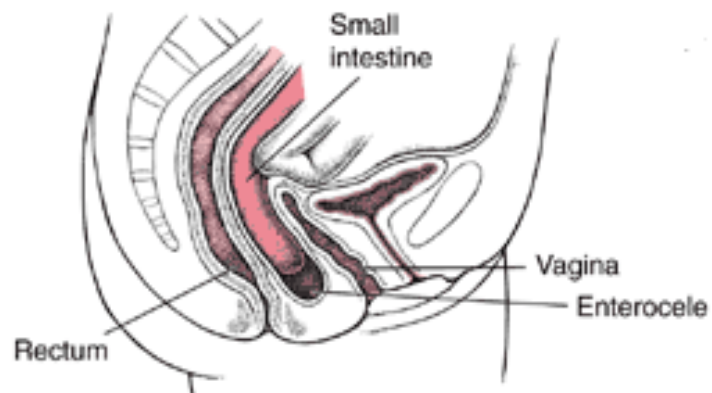
⁵ Shull et al. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1365-1373

⁶ Weber et al. *Int Urogynecol J Pelvic Flr Dysfunc* 2001;12:178-186

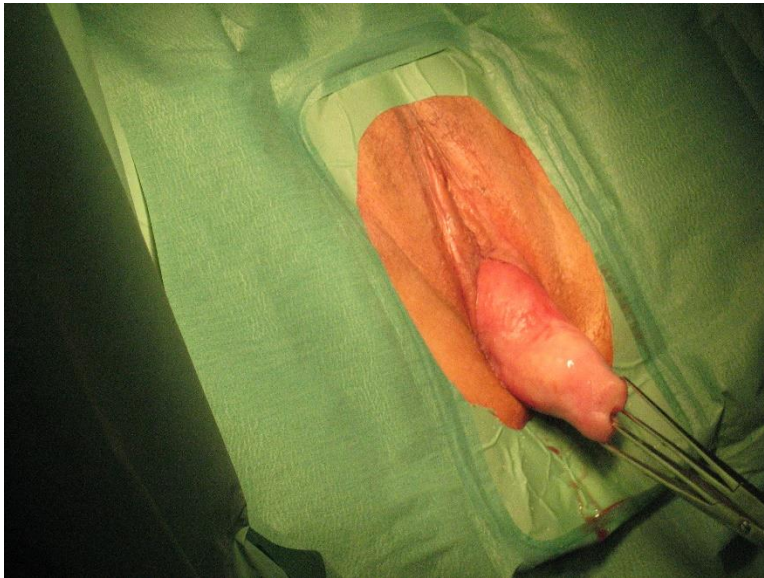
Risicofactoren voor prolaps en incontinentie

- Pariteit (macrosomie, kunstverlossing)
- Bindweefselziekten
- Denervatie van de bekkenbodern
- Leeftijd
- Menopauze, atrofie
- Hysterectomie
- Chronisch verhoogde intra-abdominale druk: hoesten, constipatie, obesitas,...

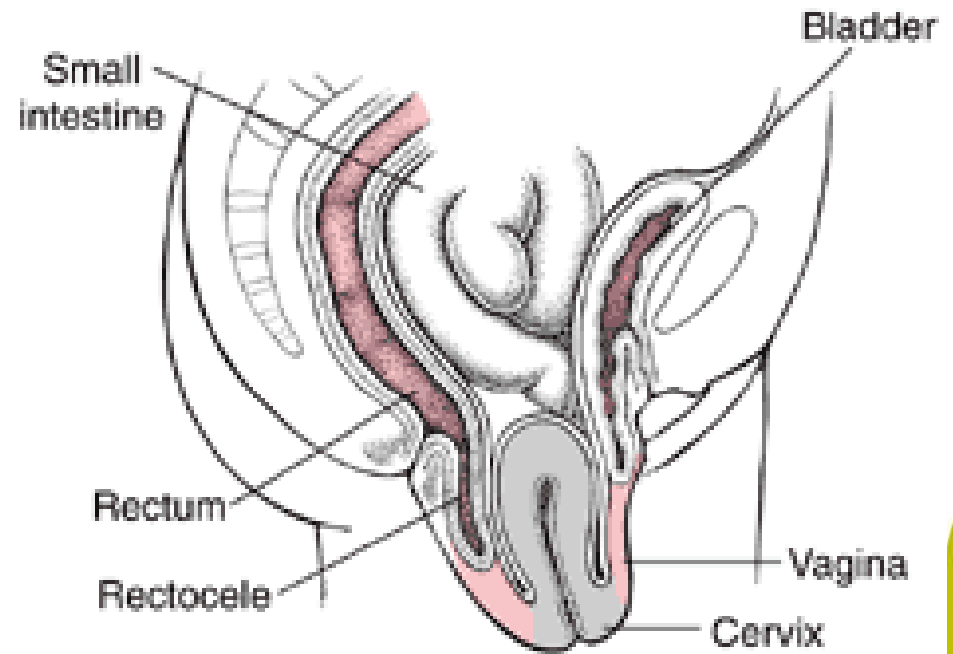




Enterocele



Uterine prolapse – cervix clearly visible at vaginal introitus



Prolapse of Uterus and Vagina

rectum prolaps



We behandelen geen prolaps, we behandelen klachten

Anterior compartiment

druk, bol voelen,
mictie-problemen, incontinentie,
onvolledig ledigen van de blaas
recidiverende cystitis,
uitdrogen vaginale mucosa,
ulceratie en bloeding.

We behandelen geen prolaps, we behandelen klachten

Posterior compartiment

druk,
Defecatie-problemen

Superior compartiment

druk,
vage rug- en buikklachten,
abdominaal zwaartegevoel,
ulceratie van de portio, bloeding

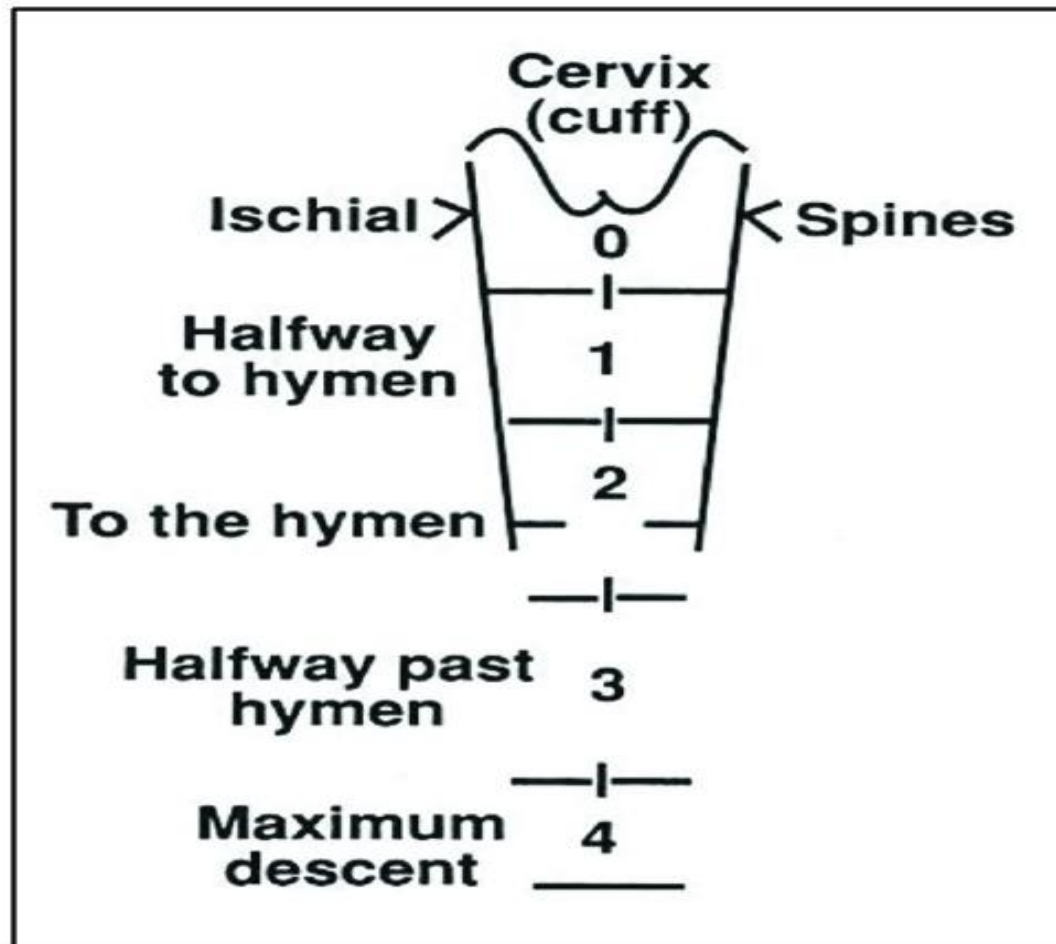
Urine-incontinentie

- Stressincontinentie: verlies bij hoesten, niezen, persen, schokken (trampoline, joggen)
- Urgeincontinentie: verlies na onstuitbare aandrang, soms geen grote hoeveelheden. Vaak pollakisurie, nycturie
- Gemengde incontinentie
- Overloopincontinentie: zwakke straal, gevoel van onvolledige mictie. Denk aan neurologische oorzaken, obstructie.

Klinisch onderzoek

- In gynaecologische houding, soms bijkomende informatie staand
- Spreiden van de labia, valsalva/hoestmanoeuvre
- Speculumonderzoek ('half' speculum), met en zonder valsalva
- Vaginaal toucher: valsalva, aanspannen bekkenbodem, manoeuvre van Bonney
- Prolapsgraad ifv positie tov het hymen
- Bij defecatieproblematiek/rectoanale symptomatologie: RT
- Bij incontinentieproblematiek: urinecultuur

Prolapsgradering volgens Baden-Walker



Niet heelkundige behandeling

BEKKENBODEMSPIER-OEFENINGEN bij **erkende**
bekkenbodempkinesist (www.bicap.be)

OESTROGENEN BIJ POST-MENOPAUAZALE ATROFIE

OBESITAS TEGENGAAN, CHRONISCHE BRONCHITIS
BESTRIJDEN

PESSARIA

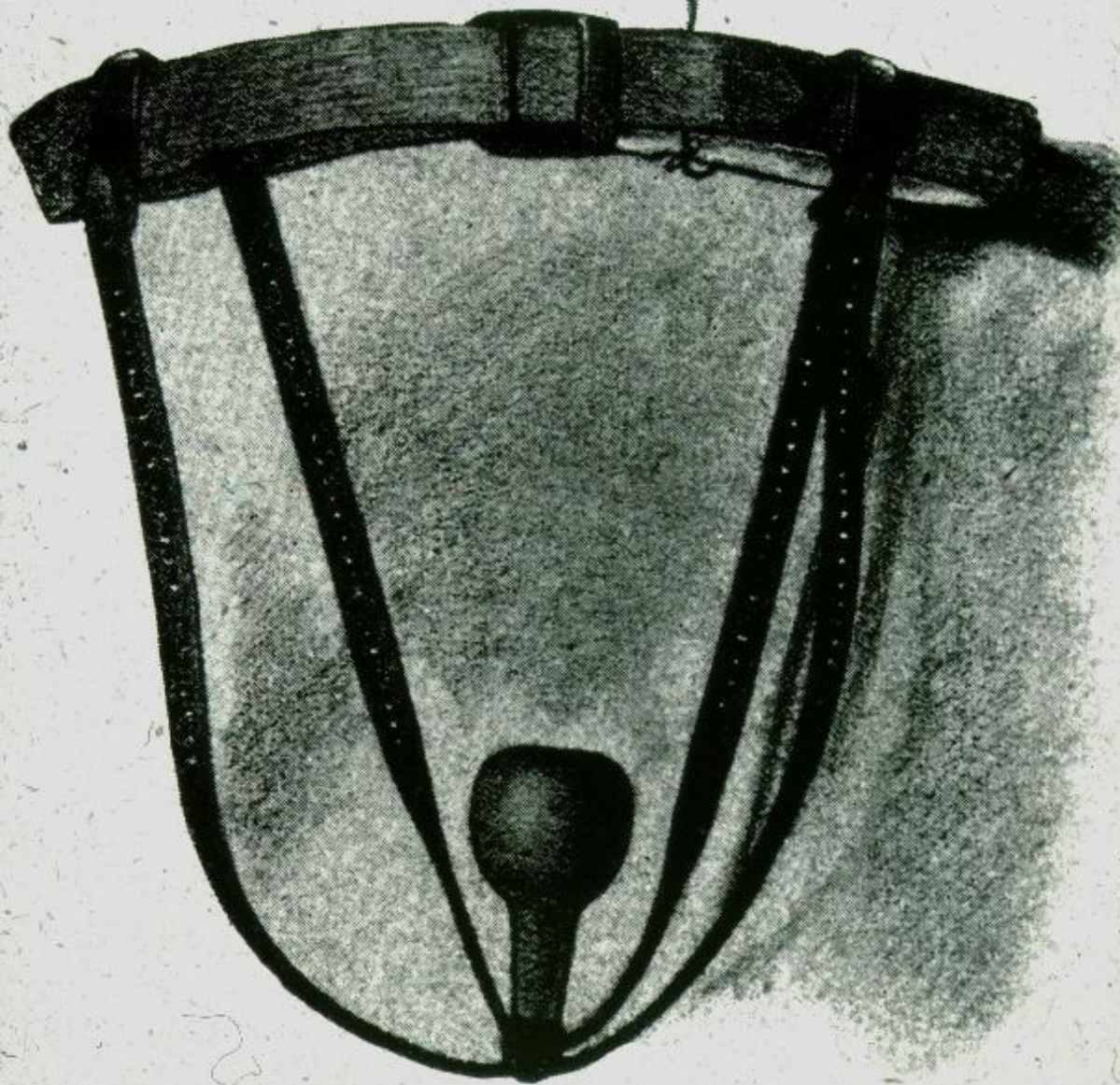


Abb. 59. Hysterophor.



Klassieke heelkundige behandeling

CYSTOCOELE: Colporraphia Anterior (Voorwandplastiek)

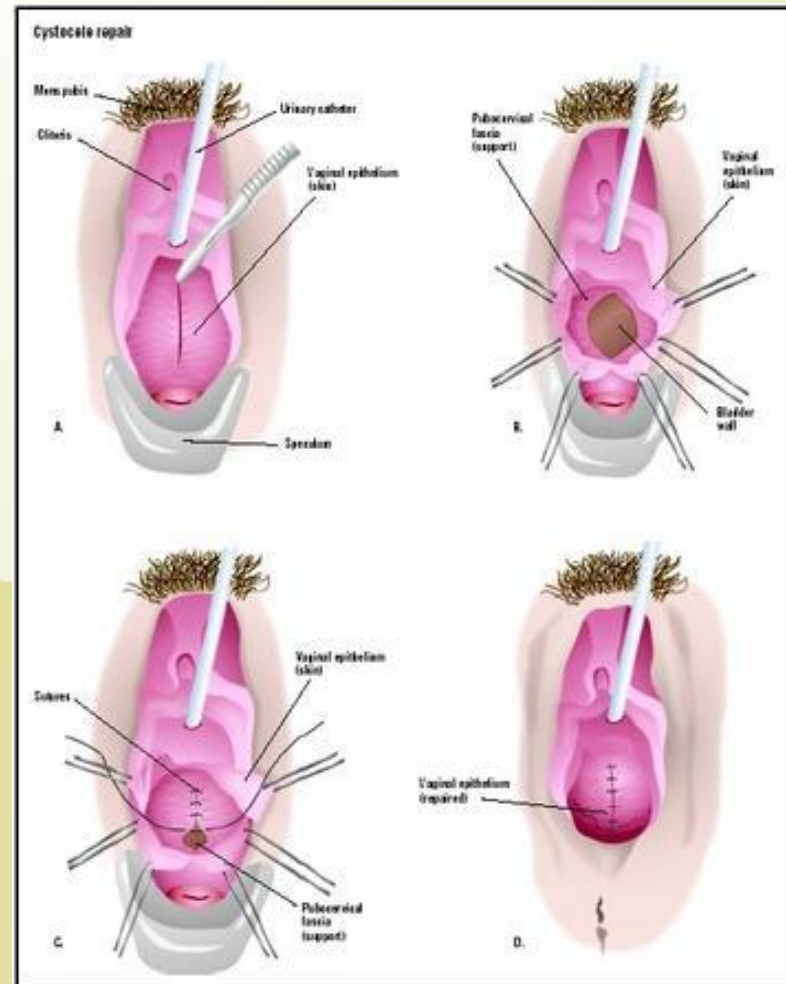
RECTOCOELE: Colporraphia Posterior (Achterwand
plastiek)

DESCENSUS UTERI: Vaginale Hysterectomie +
sacrospineuze fixatie (McCall, Richter)

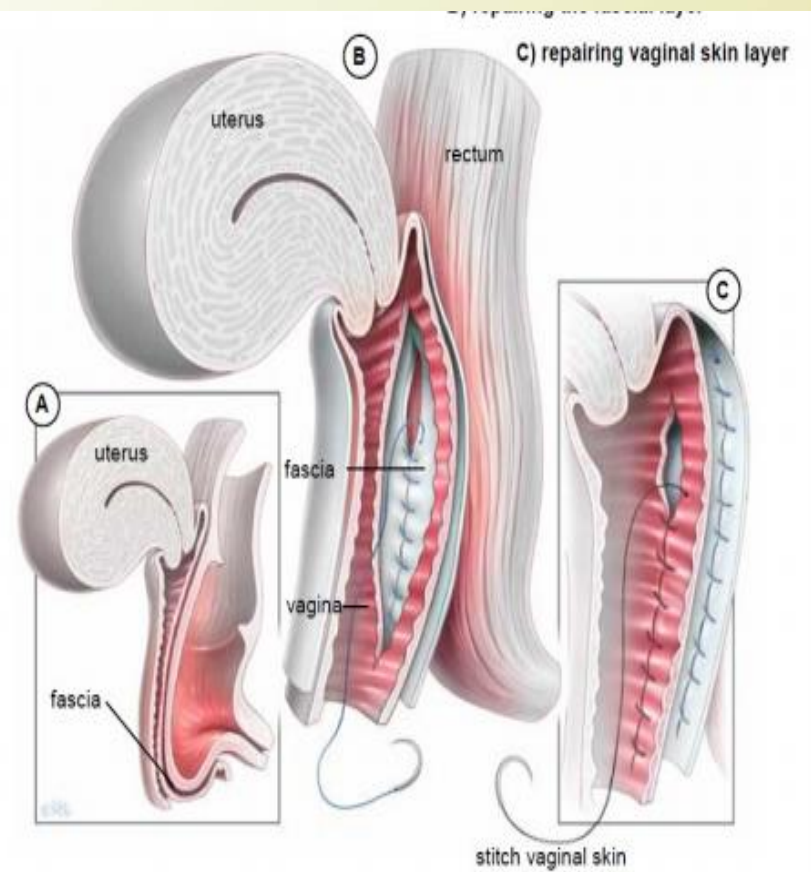
MULTICOMPARTIMENTELE PROLAPS: LeFort
colpocleisis

STRESS-INCONTINENTIE: Burch Colposuspensie

Colporaffia anterior

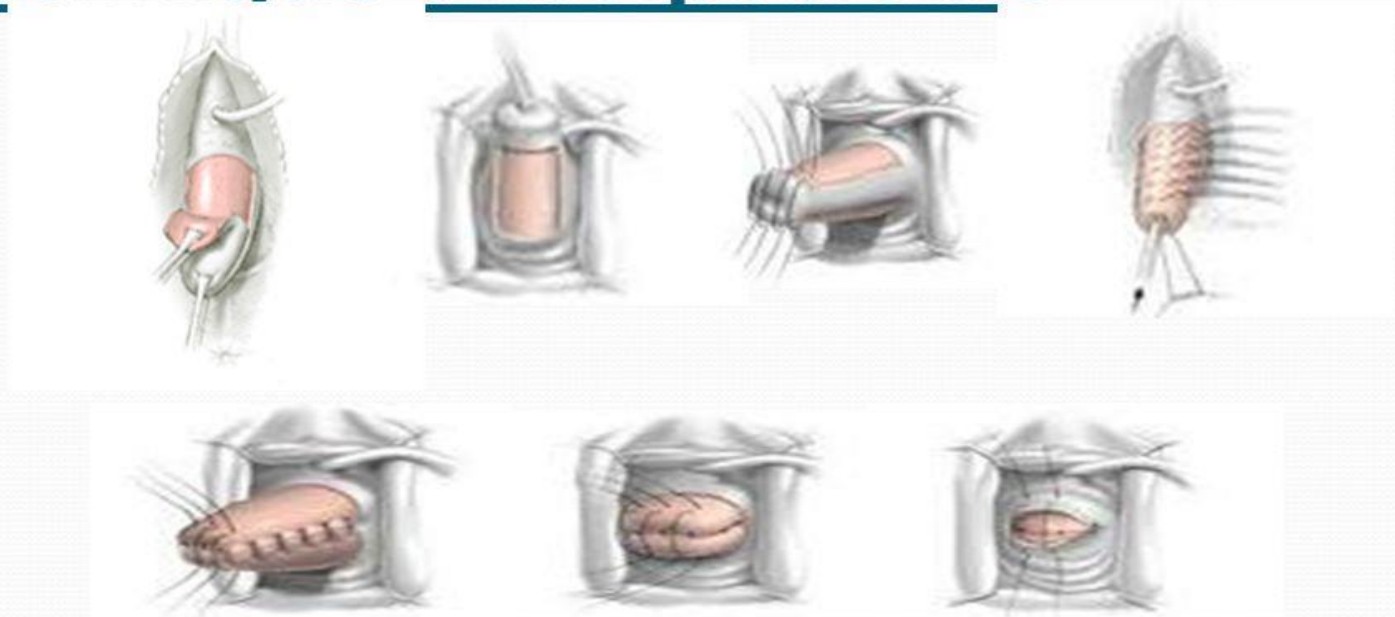


Colporaffia posterior



LeFort colpocleisis

Technique of colpocleisis



Waarom evolutie van de behandeling naar mesh

BLIJVEND HERSTEL NORMALE ANATOMIE

FUNCTIONEEL HERSTEL

VERMIJDEN DE NOVO BLAAS EN DARMKLACHTEN

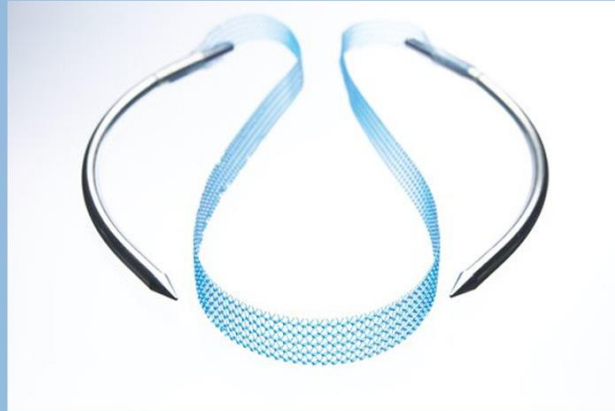
SEXUALITEIT NIET VERHINDEREN

STREVEN NAAR EEN SNELLER POSTOPERATIEF HERSTEL

Als incontinentie het probleem is...

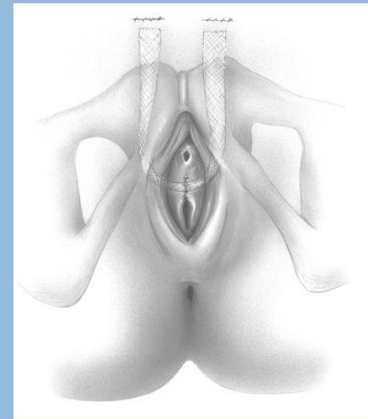


TVT (retropubic)



TVT (blue) device

TVT position
anatomically



TVT-O/TOT



TVT-O with helical passers and winged guide

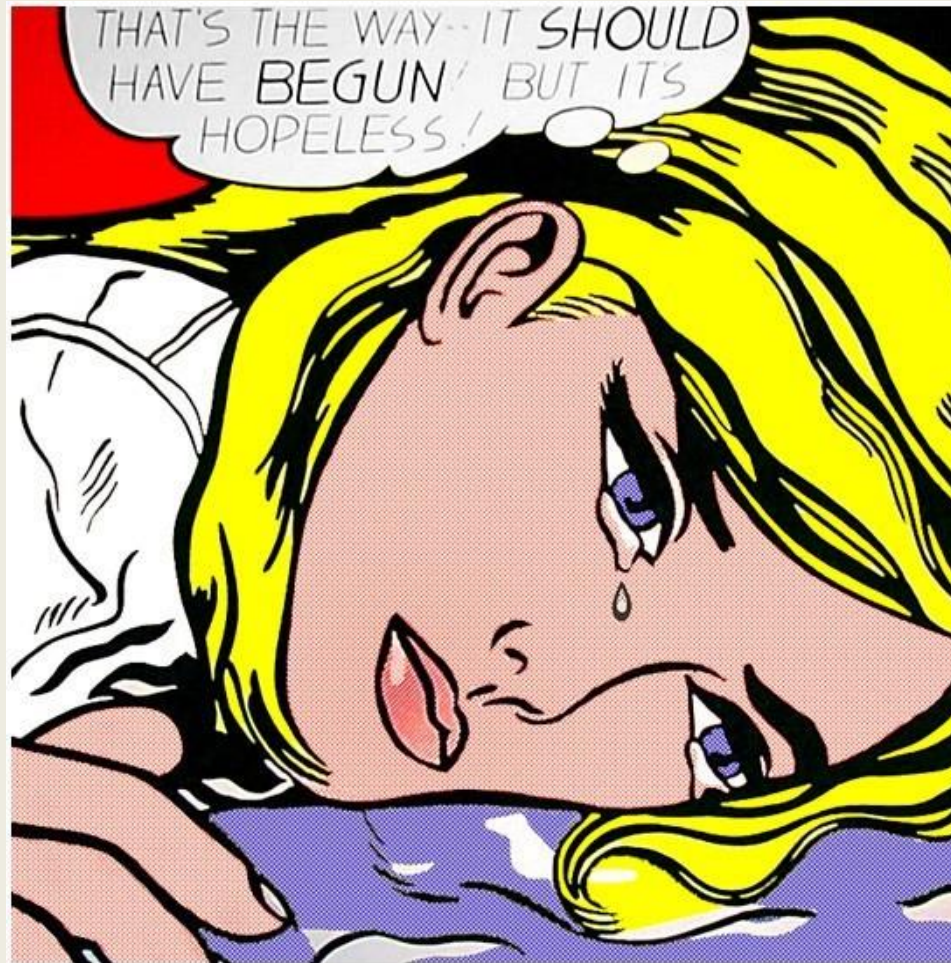
TVT-O position
anatomically



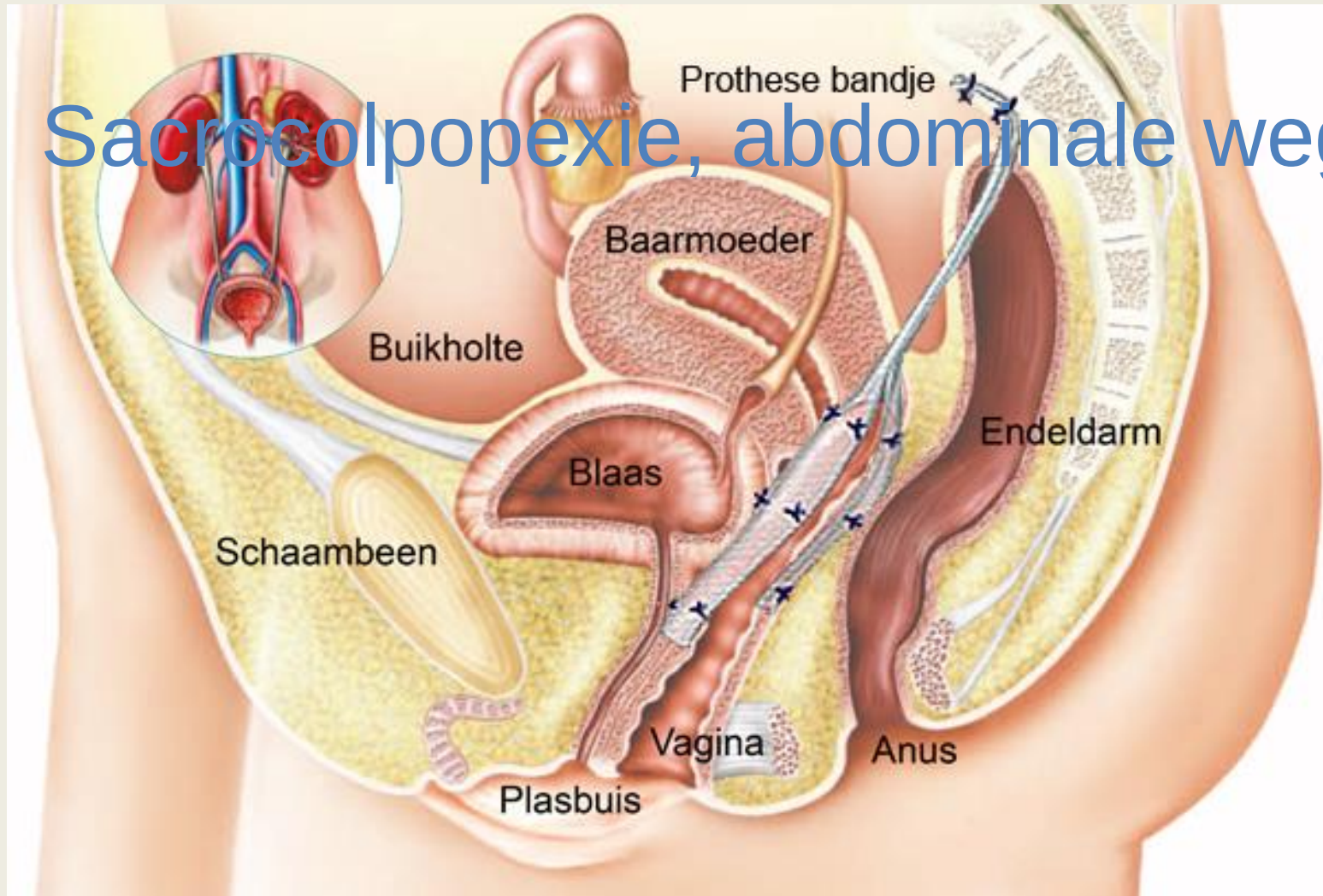
Postoperatief

- Urineweginfectie is meest voorkomende complicatie postoperatief.
- Urine retentie is zeldzaam (tension free)
- Het is raadzaam om gedurende vier tot zes weken niet zwaar te tillen of te sporten en gedurende vier tot zes weken geen geslachtsgemeenschap te hebben.

Als het over prolaps gaat



Sacrocolpopexie, abdominale weg



Abdominale benadering - Voordelen

BETER ANATOMISCH HERSTEL

SUBJECTIEF GROTERE TEVREDENHEID

SUCCES RATE NA 10 JAAR: 76 – 100% (<> 95%)

HERINGREEP 2,8 – 4%

PMR NORMALISEERT IN 90%

Abdominale benadering - Nadelen

LANGERE OPERATIE TIJD

PRE-SACRALE BLOEDINGEN

SOMS ANATOMISCH NIET MOGELIJK

Sacrocolpopexie

Voordelen laparoscopie

KORTERE OPNAME

SNELLER HERSTEL

MINDER PIJN

MINDER BLOEDVERLIES

BETER ANATOMISCH HERSTEL

MINDER COMPLICATIES

Complicaties

BLOEDINGEN EN LAESIES BLAAS EN DARM.

URINEWEGINFECTIE

EROSIE

DE NOVO/ONTMASKERDE STRESS-INCONTINENTIE

**DE NOVO FAECALE INCONTINENTIE (ZEER
ZELDZAAM)**

Mesh



Follow-up post-operatief

BLAASSONDE 24 UUR

BLADDER SCAN

HOSPITALISATIE 2 – 4 DAGEN

CONTROLE NA 2 – 6 WEKEN

COITUS VERBOD 6 WEKEN

NIET TILLEN 6 WEKEN

Het gewenste resultaat



Prolapskliniek GZA

- Mogelijkheid tot urodynamisch onderzoek
- Multidisciplinaire bespreking met uroloog, gastro-enteroloog, bekkenbodembodemkinesist, chirurg, gynaecoloog
- Vaginale chirurgie
 - Colporaffie
 - Sacrospineuze fixatie volgens Richter
 - TVTO, TVT
 - Colpocleisis
- Laparoscopische chirurgie
 - Sacrocolpopexie
 - Rectopexie

Take-home messages voor de huisarts

- Anamnese, klinisch onderzoek
- Correctie van risicofactoren: obesitas, constipatie, chronische hoest,...
- Bekkenbodembodemkinesitherapie bij erkend bekkenbodembodemkinesist
- Doorverwijzing voor pessariumfitting of chirurgie naar gynaecoloog



Q&A



Dank je voor je deelname; je kan een evaluatieformulier invullen door onderstaande link te over te nemen of de qr-code te scannen.

<https://bit.ly/3pPVwNh>

vragen

- Welk compartiment is het meest betrokken bij prolaps?
- Anterior
- Superior
- Posterior

vragen

- Wat is de belangrijkste reden om te kiezen voor een sacrocolpopexie en niet voor een klassiek chirurgisch herstel?
- De chirurgie is veel gemakkelijker
- De kans op recidief is kleiner
- De patiente blijft langer opgenomen

vragen

- Hoe vaak dient een ringpessarium gereinigd te worden?
- Eens om de maand
- Eens om de 6 maand
- Eens om het jaar

vragen

- Een TVTO is de adequate behandeling voor...
- urge-incontinentie
- overloopincontinentie
- stress-incontinentie