

Prolaps

Casusbespreking voor huisartsen

Dr. Joke Kuijk

Functioneel en algemeen uroloog



ZAS



Voorgeschiedenis

- 3 vaginale bevallingen
- Menopauze op 52 jaar
- Hysterectomie op 55 jaar
- BMI 29
- Ex roker 30 pakjaren

Klachten waarmee ze komt

- Drukkend gevoel en 'bolletje' vaginaal, 's avonds zichtbaar
- Urgency voor urine
- Nycturie 2–3x
- Frequentie mictie overdag
- Gevoel van onvolledig blaasleden

Welke vragen stel je nóg aan Katia?

Katia, 63j • bolgevoel • urgency • nycturie • frequenturie • gevoel onvolledige ledigen

Relevante antecedenten

3 vaginale bevallingen

risicofactor nr. 1

Hysterectomie (55j)

apex-verzakking risico

Menopauze (52j)

*atrofie → urgency
verzwakte bindweefsels*

BMI 29

verhoogt druk op bekkenbodern

Klachtenpatroon

Mechanisch

- Drukkend gevoel vaginaal
- Uitstulping zichtbaar van buiten

Voiding LUTS

- Gevoel van onvolledig blaasledern
- Residu-gevoel na mictie

Storage LUTS (OAB)

- Urgency
- Nycturie 2–3×
- Frequentie mictie overdag

Geen hematurie | Urinesediment negatief | Geen stressincontinentie

Hoe onderzoek je ze fysiek in de praktijk?

Katia, 63j • cystocele vermoeden • OAB-klachten • atrofie mogelijk

Gynaecologisch onderzoek



Stadium (0 – IV)

St. 0	Geen prolaps	<i>Geen descent</i>
St. I	< 1 cm boven hymen	<i>Veelal geen klachten</i>
St. II	± 1 cm t.h.v. hymen	← Katia
St. III	> 1 cm voorbij hymen	<i>Eerder chirurgische indicatie</i>
St. IV	Volledige procidentie	<i>Chirurgie-indicatie</i>

Bevindingen Katia:

Cystocele stadium II • Atrofische vaginale mucosa • Geen stressincontinentie • Urinesediment negatief

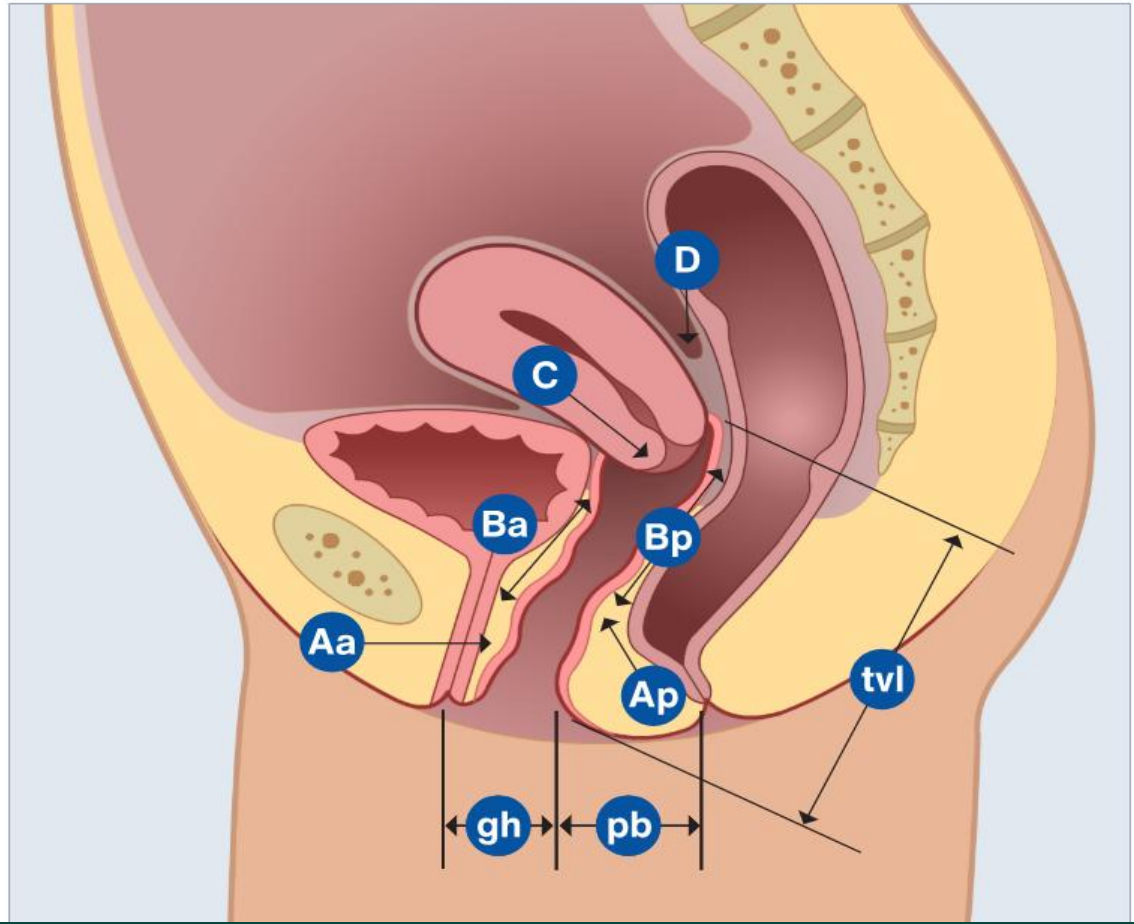
Soorten bekkenbodempromening

Choose a prolapse example ▼

With uterus **Without uterus** ↻ Reset

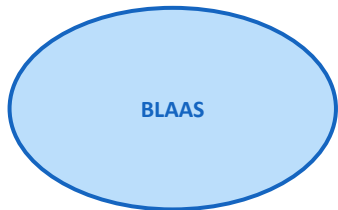
Aa -3 anterior wall	Ba -3 anterior wall	C -8 cervix or cuff
gh 2 genital hiatus	pb 3 perineal body	tvL 10 total vaginal length
Ap -3 posterior wall	Bp -3 posterior wall	D -10 posterior fornix

Click or tap a button to view a description or to change the number.



Cystocele

Blaasverzakking

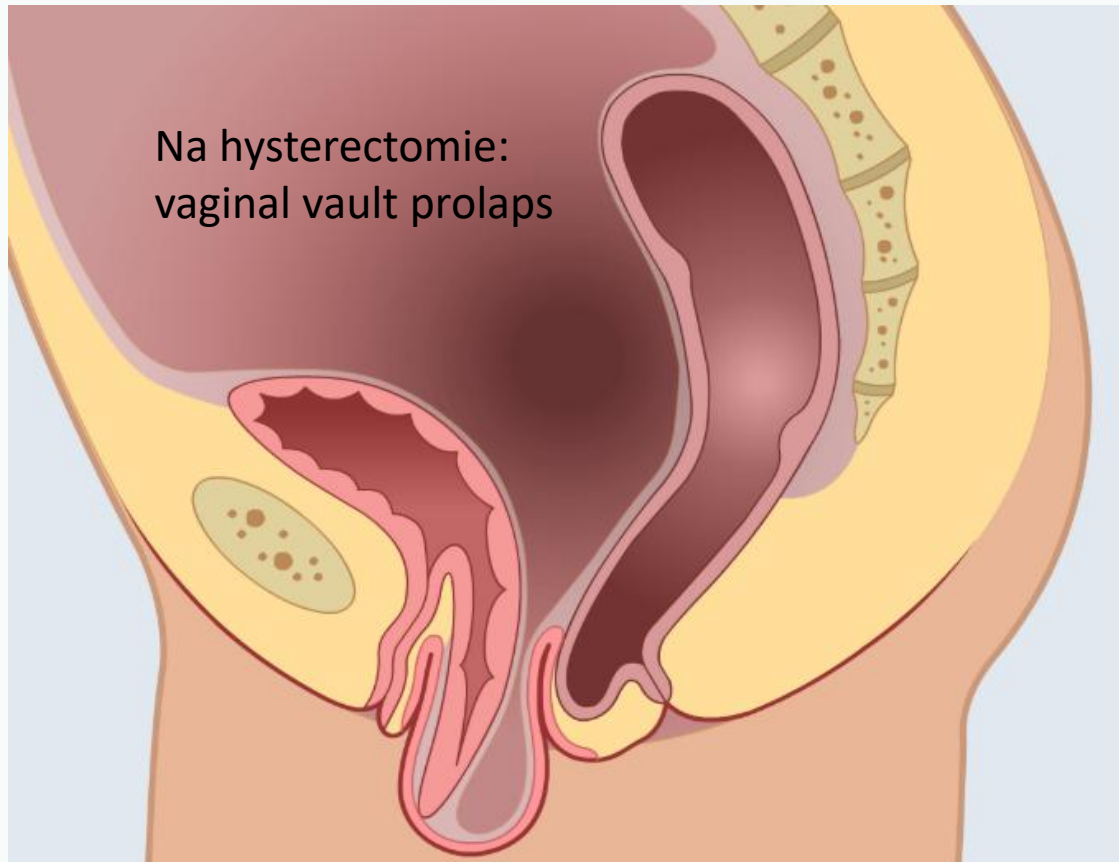


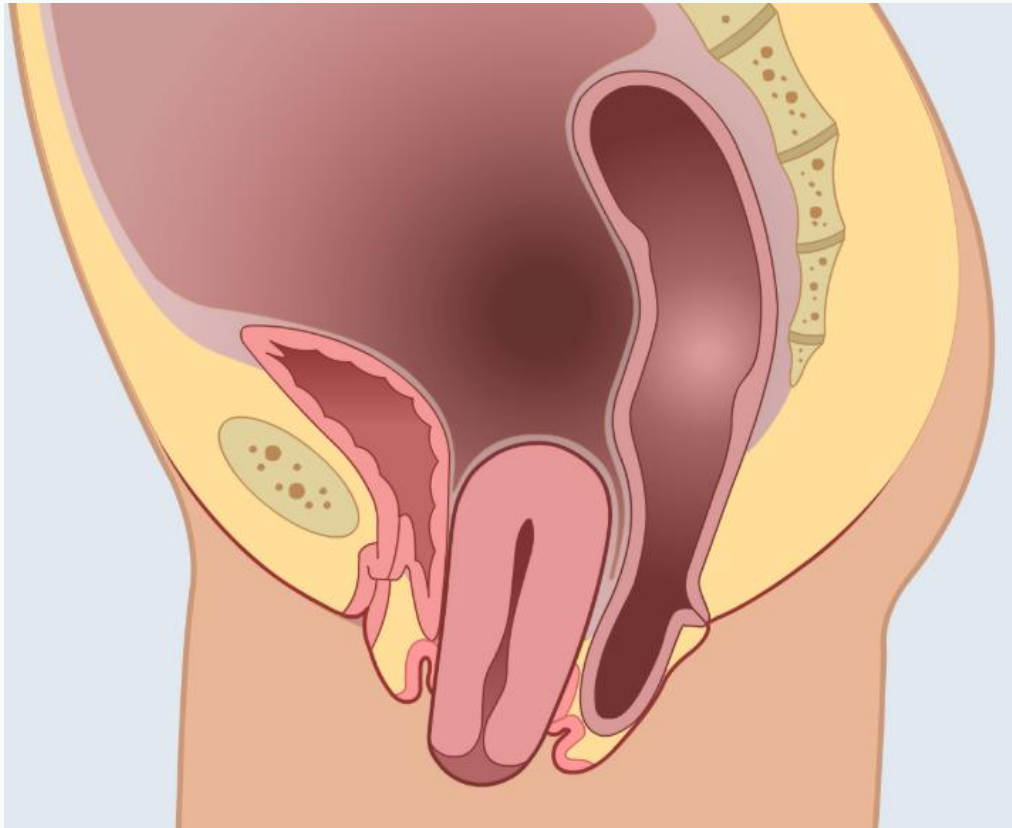
↓ verzakkt naar vaginawand

Voorste wand verzakkt
→ blaas daalt

Meest frequent

- Drukkend gevoel, bolgevoel
- Onvolledig ledigen

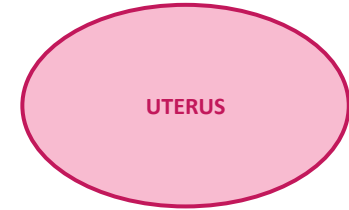




Combinaties zijn frequent

Uterusdescensus

Baarmoederverzakking

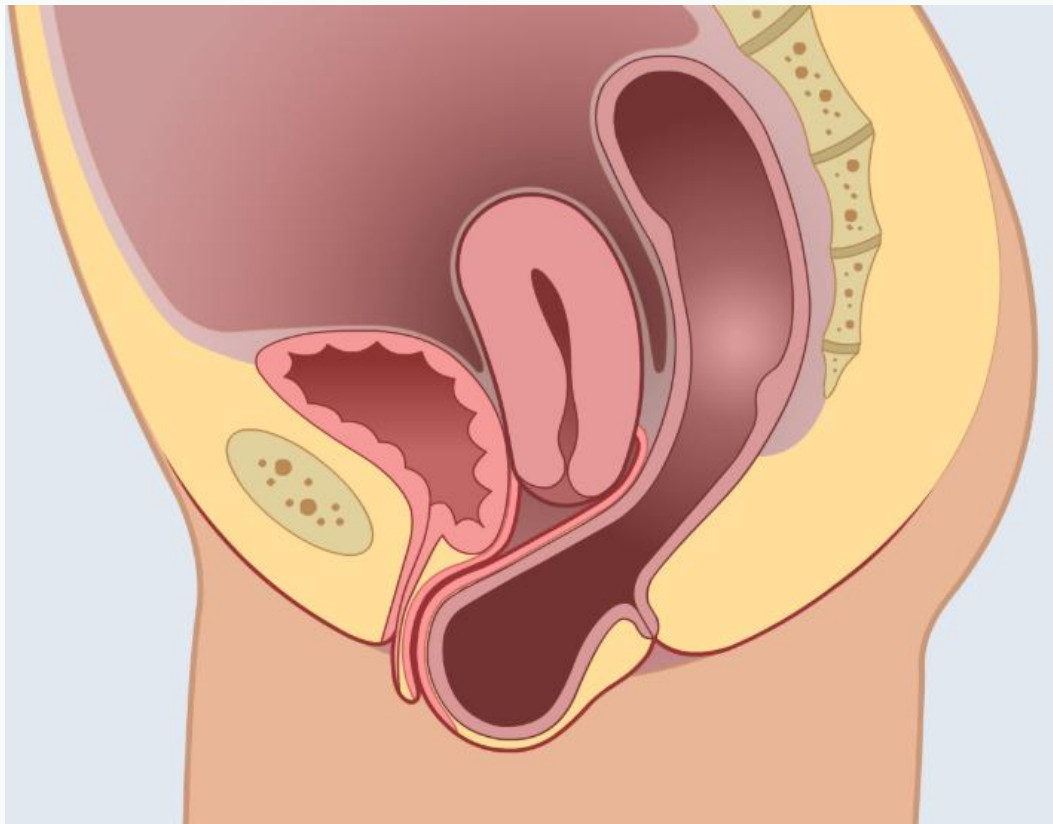


↓ verzaakt naar vaginawand

Apex / baarmoeder
daalt in de vaginale as

Stadium I – IV

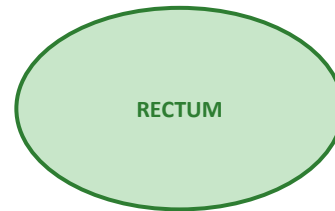
- Bolgevoel
- Uitstulping zichtbaar
- Dyspareunie



Combinaties zijn frequent

Rectocele

Endeldarmverzakking



↓ verzaakt naar vaginawand

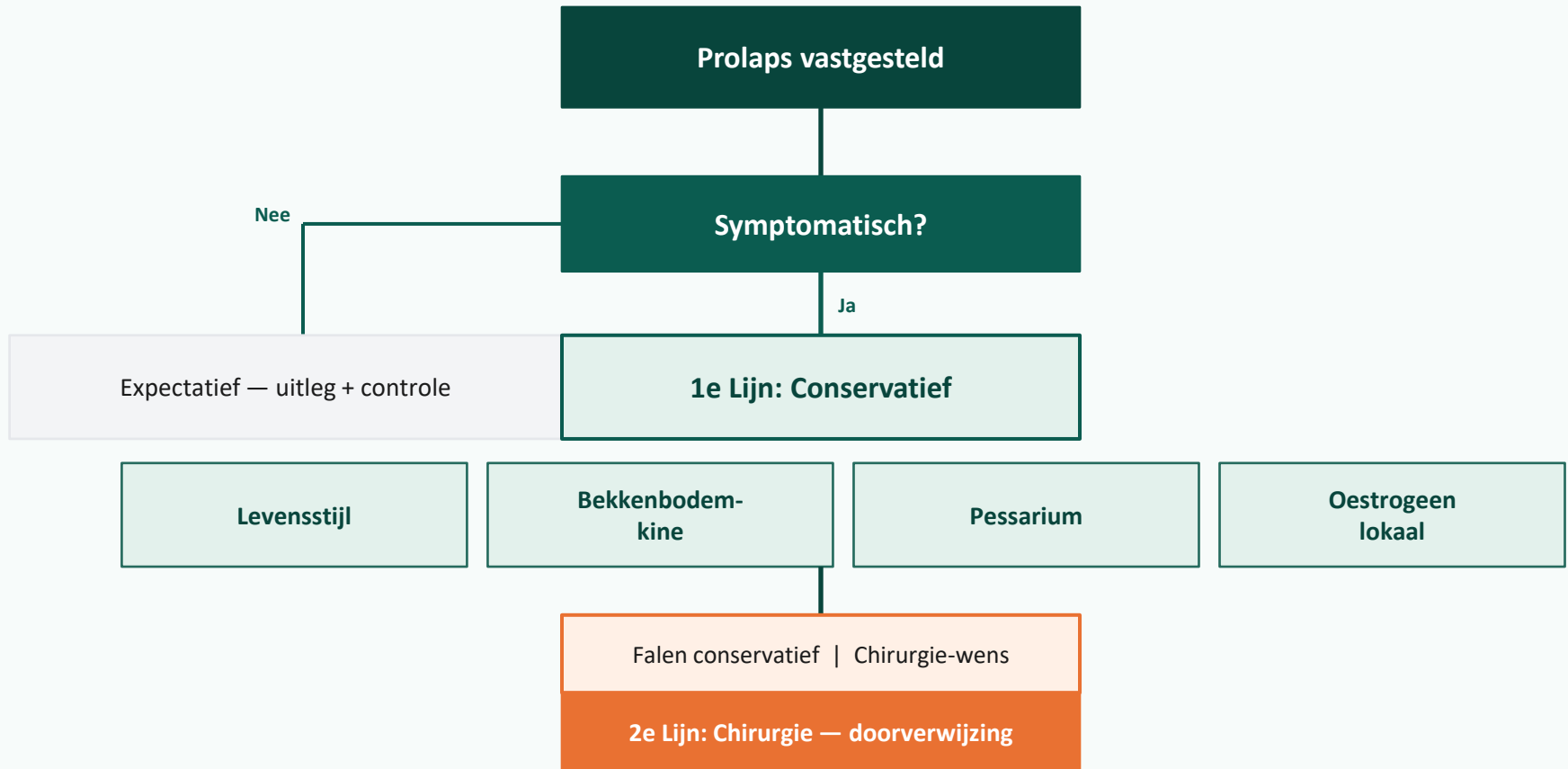
Achterste wand verzaakt
→ rectum daalt

Vaak gecombineerd

- Obstipatie
- Incompleet ledigen
- Digito-evacuatie

Wat doe jij nu voor Katia?

Cystocele stadium II • Atrofische mucosa • OAB • Geen chirurgievoorkeur uitgesproken



1

Gewichtscontrole

BMI omlaag vermindert druk op bekkenbodern

2

Constipatie aanpakken

Persing vermijden — regelmatige stoelgang

3

Rookstop

Chronisch hoesten verhoogt intra-abdominale druk

4

Cafeïne en alcohol beperken

Zeker bij prominente urgency-klachten

5

Zwaar tillen vermijden

Tijdelijk en langdurig

Voor wie?

- Prolaps stadium \leq II
- OAB-klachten als component
- Patiënte wil chirurgie uitstellen of vermijden

Wat mag je verwachten?

- Minder bolgevoel en drukkend gevoel
- Vermindering van urgency (niet altijd)
- Mogelijk vertraging van progressie

In de praktijk

- Minimum 8–12 weken, goede opvolging nodig
- Symptoomverbetering telt — niet de anatomie
- Combineer met lokale oestrogenen bij atrofie

Verwijzing naar bekkenbodempkine via huisarts — geen specialist nodig in eerste instantie

Pessarium



- Plaatsing door huisarts of specialist
- Juiste maat en vorm te vinden
- 3-4 m reinigen en vaginaal nazicht
- Symptoomcontrole — geen anatomische cure

Kan na plaatsing latente stressincontinentie zichtbaar maken — bespreek dit vooraf met de patiënte

Lokale Vaginale Oestrogenen



- Minimale systemische absorptie
- Bespreek bij borstkanker-anamnese

Wat doe jij nu voor Katia?

Cystocele stadium II • Atrofische mucosa • OAB • Geen chirurgievoorkeur uitgesproken

Prolaps voorbij hymen (stadium III–IV)

Verder nazicht nodig

Retentie of significant residu

PMR > 100 ml — risico op UWI en hydronefrose

Recurrente urineweginfecties

≥ 3 per jaar zonder andere oorzaak

Falen conservatief beleid

Geen baat na 3–6 maanden kine + pessarium

Chirurgie-wens patiënte

Na bespreking van alternatieven

Twijfel over de diagnose

Complexe anatomie of gecombineerd defect

Beeldvorming

- Echografie blaas, nieren, vaginaal
- MRI Defaecografie (zeker bij voorgaande heelkunde, eerdere plaatsing van mesh of vermoeden combinatie prolaps)

Complexe casus: bespreking ZAS bekkenbodembodemkliniek

Ifv concomittante klachten:

Urineverlies/atypische klachten

- Urodynamisch onderzoek
- Cystoscopie

Defecatie problemen

- Defaecogram
- Anale echografie
- Anale manometrie
- Colono/sigmoidoscopie

Doorverwijzing onderling: gynaecoloog, gastro-enteroloog, uroloog

Geen hematurie | Urinesediment negatief | Geen stressincontinentie

Indicaties

- Cystocele en/of rectocele (stadium II–III)
- Uterusdescensus met vaginale hysterectomie
- Comorbiditeit die buikchirurgie belast

Ingrepen

Voorste colporrafie

Reparatie voorste wand (cystocele)

Achterste colporrafie

Reparatie achterste wand (rectocele)

Vaginale hysterectomie

+ vault suspension

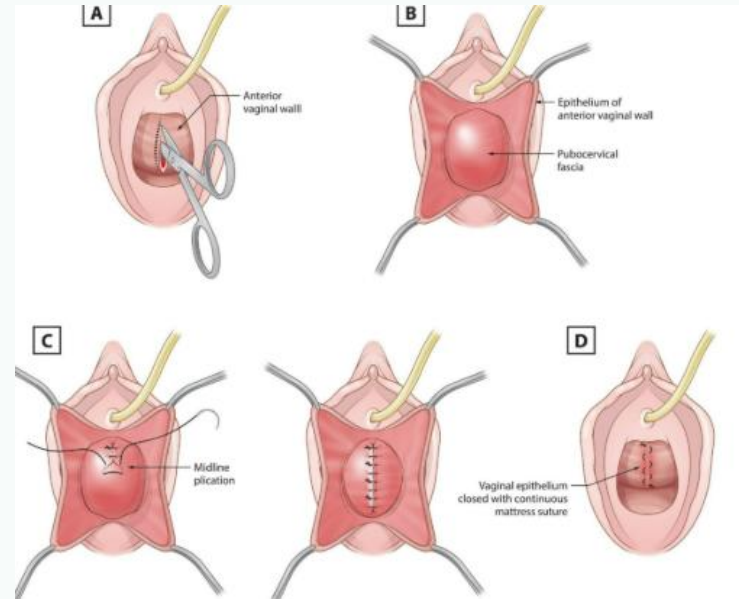
Sacrospinale fixatie

Apex aan lig. sacrospinale

Aandachtspunt: hogere recidiefkans dan laparoscopisch (~45-55% op 5 jaar)

Voordelen

- Geen buikincisie
- Korte herstelperiode (3–4 weken)
- Geschikt bij comorbiditeit en oudere patiënte



Principe

Fixatie van de vaginale apex aan het promontorium via een synthetisch mesh — laparoscopisch, tegenwoordig vnl robotisch

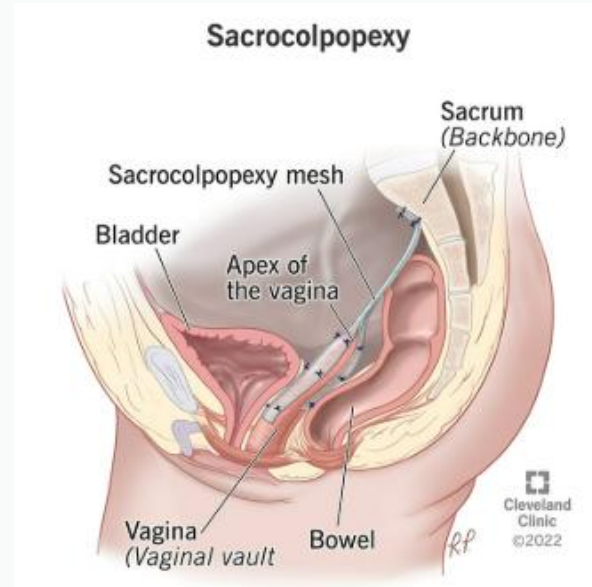
Voor wie?

- Apexverzakking (vault-prolaps na hysterectomie)
- Stadium III–IV (of stadium II met onvoldoende symptoomcontrole)
- Jongere patiënte met actief leven
- Kan worden gecombineerd met laparoscopische hysterectomie

Voordelen

- Laagste recidiefkans (~10–15% op 5 jaar)
- Minimaal invasief
- Duurzame resultaten op lange termijn

Schematische weergave



Aandachtspunten: langere OK-tijd, vereist expertise, mesh-risico erosie (<2%)

Vaginaal vs Laparoscopisch/Robot — kort samengevat

Aspect	Vaginale chirurgie	Laparoscopisch/Robot
Toegangsweg	Vaginaal	Buikwand (4 kleine incisies)
Narcose	Spinaal of algeheel	Algeheel narcose
Opname	1–2 dagen	1–2 dagen
Herstel	3-4 weken, minder pijn in begin	2–6 weken
Recidief (5j)	~45-55%	~10–15%
Mesh	Nee (verbod BE 2019)	Ja (abdominaal)
Voorkeursindicatie	Oudere patiënte, comorbiditeit, CI langere heekunde	Apex-verzakking, gecombineerde verzakking, (jonge) actieve patiënte

Keuze in overleg met de patiënte, op basis van anatomie, conditie en persoonlijke voorkeur — multidisciplinair in ZAS

Take-home messages

1

Vraag altijd naar de mictie

Urgency, nycturie en residu horen bij het plaatje — niet enkel het bolgevoel.

2

Gynaecologisch onderzoek is de eerste stap

Stadium bij persen. Stadium II asymptomatisch → conservatief.
Stadium III–IV → doorsturen.

3

Conservatief heeft echt zin

Kine + pessarium + oestrogeen. Het gaat om klachtenverbetering, niet anatomische correctie.

4

Chirurgie is een gezamenlijke keuze

Vaginaal is eenvoudiger. Laparoscopisch houdt langer stand.

Vragen?

Dr. Joke Kuijk

Functioneel en algemeen uroloog | Ziekenhuis aan de Stroom