

Bekkenbodem

Algemene en Abdominale
heelkunde



Regionaal ziekenhuis
Heilig Hart Leuven

IN DEZE BROCHURE

1 Constipatie	4
2 Dyschezie	5
2.1 Anismus (verstoorde coördinatie van de bekkenbodemspier)	6
2.2 Rectocoele	8
2.3 Rectale prolaps	9
2.4 Enterocoele of prolaps van de dunne darm	17
3 Vragen	18
3.1 Kosten	18
3.2 Informed consent (geïnformeerde toestemming)	19
4 Contactgegevens	20

1 CONSTIPATIE

“Constipatie” is een vaak genoemde klacht, maar dekt verschillende problemen die aan de basis liggen van een moeizame stoelgang.

Eerst en vooral is er de **constipatie** of **harde stoelgang**: dit kan komen door een vezelarm dieet, dan wel door een abnormaal lange of traag werkende darm waardoor de stoelgang alsmaar meer opdroogt. Meestal gaat dit gepaard met felle buikkrampen door de uitzetting van de dikke darm, maar ook winderigheid door overmatige gisting en gasvorming.

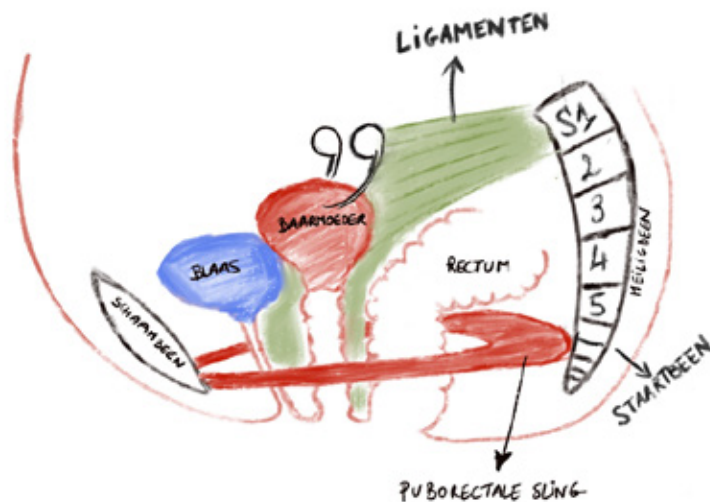
Remedie hiervoor is vezelrijk eten in combinatie met veel water drinken (thee en koffie niet bijgerekend) en meestal ook een laxeermiddel dat water aanzuigt (bvb. Forlax®, Movicol®). Oliën (zoals lijnzaad- of olijfolie) en glycerine kunnen ook helpen. In hardnekkigere gevallen dient er medicatie opgestart te worden die de darm motiliteit (bewegingen) aanzwengelt (bvb. Laxoberron®, Dulcolax®). Dit wordt zo weinig mogelijk gedaan, aangezien de darm hieraan gewoon wordt en op termijn nog ‘trager’ wordt. In nog hardnekkigere gevallen worden soms waterlavementen gebruikt om de darm te spoelen (bvb. Peristeen spoelsysteem®).

Chirurgie is maar in zeer beperkte gevallen aan de orde: enkel wanneer de darm zodanig lang en slap is geworden dat hij de stoelgang niet meer vooruit duwt, kan een colectomie (of verwijdering van de dikke darm) overwogen worden of een appendicostoma worden aangelegd. Hierbij wordt de darm gespoeld via de appendix die aan de huid gehecht wordt.

2 DYSSCHEZIE

Een onderscheid dient te worden gemaakt met een **uitdrijvingsstoornis** of **dyschezie**: hierbij is de stoelgang niet het probleem, maar wel de mechaniek van de darmen óf de bekkenbodemspier zelf. De darm of bekkenbodem vormt dan zelf een 'obstructie' voor de ontlasting. Patiënten noemen dit echter ook vaak 'constipatie', aangezien de ontlasting erg moeizaam gaat, dagen kan wegblijven en hierdoor uiteindelijk ook hard wordt.

Het bekken is opgebouwd als een schip, waarvan de boegen de bekkenboderspieren zijn, de voorkant het schaambeentje, en de achterkant het staartbeen of coccyx. In dit schip lopen drie verticale kanalen die elk onderaan hun opening hebben: de endeldarm (het rectum), de vagina (met baarmoeder) en de blaas. De bekkenbodem (of puborectale sling) snoert de endeldarm in rust vanachteren wat in, wat bijdraagt tot de continentie. Tijdens ontlasting dient de spier te ontspannen zodat de endeldarm rechter wordt en de ontlasting kan uitgescheiden worden. Vooral via de baarmoeder zijn de drie organen gefixeerd aan hun musculaire en ligamentaire structuren. Onderling hangen de endeldarm en blaas vast aan de vagina en baarmoeder.



Figuur 1: normale anatomie bekkenbodem

Vrouwen bij wie de baarmoeder verwijderd werd, verliezen dan ook een groot deel van dit ophangstelsel en zijn vatbaarder voor verzakking (prolaps) van deze organen.

Verschillende **varianten van obstructie** zijn mogelijk, aangezien er bij ontlasten beweging bestaat tussen de verscheidene organen in het kleine bekken.

2.1 Anismus (verstoorde coördinatie van de bekkenbodemspier)

Al lijkt ontlasten iets evident, door omstandigheden kan de coördinatie erg verstoord geraken. Langdurige pijn of vroeger seksueel misbruik en angst kunnen ervoor zorgen dat de bekkenbodemspieren niet correct ontspannen tijdens ontlasten. Hierdoor blijft de hoek in de endeldarm behouden, gaat de sluitspier maar half open en kan de stoelgang moeizaam zakken.

Typische klachten hierdoor zijn: heel hard moeten persen, slechts kleine stukjes stoelgang evacueren en een constant gevoel van onvolledige lediging. Er kan ook incontinentie zijn van stoelgang of slijm, door lekkage uit de constant gevulde endeldarm.

Het is eveneens mogelijk dat je een **vaginale zwelling** of bol voelt. Dit komt doordat de sluitspier niet opent en alle druk naar de voorwand van de endeldarm verplaatst (cfr tekening). Hierbij ontstaat een verzakking naar de vagina toe of '**rectocoele**'. Soms moet de stoelgang via vaginaal in de juiste richting geduwd worden. Vaak is dit een secundair fenomeen, maar soms is er toch een chirurgische indicatie (cfr 2.2).

Vaak is een discoördinatie (anismus) duidelijk tijdens het klinisch onderzoek. Bij twijfel kan een **anale manometrie** (drukmeting) uitsluitsel bieden. Hierbij wordt een anale ballon opgeblazen die je naar buiten dient te duwen. Voor dit onderzoek word je doorverwezen.

2.1.1 Bekkenbodemkinesithherapie

De allereerste stap is bekkenbodemkinesithherapie waarbij een correct perspatroon wordt aangeleerd met een correcte houding. Essentieel hierbij zijn een 'hurkende' positie, waarbij de voeten op een voetenbankje staan en gelet wordt op de ademhaling.

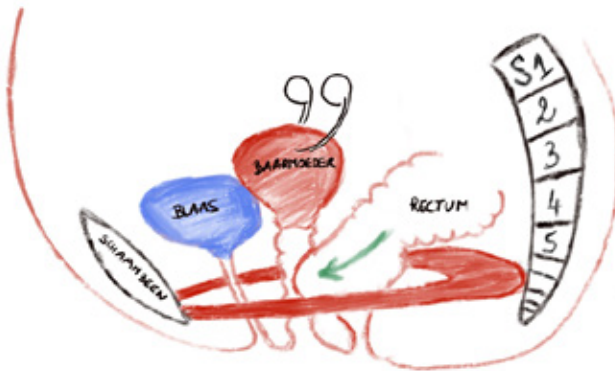
Afhankelijk van uw kinesist, wordt er gebruik gemaakt van '**biofeedback**' training. Referenties voor een bekwame kinesist vind je op www.bicap.be of www.pelvired.be.

2.1.2 Botox

In extreme gevallen wordt geen goede relaxatie bereikt en dient de bekkenbodemspier zelf geïnjecteerd te worden met **botulinetoxine (Botox®)**. Deze molecule verlamt tijdelijk de spier, waardoor de overspanning verdwijnt. Het toxine werkt na 3 maanden uit, waarin de patiënt meestal – in combinatie met kinesithherapie – terug een normaal persgedrag heeft aangeleerd. Deze medicatie wordt niet terugbetaald en kost €165 voor 100 eenheden.

2.2 Rectocele

Indien er een zeer grote rectocele is die niet meer verdwijnt ondanks kinesithherapie, zijn er volgende chirurgische opties:



Figuur 2: rectocele (groene pijl)

2.2.1 Vaginaal achterwandherstel of colpografie posterior

Hierbij wordt de achterzijde van de vagina (en dus voorkant van de endeldarm) die verzwakt is en uitpuilt, ingesneden en terug gehecht, waardoor de achterwand stevig littekenweefsel ontwikkelt. Deze ingreep vernauwt de vagina en wordt doorgaans minder aangeraden bij

seksueel actieve vrouwen, maar is vrijwel pijnloos en efficiënt als er geen sprake is van problemen hogerop (invaginatie, prolaps).

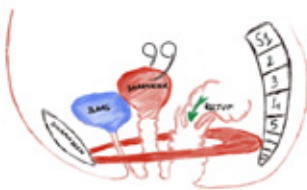
2.2.2 Laparoscopische rectopexie

Deze ingreep gebeurt meestal pas als er sprake is van meerdere afwijkingen die hieronder nog besproken worden. (cfr. 2.3.1)

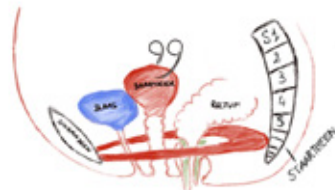
2.3 Rectale prolaps

Naarmate de leeftijd en het aantal bevallingen stijgt, neemt de kans op verzakking (prolaps) toe. Chronische constipatie en persen dragen ook in zeer belangrijke mate bij tot het probleem.

De rectale prolaps bestaat in twee vormen: een **zichtbare** (uitwendige of externe) en een **onzichtbare** (inwendige of interne)



Figuur 3: interne prolaps



Figuur 4: externe prolaps

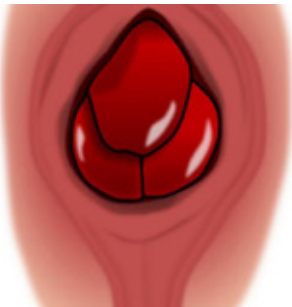
Dit ontstaat doordat het felle persen de endeldarm naar beneden duwt waardoor die in zichzelf verzakt. Dit fenomeen is klinisch niet te zien indien dit binnenin gebeurt (interne prolaps of invaginatie), maar wel indien dit tot buiten komt (externe prolaps). Beiden zorgen voor een 'stop' in de endeldarm waardoor de stoelgang niet

meer naar beneden kan zakken.

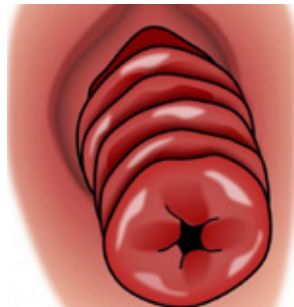
Je ervaart hierdoor wel een enorme anale druk en aandrang, maar je kan de stoelgang niet evacueren. Soms leidt dit tot een typische ‘**explosie**’ van stoelgang. In andere gevallen tot een ‘**fractionering**’ van de stoelgang: vele malen na mekaar stoelgang maken in kleine porties. Men gaat ervan uit dat een interne prolaps een voorbode is van een externe prolaps. Indien de endeldarm door de anus puilt, is dit voor de sluitspier zeer kwalijk en kan dit tot onvrijwillig verlies van stoelgang of **incontinentie** leiden.

Tijdige behandeling is dus nodig. In gevorderde gevallen is het immers mogelijk dat een operatie voor een vlottere stoelgangspassage zorgt, maar ook voor incontinentie, aangezien het ‘stop’ mechanisme opeens wegvalt.

Wat hier erg op lijkt is een prolaps van enkel het slijmvlies of **aambeien**. Hierbij komt er één of komen er enkele propfen naar buiten gepuild. Bij een volledige rectale prolaps daarentegen, komt de hele darm als een soort ‘sok’ in verscheidene ringen naar buiten gepuild.



Figuur 5: aambeien of mucosale prolaps



Figuur 6: externe rectale prolaps

Om de beweging van de bekkenbodem beter in beeld te brengen wordt er meestal een **RX colpocystodefecografie** (RX CCD) gepland of een echografie via het perineum. Bij de RX CCD wordt er contrast opgespoten via het rectum, de vagina en de blaas en dien je vooraf contraststof te drinken. Hierna worden er RX-foto's gemaakt tijdens de ontlasting zodat de beweging van de bekkenbodem en de verhouding tussen de organen duidelijk wordt. Voor dit onderzoek word je doorverwezen. Ook dient er recent een **coloscopie** gebeurd te zijn om andere aandoeningen uit te sluiten.

Indien er beslist wordt over te gaan tot een operatie, wordt er een nazicht door de anesthesist gepland en gebeurt er eventueel een ECG, bloedname en longfoto.

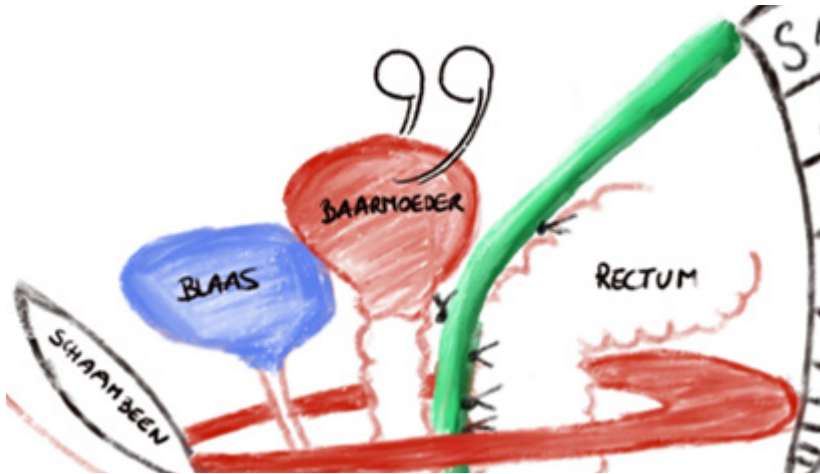
2.3.1 Laparoscopische rectopexie

De ingreep

Je wordt de ochtend van je operatie opgenomen en krijgt een lavement. Indien nodig wordt het operatiegebied geschoren en krijg je steunkousen aan.

Deze ingreep gebeurt onder volledige verdoving en meestal via een kijkoperatie, waarbij je in forse Trendelenburg positie (met de benen naar boven en het hoofd naar beneden) wordt geplaatst.

Tijdens de operatie wordt een synthetisch netje (groen afgebeeld op de tekening) geplaatst in het verzwakte vlak tussen vagina en rectum en aan beide organen vastgemaakt. Dit netje wordt nadien opgehangen aan het heiligbeen en bedekt met buikvlies.



Figuur 7: rectopexie

Op deze manier wordt er op 3 manieren versteviging geboden:

1. het weefsel tussen vagina en endeldarm wordt versterkt, wat de rectocoele verhelpt
2. de endeldarm wordt opgetrokken wat prolaps vermijdt
3. de vagina wordt tegenaan de endeldarm gehecht wat een verzakking van de dunne darm vermijdt

Na de ingreep

Direct na de ingreep verblijf je enkele uren op de ontwaakzaal. Je zal een infuus hebben waarlangs onder andere pijnstillers kunnen worden toegediend en een blaassonde.

Na een laparoscopie kan je pijn voelen aan de schouders. Deze pijn wordt veroorzaakt doordat de buik werd opgeblazen met koolzuurgas (CO₂) om de werkruimte aan te leggen. Dit overblijvende gas zal echter snel en zonder gevaar voor jouw organisme worden geabsorbeerd. De

pijn is tijdelijk en verdwijnt snel binnen enkele dagen na de operatie.

Misselijkheid en braken zijn niet uitzonderlijk. Indien je hiervan last had tijdens eerdere ingrepen, meld dit dan zeker vooraf aan je chirurg of anesthesist zodat deze laatste hiermee rekening kan houden tijdens de ingreep. Normaal kan de voeding de dag na de ingreep worden herstart.

De blaassonde wordt meestal op de tweede dag na de ingreep verwijderd. Er is aandacht voor ademhalingsoefeningen met eventueel kinesithérapie. Laxeermiddelen worden gestart en liefst wordt er op ontlasting gewacht vooraleer je het ziekenhuis mag verlaten.

Er geldt een hefverbod en verbod op betrekkingen gedurende een 4-tal weken. Wandelen is toegelaten en wordt zelfs aangeraden om het risico op tromboses in de benen te verkleinen. In sommige gevallen zal je arts ook preventief voor een korte periode bloedverduunners (LMWH, low molecular weight heparines, bijvoorbeeld Clexane®) voorschrijven die dagelijks onder de huid moeten worden ingespoten.

Resultaten en mogelijke verwikkelingen

De grote meerderheid van de patiënten ervaart merkelijk beterschap. Soms is er toename van constipatie. Laxeermiddelen blijven bijna altijd nodig omdat bijna iedereen in min of meerdere mate een tragere transit behoudt. In 1/3 gevallen is er weinig beterschap van de klachten, voornamelijk indien er eveneens sprake is van vooraf bestaande motiliteitsstoornissen (gestoorde beweeglijkheid van de darm).

Er bestaat geen ingreep zonder mogelijke verwickelingen. Na een ingreep kan er een flebitis (trombose in de benen), een postoperatieve bloeding, een diepe of oppervlakkige infectie (absces vorming) of een longontsteking optreden. Je algemene toestand is medebepalend voor het postoperatief verloop en voor de risico's verbonden aan de ingreep. Aarzel niet er met je arts over te spreken. Vermeld vorige ziekten en ondergane behandelingen. Het risico op complicaties is hoger bij rokers. Daarom benadrukken wij het belang van rookstop voor de operatie. Enkele specifieke verwickelingen zijn mogelijk:

- Infectie van het netje
- Erosie van het netje (doorgroei naar vagina of endeldarm)
- Verklevingen

2.3.2 Delorme operatie

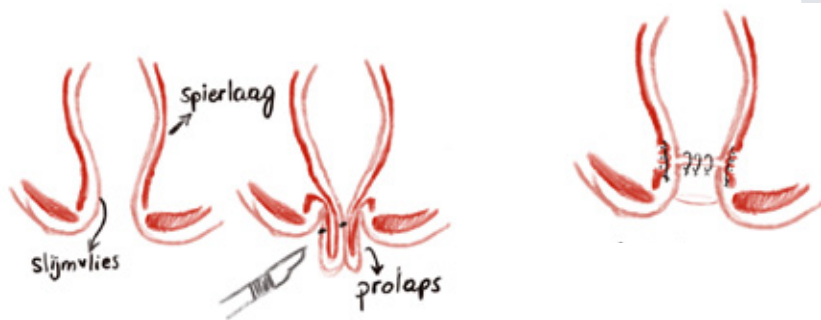
De ingreep

Deze ingreep is eerder aangewezen bij oudere personen met een volledige, maar beperkte prolaps of met prolaps van enkel het slijmvlies. Of indien een langdurige kijkoperatie tegenaangewezen is ten gevolge van reeds bestaande long- of hartaandoeningen. Deze ingreep kan eventueel onder locoregionale verdoving (d.m.v. een ruggenprik) worden uitgevoerd.

Je wordt de ochtend van je operatie opgenomen en krijgt een lavement. Indien nodig wordt het operatiegebied geschoren en krijg je steunkousen aan.

De ingreep verloopt via de anus, waarbij het uitstulpende slijmvlies van de endeldarm zo ver mogelijk van de

darmwand wordt losgemaakt en verwijderd. Daarenboven wordt de spierlaag van de darm gereefd, waardoor dit de werking van de sluitspier ondersteunt. Hierna worden beide slijmvliesranden terug aan mekaar gehecht. Er wordt dus geen volledig stuk darm weggenomen.



Figuur 7: Delorme operatie

Na de ingreep

Direct na de ingreep verblijf je enkele uren op de ontwaakzaal. Je zal een infuus hebben waarlangs onder andere pijnstillers kunnen worden toegediend en een blaassonde.

Normaal kan de voeding de dag na de ingreep worden herstart. De blaassonde wordt meestal op de tweede dag na de ingreep verwijderd. Laxeermiddelen worden gestart en liefst wordt er op ontlasting gewacht vooraleer je het ziekenhuis mag verlaten.

Mogelijke complicaties

De dagen na de operatie kan er een nabloeding optreden of kan er sprake zijn van anale pijn door de naad die anal gemaakt is.

Oplangere termijn is er een redelijke kans op herval. Daarom is deze ingreep vooral bedoeld voor hoogbejaarden of voor mensen die omwille van hun voorgeschiedenis geen kijkoperatie of volledige verdoving verdragen.

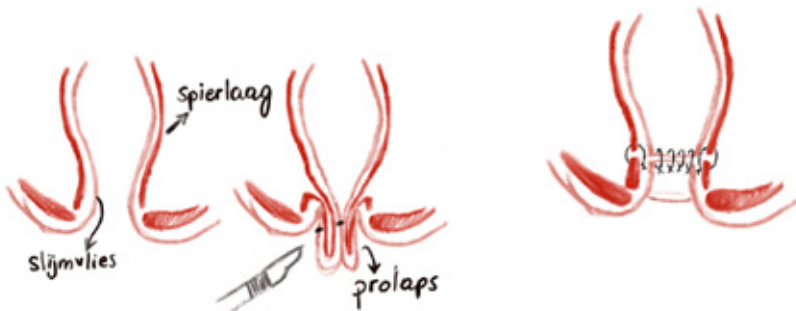
2.3.3 Altemeier operatie

De ingreep

Deze ingreep kan aangewezen zijn bij oudere personen met een zeer belangrijke prolaps of bij wie een langdurige kijkoperatie tegenaangewezen is ten gevolge van reeds bestaande long- of hart aandoeningen. De ingreep gebeurt bij voorkeur onder algemene verdoving.

Je wordt de ochtend van je operatie opgenomen en krijgt een lavement. Indien nodig wordt het operatiegebied geschoren en krijg je steunkousen aan.

De ingreep verloopt via de anus, waarbij zoveel mogelijk van de uitstulpende darm wordt weggenomen. Gemiddeld wordt er zo een 7 á 15 centimeter overtollige darm weggesneden en terug aan mekaar gehecht. Vaak gebeurt er ook een versteviging van de bekkenbodemspier om de continentie te verbeteren.



Figuur 8: Altemeier operatie

Na de ingreep

Direct na de ingreep verblijf je enkele uren op de ontwaakzaal. Je zal een infuus hebben waarlangs onder andere pijnstillers kunnen worden toegediend en een blaassonde.

Normaal kan de voeding de dag na de ingreep worden herstart. De blaassonde wordt meestal op de tweede dag na de ingreep verwijderd. Laxeermiddelen worden gestart en liefst wordt er op ontlasting gewacht vooraleer je het ziekenhuis mag verlaten.

Mogelijke verwikkelingen

Aangezien hier wel de volledige darmwand wordt doorgesneden en aan mekaar gehecht, bestaat er een risico op lekkage van de darmverbinding. Om het risico op infectie te verkleinen, worden enkele dagen preventief antibiotica doorgegeven.

2.4 Enterocoele of prolaps van de dunne darm

Een ander fenomeen dat zich – apart of tesamen met de voorgaande – kan voordoen is een verzakking van de dunne darm in het kleine bekken. Hierbij drukt de dunne darm tijdens het persen op de endeldarm, zodat deze niet meer geledigd geraakt.

Er ontstaat een grote druk, zonder dat de ontlasting buiten geraakt. Heel typisch hierbij is dat ontlasting vaak pas mogelijk wordt na een tijd plat te liggen, aangezien de dunne darm dan weer op zijn plaats rolt (nachtelijke ontlasting).

Hoewel de klachten vaak richting aangevend zijn, moet de diagnose bevestigd worden met een RX colpocystodefecografie (cfr 2.3). Ook een coloscopie moet recent gebeurd zijn.

Voor de behandeling van deze problematiek kan een laparoscopische rectopexie aangewezen zijn. (cfr. 2.3.1)

3 VRAGEN

De informatie in dit document heeft een algemeen karakter en is bestemd om de patiënt in de mate van het mogelijke in te lichten. Dit document kan echter niet alle aspecten van de chirurgische ingreep bespreken. Indien je nog vragen hebt, stel deze dan gerust aan je arts of chirurg tijdens de raadpleging of op de afdeling waar je opgenomen bent.

3.1 Kosten

Inlichtingen over de kosten van de ingreep, van de onderzoeken, van de raadplegingen en van de ziekenhuisopname kunnen verkregen worden bij de financiële dienst van het ziekenhuis. Je kan je daar ook informeren over het deel van de kosten dat je zelf moet betalen en niet gedekt wordt door het ziekenfonds.

Alle artsen van de dienst algemene en abdominale heelkunde opereren aan RIZIV tarieven. Supplementen worden enkel op een eenpersoonskamer aangerekend en bedragen 150%. Het RIZIV nomenclatuurnummer van een colporafie posterior is 431852 (dagopname) of 431863 (hospitalisatie), van een rectopexie is 244156 (dagopname) of 244160 (hospitalisatie), van een Delorme operatie is 244193 (dagopname) of 244204 (hospitalisatie)

en van een Altemeier is 243051 (dagopname) of 243062 (hospitalisatie). Voor een proctologische raadpleging kan een bijdrage voor materiaalkost van €25 aangerekend worden.

3.2 Informed consent (geïnformeerde toestemming)

Voor de aanvang van een medische behandeling is het noodzakelijk dat je als patiënt je toestemming geeft. Je dient dan op voorhand door je arts voldoende geïnformeerd te zijn over onder meer het verloop en eventuele risico's die verbonden zijn aan de behandeling.

Je arts zal je na het gesprek over de behandeling vragen om een document te ondertekenen waarin je erkent in te stemmen met de behandeling na voldoende te zijn ingelicht. Je geeft hiermee te kennen deze informatie begrepen te hebben. Dit document wordt het "informed consent" genoemd.

4 CONTACTGEGEVENS

Abdominaal chirurgen

Dr. Karel Mulier	016 209 885
Dr. Paul Haers	016 209 915
Dr. Sabri Sagaama	016 209 078
Dr. Vicky Drubbel	016 209 230
Dr. Klara Bury	016 209 263
Dr. Sander Ovaere	016 209 338

Secretariaat Algemene Heelkunde

Patricia Vanlangendonck

Jessica Storms

secretariaat.heelkunde@hhleuven.be

Verpleegafdeling

Daghospitaal 1 (route 138)	016 209 254
Heelkunde 1 (route 145)	016 209 311
Heelkunde 2 (route 119)	016 209 257

Spoedgevallendienst

016 209 280

Afsprakendienst

016 209 209

Facturatiedienst

016 209 312

facturatie@hhleuven.be

Opnamedienst

016 209 359

Algemeen nummer

016 209 211

NOTITIES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Deze publicatie is een uitgave van de dienst(en) Algemene en abdominale chirurgie, in samenwerking met de dienst Communicatie van het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven.

- Versienummer: HHL-00023-NL
- Datum van laatste aanpassing: 07-10-2024
- Auteur: Klara Bury
- Alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag worden gekopieerd en/of verspreid zonder schriftelijke toestemming van de eigenaar, aan te vragen via communicatie@hhleuven.be.

Aarzel niet er ons op te wijzen indien er belangrijke tekortkomingen zijn in deze informatiebrochure of indien er onduidelijke paragrafen zijn.

Heb je na het lezen van deze folder nog vragen,
stel ze dan gerust aan je behandelend arts of een
verpleegkundige.



Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven
Naamsestraat 105 - 3000 Leuven
www.hhleuven.be