

Urogenitale prolaps

Chantal Panman, Marian Wiegersma

Vrouwen vinden het lastig om prolapsklachten met de huisarts te bespreken. Daarbij komt dat veel vrouwen slechts milde klachten hebben en geen behandelwens. Een proactieve houding ten opzichte van prolapsklachten maakt het voor vrouwen makkelijker om over die klachten te praten. Een prolaps is niet levensbedreigend, de behandeling is dan ook in eerste instantie gericht op verbetering van de klachten en pas in tweede instantie op herstel van de anatomie.

Bij een verzakking van de bekkenorganen kunnen verschillende delen van de vagina verzakken: de voorwand met de daarvoor gelegen blaas, de achterwand met daarachter de endeldarm, of het middelste deel met de baarmoeder. Zo'n prolaps komt zeer vaak voor, vooral bij oudere vrouwen.^{1,2} Veel vrouwen vinden het echter lastig om prolapsklachten met de huisarts te bespreken, uit angst, uit schaamte of omdat ze niet weten dat hun klachten eventueel te behandelen zijn.³ Dit terwijl een conservatieve behandeling van prolapsklachten door de huisarts wel degelijk effectief kan zijn.

WANNEER BEHANDELEN?

Driekwart van de Nederlandse vrouwen ouder dan 45 jaar blijkt bij lichamelijk onderzoek een prolaps te hebben.⁴ Een groot deel van deze vrouwen heeft geen klachten en zal daar dus niet voor naar de dokter gaan. Als een prolaps wel klachten geeft, kunnen deze heel divers zijn. Vrouwen zien of voe-

Over het algemeen wordt een prolaps na verloop van tijd niet erger

len bijvoorbeeld een uitpuiling of 'bal' in de vagina, of hebben een pijnlijk, zwaar of drukkend gevoel in de onderbuik. Een prolaps kan ook samengaan met blaas- of darmklachten, zoals verstopping, incontinentie of juist moeite met uitplassen. Vaak nemen de klachten aan het einde van de dag toe. Van de vrouwen die klachten hebben, ondervindt driekwart



Een pessarium lijkt een goede optie voor vrouwen met een matige tot ernstige prolaps die de voorkeur geven aan conservatieve behandeling.

Foto: iStock

DE KERN

- Driekwart van de Nederlandse vrouwen ouder dan 45 jaar heeft een prolaps; veel vrouwen hebben echter geen klachten.
- Een prolaps hoeft alleen behandeld te worden als deze klachten veroorzaakt; screening is niet nodig.
- Conservatief behandelen heeft de voorkeur boven opereren; de keus tussen afwachten, bekkenfysiotherapie of pessarium kan in overleg met de patiënt worden gemaakt.

daar hinder van in het dagelijks leven: een kwart heeft matige hinder bij lichamelijke inspanning, een derde ernstige hinder.⁵ Daarnaast kan de prolaps een negatieve invloed hebben op de dagelijkse activiteiten, de seksualiteit en de kwaliteit van leven.⁶⁻⁹

Een prolaps hoeft alleen behandeld te worden als hij klachten veroorzaakt. Eerste keus is conservatieve behandeling door de huisarts met leefstijladviezen, bekkenfysiotherapie of een pessarium. Het alternatief is een chirurgische ingreep. In Nederland worden de meeste vrouwen conservatief behandeld, ongeveer 9% wordt verwezen naar de tweede lijn.¹⁰

AFWACHTEN OF BEKKENFYSIOTHERAPIE?

Omdat er weinig onderzoek gedaan is naar de effectiviteit van conservatieve behandelingen voor prolapsklachten hebben wij het POPPS-onderzoek opgezet. Dit onderzoek bestond uit twee delen: het eerste deelonderzoek, beschreven in een eerder nummer van H&W, vergeleek bekkenfysiotherapie met

Bij 20-30% is na een operatie aan een prolaps later een nieuwe operatie nodig

afwachtend beleid bij vrouwen met een milde prolaps.¹¹ Het tweede deelonderzoek vergeleek bekkenfysiotherapie met een pessarium bij vrouwen met een matige tot ernstige prolaps. Onze veronderstelling was dat bekkenfysiotherapie bij een milde prolaps meer verlichting geeft dan afwachten, maar bij een matige tot ernstige prolaps op de lange termijn minder effectief is dan een pessarium.

Uit ons eerste deelonderzoek bleek dat bekkenfysiotherapie effectief is bij vrouwen met een milde prolaps, maar we weten nog niet of het verschil met afwachten groot genoeg (klinisch relevant) is. Over het algemeen wordt een prolaps na verloop van tijd niet erger; onduidelijk is ook of vroege behandeling die verergering kan helpen te voorkomen. Afwachten tot klachten erger worden zou daarom een goede optie kunnen zijn, vooral voor vrouwen met een milde prolaps die er weinig of geen last van hebben. Bij hinderlijke klachten en een milde prolaps (boven het hymen) valt dan bekkenfysiotherapie te

overwegen. Niet alle vrouwen hebben baat bij bekkenfysiotherapie en we kunnen nog niet goed voorspellen bij wie de behandeling wel of niet zal helpen, maar bekkenfysiotherapie lijkt vooral het proberen waard voor vrouwen die een prolaps hebben en daarbij relevante mictieklachten.¹¹⁻¹³

BEKKENFYSIOTHERAPIE OF EEN PESSARIUM?

Ons tweede deelonderzoek, bij vrouwen met een matige tot ernstige prolaps, liet zien dat een pessarium gemiddeld iets meer verbetering gaf dan bekkenfysiotherapie. Het verschil was echter niet significant en het effect van beide behandelingen was kleiner dan verwacht. Dit laatste heeft mogelijk te maken met de manier waarop de vrouwen in het onderzoek terecht kwamen. De screenende vragenlijst die we gebruikten was heel gevoelig en daardoor kwamen ook vrouwen met erg milde klachten in aanmerking voor deelname, die anders misschien niet met hun klachten naar de huisarts zouden zijn gegaan. Dat kan hebben geleid tot een onderschatting van het effect, want bij weinig klachten zal een behandeling ook weinig verbetering geven.

We zagen wel dat vrouwen met typische prolapsklachten zoals een balgevoel in de vagina of een zwaar gevoel in het bekkengebied vaker baat hadden bij een pessarium dan bij bekkenfysiotherapie. Een pessarium is bovendien goedkoper dan bekkenfysiotherapie. Daarom lijkt een pessarium toch een goede optie voor vrouwen met een matige tot ernstige prolaps die de voorkeur geven aan conservatieve behandeling. Hierbij is het wel belangrijk om uit te leggen dat het aanmeten van een pessarium niet bij iedereen lukt en dat een pessarium vaak (milde) bijwerkingen heeft. De meest voorkomende bijwerkingen zijn toegenomen fluor vaginalis, decubitus van de vaginawand of de cervix, klachten bij gemeenschap en occulte stressincontinentie – een bestaande stressincontinentie die vóór het aanmeten van het pessarium gemaskeerd werd doordat de prolaps de urethra afknelde.

Onze onderzoeksresultaten geven geen uitsluitend over de beste conservatieve behandeling voor vrouwen met een matige tot ernstige prolaps die vooral blaas- of darmklachten hebben.¹⁴ Huisartsen kunnen de voor- en nadelen van bekkenfysiotherapie en die van een pessarium bespreken met hun patiënt, zodat die een geïnformeerde keuze kan maken.

OPERATIE

Vrouwen hebben 11 tot 19% kans ooit geopereerd te worden aan een prolaps.¹⁵ Bij oudere vrouwen is zo'n operatie niet altijd mogelijk vanwege comorbiditeit en kwetsbaarheid, en bovendien is de kans op een recidief na de operatie aanzienlijk. Uit onderzoek blijkt dat 20-30% van de vrouwen na een operatie aan een prolaps later opnieuw geopereerd moet worden en dat de tijd tussen twee operaties bij iedere herhaling korter wordt.¹⁵ De meest voorkomende complicaties na een prolapsoperatie zijn pijn, urineweginfectie, moeizame mictie of blaasretentie (meestal tijdelijk), moeizame ontlasting, (na)bloeding, wondinfectie, trombose en in een enkel geval blijvende schade aan blaas en urineweg of darmen. Ook

kan na een operatie, net als na het aanmeten van een pessarium, occulte stressincontinentie aan het licht komen, maar in tegenstelling tot een pessarium is een operatie niet reversibel.

CONCLUSIE

Veel vrouwen vinden het lastig om prolapsklachten met de huisarts te bespreken.³ Routinematig screenen in de huisartsenpraktijk, zoals wij voor de POPPS-onderzoeken gedaan hebben, bevelen wij echter niet aan, omdat daarmee ook vrouwen met milde klachten worden opgespoord die geen behandelwens hebben. Wel kan de huisarts de barrière om prolapsklachten te bespreken verkleinen door een proactieve houding aan te nemen. Als er per toeval een prolaps aan het licht komt, bijvoorbeeld tijdens het maken van een uitstrijkje, zou men kunnen vragen naar bekkenbodemplakten en, indien gewenst, uitleg kunnen geven over de behandelmogelijkheden. Een prolaps is niet levensbedreigend, daarom is de behandeling in eerste instantie gericht op verbeteren van de klachten en pas in tweede instantie op herstel van de anatomie. Daarom luidt het advies ook om de minst invasieve behandeling als eerste aan te bieden. ■

LITERATUUR

1. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA* 2008;300:1311-6.
2. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:795-806.
3. Pakbaz M, Rolfsman E, Mogren I, Lofgren M. Vaginal prolapse--perceptions and healthcare-seeking behavior among women prior to gynecological surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:1115-20.
4. Sliker-Ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. The prevalence of pelvic organ prolapse symptoms and signs and their relation with bladder and bowel disorders in a general female population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:1037-45.
5. Van der Waart T, Hendriks L, IJland M. Verzakingsgevoel. In: De Jongh T, De Vries H, Grundmeijer H. *Diagnostiek van alledaagse klachten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005. p. 615-24.
6. Tok EC, Yasa O, Ertunc D, Savas A, Durukan H, Kanik A. The effect of pelvic organ prolapse on sexual function in a general cohort of women. *J Sex Med* 2010;7:3957-62.
7. Novi JM, Jeronis S, Morgan MA, Arya LA. Sexual function in women with pelvic organ prolapse compared to women without pelvic organ prolapse. *J Urol* 2005;173:1669-72.
8. Athanasiou S, Grigoriadis T, Chalabalaki A, Protopapas A, Antsaklis A. Pelvic organ prolapse contributes to sexual dysfunction: a cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:704-9.
9. Fritel X, Varnoux N, Zins M, Breart G, Ringa V. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors. *Obstet Gynecol* 2009;113:609-16.
10. Cardol M, Van Dijk L, De Jong J, De Bakker D, Westert G. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2005.
11. Panman CMCR, Wiegersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen YL, Vermeulen K, et al. Bekkenfysiotherapie bij urogenitale prolaps. *Huisarts Wet* 2017;60:62-4.
12. Wiegersma M, Panman CM, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Dekker JH. Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2014;349:g7378.
13. Panman C, Wiegersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Vermeulen KM, et al. Two-year effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: a randomised controlled trial in primary care. *BJOG* 2017;124:511-20.
14. Panman CM, Wiegersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-van Leeuwen Y, Vermeulen KM, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of pessary treatment compared with pelvic floor muscle training in older women with pelvic organ prolapse: 2-year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *Menopause* 2016;23:1307-18.
15. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-6.

Panman CM, Wiegersma M. Urogenitale prolaps. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0219-3.
Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. C.M.C.R. Panman, huisarts; dr. M. Wiegersma, huisarts: m.wiegersma@umcg.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.