

UIT DE SERIE HUISARTSGENEESKUNDIGE CONFERENTIES\*

## Prolaps van uterus en vagina

Prolaps en incontinentie bij de vrouw waren in 1982 aan de orde in de HGH-bijeenkomsten van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Het eerste dat discussie en literatuuronderzoek ons leerde, was dat deze klachten ten onrechte aan elkaar gekoppeld worden: incontinentie wijst over het algemeen niet op het bestaan van een prolaps en omgekeerd gaat een prolaps in minder dan de helft van de gevallen gepaard met incontinentie. Het werden dan ook twee afzonderlijke onderwerpen. J. H. J. Hardeman en J. W. G. Schellekens brengen verslag uit over de prolaps-besprekingen.

### Epidemiologie

In de *tabellen 1* en *2* worden enkele cijfers gegeven die zijn ontleend aan de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.<sup>1</sup>

Het aantal nieuwe en reeds bekende gevallen van prolaps vertoont geen opvallende ontwikkelingen. Wel is het aantal verwijzingen en opnamen bij nieuwe gevallen gedaald; voor de reeds bekende gevallen geldt dit niet duidelijk.

Eerder is door Hoogendoorn vastgesteld dat de frequentie van prolaps in alle leeftijdsgroepen is afgenomen.<sup>2</sup> Deze bevinding wordt door ons materiaal dus niet bevestigd.

Tussen de vier CMR-praktijken werden aanzienlijke verschillen geconstateerd: het percentage onbehandelde vrouwen (nieuwe gevallen) varieerde van 10 tot 30 procent; een verklaring hiervoor werd niet gevonden. Voorts bleek dat in twee van de vier praktijken vijf à zes maal meer vrouwen door de huisarts zelf verder werden behandeld dan in de andere twee. In één praktijk werd het

merendeel van de prolapspatiëntes verwezen en veelal ook opgenomen.

### Anatomie

Volgens De Blok laat microscopisch onderzoek van de weefsels van het bekken zien dat het gehele subperitoneale weefsel is opgebouwd uit – in wezen – een en hetzelfde soort weefsel. Hij onderscheidt dan ook geen afzonderlijke musculus levator ani en ligamenten van de uterus, maar spreekt van een uitgebreid systeem van bindweefselsepten met collageen en elastische vezels, met daartussen in wisselende mate spiercellen. In de subperitoneale ruimten bevindt zich een fibreuse spierplaat als voortzetting van dit septumsysteem, met een grote hoeveelheid spiervezels. Deze spierplaat komt overeen met de musculus levator ani en loopt door in onder andere de grote bilspieren, de bovenbeenspieren en de buikwandspieren.<sup>3</sup> Ook Van Dongen beschrijft een grote hoeveelheid spiercellen in het subperitoneale weefsel, met name in de ligamenta cardinalia en sacro-uterina.<sup>4</sup>

We hebben hier dus te maken met één functioneel geheel. Ingrepen in dit gebied kunnen leiden tot verstoringen en dienen daarom zoveel mogelijk achterwege te blijven. Mogelijk kan de aanwezigheid van zoveel spiercellen een aanwijzing zijn voor het nut dat bekkenbodemspier-oefeningen volgens sommige auteurs zouden hebben.

### Etiologie

De prolaps wordt in de medische historie voor het eerst vermeld in ongeveer 1500 voor Christus en in 932 na Christus wordt voor het eerst melding gemaakt van de partus als mogelijke oorzaak.

In de veelheid van factoren die bij het ontstaan van prolaps een rol kunnen spelen, zijn beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren te onderscheiden (*figuur*). Over de causale betekenis ervan konden wij onvoldoende gegevens vinden.

De indruk bestaat dat er sprake is van een aanzienlijk „ijsbergfenomeen”. De genoemde 10 tot 30 procent van de patiëntes bij wie slechts eenmaal de diagnosecode prolaps werd gegeven, zou daarop kunnen wijzen.

Tenslotte is – zoals zo vaak in de geneeskunde – te weinig bekend over het natuurlijke beloop van de aandoening.

### Anamnese

Er bestaat geen duidelijke relatie tussen de klachten en de mate van prolaps.<sup>5 6</sup>

Klachten die zich kunnen voordoen bij een prolaps, zijn onder meer:

- het gevoel „dat er iets uitzakt”, een „zwaar gevoel van onderen”, en dergelijke;
- toegenomen vaginale afscheiding;
- incontinentie, met name stress-incontinentie;
- defecatieproblemen, met name bij grote rectocèle;
- dyspareunie, vooral bij totaal-prolaps en sterke prolaps van de vaginavoorwand;
- lage rugklachten.

Voor het „uitzak-gevoel” en de incontinentie werden door de deelnemers als typische klachten van prolaps-patiëntes herkend. De andere symptomen waren minder vertrouwd. De neiging om naar dit soort symptomen te vragen, was bovendien niet groot.

Wanneer lage rugklachten verdwijnen bij het liggen of bij een proefbehandeling met een pessarium, is dit een aanwijzing dat de prolaps (gedeeltelijk) verantwoordelijk is voor de klachten. Voor het overige moet men lage rugklachten niet al te snel verklaren uit een gevonden prolaps. Dat geldt ook bij incontinentie; verdere uitdieping van de anamnese is dan wenselijk.

In medisch-somatische zin geeft de anamnese bij prolaps minder informatie dan gebruikelijk is in de huisartsgeneeskunde. Onverkort blijft echter het belang van de anamnese voor het verhelderen van de betekenis die de klacht

\* Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen – zie Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 13-5. De lezer dient zich te realiseren dat het bij deze discussies meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging, nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

heeft voor de vrouw. Bovendien kan het toeschrijven van een groot aantal klachten aan een prolaps een teken zijn van andere dan louter somatische problemen. Het werken op twee sporen kan ook hier niet gemist worden.<sup>7</sup>

### Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek is het van belang dat de vrouw goed perst. Slechts op die manier kan de huisarts zich een adequaat beeld vormen van:

- de mate van verzakking;
- de afstand van de portio tot de vulva;
- de aanwezigheid van incontinentie;
- de afmeting van de introitus.

Onder de deelnemers ontspan zich een levendige discussie over de waar te nemen onderdelen van de prolaps: sommigen gaven de voorkeur aan de bekende termen (urethro-cystocèle, rectocèle en enterocèle), terwijl anderen een pleidooi hielden voor de introductie van het „vagina-profiel”. Het vagina-profiel is een bij gynaecologen gebruikelijke notering waarbij de mate van verzakking van de prolaps met behulp van de cijfers 0 t/m 4 wordt vastgelegd. Uiteindelijk werd besloten een dergelijk vagina-profiel niet te gaan gebruiken. Wanneer bij personen geen incontinentie wordt vastgesteld, kan men de patiënte vragen te hoesten. Indien bij personen of

hoesten urineverlies optreedt, kan men voorts de blaashals-elevatietest toepassen: men eleveert met twee gespreide vingers de blaashals achter het os pubis, zonder daarbij de urethra dicht te drukken; treedt bij herhaald hoesten tijdens het opdrukken van de blaashals geen urineverlies op, dan maakt dit het bestaan van stress-incontinentie waarschijnlijk.

Het beoordelen van de bekkenbodemspieren vindt plaats tijdens het vaginaal toucher. De tonus en de kracht van deze spier zijn te schatten bij aanspannen. Vaak lukt het vrouwen niet goed de bedoelde spieren aan te spannen. Enige instructie en herhaling van het onderzoek op een ander tijdstip kan een betere beoordeling mogelijk maken.

Het is aan te bevelen bij het onderzoek rekening te houden met vaak bestaande schaamtegevoelens. Een tactvol signaleren van deze gevoelens vergemakkelijkt het onderzoek voor de vrouw en voor de arts. Toch blijft een dergelijke beoordeling erg subjectief.

### Beleid

Wanneer bij klachten een prolaps wordt gevonden, zal de huisarts een beleid moeten bepalen (tenminste indien aangenomen mag worden dat het opheffen van de prolaps zal leiden tot een vermindering van de klachten).

Er zijn vier mogelijkheden:

- afwachten;
- bekkenbodemspier-oefeningen;
- pessarium;
- operatie.

• *Afwachten.* Over het natuurlijke verloop van prolaps is onvoldoende bekend. Tegen deze achtergrond moeten allerlei adviezen met betrekking tot ingrijpende diagnostiek en therapie kritisch worden bezien. Bij lichte klachten kan men dan ook het beste afwachten. Volgens onze gegevens zal dat in 10 tot 30 procent van de gevallen mogelijk zijn.

• *Bekkenbodemspier-oefeningen.* Bij matige klachten met een insufficiënte bekkenbodem worden vaak spieroefeningen aanbevolen. In de literatuur hebben wij geen enkel onderzoek gevonden dat het nut ervan bewijst. Gezien de onderzoeken van De Blok is het nut echter aannemelijk.<sup>3</sup> Van elektrische apparaatjes die, vaginaal of anaal ingebracht, de bekkenbodemspieren moeten stimuleren, is het effect evenmin overtuigend aangetoond. Overigens had niemand van ons hiermee ervaring.

Figuur. Factoren bij het ontstaan van prolaps.

Niet beïnvloedbaar	Beïnvloedbaar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aangeboren weefselafwijkingen, waardoor bijvoorbeeld het optreden van prolaps bij nulliparae te verklaren zou zijn</li> <li>• Veroudering, met als consequentie een toename van het aantal prolaps-patiënten in de nabije toekomst</li> <li>• Hormonale veranderingen in de postmenopauze, met als gevolg verslapping van het bekkenbodeweefsel</li> <li>• Rasverschillen: bij het negroïde ras zou bijna geen prolaps voorkomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoge pariteit en snel opeenvolgende partus</li> <li>• Traumata door de partus (kunstverlossingen, rupturen en episiotomieën)</li> <li>• Factoren waardoor de druk op de bekkenbodem verhoogd wordt (adipositas, chronisch hoesten, zware lichamelijke arbeid)</li> <li>• Ruimte-innemende processen in het kleine bekken</li> <li>• Slappe spieren door gebrek aan lichaamsbeweging</li> <li>• Onjuist uitgevoerde uterusextirpatie</li> </ul>

Tabel 1. Prolaps van uterus en vagina in een standaardpraktijk, 1971-1980.<sup>a</sup> Gemiddelden.

Perioden	Frequentie		Verwijzing gynaecoloog		Opnamen	
	nieuw	bekend	nieuw	bekend	nieuw	bekend
1971/1972	5,9	18,6	3,1	0,9	1,3	0,5
1973/1975	6,5	17,9	2,0	0,6	0,9	0,3
1976/1978	3,6	15,8	0,9	0,8	0,3	0,6
1979/1980	5,0	18,2	0,5	0,5	0,1	0,4

<sup>a</sup> Een standaardpraktijk is een imaginaire praktijk van 2800 zielen met een leeftijd/geslachtsopbouw als van de Nederlandse bevolking in 1980. De cijfers over 1971-1978 zijn ontleend aan *Gewone ziekten*<sup>1</sup>; over 1979 en 1980 zijn ze nog niet gepubliceerd.

Tabel 2. Nieuwe gevallen van prolaps van uterus en vagina, 1971-1980. Gemiddelden.<sup>a</sup>

Leeftijden	1971/1972		1973/1974		1975/1976		1977/1978		1979/1980	
	n	0/00	n	0/00	n	0/00	n	0/00	n	0/00
0-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20-49	20	9	19	8	14	6	6	2	11	5
50-64	20	23	33	37	15	17	9	10	17	19
65+	11	16	7	10	15	20	10	14	13	18
Totaal	51	8	59	10	44	7	25	4	41	7

<sup>a</sup> De promillages hebben uitsluitend betrekking op de vrouwelijke populatie. De cijfers over 1971-1978 zijn ontleend aan *Gewone ziekten*<sup>1</sup>; over 1979 en 1980 zijn ze nog niet gepubliceerd.

In de literatuur vonden wij positieve berichten over het nut van preventief bedoelde bekkenbodemspier-oefeningen na een bevalling of een operatie. In onze conferentie werd het vermoeden uitgesproken, dat het vroegtijdig mobiliseren na partus en operatie de grootste bijdrage vormt tot het voorkómen van prolaps.

Gelukkig is dit beleid de laatste jaren algemeen gebruikelijk geworden.

- *Pessarium*. Een schriftelijke enquête

onder zeventien deelnemers leverde de volgende gegevens op over het pessariumgebruik wegens prolaps in de verschillende praktijken:

- zeven deelnemers hadden 0-5 gebruiksters in de praktijk;

- zes deelnemers hadden er 6-10;

- vier deelnemers hadden meer dan tien gebruiksters in de praktijk.

Vijftien van de zeventien gebruiken het kunststof ringpessarium als eerste keus; de andere typen – Hodge-, Cramer-

zeef- en kubuspessarium – worden zelden gebruikt.

Voor nadere informatie over het pessarium zij verwezen naar het kader op deze pagina en de artikelen van Barents en Haspels<sup>8</sup> en Van den Bosch (pp. 411-3 in dit nummer). Wél dient hier nog vermeld te worden, dat wij tijdens een van de bijeenkomsten een kleine tentoonstelling van pessaria organiseerden; deze show leverde voor de meerderheid van de deelnemers nieuwe informatie

## Aspecten van het pessarium

**Lichamelijke gegevens.** Bij de keuze van het pessarium dient men rekening te houden met de volgende lichamelijke omstandigheden:

- *De conditie van de „levator ani” musculatuur:* hoe slapper, des te moeilijker zal het zijn een pessarium te plaatsen. Een kubuspessarium of opblaasbaar pessarium kan hierbij soms nog diensten bewijzen, vooropgesteld dat de vrouw het kan en wil hanteren. Beide laatste vormen worden in Nederland zelden gebruikt. Toch is het goed hiermee op de hoogte te zijn om patiënten die niet operatief kunnen of willen worden geholpen, nog van dienst te zijn.

- *De mate van prolaps en/of descensus van de uterus.* Bij een forse descensus zal het veel gebruikte ringpessarium onvoldoende steun geven. Een (al dan niet opklapbaar) zeefpessarium is hier beter op zijn plaats. Eventueel kan het gebruik van een tweetal ringpessaria tegen elkaar geplaatst uitkomst bieden. Een ring voorafgegaan door een kleiner exemplaar kan op deze manier wel voor voldoende repositie zorgen, waar de grotere ring alleen niet toe in staat is.<sup>12</sup>

- *De aanwezigheid van stress-incontinentie.* Een gewoon rond pessarium is soms voldoende. Alternatieven zijn het ringpessarium met een verdikking ter plaatse van de urethra of het „omgekeerde” Hodgepessarium. Veel ervaring met deze therapie was er niet in onze groep. Ook hier geldt dat een dergelijke behandeling in uitzonderingsgevallen nog hulp kan bieden, waar andere mogelijkheden falen of minder gewenst zijn.

- *De ruimte in de introitus.* Hoe nauwer de ingang, des te meer moet men oppassen dat het pessarium ook weer verwijderd kan worden. Bovendien kan men bij het inbrengen van ronde pessaria of een groot zeefpessarium pijn veroorzaken, die met andere pessaria te vermijden is. Alternatieven in zo'n situatie zijn het ronde vervormbare pessarium, het sleuf-pessarium volgens Cramer (dat kantelend wordt ingebracht), het opklapbare zeefpessarium volgens Falk en het Hodge-pessarium.

Na wat „passen en meten” slaagt men er meestal in het juiste pessarium te vinden. Na het inbrengen mag de vrouw de ring niet voelen; evenmin mag de ring zichtbaar

worden bij persen. Bij de coïtus hoeft de partner niets te voelen, afhankelijk van het formaat en type pessarium. De vóór het inbrengen zichtbare verzakking moet duidelijk kleiner zijn.

Een enterocèle is, vanwege de mogelijkheid van een aanwezige peritoneumslip of darmlis, uiteraard een contra-indicatie voor een pessarium. Overigens had niemand van ons ooit een enterocèle gezien.

**De grootte van het pessarium.** Na de keuze van de soort ring wordt de grootte bepaald door de afstand te schatten tussen achterste fornix en de overgang tussen vagina en vulva. De ring steunt niet achter de symfyse, zoals velen nog denken.

In de meeste gevallen zal een kunststof ringpessarium de eerste keuze zijn. Om drukulcera te vermijden is het goed te beginnen met een ring die zeker niet te groot is. Soms is door toename van de prolaps op den duur een grotere ring nodig. Bij toenemende leeftijd kan soms een kleinere ring gewenst zijn, wegens voortschrijdende atrofie van de schede. Tenslotte kan in een aantal gevallen de ring zonder verdere problemen achterwege blijven.

Velen van ons bleken in het bezit te zijn van een doos met een collectie pessaria van hun voorgangers.

Gebruikelijke typen en maten zijn: kunststof ringpessaria van polyethyleen of vinyl met een doorsnede van 60, 70 en 80 mm en een dikte van 8 mm; enkele zeefpessaria van dezelfde doorsnede en, indien nodig, enkele Hodge-pessaria. Voor speciale gevallen kan men ook nog opblaasbare en kubuspessaria aanschaffen.

De kosten worden vergoed door het ziekenfonds via declaratie van de gemaakte kosten. Ook kan men pessaria via een recept van de apotheek betrekken.

**Controle.** Ten aanzien van de frequentie van de controles wordt in de literatuur – zonder motivatie – een periode van drie maanden aanbevolen. Bij een dergelijke controle wordt gevraagd naar klachten, met name naar meer dan normale afscheiding en bloedverlies.

Na het verwijderen van het pessarium wordt dit gereinigd met water, zeep en een

borsteltje. Het wordt goed gespoeld en glad gemaakt met een niet irriterend glijmiddel alvorens het opnieuw wordt ingebracht. Het is zinvol er op te letten dat het oppervlak van de ring niet ruw of beschadigd is. Soms ziet men – vaak ter hoogte van het merkje – een kalkachtige neerslag. Deze dient verwijderd te worden. Lukt dit niet of is het oppervlak niet goed glad meer, dan kan men de patiënten beter een nieuw exemplaar geven. Zeker bij het bestaan van klachten over bloedverlies of toegenomen vaginale afscheiding is het wenselijk vóór het opnieuw plaatsen met een speculum de schedewand en vooral de achterste fornix te inspecteren op het bestaan van drukulcera. Een dergelijke inspectie is mogelijk door het speculum een kwartslag te draaien.

Wanneer er geen bijzonderheden zijn, kost de controle niet meer dan vijf minuten.

**Complicaties.** Het aantal complicaties bij pessariumgebruik is gering. De belangrijkste complicatie is het drukulcus. In onze enquête gaven vijftien deelnemers aan 0-2 drukulcera per jaar te zien, terwijl één respondent zei drie tot vijf maal met deze complicatie te maken te hebben. Het pessarium wordt dan tijdelijk uitgelaten, terwijl de patiënte – eventueel – behandeld wordt met oestrogeen-houdende vaginaalcrème of vaginaaltabletten. Een van de deelnemers gaf in deze gevallen oestrogenen oraal. Na genezing van het ulcus is het meestal beter een nieuw, goed glad en vaak ook kleiner pessarium te gebruiken.

Een hoogst enkele keer komt het voor dat een pessarium niet gemakkelijk te verwijderen is. Verpleeghuisartsen worden wel eens verrast door een „vergeten” pessarium. In de huisartspraktijk mag zo iets eigenlijk niet voorkomen.

Casuïstische verhalen van enkele deelnemers leverden tips op voor het verwijderen van zo'n vastzittende, geïncarneerde ring. Men kan bijvoorbeeld een week oestrogeenbevattende vaginaalcrème voorschrijven en het dan nog eens proberen. Soms is er een klein weefselbruggetje ontstaan rond de ring. Doorklieven maakt dan de ring weer mobiel. Soms is de ring door te zagen en door uitdraaien te verwijderen. Gelukkig zijn deze situaties zeldzaam.

op over vormen en gebruiksmogelijkheden.

• *Operatie.* Voor vele auteurs is een operatie de therapie van eerste keus bij prolaps. Duidelijk is dat in veel gevallen een operatie op terechte indicatie een groot succes is. In het voorafgaande hebben wij echter veel aandacht besteed aan de conservatieve therapie, omdat wij van mening zijn dat de rol van de huisarts bij de prolaps niet beperkt mag blijven tot het verstrekken van een verwijskaart voor de gynaecoloog; veel-er zouden gynaecoloog en huisarts in goede samenwerking moeten komen tot een gezamenlijk beleid waarin beiden hun aandeel kunnen hebben. Het is opvallend dat in het leerboek *De voortplanting van de mens*<sup>6</sup> sinds 1974 geen enkele verandering heeft plaatsgevonden in de operatie-indicaties.

Wij informeerden bij vier gynaecologen naar de ideale operatie-indicatie bij prolapspatiëntes zonder incontinentieproblemen. Ten aanzien van de indicaties was er een redelijke overeenstemming: het falen van pessariumbehandeling en een totaal-prolaps. Moeilijker werd het, wanneer het ging om bijkomende factoren zoals menstruatiestoornissen, carcinofobie, leeftijd, de mate van hinder bij dagelijkse activiteiten en bij sport. De oudste van de vier gynaecologen leek ons het strengst in het laten meetellen van bijkomende factoren. Naar zijn mening moet er sprake zijn van mechanische klachten, zoals „ik voel een bal“, „ik voel iets zakken van onder“ en dergelijke.

Onder de deelnemers van onze conferentie bestond evenmin overeenstemming over de ideale operatie-indicaties. Motieven voor de grote verschillen in beleid zijn onvoldoende duidelijk geworden. Het al dan niet vertrouwd zijn met pessariumtherapie is waarschijnlijk een belangrijke factor ter verklaring van de grote verschillen in beleid tussen de huisartsen.

De wens van de patiënte is een niet te onderschatten factor in het geheel. Daarbij moet men echter zeer bedacht zijn op het – al dan niet bewust – sturend optreden van de arts die wordt geconsulteerd. Met het oog op eventuele moeilijkheden achteraf is het verstandig de keuze voor operatieve therapie goed met de patiënte te bespreken, eventueel na een proefbehandeling met een ring.<sup>9 10</sup> De keuze van operatietechniek is een specialistische zaak; wel is ons duidelijk geworden dat de achterwandplastiek een slechte naam heeft vanwege het frequent optreden van post-ope-

ratieve pijn en coitusproblemen. Ook realiseren wij ons dat een verwijzing wegens een prolaps een grote kans heeft te resulteren in een operatie waarbij tevens hysterectomie plaatsvindt.<sup>2 11</sup> Het zou niet terecht zijn geen oog te hebben voor de goede resultaten bij vele operaties. De door onze consulenten opgegeven frequentie van problemen na de operatie varieerde van 0 tot 10 procent. Eén van hen schatte dat bij 16 procent van de hysterectomie-patiëntes klachten optreden die onder het post-hysterectomiesyndroom kunnen worden gerangschikt.

Naspeuringen met behulp van de computer (Medlar) leverde 66 artikelen op over recidieven na prolapsoperaties. De grote verscheidenheid in operatietechnieken maakte vergelijken echter moeilijk.

Wij meenden de volgende conclusies te mogen trekken na beschouwing van deze artikelen:

– complicaties komen bij ongeveer 10 procent van de operaties voor, vooral infectie; er zijn geen doden ten gevolge van de operaties;

– de recidiefkans neemt toe, naarmate de operatie langer geleden is; na 10 jaar heeft 10 tot 20 procent van de patiëntes een recidief.

De recente – ook specialistische – literatuur over prolaps leverde weinig nieuws op. Ook naar de mening van de vrouwenartsen was er geen of weinig literatuur over de beleving van vrouwen bij operatieve behandeling voor prolaps. De onlangs gepubliceerde suggestie van antefixatio uteri per laparoscopie<sup>12</sup> heeft nog te weinig ingang gevonden om een goede beoordeling mogelijk te maken.

### Beschouwing

Prolaps is voor velen van ons een verwaarloosd terrein in de geneeskunde (geweest?). Dit wordt veroorzaakt door de geringe belangstelling tijdens de basisopleiding voor dit onderwerp. Bij het behandelen van het onderwerp prolaps in een arts-assistentengroep tijdens de huisartsenopleiding kon één onzer constateren dat de meerderheid van de aanwezige basisartsen nog nooit een pessarium had ingebracht. Er is bovendien weinig literatuur over prolaps. Mogelijk speelt „schaamte“ eveneens een rol.

Wij hebben ons afgevraagd waardoor de verschuiving van conservatieve behandeling naar operatieve therapie is ontstaan. Vroeger was de ring eerste keus, thans is dat operatieve behandeling, tenzij ...

Een vergelijkend prospectief onderzoek naar de resultaten van conservatieve versus operatieve behandeling is ons niet bekend. De toegenomen veiligheid van de anesthesie, het veranderend „klaaggedrag“ en de toename van het aantal gynaecologen zijn enkele factoren die genoemd werden. Een goed antwoord op onze vraag hebben wij niet kunnen formuleren. De invloed van het verschil in beleid tussen huisartsen op het aantal operaties is ons echter wel duidelijk geworden.

Toch kan de huisarts bij de behandeling van vrouwen met deze aandoening een grotere rol spelen dan alleen verwijzen naar de gynaecoloog. Daarvoor is wel enige kennis en ervaring nodig. Het voorgaande beoogt daartoe een aanzet te geven.

### Deelnemers

Zie voor een lijst van deelnemers aan deze huisartsgeneeskundige conferentie p. 421.

<sup>1</sup> Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

<sup>2</sup> Hoogendoorn D. Klinische frequentie van de prolaps van uterus en (of) vagina en aard van de behandeling. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 1319-22.

<sup>3</sup> Blok S de. Special architecture of muscle-fibretissue in female pelvic region [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1982.

<sup>4</sup> Dongen L van. The anatomy of genital prolaps. S Afr Med J 1981; 60: 357-9.

<sup>5</sup> Malpas P. Genital prolapse and allied conditions. London: Harvey & Blythe, 1955.

<sup>6</sup> Kloosterman GJ, red. De voortplanting van de mens. 2e dr. Bussum: Centen, 1974; 5e dr. Haarlem: Centen 1981.

<sup>7</sup> Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1981.

<sup>8</sup> Barents JW, Haspels AA. Prolaps en pessarium. Ned Tijdschr Geneeskd 1981; 125: 2129-33.

<sup>9</sup> Hall EV van. Vragen over hysterectomie. Med Contact 1982; 37: 382-4.

<sup>10</sup> Bierkens PB, Verink H. Vaginale uterus-extirpatie. Een onderzoek naar de psychologische consequenties. Med Contact 1982; 37: 579-82.

<sup>11</sup> Kloosterman GJ. Minder genitale prolapsen. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 1311.

<sup>12</sup> Beerhuizen RCJM. Antefixatio uteri via laparoscopie een mogelijkheid tot vermindering van het aantal „overbodige“ hysterectomieën? Med Contact 1982; 37: 583-4.

<sup>13</sup> [Gill K, Risselada J]. Nota bene. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 34.