

# Eerherstel voor het pessarium

## W. VLAANDEREN

Vlaanderen W. Eerherstel voor het pessarium. *Huisarts Wet* 1996; 39(1): 16-7.

**Samenvatting** De patiënte met een prolaps plaatst de behandelend arts voor een dilemma: operatie of pessarium? Beide vormen van behandeling hebben nadelen. Behalve de bezwaren die voor elke operatie gelden (opname, narcose, operatieve en postoperatieve complicaties), zijn aan een prolapsoperatie nog specifieke risico's verbonden, zoals het optreden van coïtusklachten, stress-incontinentie en een nieuwe prolaps. Anderzijds geeft een effectief corrigerend pessarium op den duur vaak drukulcera met foetor, fluor en soms bloedverlies. Deze ulceraties kunnen veelal worden voorkomen door het pessarium 's avonds te verwijderen en 's morgens weer in te brengen; deze handelingen zijn door de vrouw zelf na enige oefening gemakkelijk uit te voeren. Bij een groep van 39 vrouwen die deze behandeling gedurende ten minste een jaar toepasten, bleken geen vaginawandulceraties op te treden. Dankzij deze methode zou het aantal prolapsoperaties verregaand kunnen worden gereduceerd.

Dr. W. Vlaanderen, gynaecoloog, Chainama Hills College, PO Box 33991, Lusaka, Zambia.

## Inleiding

Het plaatsen van een pessarium ter behandeling van een prolaps is een beslissing met nogal wat consequenties. De eerste vraag die een behandelend arts zich dan ook moet stellen, is of een behandeling wel noodzakelijk is. Veel vrouwen met een geringe verzakking hebben zo weinig, of zulke atypische klachten dat een afwachtend beleid verantwoord is. Volstaan kan dan worden met uitleg en geruststelling. Het woord verzakking is natuurlijk bedreigend: het doet denken aan verzakte fundamenten en een huis dat op instorten staat. Een goede uitleg over het onschuldige karakter van de aandoening, advies over bekkenbodemspieroefeningen en bestrijden van buikdruk-verhogende factoren is vaak voldoende.

Alleen bij duidelijke mechanische hinder is behandeling aangewezen. De keus is dan tussen een pessarium en een operatie. Beide hebben voor- en nadelen. Veel patiënten spreekt het aan om de afwijking operatief te laten verhelpen – weg is weg –, maar met name voor oudere patiënten is dit toch een hele beslissing: ziekenhuisopname, narcose, operatie, mogelijke complicaties. Ook het resultaat is niet altijd optimaal: soms meer stress-incontinentie, coïtusklachten en helaas in ongeveer 10 procent van de gevallen een recidief. Vooral de voorwand en de vaginatop komen na verloop van tijd nogal eens opnieuw naar buiten. Al is de operatie *lege artis* uitgevoerd en lijkt het directe anatomische resultaat fraai, de atrofie van de betrokken weefsels, al of niet in combinatie met het blijven bestaan van verhoogde buikpers, leidt soms al snel tot een nieuwe prolaps.

Een pessarium lijkt dus een eenvoudiger oplossing. Met enig passen en meten is het meestal wel mogelijk een pessarium te vinden dat de prolaps voldoende redresseert. Daartoe is het echter nodig dat de vaginawand goed wordt uitgespannen, en daarmee beginnen vaak de problemen. Bij de oudere vrouw is de vaginawand in meerdere of mindere mate atrofisch geworden. Een goed zittend pessarium leidt dan vaak tot irritatie en drukusuur, met klachten over foetor, fluor en eventueel

vaginaal bloedverlies. De gebruikelijke driemaandelijke schoonmaakbeurt waarbij het pessarium met een borstel grondig wordt gereinigd van eventuele aanslag, en de lokale of orale toediening van oestrogenen blijken zelden afdoende om deze problemen te voorkomen. Naarmate de patiënte ouder is, en naarmate het pessarium langer in situ blijft, wordt de kans op drukulcera groter. Je kunt het vrijwel omkeren: als het pessarium geen problemen geeft, is het de vraag of het wel echt functioneert, en misschien niet net zo goed gemist kan worden. Er kunnen indrukwekkende ulcera ontstaan, die het nodig maken het pessarium enige tijd uit te laten. De genezing vergt vele maanden en de patiënte klaagt steen en been over de verzakking. Kort na herplaatsing recidiveren de ulceraties.

## Casuïstiek

Mevrouw A is een slanke, goed verzorgde weduwe van 68 jaar, als zij in 1985 op mijn spreekuur verschijnt. Veertien jaar tevoren heeft de huisarts bij haar een pessarium geplaatst wegens een verzakking. Zij komt nu in verband met het optreden van vaginaal bloedverlies. Na verwijdering van het goed passende pessarium komt direct een forse cysto- en rectokèle tevoorschijn. In speculo is er veel purulente, bloederige fluor. Er is vrijwel geen descensus uteri. Links en rechts van de portio zijn ulcera van de vagina te zien, van ongeveer 3×4 cm. Het pessarium wordt voorlopig uitgelaten en ik schrijf een lokale behandeling met oestrogeencrème voor.

Bij controle na een maand vertelt patiënte geen last meer te hebben van al of niet bloederige fluor. De ulcera zijn schoner en ondieper. Zij voelt hoegenaamd niet voor de voorgestelde operatie en wil zo snel mogelijk haar ring terug. Eerst een jaar later durf ik dat aan, maar reeds bij de volgende controle blijkt dat het weer mis gaat. Patiënte wil haar ring echter niet meer missen en neemt de fluor op de koop toe. De ulcera worden cytologisch en een enkele keer met een biopsie gecontroleerd, want maligne ontanding in dit soort chronische ulcera is niet uitgesloten.

In 1989 zijn de ulcera zo fors, dat ik toch

maar weer adviseer de ring uit te laten. Eindelijk is patiënte zo ver dat ze zich wil laten opereren, al ziet ze daar erg tegenop. De operatie wordt uitgevoerd, verloopt zonder problemen en het anatomisch resultaat lijkt fraai.

Eind 1990 komt mevrouw A weer op het spreekuur met de oude klacht: er komt iets naar buiten. Veel klachten heeft ze echter niet, zodat de geringe cystokèle wordt geaccepteerd zonder behandeling. Eind 1991 voeren toenemende problemen met de mictie haar weer naar mijn spreekuur. De gehele vagina hangt nu binnenstebuiten uit de vulva en in januari 1992 volgt de tweede operatie: een kolpo-sacropexie. Via een laparotomie wordt een kunststof strook aangebracht, die enerzijds aan het promontorium wordt gehecht, anderzijds aan de teruggestulpte vaginatop.

Opnieuw een ongestoord beloop en aanvankelijk een goed resultaat. Maar het verhaal wordt eentonig: mei 1992 is er weer een beginnende cystokèle en in november 1992 hangt de complete vagina opnieuw naar buiten. Kennelijk heeft de ophangband het niet gehouden.

Maar er is hoop. Ik stel patiënte voor weer een pessarium te gaan gebruiken 'volgens de nieuwe methode'. Na enige overreding stemt zij daarin toe. Een passend pessarium wordt gevonden en ik leer patiënte hoe zijzelf het pessarium kan inbrengen en

uithalen. Na enige oefening slaagt zij daar in uitstekend. Met de instructie voortaan elke avond bij het naar bed gaan de ring te verwijderen en deze 's morgens weer te plaatsen, gaat zij twijfelend de deur uit.

Het blijkt een gouden greep. Patiënte is uiterst tevreden. Het uithalen en inbrengen kost haar niet de minste moeite. Twee jaar na het plaatsen van de ring is de vagina geheel intact: geen fluor, geen ulceraties. Patiënte is nu 78 jaar en even enthousiast als ik: 'Hadden we dat maar eerder ontdekt, dokter'.

### Beschouwing

Het is inderdaad verbazingwekkend dat deze zeer voor de hand liggende methode niet algemeen wordt toegepast. Terwijl iedereen weet dat gebitsprothesen en contactlenzen niet continu in kunnen blijven op straffe van weefselbeschadiging, wordt bij een pessarium meestal volstaan met een driemaandelijkse schoonmaakbeurt, met de beschreven gevolgen.

Inmiddels heb ik sinds begin 1992 deze nieuwe methode voorgeschreven bij 46 patiënten. Het eerste bezoek kost meestal wat tijd: uitleg over de prolaps, mogelijk oorzakelijke factoren, voor- en nadelen van de verschillende behandelingsmethoden en tenslotte de instructie van het inbrengen en uithalen van het pessarium. Met meer of minder moeite lukt het bijna

alle vrouwen de techniek onder de knie te krijgen. De oudste patiënte is 87 jaar en heeft er geen moeite mee. Thuis ontwikkelt men al gauw bepaalde trucjes: liggend of juist staande, met een voet op een stoel, met een koordje eraan zoals met een tampon, enz.

Zeven patiënten waren niet tevreden met het pessarium, omdat de klachten niet voldoende verdwenen of omdat zij de ring voelden zitten. Het wisselen was echter in geen van deze gevallen een probleem. Zes van hen werden alsnog geopereerd, één had weinig last en accepteerde (voorlopig) haar prolaps. De overige 39 zijn tot nu toe zeer tevreden; bij allen bleef het vagina-epitheel intact.

De methode is alleen bruikbaar met een open ring. Het zeefpessarium is te stug en is niet goed door de vrouw zelf te verwijderen. Het is echter vrijwel altijd mogelijk met een open ring een goede repositie van de prolaps te bereiken, ook met een duidelijke descensus uteri.

Het lijkt waarschijnlijk dat de nieuwe methode kan leiden tot een aanzienlijke reductie van het aantal prolapsoperaties, zonder de bezwaren van de tot nu toe gebruikelijke pessariummethode. Dat daarmee op den duur ook de controlebezoeken minder frequent kunnen plaatsvinden, bijvoorbeeld één keer per jaar, is voor patiënt en dokter een bijkomend voordeel. ■

### Abstract

**Verhoeven AAH, Boerma EJ, Meyboom-de Jong B. The use of information sources by general practitioners. A literature study. Huisarts Wet 1996; 39(1): 12-15.**

To determine which sources need to be stated in the methodology of literature research in the field of general practice, we analysed the use of information sources by general practitioners (GP's) in 11 international studies published

from 1975 to 1995. These studies showed that GP's used colleagues most often as information sources, followed by journals and books. Several factors influenced the use of information sources by GP's, including the physical, functional, and intellectual accessibility of the source; the physician's age; and participation by the physician in research or education. The publications studied suggested ways to improve in-

formation gathering in the areas of computerization, education, library organisation, and journal articles. Suggestions for improving personal relations were lacking.

**Key words** Family practice; Information retrieval.

**Correspondence** Ms. A.A.H. Verhoeven MD, University Library, PO Box 559, 9700 AN Groningen, The Netherlands.