De genitale prolaps

Een literatuurstudie naar etiologie, klachtpresentatie en behandeling

ESTHER HELMICH
TOINE LAGRO-JANSSEN

Helmich E, Lagro-Janssen T. De genitale prolaps. Een literatuurstudie naar etiologie, klachtpresentatie en behandeling. Huisarts Wet 1998; 41(12):570-5.

Doel Het geven van een overzicht van de in de literatuur aanwezige kennis over de genitale prolaps.

Methode Literatuurstudie door middel van de bestanden van Medline (1983-1997) en PsychLIT (1974-1997), aangevuld met de geautomatiseerde registers van Huisarts en Wetenschap (1957-1996) en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1986-1996).

Resultaten Vaginale bevalling, uterusextirpatie, leeftijd, obesitas, hypermobiliteit van de gewrichten, obstipatie en zwaar tillen worden aangemerkt als risicofactoren voor het ontstaan van een prolaps. In het onderzoek naar de rol van de partus ontbreekt de relatie met het klinisch beeld van een verzakking. Lage-rugpijn komt wellicht vaker voor bij prolaps dan algemeen wordt verondersteld. Inventariserend onderzoek naar klachten bij een prolaps ontbreekt echter. De resultaten van operatief ingrijpen zijn gunstig, maar vergelijkend onderzoek met de behandeling door een pessarium is er niet.

Conclusies Veel huisartsgeneeskundige aspecten van de prolaps zijn onvoldoende onderzocht. In het bijzonder ontbreken studies naar de klachten die vrouwen met een prolaps ondervinden en de effecten van conservatieve behandeling.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Sociale geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Esther Helmich, co-assistent;
Toine Lagro-Janssen, huisarts.
Correspondentie: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen.

Inleiding

In een standaardpraktijk raadplegen per jaar twee à drie vrouwen de huisarts voor de eerste keer in verband met een verzakking.[1] Bijna driekwart van de vrouwen met een prolaps wordt door de huisarts zelf behandeld.[2] Door de vergrijzing van Nederland neemt bovendien het aantal ouderen toe. De prolaps zal daarom naar verwachting in de komende decennia steeds vaker voorkomen.

De huisarts zal dan ook in toenemende mate geconfronteerd worden met vragen en problemen die samenhangen met een prolaps. Een belangrijke kwestie is of het verstandig is vrouwen met een prolaps zoveel mogelijk conservatief te behandelen, of dat het wellicht beter is hen snel te verwijzen.[3-5] Bovendien is de discussie actueel of ter voorkoming van een latere prolaps en incontinentie niet al tijdens de partus sneller tot een sectio caesarea moet worden overgegaan. Daarnaast zijn er andere, 'gewone' vragen van belang voor de huisarts. Wat zijn precies de klachten waarmee vrouwen op het spreekuur verschijnen? Kan bijvoorbeeld lage-rugpijn veroorzaakt worden door een prolaps? Wat is de last die vrouwen in hun dagelijks functioneren ervaren van een prolaps? Kan een prolaps vanzelf overgaan?

Gezien de relevantie van deze vragen is het opvallend dat er binnen de huisartsgeneeskunde zo weinig over de prolaps is geschreven. Het laatste onderzoeksartikel over de prolaps in *Huisarts en Wetenschap* verscheen ruim tien jaar geleden.[6] Het doel van de hier gepresenteerde literatuurstudie is dan ook tweeledig. Enerzijds willen wij de aanwezige kennis over de prolaps bundelen voor praktiserende huisartsen; anderzijds achten wij het van belang om blinde vlekken in het wetenschappelijk onderzoek naar de prolaps in kaart te brengen. Dit literatuuronderzoek wil daarom antwoord geven op de volgende vragen:

- Wat zijn de incidentie en de prevalentie van de prolaps in de huisartspraktijk?
- Welke factoren spelen een rol in het ontstaan van een prolaps en zijn deze te voorkomen?
- Met welke klachten presenteren vrouwen met een prolaps zich bij de huisarts?
- Hoe is het natuurlijke beloop van een prolaps en welke complicaties kunnen hierin optreden?
- Zijn er verschillen tussen conservatieve behandeling en chirurgische therapie op het gebied van effect, recidieven en complicaties?

Literatuur

Bij het onderzoek is uitgegaan van de volgende definitie van prolaps: 'een abnormale verzakking van de uterus of van de voor- of achterwand van de vagina'; deze omschrijving is beperkter dan de definitie in ICHPPC-2, die ook stressincontinentie omvat.[7]

In de geautomatiseerde registers van *Huisarts en Wetenschap* (1957-1996) en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1986-1996) werd gezocht onder de trefwoorden vaginale en uteriene prolaps. Dit leverde in totaal elf publicaties op, waarvan vijf onderzoeksartikelen. Van drie hiervan bleek de onderzoeksvraag relevant in het kader van deze literatuurstudie.

Tevens werd een Medline-search gedaan over de jaren 1983-1997 onder de Thesaurus-term 'uterine-prolapse', gecombineerd met de volgende subheadings: etiology, epidemiology, prevention-and-control, psychology, surgery en therapy. In de vrije tekst werd gezocht op de begrippen pregnancy, childbirth, labor, health-care-seeking, presentation, symptoms, signs, perception, impact, quality-of-life, course, follow-up, natural-history, exercises, pessaries, efficacy, recurrence en treatment-outcome.

Bovendien werd een literatuursearch uitgevoerd in de bestanden van PsychLIT (1974-1997). In PsychLIT is de term uterine-prolapse onbekend. Daarom werd gezocht op de Thesaurus-termen urogenital system en female genitalia. Hier werd in de vrije tekst gezocht met de trefwoorden perception, symptoms en signs. Op basis van de abstracts werd vervolgens geselec-

teerd op de soort aandoening. Tevens werd een search uitgevoerd met de Thesaurustermen body-awareness en body-image, gecombineerd met de trefwoorden human-females, aged en middle-aged. Uiteindelijk werden via PsychLIT geen studies over de prolaps gevonden.

Oorspronkelijk onderzoek in het Engels, Frans, Duits en Nederlands werd geselecteerd. Aan de hand van titel en abstract werden deze artikelen vervolgens beoordeeld op de relevantie voor dit literatuuronderzoek. Uitgangspunt hierbij waren de volgende vragen:
- sluit de onderzoeksvraag aan bij de door ons geformuleerde vragen?
- zijn materiaal en methoden helder beschreven?
- volgen de conclusies logisch uit het beschreven onderzoek?

Er bleek weinig oorspronkelijk onderzoek te zijn dat voldeed aan de criteria. Daarom werd ook gebruik gemaakt van een aantal van de opgespoorde overzichtsartikelen en case-series. Voor de selectie van overzichtsartikelen werden de voor de onderzoeksartikelen beschreven criteria toegepast.

Tenslotte werd binnen de mogelijkheden die Medline biedt specifiek gezocht in een vijftal Engelstalige huisartsentijdschriften: *British Journal of General Practice, Family Practice, Journal of Family Practice, Scandinavian Journal of Primary Health Care* en *Primary Care* (trefwoorden: prolapse, urethrocele, cystocele, rectocele). Daarin werden voor de periode 1966-1997 geen publicaties over de genitale prolaps aangetroffen.

Voor de cijfers betreffende incidentie en prevalentie werd gebruik gemaakt van de drie belangrijkste Nederlandse huisartsregistratiesystemen (CMR, Nationale Studie en Transitieproject).[1,8-10]

Incidentie en prevalentie

De genitale prolaps is een aandoening die vooral voorkomt bij vrouwen boven de 50 jaar. Uit de gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie voor de periode 1991-1995 blijkt, dat de verzakking voor het eerst wordt geregistreerd in de leeftijdsgroep 25-44 jaar (*tabel 1*). De incidentie stijgt met de leeftijd tot 6,5 per 1000 vrouwjaren in de categorie 65-74 jaar. In totaal bedraagt de incidentie 2,5 per 1000 vrouwjaren. De prevalentie is in totaal 18,7 per 1000, met het grootste aantal patiënten in de leeftijdsklasse van 75 jaar en ouder. Hier heeft ruim 10 procent van de vrouwen een bij de huisarts bekende prolaps.

Bij vergelijking met de periode 1978-1982 blijkt dat de incidentie in een kleine vijftien jaar is gedaald (was 3,4 per 1000), terwijl de prevalentie is gestegen (was 13,3).[8] Dit laatste is mogelijk te verklaren door de toename van het aantal oudere vrouwen in Nederland. Na een geslaagd operatief ingrijpen verdwijnt de prolaps overigens uit de prevalentiecijfers van de CMR, terwijl pessariumgebruiksters geregistreerd blijven als prolapspatiënten.

In Transitieproject en Nationale Studie bedroeg de incidentie ruim 4 per 1000 vrouwen per jaar, terwijl de prevalentie in het Transitieproject 10,1 per 1000 vrouwen per jaar bedroeg.[9,10]

Tabel 1 Incidentie en prevalentie van de genitale prolaps per 1000 vrouwen per jaar

Leeftijdsklassen	Incidentie	Prevalentie
0- 4	–	–
5-14	–	–
15-24	–	–
25-44	2	5
45-64	6	23
65-74	7	71
75+	3	104

Bron CMR 1991-1995.[1]

Etiologie en preventie

Etiologie

Zeven onderzoeksartikelen en één overzichtsartikel hebben betrekking op de etiologie (*tabel 2*).

Een cohortonderzoek onder witte, gehuwde vrouwen in Engeland en Schotland naar de epidemiologie van de uterovaginale prolaps en de prolaps na uterusextirpatie liet een sterke relatie zien tussen de vaginale bevalling en de prolaps. De kans op het ontwikkelen van een prolaps steeg met elke partus, met dien verstande dat de risicocurve afboog: de stijging van het risico werd minder op het moment dat de vrouw meer dan twee kinderen had gebaard.[11]

Veel onderzoek is uitgevoerd naar de manier waarop de bekkenbodem kan worden beschadigd bij een vaginale bevalling; empirisch onderzoek naar de samenhang van dergelijke beschadigingen met het optreden van een prolaps, hebben we echter niet kunnen vinden. Deze koppeling werd wel gemaakt in het overzichtsartikel van *Handa et al.*, waarin bovendien op basis van een grote hoeveelheid – veelal neurofysiologische – onderzoeksliteratuur een aantal risicofactoren voor het ontstaan van een prolaps werd gedefinieerd. Ten eerste constateerden zij dat bekkenbodembeschadiging kon optreden door schade aan de bekkenbodemspieren. Risicofactoren hiervoor waren vooral de episiotomie, de tangverlossing, een hoog geboortegewicht, een achterhoofdsligging, een Aziatische afkomst en nulliparitеit. Ten tweede kon beschadiging optreden van de innerverende zenuwen. Dit kon ontstaan door een tangverlossing, een langdurige uitdrijvingsfase, een derdegraads ruptuur, een hoog geboortegewicht en/of multipariteit.[12]

Leeftijd bleek in de cohortstudie van *Mant et al.* eveneens een belangrijke factor, evenals obesitas, waarbij het gewicht op zichzelf belangrijker was dan de verhouding gewicht-lengte. Niet gerelateerd

aan het ontstaan van een prolaps waren lichaamslengte, sociaal-economische status en gebruik van orale anticonceptiva. De auteurs vonden bovendien dat de kans op het ontwikkelen van een prolaps fors steeg na een uterusextirpatie. Dit zou het meest uitgesproken zijn wanneer een vrouw een uterusextirpatie had ondergaan als prolapsbehandeling; haar risico op een volgende chirurgische bekkenbodemreconstructie werd dan 15,8 maal zo groot, terwijl het risico voor een vrouw die een uterusextirpatie had ondergaan voor iets anders 2,9 zo groot werd.[11]

Twee onderzoeken lieten een relatie zien tussen gewrichtshypermobiliteit, gedefinieerd volgens gevalideerde criteria, en een verhoogd risico op een prolaps. In een onderzoek in een polikliniek gynaecologie bleken alle typen verzakkingen significant vaker voor te komen bij vrouwen met gewrichtshypermobliteit. Deze relatie suggereert volgens de auteurs een gemeenschappelijke onderliggende bindweefselstoornis; wellicht zouden hierdoor patiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een prolaps kunnen worden getraceerd.[13] Dezelfde conclusie was al eerder getrokken uit een onderzoek in een Egyptische reumatologie- en revalidatiekliniek, waarbij alle afwijkende klinische bevindingen bij 66 vrouwen met gewrichtshypermobiliteit werden geïnventariseerd. Bij 26 van hen kon tevens een prolaps worden vastgesteld.[14]

Tabel 2 Risicofactoren voor het ontwikkelen van prolaps

Auteur	Opzet en plaats	Onderzoekspopulatie	Doel- of vraagstelling	Resultaat*
Mant et al. (1997)[11]	Cohortstudie Interview, telefonische en schriftelijke vragenlijsten Gemiddelde follow-up: 17 jaar Zeventien poliklinieken voor geboortenregeling in Engeland en Schotland	Britse, witte, getrouwde vrouwen, leeftijd 25-39 jaar, allen gebruiksters van orale anticonceptiva, pessarium of IUD; n=17.032	Het onderzoeken van risicofactoren voor het ontstaan van de genitale prolaps	Pariteit: RR=10,85 (4,65-33,81) Leeftijd: RR=1,93 (1,26-2,96) Gewicht: RR=1,50 (1,17-2,00) Sociaal-economische status, OAC en lengte zijn geen risicofactoren
Norton et al. (1995)[13]	Case-controlstudie Vragenlijst en lichamelijk onderzoek Universiteitspolikliniek gynaecologie USA	Witte vrouwen ouder dan 35 jaar; n=107 Vrouwen met gewrichtshypermobiliteit (n=38) vergeleken met vrouwen zonder (n=69)	Bestaat bij vrouwen met gewrichtshypermobiliteit een grotere kans op het voorkomen van een genitale prolaps dan bij vrouwen zonder deze aandoening?	Oddsratio Cystocèle: 6,0 (1,8-22) Rectocèle: 5,8 (2,0-18) Uteriene of vaginatopprolaps: 4,7 (1,9-12)
El-Shahaly & El-Sherif (1991)[14]	Cross-sectionele studie Interview en lichamelijk onderzoek Reumatologie- en revalidatiekliniek in Egypte	Egyptische vrouwen met gewrichtshypermobiliteit, ouder dan 20 jaar; n=66	Beschrijven van klinische bevindingen bij patiënten met gewrichtshypermobiliteit	Bij gewrichtshypermobiliteit komt prolaps vaak voor
Spence-Jones et al. (1994)[15]	Case-controlstudie Vragenlijst Polikliniek gynaecologie in Engeland	Vrouwen met genitale prolaps, gem. leeftijd 56 jaar, n=23 Controlegroep vrouwen onderzocht i.v.m. abnormale menses, gem. leeftijd 52 jaar; n=27	Is obstipatie een risicofactor voor het ontstaan van de genitale prolaps?	Obstipatie lijkt, naast vaginale bevallingen, een belangrijke risicofactor in etiologie prolaps
Jorgenson et al. (1994)[16]	Case-controlstudie Registers van pensioenfonds hulpverpleegkundigen en van alle ziekenhuisopnamen in 1988	Deense hulpverpleegkundigen, n=28.619 Controlegroep Deense vrouwen 20-69 jaar, n=1.652.533	Is zwaar tillen een risicofactor voor het ontwikkelen van de genitale prolaps?	Odds-ratio t.o.v. operatie aan een genitale prolaps: 1,6 (1,3-1,9)
Bump (1993)[17]	Case-controlstudie Polikliniek gynaecologie USA	Witte vrouwen met prolaps, n=33; zwarte vrouwen met prolaps, n=13; geselecteerd uit 200 consecutieve patiënten	Vergelijking witte en zwarte vrouwen met prolaps op een aantal risicofacto ren voor het ontstaan van een prolaps	Zwarte vrouwen met prolaps hadden significant hogere pariteit dan witte vrouwen (4,1 versus 2,9; p=0,04) Leeftijd, gewicht, uterusextirpatie, gewicht zwaarste kind en menopauzestatus: niet significant verschillend

* 95%-betrouwbaarheidsintervallen tussen haakjes.

Spence-Jones et al. richten zich op de mogelijke samenhang van prolaps met obstipatie. In een groep van 23 vrouwen met een uterovaginale prolaps bleek 61 procent als jong volwassene veel te hebben moeten persen, tegen 4 procent in een controlegroep. Waar in de patiëntengroep 48 procent als jong volwassene minder dan tweemaal per week ontlasting had, was dit in de controlegroep slechts 8 procent. Bovendien bleek dat 95 procent van de vrouwen met een prolaps sinds het begin van de symptomen duidelijk geconstipeerd was, tegen 11 procent in de controlegroep. In dit onderzoek waren het aantal tangverlossingen en het gewicht van het grootste kind gelijk voor vrouwen met en vrouwen zonder een prolaps. Op grond hiervan opperen de auteurs de mogelijkheid dat obstipatie leidt tot prolaps, of dat obstipatie en prolaps beide uitingen zijn van eenzelfde pathologisch proces.[15]

Tot slot werd uit een groot dossieronderzoek onder Deense verpleegkundigen geconcludeerd dat zwaar tillen mogelijk een risicofactor is. De verpleegkundigen liepen in elk geval een veel groter risico om aan een genitale prolaps geopereerd te worden dan hun leeftijdsgenoten in de bevolking. De auteurs wijzen erop dat verpleegkundigen wellicht eerder hun prolaps aan de huisarts presenteren en wellicht eerder geopereerd worden dan de doorsnee bevolking. Zij pleiten derhalve voor het uitvoeren van een gecontroleerde cohortstudie naar de invloed van zwaar tillen op het ontstaan van een prolaps.[16]

Bump vond weinig verschillen in risicofactoren tussen witte en zwarte vrouwen. Harde uitspraken over etnische verschillen bij het ontstaan van een prolaps vereisen echter een eenduidiger afbakening van de verschillende etnische groepen. Bovendien gaat het bij dit soort onderzoek om vrouwen die actief hulp hebben gezocht, en de uitkomsten zijn dus niet zonder meer extrapoleerbaar naar de gehele bevolking. Daarnaast rijst de vraag of er wellicht culturele verschillen bestaan in de mate waarin vrouwen medische hulp inroepen voor ervaren bekkenbodemproblematiek.[17]

Preventie

Op het gebied van de primaire preventie van prolaps werden geen onderzoeksartikelen gevonden, maar wel een – gedegen – overzichtsartikel.[12] Hierin wordt gepleit voor een obstetrisch beleid waarin aandacht is voor het voorkomen van langetermijncomplicaties zoals urine-incontinentie en genitale prolaps. Op basis van de door hen gedefinieerde risicofactoren pleiten *Handa et al.* voor een reductie van het aantal forcepsextracties en episiotomieën, voor een goede begeleiding van de uitdrijvingsfase en het overgaan tot een sectio caesarea. Zoals al vermeld, zijn de uitspraken in dit artikel echter vooral gebaseerd op neurofysiologische literatuur, waardoor de relatie met de kliniek niet steeds even duidelijk is.

De auteurs wijzen overigens ook op de nadelen van het routinematig uitvoeren van sectio's ter voorkoming van bekkenbodembeschadiging: een grotere perioperatieve morbiditeit en de hoge kosten van een dergelijke bevalling. Voortbordurend op deze economisch-budgettaire overweging zou de balans echter op de lange duur wel eens naar de andere kant kunnen doorslaan: de impact en kosten van de verschillende vormen van bekkenbodembeschadiging zijn wellicht van meer gewicht dan deze korte-termijnoverwegingen. De auteurs bepleiten daarom verder onderzoek om tot een goede indicatiestelling te komen voor de electieve sectio voor vrouwen met een duidelijk verhoogd risico op het ontwikkelen van een prolaps.[12]

Een search naar de rol van bekkenbodemspieroefeningen ter voorkoming van een prolaps, eventueel reeds in het kraambed, leverde niets op.

Klachten

Wij vonden vijf artikelen over klachten die kunnen optreden bij een prolaps, maar niet één inventarisatie van de klachten waarmee vrouwen zich op het spreekuur melden.

In een onderzoek naar grote gynaecologische ingrepen bij oudere vrouwen bestonden de belangrijkste klachten bij een prolaps uit dagelijks ongemak en angst.[18] Ook hadden vrouwen met een prolaps vaak last van incontinentie voor urine.[19] Hoewel er een sterke relatie leek te bestaan tussen urine-incontinentie en incontinentia alvi, kon niet worden aangetoond dat incontinentie voor feces vaker zou voorkomen bij een prolaps.[20]

Een onderzoek naar lage-rugpijn liet zien dat pijn bij een occulte of subklinische prolaps (cervix blijft boven de introïtus, maar is rekbaar tot daarbuiten) prominent aanwezig was. Dit leek echter minder op de voorgrond te staan bij uitgesproken – derdegraads – prolapsen.[21] Dit zou komen doordat chronische tractie bij een klinische prolaps tot fibrosering van de zenuwbundels in de ligamenta sacro-uterina en rotunda leidt.

Wat betreft het seksueel functioneren bij een prolaps werd door *Weber et al.*[22] geen verschil gevonden met vrouwen zonder prolapsklachten.

Therapie

In eerste instantie werd gezocht naar algemene artikelen over de behandeling van een prolaps. Dit leverde slechts overzichtsartikelen op.[23-25] Publicaties over het effect van bekkenbodemspieroefeningen als behandeling van prolaps werden niet gevonden, evenmin als vergelijkende studies naar de voor- en nadelen van conservatieve en chirurgische therapie. Daarom werd nader gezocht op de trefwoorden 'pessaries' en 'surgery'.

Pessarium

Over het pessarium als behandeling voor de genitale prolaps werd slechts één onderzoeksartikel gevonden.[4] De overige literatuur op dit terrein bestaat uit overzichtsartikelen en klinische lessen.[23-30]

Van den Bosch komt op basis van een retrospectief onderzoek onder 27 pessariumgebruiksters tot de conclusie dat het pessarium een goed geaccepteerde behandelwijze voor prolapsklachten lijkt te zijn, zonder veel complicaties en met weinig bijwerkingen. Hij bepleit het uitvoeren

van een objectief, vergelijkend onderzoek op basis van grotere patiëntenaantallen.[4]

In de vier klinische lessen werd echter gewag gemaakt van een aantal ernstige complicaties bij het gebruik van een steunpessarium, variërend van incarceratie van darmweefsel[27] en ingroei in cervixweefsel[28] tot diverse urologische complicaties.[29,30] In de overzichtsartikelen werd gesteld dat operatieve correctie veelal eerste keus is, maar werd tevens een aantal indicaties gegeven voor pessariumgebruik. Volgens *Zeitlin* zou met name de toepassing voor oudere vrouwen bij wie een operatie niet geschikt lijkt nader onderzocht moeten worden.[26] *Vlaanderen* pleit voor het gebruik van het pessarium, waarbij de vrouw dagelijks zelf de ring inbrengt en verwijdert. Veel van de – vooral door specialisten genoemde – bezwaren van het dragen van een ring (irritatie, ulcera, foetor, fluor) zouden hiermee worden voorkomen.[3]

Chirurgie

Ten aanzien van operatief ingrijpen werd één prospectieve studie gevonden. Hierin werden 191 vrouwen gevolgd die een standaardprolapsplastiek hadden ondergaan. De morbiditeit bleek gering: blaas/en of rectumlaesies kwamen niet voor. De sterfte na de ingreep was 1 procent, het aantal recidieven kwam uit op 4 procent na vier maanden en 6 procent na een jaar.[31]

Aangezien gerandomiseerd onderzoek ontbrak, selecteerden wij tevens een aantal ongecontroleerde studies. Het belangrijkste selectiecriterium hierbij was de duur van de follow-up (ten minste drie jaar). Dit resulteerde in nog eens drie bruikbare publicaties.[32-34]

Lecuru et al. kwamen tot de conclusie dat de resultaten op zowel korte als lange termijn goed zijn. Zij vonden geen ernstige morbiditeit in samenhangen met de operatie; de belangrijkste postoperatieve complicatie was een urineweginfectie. Bij een follow-up van gemiddeld 38 maanden bleek in 87 tot 100 procent van de geopereerde patiënten sprake te zijn van een goed anatomisch resultaat. De auteurs stellen dat recidieven op lange termijn (evenals op korte termijn) zeldzaam zijn.[32] Ook in ander onderzoek bleek dat de resultaten op lange termijn (follow-up van 10 jaar) bevredigend waren, terwijl de recidiefkans verwaarloosbaar klein was.[33]

Porges & Smilen daarentegen vonden dat de kans op het ontwikkelen van een recidief kon oplopen tot ruim 15 procent. Deze recidiefkans bleek direct samen te hangen met de ernst van de prolaps.[34] Ook het onderzoek van *Mant et al.* naar het vóórkomen van een prolaps na een uterusextirpatie wees erop dat een operatie niet zo succesvol zou zijn. De incidentie van een prolaps na een voorafgaande prolapsplastiek bedroeg 16 per 1000.[11]

Beschouwing

De meest in het oog springende conclusie van deze literatuurstudie is, dat er zo weinig bekend is over de prolaps. Over het natuurlijk beloop hebben we zelfs geen enkel onderzoek gevonden. Terwijl het merendeel van de prolapspatiënten behandeld wordt in de huisartspraktijk,[2] verschijnt verreweg de meeste literatuur met betrekking tot de prolaps vanuit de gynaecologie. In de vijf meest vooraanstaande Engelstalige huisartsentijdschriften werd zelfs geen enkel artikel over de prolaps aangetroffen.

Er werd geen enkele gerandomiseerde studie gevonden op basis waarvan men een goed geïnformeerde keuze zou kunnen maken voor conservatieve dan wel chirurgische behandeling. Nergens hebben wij duidelijke indicaties kunnen vinden voor het een of het ander, en een vergelijkend onderzoek naar voor- en nadelen van de belangrijkste behandelmethoden – pessarium en chirurgie – is evenmin voorhanden. Tevens ontbreken studies naar het effect van bekkenbodemspieroefeningen bij de behandeling van prolaps.

Ook is weinig onderzoek verricht naar de symptomen die horen bij de prolaps. Uit overzichtsartikelen en leerboeken[35-38] komt weliswaar een vrij eenduidig beeld naar voren van deze klachten, maar niet duidelijk wordt hoe vaak de diverse klachten daadwerkelijk voorkomen in de praktijk. Rugpijn zou mogelijk toch een belangrijker relatie met een prolaps kunnen hebben dan algemeen wordt aangenomen.

Momenteel is er binnen de verloskunde een discussie over een aanpassing van het obstetrisch beleid met sneller ingrijpen en electieve sectio's ter preventie van prolaps en incontinentie. Tegen deze achtergrond is de schaarste aan onderzoeksgegevens schrijnend. Onderzoek naar de rol van de vaginale bevalling, traditioneel een van de belangrijkste etiologische factoren in het ontstaan van de prolaps, ontbreekt immers vrijwel geheel. Dit valt ten dele te verklaren doordat onderzoek naar obstetrische factoren en beschadiging van de bekkenbodem zich op een fundamenteler, neurofysiologisch niveau afspeelt, waarbij de koppeling met het klinische beeld veelal niet wordt gemaakt. Juist deze relatie met de kliniek is echter essentieel.

Tenslotte is niet bekend hoeveel vrouwen met een prolaps hiervoor hulp vragen. Waarschijnlijk komt de prolaps – net als urine-incontinentie[49] – in de open bevolking veel vaker voor dan blijkt uit morbiditeitsregistraties in de huisartspraktijk.[40] Dit roept een aantal vragen op. Waarom melden vrouwen zich bij de huisarts? Hangt dit – zoals gesuggereerd door *Bump*[17] – af van de kennis die men heeft over de prolaps? Of spelen andere factoren een rol bij de hulpvraag?

Onze literatuurstudie laat zien dat verscheidene aspecten van de prolaps onvoldoende zijn onderzocht. In het bijzonder in het kader van de discussies die gevoerd worden over preventie ontbreken veel relevante gegevens. Ook ten aanzien van de symptomen en de invloed hiervan op het dagelijks leven bij vrouwen met een prolaps blijven veel vragen onbeantwoord. Hetzelfde geldt voor het maken van een keuze tussen conservatieve en chirurgische behandeling.

Literatuur

1 Continue Morbiditeits Registratie. Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut, 1991-1995. Diskette met CMR-gegevens.

2 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
3 Vlaanderen W. Eerherstel voor het pessarium. Huisarts Wet 1996;39:16-7.
4 Van den Bosch WJHM. Het pessarium als behandeling voor prolaps van de vagina. Huisarts Wet 1983;26:411-13.
5 Lammes FB. De behandeling van de genitale prolaps bij de hoogbejaarde vrouw. Ned Tijdschr Geneeskd 1997;141:2148-52.
6 Lagro-Janssen T, Van Manen M. Alles weggehaald. Een onderzoek naar de relatie tussen uterusextirpatie en medische consumptie. Huisarts Wet 1986;29:137-40.
7 ICHPPC-2-defined. International Classification of Health Problems in Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1980.
8 Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, Straat JM, Van der Velden HGM. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1978-82. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
9 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
10 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
11 Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association study. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:579-85.
12 Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 1996;88:470-8.
13 Norton PA, Baker JE, Sharp HC, Warenski J. Genitourinary prolapse and joint hypermobility in women. Obstet Gynecol 1995;85:225-8.
14 El-Shahaly HA, El-Sherif AK. Is the benign joint hypermobility syndrome benign? Clin Rheumatol 1991;10:302-7.
15 Spence-Jones C, Kamm MA, Henry MM, Hudson CN. Bowel dysfunction: a pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence. Br J Obstet Gynaecol 1994;101:147-52.
16 Jorgenson S, Hein HO, Gyntelberg F. Heavy lifting at work and risk of genital prolapse and herniated lumbar disc in assistent nurses. Occup Med Oxf 1994;44:47-9.
17 Bump RC. Racial comparisons and contrasts in urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 1993;81:421-5.
18 Panayiotis G, Ellenbogen A, Grunstein S. Major gynecologic surgical procedures in the aged. J Am Geriatr Soc 1978;26:459-62.
19 Lagro-Janssen T. Nooit op tijd. Een onderzoek naar urine-incontinentie bij de vrouw. Huisarts Wet 1986;29:38-41.
20 Jackson SL, Weber AM, Hull TL, et al. Fecal incontinence in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 1997; 89:423-7.
21 Hastwell GB. Psychogenic pain or occult prolapse syndrome? Med J Aust 1986;144:405-7.
22 Weber AM, Walters MD, Schover LR, Mitchinson A. Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol 1995;85:483-7.
23 De Mola JR, Carpenter SE. Management of genital prolapse in neonates and young women. Obstet Gynecol Surv 1996;51:253-60.
24 Wall LL. Medical management of pelvic relaxation. Curr Opin Obstet Gynecol 1993;5:440-5.
25 Harris TA, Bent AE. Genital prolapse with and without urinary incontinence. J Reprod Med 1990;35:792-8.
26 Zeitlin MP, Lebherz TB. Pessaries in the geriatric patient. J Am Geriatric Soc 1992;40:635-9.
27 Ott R, Richter H, Behr J, Scheel J. Small bowel prolapse and incarceration caused by a vaginal ring pessary. Br J Surg 1993;80:1157.
28 Sivasuriya M. Cervical entrapment of a polythene vaginal ring pessary – a clinical curiosity. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1987;27:168-9.
29 Dasgupta P, Booth CM. Uraemia due to ureteric obstruction of a solitary kidney by a vaginal ring pessary. Scand J Urol Nephrol 1996;30:493-4.
30 Meinhardt W, Schuitemaker NW, Smeets MJ, Venema PL. Bilateral hydronephrosis with urosepsis due to neglected pessary. Case report. Scand J Urol Nephrol 1993;27:419-20.
31 Milani AL, Flu PK, Vierhout ME, Wallenburg HCS. Resultaten en complicaties van vaginale correctie van prolapsus vaginae et uteri, met of zonder incontinentia urinae; een prospectief onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 1993;137:250-5.
32 Lécuru F, Taurelle R, Clouard Ch, Attal JP. Traitement chirurgical des prolapsus génito-urinaires par voie abdominale; résultats d'une série continue de 203 interventions. Ann Chir 1994;48: 1013-9.
33 Senèze J, Levardon M, Bouquet de Jolinière J. Traitement des prolapsus génitaux; résultats à long terme. Bull Acad Natle Med 1995;179: 1643-56.
34 Porges RF, Smilen SW. Long-term analysis of the surgical management of pelvic support defects. Am J Obstet Gynecol 1994;171:1518-26.
35 Jackson S, Smith P. Diagnosing and managing genitourinary prolapse. BMJ 1997;314:875-80.
36 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. 2e druk. Utrecht: Bunge, 1994.
37 Treffers PE, Heintz APM, Keirse MJNC, Rolland R, redactie. Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens. 2e druk. Utrecht: Bunge, 1995.
38 Lammes FB. Praktische gynaecologie. 6e druk. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
39 Lagro-Janssen ALM. Urine-incontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1991.
40 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985. ■

Abstract

Helmich E, Lagro-Janssen T. Genital prolapse. Review of etiology, symptoms/signs and therapy. Huisarts Wet 1998; 41(12):570-5.

Objective To summarize the literature on genital prolapse, focusing on etiology, symptoms/signs and therapy.

Methods A Medline-search (1983-1997) and a PsychLIT-search (1974-1997), combined with the CD-rom registers of *Huisarts en Wetenschap* (1957-1996) and the *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (1986-1996).

Results Vaginal delivery, hysterectomy, age, obesity, joint hypermobility, bowel dysfunction and heavy lifting are found to be risk factors in the etiology of prolapse. Considering the role of labor in acquiring a prolapse the connection with the clinical picture is missing. Low backpain possibly is more frequently present than supposed in general. An overall study of symptoms and signs however is not present. The results of operative treatment seem favourable, but a prospective study comparing surgery and pessaries is lacking.

Conclusions Research on genital prolapse is far to little pointed at the general practice. Especially studies concerning symptoms and signs suffered by women having a prolapse as well as literature on the effects of conservative treatment are missing.

Correspondence Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, Department of General Practice, PO Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands.