

# Functie en disfunctie van de bekkenbodem

## INLEIDING

Bekkenbodemproblemen komen zeer frequent voor. Tijdens lichamelijk onderzoek wordt bij de helft van de vrouwen die vaginaal bevallen zijn een verzakking gevonden.<sup>1</sup> Gelukkig hebben niet al deze vrouwen klachten, maar blijktens Nederlands onderzoek heeft 1 op de 8 vrouwen in de leeftijd 45-85 jaar een symptomatische verzakking.<sup>2</sup> Van alle volwassen vrouwen heeft 30 tot 40% urine-incontinentie.<sup>3</sup> Naast deze voor de hand liggende bekkenbodemproblemen, zijn er nog meer klachten waarin de bekkenbodem een duidelijke rol speelt. In dit artikel bespreken wij de functie en disfunctie van de bekkenbodem, de relatie met klachten en behandelopties.

## FUNCTIE VAN DE BEKKENBODEM

De bekkenbodem is een complexe structurele eenheid op de bodem van de abdominale holte die een soort hangmat vormt voor de inwendige bekkenorganen. De bekkenbodem bestaat uit een spiergroep (de m. levator ani, bestaande uit m. coccygeus, m. ileococcygeus, m. pubococcygeus en m. puborectalis), bindweefsel en ligamenten, die aan het benige bekken vastzitten en het afsluiten [figuur]. In de bekkenbodem bevindt zich een aantal openingen waardoorheen bij mannen twee en bij vrouwen drie structuren lopen: urethra, vagina en rectum/anus.

## Samenvatting

*Withagen MJ. Functie en disfunctie van de bekkenbodem. Huisarts Wet 2015;58(11):600-3.*

Bekkenproblemen komen frequent voor. De bekkenbodem bestaat uit een groep spieren en ligamenten die samen het benige bekken afsluiten. Een normaal functionerende bekkenbodem moet steun geven aan de bekkenorganen en extra kunnen aanspannen om continent te blijven, maar ook op het juiste moment kunnen ontspannen om te urineren, defeceren, coïteren of baren. Als de bekkenbodem onderactief is en te weinig steun geeft, kan dat leiden tot incontinentie voor urine of ontlasting, en tot verzakking van uterus, blaas en rectum. Anderzijds kan een te sterk aangespannen, overactieve bekkenbodem leiden tot dyspareunie, obstipatie, klachten van een overactieve blaas, recidiverende urineweginfecties en chronische buik- en bekkenpijn. Vaak heeft een patiënt klachten tegelijk, maar staat er één op de voorgrond. Daarom is het zaak ook andere, soms zeer verschillende klachten uit te vragen en de samenhang duidelijk in beeld te brengen. Bekkenfysiotherapie kan een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling.

In rust moeten de bekkenbodemspieren een basisspanning hebben waardoor zij steun kunnen geven aan de bekkenorganen, zodat deze niet uitzakken. Bij inspanning, zoals bij lopen of hoesten, moeten de bekkenbodemspieren extra aanspannen om de organen op hun plaats te houden en verlies van urine en ontlasting te voorkomen. Om normaal te kunnen urineren, defeceren en gemeenschap te hebben, moet de bekkenbodem op het juiste moment kunnen ontspannen. Een vaginale bevalling vergt optimale ontspanning en de bekkenbodem moet tijdelijk ook verder oprekken om het kind te laten passeren.

Wanneer de basisspanning van de bekkenbodem niet adequaat is (te gespannen of te ontspannen), wanneer een deel van de bekkenbodem beschadigd is of wanneer zenuwen die de bekkenbodem aansturen beschadigd zijn, kan er een disfunctie van de bekkenbodem ontstaan.

## ONDERACTIVITEIT VAN DE BEKKENBODEM

Als bekkenbodemspieren niet goed kunnen aanspannen (onderactief zijn) of deels beschadigd zijn, kan daardoor een aantal klachten ontstaan, waaronder stressincontinentie voor urine, fecale incontinentie en prolaps [tabel].

## Stressincontinentie

Stressincontinentie is een klacht die bij vrouwen zeer frequent voorkomt.<sup>3</sup> Het weefsel onder de urethra bezit niet meer voldoende stevigheid om er de plasbuis mee te kunnen dichtdrukken bij drukverhogende momenten, en daardoor kan urineverlies optreden. Dit type urineverlies kan worden behandeld met leefstijlaanpassingen, bekkenbodem oefeningen, bekkenfysiotherapie (met nadruk op kracht, duurzaamheid van contractie en coördinatie), een klaptampon,<sup>13</sup> een pessarium of een operatie waarbij een mid-urethrale tape wordt geplaatst.<sup>14</sup> Een Nederlands gerandomiseerd onderzoek heeft aangetoond dat een mid-urethrale tape effectiever is dan bekkenfysiotherapie als primaire behandeling voor matige tot ernstige stressincontinentie.<sup>15</sup>

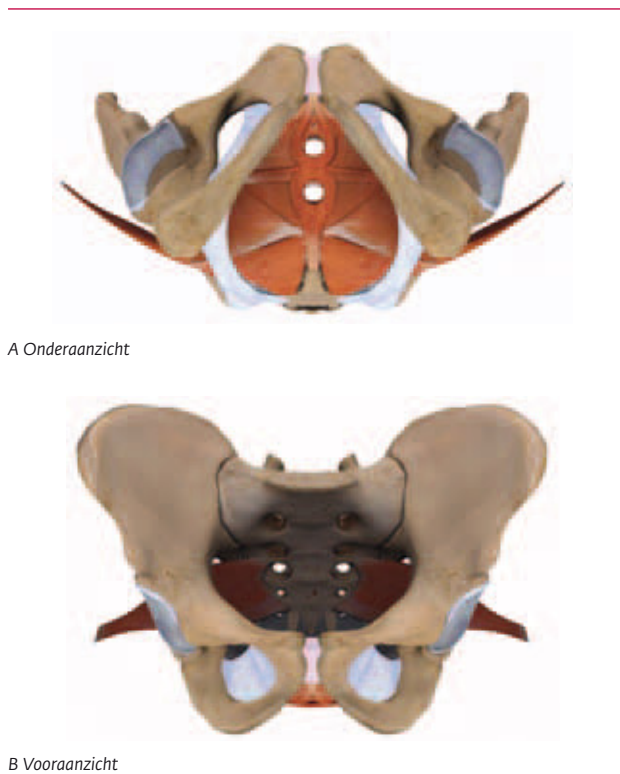
## Fecale incontinentie

Fecale incontinentie kan optreden door verslapping of beschadiging van de anale kring spier of de bekkenbodemspieren, of door schade aan de zenuwen die deze spieren aansturen. An-

## De kern

- Een goed functionerende bekkenbodem heeft een normale basisspanning en kan adequaat aan- en ontspannen.
- Een onder- of overactieve bekkenbodem kan uiteenlopende klachten geven; het is zaak daarin de samenhang te zoeken.
- Bekkenfysiotherapie zal vaak deel uitmaken van de behandeling.

UMC Utrecht, Divisie Vrouw en Baby, Voortplanting en Gynaecologie, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht; dr. M.I.J. Withagen, urogynaecoloog (tevens Bergman Clinics|Vrouwenzorg Bilthoven) • Correspondentie: m.i.j.withagen@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: Auteur ontving financiële vergoeding van Astellas voor het geven van een nascholing 'Bekkenbodemproblematiek'. Daarnaast ontving zij subsidie van de firma Johnson & Johnson voor onderzoek naar recidieve en primaire prolaps (2010).

**Figuur** De vrouwelijke bekkenbodem

dere oorzaken zijn verminderde elasticiteit van het rectum, verandering van het gevoel in het rectum of chronische diarree. Verlies van ontlasting kan worden tegengegaan door te zorgen voor betere lediging van het rectum (vezelrijke voeding of supplementen, rectale spoelingen), of, in geval van diarree, door juist loperamide voor te schrijven. Naast deze maatregelen is bekkenfysiotherapie, waarin de nadruk gelegd wordt op kracht, duurzaamheid van contractie, coördinatie en soms rectale ballontraining, een goede behandeling. Operaties zijn alleen effectief bij specifieke afwijkingen, zoals rectale prolaps, een fistel of recent obstetrisch letsel aan de anale sfincter. Soms is sacrale neuromodulatie een optie.<sup>5</sup>

### Prolaps

Prolaps of verzakking van de bekkenorganen kan een gevolg zijn van een onderactieve bekkenbodem of schade aan de bekkenbodem. Bij een normaal werkende levator ani is de bekkenbodem gesloten en staat er geen spanning op de ligamenten en kapsels die uterus, blaas, rectum en vagina op hun plaats houden. Als de m. levator ani volledig ontspannen is, staat de bekkenbodem open en zijn het de ligamenten en kapsels die de organen op hun plaats moeten houden.<sup>10</sup> Voor kortere periodes is dit geen probleem, maar als het langer duurt zakken de wanden van de organen uit en ontstaat er een cystocele, rectocele, enterocele, rectumprolaps of descensus uteri. Voor een verzakking die geen klachten geeft, is geen behandeling nodig. Bij een beginnende prolaps kunnen

**Tabel** Prevalentie van bekkenbodempdisfunctie naar geslacht

Bekkenbodem	Aandoening	Prevalentie	
		vrouwen	mannen
Onderactief	stressincontinentie <sup>3,4</sup>	20%	zeldzaam, iatrogeen
	prolaps <sup>2,5</sup>	12%	0,5% (rectumprolaps)
	fecale incontinentie <sup>6</sup>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ gemiddeld 8% (vrouwen en mannen samen)</li> <li>■ 20-29 jaar 2,6% (vrouwen en mannen samen)</li> <li>■ &gt; 70 jaar 15,3% (vrouwen en mannen samen)</li> </ul>		
Overactief	dyspareunie <sup>7</sup>	30% (indien gemeenschap)	–
	obstipatie <sup>8</sup>	10-20% (vrouwen en mannen samen)	
	overactieve blaas <sup>9</sup>	10-12% (vrouwen en mannen samen)	
	recidiverende urineweginfectie <sup>10</sup>	10%	–
	chronische buik- en bekkenpijn <sup>11,12</sup>	14-24%	3-4%

de klachten met bekkenfysiotherapie worden verminderd.<sup>16</sup> In verder gevorderde stadia is een pessarium of verzakkingsoperatie nodig.

### OVERACTIVITEIT VAN DE BEKKENBODEM

Als de bekkenbodem te 'gespannen' is, kunnen klachten ontstaan, zoals dyspareunie, obstipatie, overactieve blaas (soms met urgency-incontinentie), recidiverende urineweginfecties en chronische buik- en bekkenpijn [tabel].

### Dyspareunie

Pijn tijdens de geslachtsgemeenschap kan ontstaan door primaire overactiviteit of in stand gehouden worden door secundaire overactiviteit van de bekkenbodem.<sup>17</sup> Beide vormen van overactiviteit kunnen een scala aan oorzaken hebben: primaire overactiviteit kan het gevolg zijn van stress, een operatie in het bekkengebied, taboes of negatieve (seksuele) ervaringen; secundaire overactiviteit kan een gevolg zijn van dyspareunie en pijn door een infectie, vulvaire dermatose, endometriose of atrofie. Naast behandeling van de onderliggende oorzaak kan bekkenfysiotherapie met relaxatie, eventueel biofeedback en pelottes, een goede aanvulling zijn. Sommige patiënten hebben seksuologische begeleiding nodig.

### Abstract

*Withagen MIJ. Function and dysfunction of the pelvic floor. Huisarts Wet 2015;58(11):600-3.* Pelvic floor disorders are common. The muscles and ligaments of the pelvic floor support the pelvic organs and span the bottom of the pelvis. Additional contraction of the muscles maintains continence, whereas relaxation at the appropriate moment allows urination, defaecation, intercourse, and birth. Underactive pelvic floor muscles that provide too little support can give rise to urinary and faecal incontinence and vaginal, rectal, or bladder prolapse. In contrast, overactive pelvic floor muscles can give rise to dyspareunia, constipation, overactive bladder, recurrent urinary tract infections, and chronic abdominal or pelvic pain. Although patients often experience several symptoms at the same time, one is usually more pronounced. This is why it is important to ask about the various, sometimes very different, symptoms and their association, in order to get a complete picture. Pelvic floor physiotherapy has an important role in treatment.



Foto: Shutterstock/Dr pixel

### Obstipatie

Obstipatie is meestal het gevolg van een stoornis in de motoriek van het colon, de bekkenbodem en/of de externe anale sfincter.<sup>8</sup> Een overactieve bekkenbodem ontspant zich onvoldoende tijdens pogingen tot defecatie (men spreekt ook wel van spastische bekkenbodemsyndroom of anisme). Vaak spant de patiënt tijdens de poging zelfs onbewust spiergroepen aan zoals de m. puborectalis en de m. sphincter ani externus (paradoxe aanspanning).<sup>8</sup> Doordat de ontlasting zich ophoopt in het rectum en het colon en daar verder indikt, wordt de defecatie steeds moeizamer. De behandelstrategie bestaat uit leefstijladviezen, toiletadvies en een vezel- en vochtrijk dieet. Relaxerende bekkenfysiotherapie is een goede aanvullende behandeling.

### Overactieve blaas

Een overactieve blaas met of zonder urgency-incontinentie kan vele oorzaken hebben: neurologische afwijkingen, urineweginfectie, blaasstenen, verdikte blaaswand, obstructie door een vergrote prostaat of prolaps, prikkeling door alcohol, koffie of medicatie, of prikkeling door een overactieve bekkenbodem. De overactiviteit van de bekkenbodem kan primair zijn, maar kan ook zijn veroorzaakt door de overactieve blaas. Relaxatie van de bekkenbodem in combinatie met blaastraining is vaak de eerste stap in het therapeutisch plan, zo nodig ondersteund met een muscarine-antagonist, zoals oxybutinine, of een bèta-3-agonist, zoals mirabegron. Heeft dit onvoldoende effect,

dan zijn er nog effectieve behandelopties, zoals botulinetoxine in de blaas, percutane stimulatie van de n. tibialis (PTNS) of sacrale neuromodulatie (SNS).<sup>14</sup>

### Urineweginfecties

Recidiverende urineweginfecties worden vooral veroorzaakt door micro-organismen afkomstig uit de fecale flora die de blaas koloniseren. Bij veel infecties speelt residuvorming en stase van urine een rol, ontstaan door bijvoorbeeld een neurogene blaasfunctiestoornis, een te geringe mictiefrequentie, pendel van urine binnen de urinewegen of obstructie als gevolg van een vergrote prostaat, een grote verzakking of een overactieve bekkenbodem. Andere oorzaken van urineweginfecties zijn atrofie, een verminderde weerstand en geslachtsgemeenschap. Behandel mogelijkheden zijn lokale oestrogenen bij atrofie, profylaxe met antibiotica, preventie met cranberryproducten, mictie(re-)educatie, optimalisering van het defecatiepatroon met vezels en relaxatie van de bekkenbodem met bekkenfysiotherapie.<sup>18</sup>

### Buik- en bekkenpijn

Chronische buik- en bekkenpijn is een intermitterende of continu aanwezige pijn in de onderbuik of het bekken, die minstens zes maanden aanwezig is en niet uitsluitend optreedt bij menstruatie, coïtus of zwangerschap.<sup>19</sup> Lichamelijke, psychologische, sociale en seksuologische factoren kunnen een rol spelen. Vaak is de spierspanning in de bek-

kenbodem te hoog, waardoor sommige organen en zenuwen langdurig onder druk komen te staan. Zowel bij mannen als bij vrouwen kan dit leiden tot pijnklachten in onderbuik, kruis en liezen, pijn in de rug, moeilijk plassen of pijn bij het vrijen. De klachten kunnen bij mannen sterk doen denken aan een prostaatontsteking of prostatodynie. Een zittend beroep, een prostaatontsteking, een traumatische bevalling, een vaginale infectie of een gynaecologische operatie zijn risicofactoren voor overactiviteit en chronische pijn. Maar de verhoogde bekkenbodemsparing en de pijnklachten kunnen ook andere oorzaken hebben, zoals verkeerd aangeleerd plasgedrag, stress of negatieve seksuele ervaringen. Naast de behandeling van de onderliggende oorzaak (stress, onverwerkt verleden, initiële infectie) zijn bekkenbodemrelaxatie en bekkenbodem(re)-educatie een belangrijke ingang voor de behandeling.

### BESCHOUWING

De bekkenbodem is een complexe functionele eenheid met twee tegengestelde functies. De eerste functie is steun geven aan de inwendige organen in het bekken om te voorkomen dat deze uitzakken, en verlies van urine en ontlasting tegengaan. Maar op het juiste moment moet de bekkenbodem ook urine, ontlasting of een kind kunnen laten passeren en geslachtsge-meenschap mogelijk maken. Een juiste aansturing is dus van groot belang om het evenwicht tussen over- en onderactiviteit te handhaven. Een verstoring van dit evenwicht kan verschillende klachten geven. De patiënt heeft vaak diverse klachten die passen bij een over- of juist onderactieve bekkenbodem. Het loont dan – zeker bij kenmerkende bekkenbodemklachten maar ook bij minder voor de hand liggende klachten – om de bekkenbodem te onderzoeken (basisspanning, aanspannen en ontspannen) en andere mogelijke klachten uit te vragen. De klachten met elkaar in verband brengen geeft de patiënt vaak inzicht.

Bekkenfysiotherapie, in de vorm van re-educatie, krachttraining, coördinatie-training en relaxatie-training door een erkend bekkenfysiotherapeut, kan zeer effectief zijn bij een disfunctionele bekkenbodem.<sup>10</sup> Van groot belang zijn de motivatie van de patiënt, voldoende tijd en persoonlijke aandacht van de therapeut, en goede feedback over de spanning van de bekkenbodemspieren door middel van toucher of myofeedback. De behandeling kan worden uitgebreid met biofeedback, elektrostimulatie of pelottes.

### CONCLUSIES

- De bekkenbodem heeft tegenstrijdige functies: steun geven aan de bekkenorganen, maar op het juiste moment ontspannen om urine, ontlasting of een kind te laten passeren.
- Als de bekkenbodem onderactief of beschadigd is, kan dit leiden tot stressincontinentie, fecale incontinentie of pro-

laps. Vaak heeft de patiënt meerdere van deze klachten tegelijk.

- Als de bekkenbodem overactief is, kan dit leiden tot dyspareunie, obstipatie, overactieve blaas, recidiverende urineweginfecties en chronische buik- en bekkenpijn. Vaak heeft de patiënt verschillende van deze klachten tegelijk.
- Door de spanning en ontspanning van de bekkenbodem te beoordelen en de klachten in samenhang uit te vragen, kan men de patiënt op het juiste spoor zetten.
- Bekkenfysiotherapie kan zeer effectief zijn bij een onder- overactieve bekkenbodem, mits de patiënt gemotiveerd is. ■

### LITERATUUR

- 1 Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:CD004014.
- 2 Sliker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:184.e1-7.
- 3 Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag*. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1150-7.
- 4 Børgermann C, Kaufmann A, Sperling H, Stöhrer M, Rübber H. The treatment of stress incontinence in men: part 2 of a series of articles on incontinence. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:484-91.
- 5 Steele SR, Varma MG, Prichard D, Bharucha AE, Vogler SA, Erdogan A, et al. The evolution of evaluation and management of urinary or fecal incontinence and pelvic organ prolapse. *Curr Probl Surg* 2015;52:17-75.
- 6 Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, Mueller ER, Tuteja A, et al. Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology* 2009;137:512-7.
- 7 Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Reece M, Fortenberry JD. Pain experienced during vaginal and anal intercourse with other-sex partners: findings from a nationally representative probability study in the United States. *J Sex Med* 2015;12:1040-51.
- 8 Smout AJ, Brummer RJ. Gastro-intestinale chirurgie en gastro-enterologie IX. Obstipatie: oorzaken en diagnostiek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:878-84.
- 9 Wyndaele JJ. Overactive bladder, differential diagnosis, and clinical utility of fesoterodine. *Int J Gen Med* 2012;5:943-51.
- 10 Textbook of female urology and urogynecology. 2nd ed. Milton Park: Informa Healthcare, 2006.
- 11 Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician* 2014;17:E141-7.
- 12 Zhang R, Sutcliffe S, Giovannucci E, Willett WC, Platz EA, Rosner BA, et al. Lifestyle and risk of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in a cohort of US male health professionals. *J Urol* 2015. [Epub ahead of print].
- 13 Thyssen H, Bidmead J, Lose G, Møller Bek K, Dwyer P, Cardozo L. A new intravaginal device for stress incontinence in women. *BJU Int* 2001;88:889-92.
- 14 Bosch R, Van Balken M, Heesakkers J, Koldewijn E, De Kort L, Dietz V, et al. Richtlijn Urine-incontinentie voor de tweede en derde lijnszorg. Utrecht: NVU/NVOG, 2013.
- 15 Labrie J, Berghmans BL, Fischer K, Milani AL, Van der Wijk I, Smalbraak DJ, et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *N Engl J Med* 2013;369:1124-33.
- 16 Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, et al. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:796-806 [Erratum in *Lancet* 2014;384:28].
- 17 Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction; report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2005;24:374-80.
- 18 Van Haarst EP, Bootsma AMJ, Elzevier HW, Froeling FMJA, Geerlings SE, Jansen FH, et al. Richtlijn Bacteriële urineweginfecties bij adolescenten en volwassenen. Utrecht: NVU, 2009.
- 19 Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al.; European Association of Urology. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol* 2010;57:35-48.