

Uterovaginale prolaps

INLEIDING

Uterovaginale prolaps komt bij oudere vrouwen regelmatig voor. De aandoening bestaat uit het verzakken van de uterus, de blaas (via de vaginavoorwand), het rectum (via de vagina-achterwand), de dunne darm (via de fornix posterior) of een combinatie hiervan. Een verzakking hoeft geen klachten te geven. Als een vrouw wel klachten heeft, zijn deze vaak zeer divers: een 'balgevoel', pijn in onderbuik en/of onderrug, mictieklachten, defecatieproblematiek en dyspareunie. De klachten zijn meestal niet ernstig en doorgaans te verhelpen met een ringpessarium.

De incidentie van prolaps vagina/uterus (X87) in de huisartsenpraktijk is 2 per 1000 vrouwen per jaar. De aandoening komt het meest voor bij vrouwen boven de 45 jaar.¹

ACHTERGROND

Definitie

Men spreekt van een prolaps ('verzakking') als één of meer organen van het kleine bekken vanuit de normale positie naar beneden of voorwaarts zijn verplaatst. Er kan sprake zijn van een prolaps van de vaginavoorwand (cystocele, waarbij de blaas al dan niet met de urethra uitzaakt [figuur 1]), de vagina-achterwand (rectocele, waarbij rectum uitzaakt [figuur 2]) of enterocele waarbij peritoneum met dunne darm uitzaakt) of een prolaps van de uterus en/of vaginatop. Een combinatie hiervan komt het meest voor. De mate van prolaberig wordt aangegeven met de internationaal gerelateerde standaardindeling volgens de POP-Q-indeling, waarbij de afstand tot het hymen een criterium is [figuur 3].^{2,3}

Etiologie

De bekkenbodem kan verzwakken door een grote belasting, zoals een zware bevalling. Een verzwakte bekkenbodem geeft de organen in de onderbuik minder steun. Hierdoor kunnen organen bij verhoogde intra-abdominale druk naar beneden worden gedrukt.

Het steunbindweefsel van de bekkenbodem kan zijn zwakt door (meerdere) zwangerschappen, maar ook door excessieve belasting van de bekkenbodem, zoals bij fysiek zware beroepen, chronisch hoesten, obesitas en obstipatie. Na een hysterectomie verandert de ligging van andere organen in het kleine bekken wat ook tot een verzakking (voornamelijk rectocele) kan leiden. Deze klacht komt vaker voor bij postmenopauzale vrouwen door het wegvallen van oestrogenen en omdat steunbindweefsel met het toenemen van de leeftijd zwakker wordt.⁴

Differentiaaldiagnostisch moet de huisarts verschillende benigne en maligne zwellingen in de onderbuik overwegen. Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek kan hij deze diagnoses van een verzakking onderscheiden. Bij een cystocele moet differentiaaldiagnostisch verder worden gedacht aan een urethradivertikel, deze gaat gepaard met mictieklachten. Een gesteed (submukeus) myoom en een endometrium- of cervixpoliep kunnen ook een verzakkingsgevoel in onderbuik of vagina geven; zij gaan echter vaak gepaard met menstruatiestoornissen. Ten slotte kan een vaginawandcyste een verzakkingsgevoel geven. Deze cyste geeft soms dyspareunieklachten, maar verloopt vaak asymptomatisch.

DIAGNOSTIEK

Aan de hand van de anamnese en het gynaecologisch onderzoek kan de huisarts inzicht krijgen in de ernst en het type van de verzakking. Bij de anamnese brengt hij de voorgeschiedenis in kaart (bevallingen, beroep of andere activiteiten met verhoogde intra-abdominale druk). Hij vraagt welke klachten de vrouw ervaart, of er sprake is van een 'balgevoel', van defecatieklachten of van pijn (bijvoorbeeld bij het vrijen) in de onderbuik en/of onderrug. Ten slotte vraagt hij naar mictieklachten (aandrang, frequentie, incontinentie) en menstruatiestoornissen (metrorragie, hypermenorroe) en contactbloedingen om bijkomende klachten in kaart te brengen en differentiaal-diagnoses aan te tonen of uit te sluiten.

Bij het lichamelijk onderzoek stelt hij bij het speculum-onderzoek en vaginaal toucher de mate van verzakking vast en beoordeelt de spanning van de bekkenbodem (actief aanspannen/ontspannen). Door de patiënte te laten persen (valsavamanoeuvre) of te laten hoesten is de verzakking beter te voelen en kan de arts nagaan hoe de stand is van het meest distale deel van de verzakking ten opzichte van de introitus van de vagina. Wanneer de prolaps liggend niet kan worden opgewekt, kan de manoeuvre in staande positie worden her-

Figuur 1 Voorwandprolaps



haald.⁵ Aan de hand van de verhouding ten opzichte van het hymen kan de arts het stadium van de verzakking bepalen. Bij speculumonderzoek kan mogelijk een cervixpoliep worden vastgesteld. Bij vaginaal toucher worden uterus en de adnexeën beoordeeld. Om andere diagnoses uit te sluiten vraagt de arts zo nodig aanvullende beeldvormende diagnostiek aan.

VEELGEBRUIKTE BEHANDELING

Aan de hand van de ernst van de ervaren klachten, de POP-Q-indeling en de wensen van de patiënt bepaalt de arts het beleid.⁶ De ernst van de ervaren klachten en de mate van prolaberings volgens de POP-Q-indeling gaan niet altijd gelijk op.

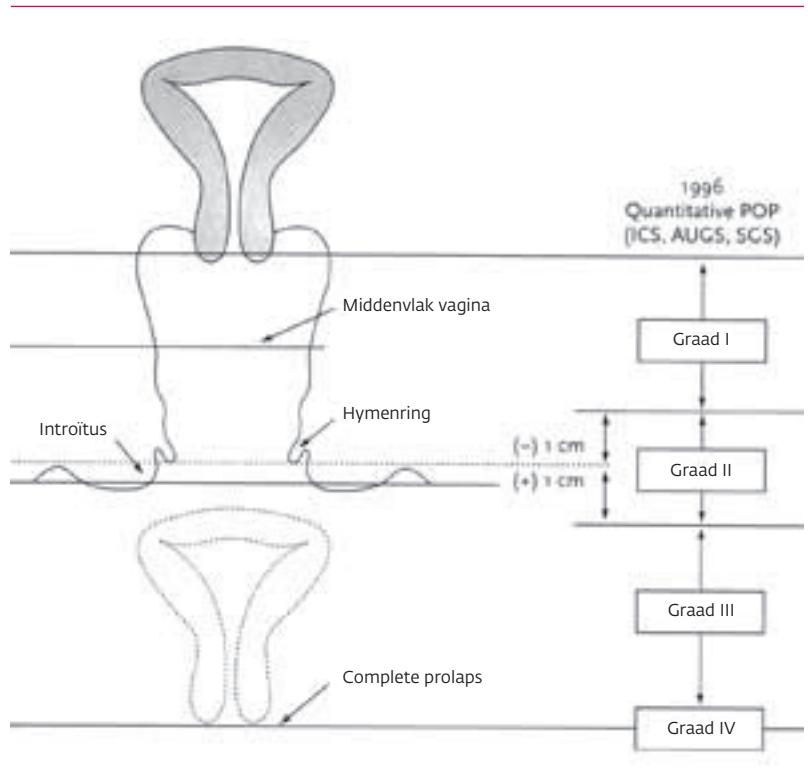
Bij milde klachten is het advies in eerste instantie contact op te nemen met de fysiotherapeut of oefentherapeut (met aanvullende scholing bekkenbodempdisfunctie) of bekkenfysiotherapeut voor bekkenbodempfysiotherapie. De klachten bij een verzakking kunnen verminderen door bekkenfysiotherapie. Wanneer de klachten onvoldoende afnemen, krijgt de patiënte een pessarium. Wanneer daardoor drukplekken aan de vaginawand ontstaan, kan de patiënte kortdurend (bijvoorbeeld twee weken) vaginale oestrogenen krijgen.

Bij ernstiger klachten komt een pessarium als eerste in aanmerking.

Bij een vergevorderde prolaberings, bij ernstige klachten of indien de ingestelde therapie niet het gewenste effect heeft, verwijst de huisarts de patiënte naar de gynaecoloog.

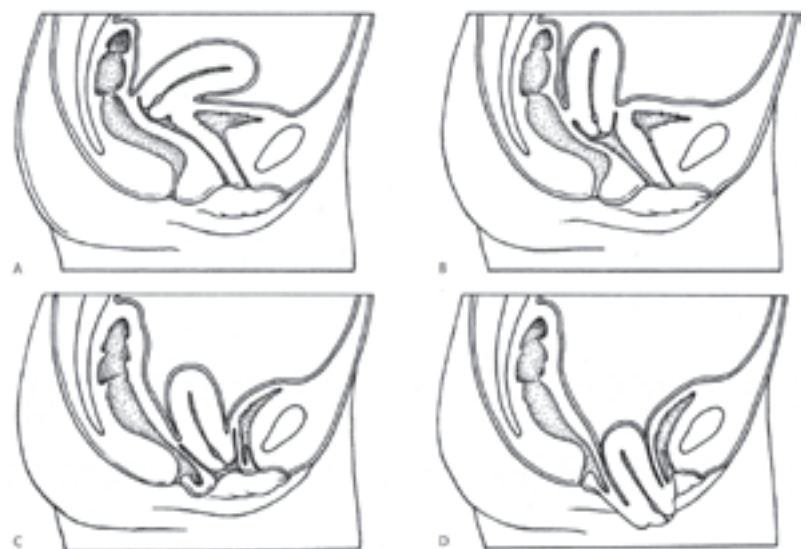
Een pessarium helpt bij de meeste vormen van verzakking, maar geeft het beste resultaat bij een verzakking van de baarmoeder en/of voorwand van de vagina. Bij een verzakking van de achterwand van de vagina geeft een pessarium een minder goed resultaat. Eerste keus voor pessaria in de huisartsenpraktijk is het ondersteunende siliconen ringpessarium [figuur 4]. Bevalt dit niet, dan zijn er nog het ruimtevullend kubuspessarium [figuur 5] (moet 's nachts worden verwijderd) of het Gelhornpessarium [figuur 6].⁸ Huisartsen moeten na plaatsing alert zijn op complicaties als toename van fluor, decubitus of bloedverlies. Een pessarium kan de mictieklachten (met name stressincontinentie) verergeren omdat de hele blaas nu weer boven het niveau van de urethra komt te liggen en het sluitme-

Figuur 3a POP-Q-indeling



chanisme van de urethra meer onder druk komt te staan. Dit fenomeen wordt gemaskeerde stressincontinentie genoemd. Ook kan een pessarium de urethra ongemerkt gedeeltelijk dicht duwen zodat de mictie wordt geobstrueerd en er een retentieblaas kan ontstaan. De huisarts moet de patiënte hierover informeren bij de eerste aanmeting van een pessarium om blijvende schade aan de blaas door retentie te voorkomen.

Figuur 3b POP-Q-indeling, verzakking volgens Baden-Walker^{5,19}



Figuur 2 Achterwandprolaps



METHODE

In december 2011 zochten we in MEDLINE en in de Cochrane Library naar gecontroleerd onderzoek en systematische literatuuronderzoeken over de behandeling bij uterovaginale prolaps. De zoektermen waren 'urogenital prolapse' [Text Word] en 'Prolapse, Urogenital'[Mesh] gecombineerd met Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]. We vonden 4 Cochrane-reviews en een review in Clinical Evidence over de behandeling van de uterovaginale collaps.⁹⁻¹² Tot slot vonden we één onderzoek dat werd gepubliceerd na de zoekdatum van de reviews.¹⁷

KLINISCHE VRAGEN

Wat is het effect van conservatieve behandelingen?

Gunstig effect. We vonden één systematisch literatuuronderzoek waarin 6 gerandomiseerde trials worden beschreven.¹⁰ In 4 onderzoeken (n = 857) werd de interventiegroep (bekkenbodemspieroefeningen) vergeleken met een controlegroep. In 3 van de 4 onderzoeken werd verbetering van symptomen gevonden ten opzichte van de controlegroep. De uitkomsten van twee onderzoeken konden worden gepoold en lieten een verbetering van de kans van stagering zien van 17% ten opzichte van de controlegroep. Voor vrouwen met een ernstige prolaps bij aanvang van het onderzoek werd bij 12 maanden geen verschil gezien maar de vrouwen in de interventiegroep hadden bij 24 maanden een minder ernstige prolaps (28%) dan in de controlegroep (72%). Het onderzoek geeft geen gedetailleerdere gegevens.¹³ In een kleiner onderzoek werden 47 vrouwen gerandomiseerd, waarbij de controlegroep alleen leefstijladviezen kreeg en de interventiegroep naast leefstijladviezen ook bekkenbodentraining onderging.¹⁴ Na 26 weken was het percentage vrouwen dat haar prolaps hetzelfde of erger vond in de interventiegroep significant lager (7/19) dan in de controlegroep (16/21) (RR 0,48; 95%-BI 0,26-0,91). Een ander onderzoek (n = 60) bekeek het effect van perioperatieve fysiotherapie bij vrouwen die werden geopereerd vanwege prolaps en/of incontinentie.¹⁵ Dit onderzoek was niet specifiek gericht op

prolaps. De onderzoekers zagen wel een significante verbetering van de mictieklachten bij een prolaps in de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep (gemiddelde reductie 3,8; 95%-BI 0,7-6,9). In weer een ander onderzoek (n = 47) werden vrouwen met prolaps graad I-II onderverdeeld in 2 groepen: fysiotherapie (duur niet vermeld) en geen interventie. De onderzoekers zagen direct na de behandeling een significant verschil in nog aanwezige 'pelvic heaviness' bij de fysiotherapiegroep (5/27 patiënten) ten opzichte van de controlegroep (14/20 patiënten) (p < 0,001).¹⁶

De review concludeert dat er bewijs is voor de effectiviteit van bekkenbodemspieroefeningen op de klachten en op de ernst van uterovaginale prolaps.

Nadelig effect. De review vermeldt geen nadelige effecten.

Wat is het effect van een steunpessarium (continue of intermitterend)?

Gunstig effect. We vonden één systematisch literatuuronderzoek uit 2004, waarin echter geen RCT's waren opgenomen.¹⁰ Wij vonden wel een gerandomiseerd crossover onderzoek uit 2007 waarin gedurende 3 maanden 134 vrouwen met prolaps graad II-IV zijn gevolgd bij het gebruik van 2 soorten pessaria (ringpessarium en Gelhornpessarium).¹⁷ Hierin was met beide typen pessaria een statistisch significante verbetering te zien van de kwaliteit van leven. Op een vragenlijst Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI) vonden de onderzoekers na 3 maanden een vermindering ten opzichte van baseline voor zowel het ringpessarium als het Gelhornpessarium: van score 70 naar 23 (p < 0,05). Met de Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire (POPIQ) vonden ze een vermindering van de score na 3 maanden van 58 naar 23 voor het ringpessarium en van 58 naar 15 voor het Gelhornpessarium (beide p < 0,05).

Nadelig effect. Het PESSRI-onderzoek meldt geen nadelige effecten van de twee pessaria.¹⁷

Wat is het effect van medicatie (oestrogenen)?

Figuur 4 Ringpessarium



Figuur 5 Kubuspessarium



Gunstig effect. We vonden één systematisch literatuuronderzoek, waarin 3 RCT's en 1 meta-analyse zijn opgenomen.¹¹ In de meta-analyse keken de onderzoekers naar de nadelige effecten van dubbelblinde hormoontherapie (raloxifen) ten opzichte van placebo bij postmenopauzale vrouwen. De review liet bij vrouwen boven de 60 jaar na 3 jaar een significante vermindering zien van de noodzaak tot opereren van een prolaps bij gebruik van raloxifen (35/4680; 0,75%) versus placebo (34/2246; 1,51%), (OR 0,50; 95%-BI 0,31-0,81).¹⁸ In de review wordt geconcludeerd dat er matig bewijs is voor de effectiviteit van oestrogenen bij prolapsklachten.

In de review vonden we geen onderzoeken naar de effectiviteit van vaginale toepassing van oestrogenen op verzakkingsklachten.

Nadelig effect. De review vermeldt geen bijwerkingen.

Wat is het effect van chirurgische behandelingen?

Gunstig effect. We vonden één systematisch literatuuronderzoek, waarin 40 trials, met in totaal 3773 vrouwen, zijn geanalyseerd.¹² Bij de chirurgische aanpak van een prolaps wordt onderscheid gemaakt tussen een abdominale en een vaginale benadering. Na abdominale chirurgie zijn er significant minder recidieven (RR 0,23; 95%-BI 0,07-0,77) en minder klachten van dyspareunie (RR 0,39; 95%-BI 0,19-1,11) in vergelijking met de vaginale chirurgie. Een vaginale benadering heeft als voordeel dat opnameduur korter is en dat de patiënten hun dagelijkse activiteiten sneller kunnen hernemen.¹²

Nadelig effect. Bij een vaginale benadering komt meer dyspareunie voor en is er eerder kans op recidief in vergelijking met een abdominale benadering.

CONCLUSIE

Een uterovaginale prolaps is een regelmatig voorkomend probleem, waarbij de keuze van behandeling sterk afhangt van de ernst van de klachten, het stadium van verzakking en de wensen van de patiënt.

Figuur 6 Gelhornpessarium



Bij lichte tot milde prolaps zijn bekkenbodemspieroefeningen of een pessarium eerste keus, voor deze beide behandelingen bestaat bewijs voor de effectiviteit.

Hoewel de behandeling vaak wordt toegepast, is er geen bewijs voor vaginale toediening van oestrogenen in combinatie met een pessarium. Bij aanhoudende klachten die niet reageren op fysiotherapie of een pessarium kan de huisarts de patiënte verwijzen voor operatieve therapie.

DANKWOORD

Dank aan dr. C.D. de Kroon, gynaecoloog in het LUMC voor de beoordeling van de tekst en zijn adviezen. ■

Deze bijdrage in de serie 'Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk' wordt gepubliceerd in de nieuwe druk van het gelijknamige boek onder redactie van J.A.H. Eekhof, A. Knuistingh Neven en W. Opstelten, 7e druk. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg, 2013. Publicatie in Huisarts en Wetenschap gebeurt met toestemming van de uitgever.

LITERATUUR

- 1 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- 2 Doshani A, Teo RE, Mayne CJ, Tincello DG. Uterine prolapse. *BMJ* 2007;335:819-23.
- 3 Vierhout ME. Diagnostiek van uterovaginale prolaps. *Stand van zaken. Ned Tijdschr Geneesk* 2004;48:2432-6.
- 4 Lammes FB. Praktische gynaecologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- 5 Van der Waart ThHAM, Hendriks LEL, IJland MM. Verzakkingsgevoel. *Huisarts Wet* 2004;47:198-201.
- 6 Baden WF, Walker TA, Lindsday HJ. The vaginal profile. *Tex Med J* 1968;64:56-8.
- 7 Moonen SSH, Lagro-Jansen ALM. Een pessarium, alleen voor overdag. *Huisarts Wet* 2005;48:78-80.
- 8 Anders K. Devices for continence and prolapse. *BJOG* 2004;111 Suppl 1:61-6.
- 9 Adams EJ, Thomson AJM, Maher C, Hagen S. Mechanical devices for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, Issue 2. Art. No.: CD004010.
- 10 Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 12. Art. No.: CD003882.
- 11 Ismail SI, Bain C, Glazener CMA, Hagen S. Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 9. Art. No.: CD007063.
- 12 Maher C, Feiner B, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 4. Art. No.: CD004014.
- 13 Piya-Anant M, Therasakvichya S, Leelaphatanadit C, Techtrisak K. Integrated health research program for the Thai elderly: prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercise to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. *J Med Assoc Thai* 2003;86:509-15.
- 14 Hagen S, Stark D, Glazener C, Sinclair L, Ramsay I. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:45-51.
- 15 Jarvis SK, Hallam TK, Lujic S, Abbott JA, Vancaillie TG. Peri-operative physiotherapy improves outcomes for women undergoing incontinence and or prolapse surgery: results of a randomised controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45:300-3.
- 16 Ghroubi S, Kharrat O, Chaari M, Ben Ayed B, Guermazi M, Elleuch MH. Effect of conservative treatment in the management of low-degree urogenital prolapse. *Ann Readapt Med Phys* 2008;51:96-102.
- 17 Cundiff GW, Amundsen CL, Bent AE, Coates KW, Schaffer JI, Strohbehn K, et al. The PESSRI study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:405.e1-8.
- 18 Goldstein SR, Neven P, Zhou L, Taylor YL, Ciaccia AV, Plouffe L. Raloxifene effect on frequency of surgery for pelvic floor relaxation. *Obstet Gynecol* 2001;98:91-6.
- 19 Heineman MJ, Bleker OP, Evers JLH, Heintz APM. *Obstetrie en gynaecologie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2004.