

In het webinar darmverzakkingen dat Bekkenbodem op 9 juni j.l. organiseerde, werden zo veel vragen gesteld dat zij helaas niet allemaal tijdens het webinar beantwoord konden worden. Alle deze vragen zijn achteraf schriftelijk beantwoord door de sprekers, en treft u hieronder aan.

Vragen voor bekkenfysiotherapeut Daniëlle van Reijn

1. Wat als je het hele circus van fysiotherapeuten al diverse malen achter de rug hebt en gebleken is dat je echt een perfecte beheersing over de bekkenbodemspier hebt? Heeft bekkenfysio dan nog zin?
Antwoord; in deze zou ik u altijd terugverwijzen naar de chirurg. Indien u voor een operatie in aanmerking komt zou ik zeker na de operatie nog 1-malig een afspraak maken zodat u ook weet waar u rekening mee kan houden en of het zinvol is om bekkenbodemoefeningen te doen.
2. Ik moet de darminhoud er met de hand uithalen. Wordt de verzakking daardoor erger?
Antwoord: Nee dan wordt het niet erger maar ik zou u wel adviseren te kijken of dat met een waterklisma beter kan oplossen. De anus kan door het verwijderen met de vinger wel wat gevoelig worden en soms pijnlijk.
3. Ontlasting blijft in darmwandverzakking zitten. Ik stop dan mijn duim in de vagina en geef zacht druk op de ontlasting die ik voel zitten. Zo wip ik de ontlasting eruit. Eigenlijk geef je zo vooral tegendruk tegen de verzakking. Kun je daarmee de verzakking verergeren? Het voelt voor mij niet zo . Doen andere mensen dat ook?
Antwoord
Nee dan wordt het niet erger en dit is een hele goede methode.
Ja er zijn veel patienten die dit zo doen en het wordt soms ook zelfs als advies gegeven. U geeft eigenlijk een beetje tegendruk.
4. Is wat ik doe met mijn duim het zgn digiteren, net genoemd door de darmspecialist?
ja
5. ik heb een blaas, baarmoeder en darmverzakking. dit is ontstaan na de bevalling. de bekkenfysio gaf aan dat ik tijdens wandelen mijn buik net onder de navel licht moet intrekken. wat is jullie visie hierop? ik vind het erg lastig om dit te doen tijdens het wandelen. Als ik dit niet zou doen is er meer kans dat de verzakking na verloop van tijd erger wordt?
Antwoord; ik begrijp dat u dat lastig vindt tijdens het wandelen. Soms is dat ook niet vol te houden als de spieren te zwak zijn. Ik zou proberen voor tijdens uw dagelijkse activiteiten proberen uw bekkenbodem actief aan te spannen, bv bij hoesten, tillen etc.
Soms geeft steunend ondergoed ook wat tegendruk zodat het minder zwaar voelt.
6. Vroeger lag je na dit soort operaties langer in het ziekenhuis. Dan was het voor de omgeving meteen duidelijk dat er een serieuze ingreep was. Tegenwoordig sta je na 3 dagen weer buiten en denkt de omgeving dat je snel weer alles kunt. Ervaart Danielle dit ook? Hoe kun je hier het beste mee omgaan?
Ja dat kan ik onderschrijven. Dat we echter eerder worden ontslagen uit het ziekenhuis (soms met catheter)neemt niet weg dat het een zware operatie is. De richtlijnen over opbouw zijn echter in de afgelopen jaren niet gewijzigd en het geldt dus nog steeds dat u rustig moet opbouwen m.n. in de eerste 3-6 weken.
7. Wat zijn goed methodes om dat corset (buik/onderrugspieren) te trainen? Pilatus? Ik ben bang dat oefeningen de verzakking verergeren

Antwoord: hierop is geen eenduidig antwoord te geven. Ik zou dat altijd samen met de bekkenfysiotherapeut doornemen. Zij/hij kan zien of uw verzakking toeneemt bij bepaalde oefeningen en daarop gericht met u gaan trainen en advies geven.

Vragen voor gynaecoloog Lilian van Rump:

1. Is er een duidelijke richtlijn over het gebruik van mesh ? Is er een richtlijn die aangeeft wanneer er eerst andere operatietechnieken moeten worden gebruikt ?
De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie heeft richtlijnen, o.a. ook de richtlijn Prolaps waarin wordt benoemd dat je altijd een behandeling start i.o.m. de patient en dat je zoveel mogelijk de minst ingrijpende behandeling kiest en dat een ingreep met mesh is voorbehouden voor patiënten met een recidief prolaps. Verder is afgesproken dat deze ingreep plaats vindt in het kader van een lopend wetenschappelijk onderzoek en alleen in daartoe erkende centra wordt uitgevoerd.
2. Ik ben in 2000 al aan een blaasverzakking geholpen, in 2013 een vag. uterus extirpatie en achterwandplastiek en in 2016 een STARR operatie in Duitsland. Nu is het weer verzakt, ik wil zeker geen matje.....is dan de enige optie om de vagina dicht te naaien? Ik krijg 29 juni een MRI scan om te kijken of er nog genoeg weefsel over is.....
Het is lastig om deze vraag te beantwoorden omdat het ook afhankelijk is wat er is verzakt, met andere woorden welk compartiment of een combinatie ervan. Als het een darmverzakking is alleen of dat ook de vaginatop meedoet. Als het een verzakking is waar de darm in zichzelf gezakt is zal dicht maken mogelijk onvoldoende helpen. Heel belangrijk om met uw arts te bespreken wat de verschillende mogelijkheden zijn.
3. Wordt de verzakking naarmate je ouder wordt (door hormonen e.d.) standaard erger of is dat niet altijd het geval?
Een verzakking kan ook een hele tijd stabiel blijven en hoeft zeker niet altijd veel erger te worden. Opereren om erger te voorkomen is dan ook niet nodig. Belangrijk om de bekkenbodem juist te gebruiken. Het weefsel wordt overal slapper bij ouder worden dus verergering ligt wel op de loer.
4. Als vrouwen in of na de menopauze lokale hormonen (pilletje of ovule) vaginaal gebruiken om de functie van het steunweefsel te verbeteren, helpt dat dan ook om de verzakking te verminderen of voorkomen?
Je ziet dat vrouwen met een milde verzakking vaak baat hebben bij vaginale hormonen, dat er minder last is van de verzakking en minder branderig gevoel of pijn bij het vrijen. En ook kan het helpen terugkerende blaasontstekingen te voorkomen.

Vragen voor chirurg Bob Bloemendaal

1. Bij een darmverzakking richting de vaginawand, wordt eerst geprobeerd om dit met het strakker maken van het eigen weefsel te herstellen. Kan dit niet als je een anusverzakking hebt? Is een matje dan de enige oplossing?
Als er een verzakking richting vagina is (rectokèle) met begeleidend een inwendige endeldarmverzakking dan kun je opzich prima alleen de rectokèle behandelen. Eigenlijk is niet goed bekend, wat dan de succespercentages zijn. Het potentiële nadeel is dat het operatie-vlak welke gebruikt wordt voor de vaginale operatie ook (deels) het vlak is van de operatie die we voor de endeldarmverzakking gebruiken. We denken dat je beter af bent met 1 operatie, waarbij beide verzakkingen tegelkijktijd behandeld worden: de rectopexie.

Soms is de naamgeving van dit soort verzakkingen heel erg lastig. Ik ga er even vanuit dat hier met anusverzakking een endeldarmverzakking (rectumprolaps) wordt bedoeld?

Bij een uitwendige rectumprolaps zijn er wel degelijk andere behandelingen mogelijk dan met een matje. Die gebeuren dan perineaal. We weten wel dat de kans op recidief op termijn groter is met de niet-mesh technieken, maar het is zeker een optie.

Bij een inwendige endeldarmverzakking is het lastiger om vanuit het perineum te opereren. Een abdominale operatie (rectopexie) is dan veel beter. Daarbij kun je een mesh-rectopexie doen, of een resectie-rectopexie, waarbij er geen mesh nodig is. Die laatste techniek wordt in de VS veel toegepast. Het risico bij deze operatie is weer dat er een koppeling tussen twee delen dikke darm gemaakt moet worden, wat weer risico op naadlekkage heeft.

2. In welke ziekenhuizen wordt de rectopexie gedaan?
In veel ziekenhuizen worden rectopexiën gedaan
3. Mijn arts werkt niet met zo'n robot als dr. Bloemendaal? Is dat erg?
Helemaal niet. Er lijkt in de literatuur wel wat voordeel voor de robot rectopexie boven de laparoscopische rectopexie, maar ik ben wel gekleurd in mijn mening.
4. En wat, als je ook al een rectopexie hebt gehad en weer opnieuw een darmverzakking?
Dat moet je voorzichtig aanvliegen! We weten dat ongeveer 25% van de patiënten niet geholpen is aan hun klachten door een rectopexie. Als er dus sprake is van een niet-succesvolle rectopexie moet je een ander plan maken. Als de rectopexie wel succesvol is geweest maar na verloop van tijd zijn de klachten weer terug gekomen, dan kun je re-operatie overwegen. Maar er zijn behoorlijk wat andere factoren die een rol kunnen spelen, dus hier is voorzichtigheid geboden.
5. Ik heb ook anderhalf jaar geleden een operatie gehad zoals hier beschreven, maar klachten zijn teruggekomen. Ondanks het letten op de houding, een voetensteuntje, letten op de ademhaling blijft de ontlasting a.h.w. 'staan' in de opening, dus ik moet wat om het kwijt te raken. Wat moet ik doen?
Een goede defecogram kan aantonen of de endeldarm verzakking op dit moment goed verholpen is. Een aantal factoren zijn belangrijk: in hoeverre was de operatie in eerste instantie succesvol? Is de klacht langzaam teruggekomen? Zijn er "nieuwe klachten"? Soms blijkt bij goed navragen de ene klacht goed verholpen, maar is er een andere voor in de plaats gekomen, die weer een andere behandeling (niet chirurgisch!) nodig heeft. Dus eigenlijk moet je je hele onderzoek van voren af aan weer opnieuw doen.
6. Elke 5 jaar moet ik een colonscopie ondergaan. kan zo'n onderzoek de verzakking erger maken? of kan het tijdelijk meer pijn geven?
*Erger maken? Nee.
Het kan de endeldarm wel iets gevoeliger maken, omdat deze iets "vaster" ligt.*
7. Hoe wordt de indicatie voor rectopexie-operatie gesteld? Ofwel hoe erg moeten de klachten zijn?
Dat is dé essentiële vraag: een dergelijke operatie is een operatie voor kwaliteit van leven. De "aandoening" is niet gevaarlijk, maar hinderlijk en beperkend. Er moet dus door de patiënt een afweging worden gemaakt of de "te verwachten voordelen" van de operatie opwegen tegen de "mogelijk nadelen (complicaties)". Wij kunnen als arts de getallen uit de literatuur en onze eigen operaties voor de patiënt duiden, maar de patiënt zal een gewogen beslissing moeten nemen. Voor de één is een bepaalde klacht mild, terwijl dezelfde klacht door een ander als desastreus wordt ervaren. Deze afweging moet in een goed gesprek met de dokter gemaakt worden. In een eerlijk gesprek!
8. Kun je dat matje niet zo hoog mogelijk ophangen? Blijft de darm misschien langer / beter op zijn plaats?
Nee, dat werkt niet. De wervelkolom is boven de onderste lendewervel (promontorium) te beweeglijk om de mesh aan vast te zetten.

9. ik heb al een achterwandplastiek gehad en een half jaar later een rectopexie. een jaar later had ik weer een 3e graads verzakking. Het ziekenhuis kan nu niets meer voor mij betekenen. Is daar nog een oplossing voor?
Dat is een lastige vraag zo vanachter de computer. Op zich zijn er natuurlijk wel mogelijkheden, maar eerst moet goed onderzocht worden of de operatie mislukt is, of dat er een ander probleem is (ontstaan), waardoor de klachten zijn terug gekomen. Dit verdient gewoon weer een hele goede diagnostische work-up! De vraag is waarom uw ziekenhuis "niks kan betekenen"? is dat omdat ze niet willen onderzoeken, of omdat ze toch geen re-operatie aandurven?
10. Maar wat, wanneer iemand wel klachten van de rectopexie-operatie krijgt? Wat kunnen jullie dan nog doen als chirurgen? Zijn er andere artsen waar ik terecht kan?
Dat is per geval helemaal verschillend. Wat is de "last"? Chirurgisch kun je zeker nog wel wat betekenen, zelfs de mesh verwijderen. Dit zal niet altijd zaligmakend zijn helaas. Maar er moet eerst heel goed in kaart gebracht worden, wat er aan de hand is.
11. Er wordt in de presentatie van dr. Bloemendaal conclusies getrokken over complicaties n.a.v. een groep van 58 patiënten. Is dat nu niet wat weinig om conclusies over te trekken over mesh complicaties?
Dat is te weinig, maar zoals zo vaak in de medische wetenschap is dit het beste wat we hebben. In een andere studie met 3517 patiënten die een mesh rectopexie ondergingen met synthetische mesh was er in 1.8% een erosie (Balla et al. Ann Coloproct. 2017;33(2):46-51). Mijn persoonlijke overtuiging is dat dit met name ligt aan het gebruik van de verkeerde hechtingen en niet aan de mesh zelf. Cunningham et al (Dis Colon Rectum 2019; 62(12):1512-17) zagen geen mesh-erosies meer nadat ze van niet-oplosbare naar oplosbare hechtingen waren gegaan in hun cohort.
12. Hoeveel veel lange termijn gegevens /complicaties zijn er bekend over de nieuwe large pore mesh?
Weinig. Deze meshes zijn nog niet lang in gebruik. Maar als je naar de eigenschappen van deze meshes kijkt in andere operaties, lijken ze een veel verstandiger keuze.
13. Kunt u bij de publicatie van het webinar en behandeling van Q&A op de website een inhoudelijk duidelijkere en meer volledige uitleg geven over de mogelijke complicaties van mesh en de mogelijke gevolgen daarvan voor de patiënt?
Deze complicaties dienen door de behandelende chirurg uitgebreid en eerlijk in de spreekkamer besproken te worden.
14. Als complicaties ontstaan na een colorectale operatie met mesh kan de behandelende chirurg vaak niet meer helpen. De patiënt komt vervolgens in andere medische disciplines terecht. De jarenlange ellende van de patiënt valt mogelijk hierdoor buiten beeld van de chirurg. Ervaart dr. Bloemendaal dit ook?
Dat kan inderdaad gebeuren. Elke operatie kent risico's. We hebben hiervoor zogenaamde "shared decision making" tussen patiënt en dokter. Ik denk wel dat een toegewijde dokter zijn/haar patiënten mee op zal volgen, tenminste zo lang dat gaat.
15. Worden de operaties met mesh centraal geregistreerd? M.a.w. hoeveel operaties per jaar in NL? Zo niet, gebeurt dat op een andere manier, bijvoorbeeld in onderzoeksverband?
Daar wordt aan gewerkt door de overheid en de wetenschappelijke verenigingen. Wij houden in Delft alles volledig bij, inclusief type mesh, batchnummer etc.
16. Worden de aantallen operaties met mesh in de bekkenbodem voor darmverzakkingen en andere abdominale operaties met mesh waarbij de mesh wordt bevestigd aan het heiligbeen centraal geregistreerd? Zo ja, om welke aantallen gaat het?
Zie vraag 15. Aantallen in NL weet ik niet.

17. Worden de complicaties geregistreerd (centraal) geregistreerd door artsen?
Complicatieregistratie is absoluut verplicht.
18. Hoe lang wordt de patiënt na de mesh-operaties gevolgd?
In principe tenminste 1 follow-up controle na de operatie (6 weken). In Delft volgen wij ook op met een controle op 1 jaar. Bij complicaties of niet-succesvolle operaties wordt opgevolgd zolang als nodig.
Welke vragen komen aan de orde in de vervolgesprekken?
Succes van de operatie. Wat er nog wel aan klachten rest. Quality of life.
19. Uit de presentatie kwam naar voren dat de tackers inmiddels zijn vervangen door oplosbare hechtingen, omdat tackers op het heiligbeen een mogelijke oorzaak van de problemen zijn.
Wat zijn "de problemen"? Tacker leiden mogelijk tot pijn aan het promontorium en er zijn zelfs gevallen van botvlies ontsteking bekend, maar dit is extreem zeldzaam.
- Is daar wetenschappelijk onderzoek naar gedaan?
Nee
 - Is dit nu een experimentele wijziging of nieuw beleid?
Eigen inzicht
 - Zijn er lange termijn gegevens bekend over het oplossen van de hechtingen van de mesh?
De hechtingen van de mesh op het bot zijn niet-oplosbaar.
 - Blijft het probleem van het materiaal mesh, dat na ingroeien kan krimpen, woekeren, verharden en trekken bij het gebruik van een andere bevestigingsmethode niet nog steeds bestaan?
Bevestigingsmateriaal en methode heeft inderdaad geen invloed op de genoemde (gelukkig zeldzame) kwesties.
20. Uit het rapport "ESCP Guidance on use of mesh in pelvis in colorectal surgery (draft for public consultation)" blijkt dat literatuur en studies weinig duidelijkheid bieden over de complicaties. Oorzaken die genoemd worden zijn:
- vergelijken van (te) kleine onderzoeksgroepen
 - verschillen en onduidelijkheid over de uitgangssituatie
 - onduidelijkheid en verschil in operatiemethoden
 - verschillende evaluatiemethoden
 - verschillen in definitie van verbetering
 - veelal ontbreken van meshcomplicaties die buiten studieverband wel optreden
 - verschil in onderzoekstermijnen
 - ontbreken van lange termijn data
- Kent dr. Bloemendaal dit rapport en hoe kijkt hij daar tegenaan?
Dit roept op tot meer gedegen onderzoek, goede registraties en adequate opvolging. Dit roept niet op tot het zonder meer staken van een behandeling die in de meeste gevallen tot een verbetering van de QoL van de patiënt leidt met een kleine kans (<1 op 50) op ernstige complicaties.

