

BRITSE HOGLERAAR UROLOGIE CHRIS HARDING

IK MIS DE MESH NIET

Sinds 2018 is in Groot-Brittannië het gebruik van vaginale implantaten voor stress-urine-incontinentie en verzakkingen (sling en mesh) niet meer toegestaan. Welke behandelingsopties zijn er nu voor Britse patiënten die met deze aandoeningen te maken hebben? En hoe beslissen patiënten en artsen samen over de beste behandeling? Bekkenbodem4All interviewde Chris Harding, hoogleraar urologie aan de Universiteit van Newcastle en werkzaam als uroloog bij Newcastle Hospitals. Hij is tevens voorzitter van de EAU-richtlijncommissie 'Non-neurogenic Female LUTS' die over de incontinentieklachten bij vrouwen gaat.

WAT IS DE EAU EN WAAROM ZIJN EAU-RICHTLIJNEN RELEVANT VOOR NEDERLANDSE PATIËNTES?

'De EAU is de Europese koepelorganisatie van urologen, en is binnen Europa – en zelfs daarbuiten – dé autoriteit op het gebied van urologische praktijk, onderzoek en onderwijs. In de EAU-richtlijnen staan aanbevelingen met betrekking tot het diagnosticeren en behandelen van patiënten, gebaseerd op wetenschappelijk bewijs van de hoogste kwaliteit. Een richtlijn helpt artsen om weloverwogen beslissingen te nemen, waarbij rekening wordt gehouden met de persoonlijke omstandigheden en voorkeuren van hun patiënt. Nederlandse artsen, onderzoekers, maar ook verpleegkundigen, fysiotherapeuten en patiënten zijn goed vertegenwoordigd in de 'Female LUTS' richtlijncommissie. EAU-richtlijnen zijn vaak weer een belangrijke basis voor de Nederlandse richtlijnen.'

IN DE EUROPESE RICHTLIJN OVER INCONTINENTIE-PROBLEMATIEK BIJ VROUWEN IS ER VEEL AANDACHT VOOR HET PROCES VAN SAMEN BESLISSEN DOOR ARTS EN PATIËNT. WAAROM IS DAT?

'Er heeft wel een aardverschuiving plaatsgevonden op het gebied van de klinische besluitvorming. Het is niet langer het soort paternalistisch advies van chirurgen. Tegenwoordig willen we patiënten een scala aan opties bieden voor verschillende behandelingen, rekening houdend met de wensen en verwachtingen van de patiënt. Ik denk dat dit een veel betere manier is om geneeskunde uit te oefenen. Het betreft de patiënten bij het nemen van verantwoorde beslissingen over hun eigen behandeling. Het meest voorkomende scenario is een afweging tussen de risico's en de voordelen, en dat is zeer relevant als het gaat om stress-incontinentie in Groot-Brittannië. Onze mogelijkheden zijn immers beperkt omdat we geen vaginale mesh of sling meer kunnen gebruiken. De opties variëren van bekkenbodemspiertraining tot medicijnen zoals duloxetine, en dan gaan we verder met behandelingen zoals injecties met een hydrogel in de plasbuis, wat een kleine ingreep is. Het wordt uitgevoerd als een dagbehandeling en de risico's zijn zeer laag. Maar als patiënten een grotere kans willen op

een volledig herstel van hun incontinentie, dan moeten we een behoorlijk grote sprong maken naar een autologe fascie sling of een colposuspensie. Er is een groot verschil tussen een dagbehandeling versus een lang verblijf in het ziekenhuis voor een vrij grote operatie.'

DENKT U DAT PATIËNTEN OVER VOLDOENDE INFORMATIE BESCHIKKEN OM DE VOOR- EN NADELEN EN RISICO'S VAN BEHANDELINGEN ECHT TE BEGRIJPEN?

'Ja, ik denk op dit moment van wel. Ik denk niet dat ze dat in de afgelopen jaren hebben gedaan, maar er is veel geld gestoken in patiëntinformatie en keuzehulpen. Die gaan over de risico's en voordelen van elke behandelingsoptie, en hoe deze zich qua effectiviteit verhoudt tot andere behandelingen. Het stelt patiënten ook in staat hun eigen voorkeuren in te brengen en een echt evenwichtig beeld te creëren. Als ik bijvoorbeeld uitleg wat een autologe fascie sling precies inhoudt, zeggen sommige patiënten tegen mij dat ze zich geen zorgen maken over het risico dat ze zelf moeten katheteriseren, maar dat ze vooral geen urine meer willen verliezen. Maar voor andere patiënten is een zeer klein risico op katheteriseren onacceptabel. Daarom zijn keuzehulpen zo nuttig, omdat niet alle patiënten hetzelfde zijn en verschillende opvattingen hebben.'

HEEFT DEZE VERSCHUIVING NAAR MEER GEÏNDIVIDUALISEERDE ZORG INVLOED GEHAD OP DE ROL VAN DE ARTSEN?

'Jazeker. Als artsen moeten we de tijd nemen om echt goed te begrijpen wat de verwachtingen en ervaringen van de patiënt zijn, zodat we alle verschillende opties kunnen doornemen. Een arts kan de patiëntinformatie dan ook individualiseren. Ik besprak met een patiënte, die al een buikwandbreuk had gehad, de optie van een autologe fascie sling, en legde uit dat een van de risico's van het weghalen van lichaamseigen weefsel dat daarvoor nodig is, het risico heeft dat de breuk terug zou komen. Voor haar was dat zeer onwenselijk omdat dat zo pijnlijk was geweest. Dat is een bewuste keuze van één individuele patiënte, terwijl het kleine risico op een



Chris Harding

buikwandbreuk voor anderen een minder belangrijke overweging is.

Als het gaat om het verstrekken van informatie, denk ik dat een goede arts de informatie zal vertalen en toespitsen op de individuele patiënt. Het is belangrijk om te kijken naar de kenmerken van een patiënt en de impact daarvan op het welslagen van de operatie. Er zijn voor de hand liggende zaken, zoals de comorbiditeit van de patiënt. Bij chronische aandoeningen zoals diabetes of hartziekten is de kans op succes kleiner dan wat je zou kunnen lezen in de keuzehulp. Het gaat echt om interpretatie.

We hebben ook transparantie nodig over de ervaring en de expertise van de chirurg die de behandeling uitvoert. Vooral als het gaat om zeer gespecialiseerde procedures bij complexe stress urine-incontinentie, en operaties voor het verwijderen van mesh. Ik denk dat het goed is dat iedere chirurg weet wat zijn of haar resultaten zijn. Het feit dat de literatuur zegt dat een bepaalde ingreep een succespercentage kent, betekent niet noodzakelijkerwijs dat elke chirurg dat percentage ook haalt. Daarom is het belangrijk om de resultaten van de chirurg te monitoren. Niet alleen uitkomsten tussen de verschillende ziekenhuizen, maar ook tussen individuele chirurgen. De uitkomstgegevens die de chirurg krijgt, zouden ook beschikbaar moeten zijn in het publieke domein. Als een chirurg weet wat zijn of haar resultaten zijn, helpt dat enorm. En als uit de auditresultaten blijkt dat ze niet gunstig zijn, moet je doorverwijzen naar een expertisecentrum die dat wel kan.

HET VERBOD OP DE MESH DUURT NU VIJF JAAR. HOE ZIT HET MET DE PATIËNTTEVREDENHEID?

‘Voor ons is het inderdaad behoorlijk zwart-wit. We kunnen geen mesh meer als behandeloptie aanbieden. Als vrouwen het toch echt zouden willen, zou je een speciale dispensatie moeten krijgen van de National Health Service. Maar ik heb sinds het verbod nooit meer een implantaat gebruikt. Er was altijd een alternatief. Dat komt waarschijnlijk omdat ik een scala aan verschillende behandelingen kan aanbieden. Door die grote kloof tussen injecties met hydrogel (bulking agents) enerzijds en complexe operaties als colposuspensie of autologe fascie sling anderzijds, zie ik dat patiënten tegenwoordig meer geneigd zijn in eerste instantie de injecties te proberen. En als dat helemaal niet goed werkt, dan moet je verder. Maar voor veel patiënten neemt het de noodzaak van een meer invasieve ingreep weg.

Als behandelaar heb ik mesh echt niet gemist. We kunnen stress-incontinentie adequaat behandelen door in veel gevallen te concentreren op iets minder ingrijpende maatregelen. Voorheen was het plaatsen van een kunststof sling onder de plasbuis een relatief kleine ingreep. Het duurde 30 tot 45 minuten. Vrouwen kozen al snel voor die optie, misschien zonder de effecten van bekkenfysiotherapie volledig te hebben benut, en zonder andere alternatieven zoals injecties te onderzoeken. Nu we ons in Groot-Brittannië in een positie bevinden waarin we dat wél moeten doen, denk ik niet dat dat een slechte zaak is.