

Wat zijn mogelijke complicaties bij sacrocolpopexie?

Bij een sacrocolpopexie zijn er verschillende mogelijke complicaties. Sommige zijn algemeen chirurgisch, andere zijn specifiek gerelateerd aan de gebruikte mesh en de fixatie aan het heiligbeen.

Tijdens of kort na de operatie kunnen complicaties optreden zoals bloedverlies, infecties, trombose, en zeldzaam letsel van omliggende organen zoals blaas, urineleiders of darm. Ook kunnen er tijdelijk problemen ontstaan met plassen of obstipatie. Deze complicaties komen relatief weinig voor.

Een specifieke groep complicaties is gerelateerd aan de mesh zelf. De meest besproken is mesh-erosie (dat de mesh in de vagina bloot komt te liggen), wat in studies gemiddeld rond de 1–5% ligt, afhankelijk van follow-upduur en techniek.

Daarnaast bestaat er het fenomeen van mesh-contractie (krimpen). Hierbij wordt het mesh-materiaal na verloop van tijd stijver en korter door littekenvorming eromheen. Dit kan leiden tot trekkende sensaties, bekkenpijn of soms pijn bij gemeenschap. Het is belangrijk om te weten dat dit lastig exact te meten is, omdat het niet altijd zichtbaar is op beeldvorming en deels gebaseerd is op klachten. De cijfers over het krimpen van mesh lopen nogal uiteen, het verschil zit vooral in of je alleen kijkt naar wat zichtbaar is, of naar wat iemand echt voelt. Soms is op een scan of tijdens een operatie te zien dat de mesh wat is gekrompen of strakker is geworden. Dat gebeurt bij ongeveer 10–20% van de mensen. Maar dit geeft lang niet altijd klachten. Dat ligt rond de 2–10%, niet iedereen met enige littekenvorming of verkorting krijgt klachten.

In zeldzame gevallen kan uitgesproken littekenvorming ervoor zorgen dat de mesh spanning geeft op omliggende weefsels, wat kan leiden tot chronische pijn of een gevoel van trekkracht in het bekken.

Het risico op complicaties bij Calistar S lijkt behoorlijk hoog. Kunnen jullie deze risico's vergelijken met de sacrocolpopexie?

Bij sacrocolpopexie is het risico op erosie kleiner dan bij Calistar S en wordt chronische pijn iets minder vaak gemeld. De operatie gerelateerde complicaties liggen bij sacrocolpopexie hoger en de hersteltijd is langer vergeleken met Calistar S. Van sacrocolpopexie zijn meer lange termijn data bekend dan van Calistar S.

Wat is de status van bekkenbodimplantaten van dierlijk materiaal?

De studies die naar deze bekkenbodimplantaten (schaap, varken, rund) uitgevoerd zijn, zijn kleinschalig en heterogeen van opzet, met een korte follow up. Biologische meshes (incl. dierlijk materiaal) laten een hogere recidiefkans (verzakking komt terug) zien, de werkzaamheid en veiligheid zijn nog niet bewezen en resultaten vallen tegen. In Nederland (en Europa) is er geen richtlijn die dierlijk materiaal als standaard aanbeveelt. Biologische (dierlijke) implantaten worden gezien als experimenteel, niet als standaardzorg.

Is er een 'goede' leeftijd om voor een operatie met een sling te kiezen bij een blaasverzakking?

Er is geen 'beste leeftijd' om voor een sling te kiezen tegen urine-incontinentie. De belangrijkste factoren zijn: heb je nog een kinderwens en in welke mate heb je last van urine-incontinentie? Qua ernst van klachten geldt: heb je lichte klachten, overweeg dan eerst of bekkenfysiotherapie of een pessarium helpt, of kijk of veranderingen in leefstijl, met name afvallen, van invloed kunnen zijn. Bij matige of ernstige klachten, zoals dagelijks urineverlies, impact op werk, of niet meer mogelijk om te sporten zonder urineverlies, kan een sling een serieuze optie zijn.

Hoe groot is het risico bij iemand van 44 jaar dat er na een paar jaar weer een hersteloperatie moet plaats vinden bij een baarmoeder- en/of een blaas verzakking?

Het risico dat je na een operatie voor een baarmoeder- of blaasverzakking (prolaps) opnieuw geopereerd moet worden, hangt niet zozeer af van alleen je leeftijd (>40), maar van een combinatie van patiënt-, weefsel- en operatiefactoren.

De kans dat een verzakking na een operatie terugkomt, wordt onder andere bepaald door de kwaliteit van het bindweefsel. Dit weefsel vormt de steunstructuur van de bekkenorganen. Bij sommige vrouwen is dit van nature minder sterk, wat bijvoorbeeld blijkt uit een familiegeschiedenis met verzakkingen of eerdere klachten. Ook als iemand al eerder een verzakking of operatie heeft gehad, wijst dat vaak op een onderliggende kwetsbaarheid van het steunweefsel, waardoor de kans op een nieuwe verzakking groter is.

Daarnaast speelt de voorgeschiedenis van bevallingen een grote rol. Vaginale bevallingen kunnen schade veroorzaken aan de spieren en zenuwen van de bekkenbodem. Hoe meer bevallingen iemand heeft gehad, en hoe zwaarder deze waren, hoe groter het risico op blijvende verzwakking. Factoren zoals een grote baby of het gebruik van hulpmiddelen zoals een tangbevalling kunnen deze belasting verder vergroten. Deze effecten kunnen zich ook pas jaren later uiten in de vorm van een verzakking of een recidief na een operatie.

Een andere factor is de mate van druk op de bekkenbodem in het dagelijks leven. Overgewicht verhoogt de druk in de buikholte en daarmee op de bekkenorganen. Ook chronisch hoesten, bijvoorbeeld door roken of longaandoeningen, en langdurige obstipatie (verstopping) waarbij veel geperst moet worden, dragen bij aan extra belasting. Zwaar fysiek werk of frequent tillen kan dit effect versterken. Deze voortdurende druk kan het herstel na een operatie ondermijnen en de kans op terugkeer van klachten vergroten.

De gekozen operatietechniek heeft eveneens invloed op het risico op een nieuwe verzakking. Bij operaties waarbij uitsluitend gebruik wordt gemaakt van het eigen weefsel, is de kans op complicaties doorgaans lager, maar de kans op een recidief relatief hoger. Wanneer gebruik wordt gemaakt van een implantaat, zoals een mesh, kan de anatomische correctie duurzamer zijn, maar dan zijn er andere risico's.

Ook het type verzakking speelt een rol. Een blaasverzakking blijkt in de praktijk vaker terug te komen dan andere vormen. Wanneer er sprake is van een verzakking in meerdere compartimenten tegelijk, bijvoorbeeld zowel van de blaas als de baarmoeder of darm, neemt de complexiteit toe en daarmee ook de kans op een recidief.

Leeftijd en hormonale factoren zijn eveneens van invloed, al spelen ze een minder directe rol dan de eerder genoemde factoren. Rond en na de menopauze (overgang) neemt de hoeveelheid oestrogeen af, wat kan leiden tot een verminderde kwaliteit van het bindweefsel en een minder optimaal herstelvermogen. Hoewel leeftijd boven de veertig vaak samenvalt met deze veranderingen, is het vooral de biologische conditie van het weefsel die bepalend is, en niet de leeftijd op zichzelf.

Tot slot geven cijfers uit wetenschappelijk onderzoek een algemeen beeld van de kans op terugkeer van een verzakking. Afhankelijk van de definitie en de gebruikte operatietechniek ligt de kans op een anatomisch recidief (terugkerende klachten) tussen de 20 en 40%. Niet iedereen met een terugkerende verzakking heeft echter klachten of behoefte aan een nieuwe ingreep. De kans dat daadwerkelijk een heroperatie nodig is, ligt lager en wordt geschat op ongeveer 10 tot 20% procent binnen vijf tot tien jaar na de eerste operatie.

Is er in Nederland ook een operatie bekend door ophanging m.b.v. bindweefsel uit eigen been?

De operatie staat bekend als een autologe fascie-sling of meer specifiek een fascia-lata sling. Hierbij wordt een strook bindweefsel (fascie) uit het bovenbeen gebruikt, meestal uit de fascia lata aan de buitenzijde van het dijbeen. Dit eigen lichaamsmateriaal wordt vervolgens gebruikt om extra steun te geven aan de plasbuis en de voorwand van de vagina, bijvoorbeeld bij een blaasverzakking of stress-urine-incontinentie. Het idee achter deze techniek is dat lichaamseigen weefsel goed wordt verdragen en minder kans geeft op afstoting of complicaties zoals bij synthetische materialen.

Tijdens de operatie wordt eerst via een kleine incisie in het bovenbeen een reep fascie 'geogst'. Daarna wordt deze fascie via de vagina onder de plasbuis of blaas geplaatst als een soort steunband (sling), die wordt vastgezet aan omliggende structuren. Dit zorgt voor extra ondersteuning van de bekkenbodem en vermindert verzakkings- of incontinentieklachten. Het nadeel van deze ingreep is echter dat er een tweede operatiegebied ontstaat (het been), wat kan leiden tot extra pijn, littekenvorming en een langere hersteltijd.

Tegenwoordig wordt deze techniek nog maar zelden toegepast. Dat komt vooral doordat modernere methoden, zoals synthetische slings, technisch eenvoudiger zijn, minder operatietijd vergen en doorgaans een sneller herstel geven met vergelijkbare of betere resultaten. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat autologe fascie-slings geen duidelijk voordeel bieden in effectiviteit, terwijl ze wel meer belasting voor de patiënt betekenen door de extra ingreep. Door deze combinatie van factoren is de fascia-lata techniek grotendeels verlaten en wordt deze alleen nog in specifieke, vaak complexe situaties overwogen.

Vrouwen met bekkenbodemplantaten worden gevolgd gedurende 3 jaar. Ik kreeg echter pas klachten van het matje na 4 jaar. Is die volgperiode dan wel lang genoeg?

Allereerst: Je kunt vanzelfsprekend altijd terug naar je ziekenhuis als er na 3 jaar alsnog klachten ontstaan.

Veel eerdere internationale studies naar bekkenbodimplantaten gebruikten een follow-upduur van één tot drie jaar. De meeste complicaties doen zich in de eerste jaren voor. Hierdoor is drie jaar in de praktijk een soort minimale standaard geworden, mede om resultaten tussen studies te kunnen vergelijken. Dit betekent echter niet dat drie jaar ook daadwerkelijk voldoende is om alle relevante complicaties op lange termijn vast te leggen. Klachten door bekkenbodematjes kunnen ook pas na meerdere jaren ontstaan. Zowel in Nederland als internationaal groeit het besef dat een langere follow-up, bijvoorbeeld van vijf tot tien jaar, noodzakelijk is om een volledig beeld te krijgen van de veiligheid en effectiviteit van dit soort implantaten. Er zijn initiatieven ontstaan voor langdurige registratiesystemen, waarin patiënten over langere tijd worden gevolgd. In Nederland is sinds dit jaar de Stichting Kwaliteitsregistratie Obstetrie en Gynaecologie actief (SKOG), die hiermee aan de slag gaat.

Is er ook een vergoeding om een expert behandeling buiten Nederland te krijgen als de klachten in Nederland niet verholpen kunnen worden?

Dit hangt van de zorgverzekeraar af, Menzis heeft besloten deze zorg wel te vergoeden, maar dit geldt niet voor alle verzekeraars.

Hoe weet ik als patiënt of ik wel tegen polypropyleen kan?

Die zekerheid is in de praktijk moeilijk te krijgen. Er bestaat geen betrouwbare standaardtest die kan voorspellen of je klachten zult krijgen van polypropyleen mesh. Dat maakt het ingewikkeld, omdat je dus niet eenvoudig vooraf kunt vaststellen hoe jouw lichaam zal reageren. Soms worden allergietesten, zoals huidtesten, of bloedonderzoek geprobeerd. Deze onderzoeken zijn echter vooral gericht op het opsporen van klassieke allergische reacties. En juist daar zit het probleem: klachten die ontstaan door mesh hebben vaak een andere oorzaak. Bij dit soort klachten gaat het namelijk meestal niet om een typische allergie, maar om andere processen in het lichaam. Denk aan een chronische ontstekingsreactie, mechanische irritatie van weefsels, of prikkeling van zenuwen. Dat zijn heel andere mechanismen dan een standaard allergische reactie, waardoor de gebruikelijke testen vaak geen duidelijk antwoord geven.

Er zijn wel bepaalde aanwijzingen die iets kunnen zeggen over een mogelijke gevoeligheid. Zo kan een eerdere reactie op implantaten, zoals hechtingen of andere materialen, een signaal zijn. Ook mensen met auto-immuunziekten lijken soms gevoeliger te reageren. Daarnaast kunnen onverklaarde chronische pijnklachten een rol spelen. Toch is het belangrijk om te benadrukken dat dit geen harde voorspellers zijn. Ze kunnen richting geven, maar bieden geen zekerheid. Iedere reactie op polypropyleen is uiteindelijk individueel en moeilijk vooraf volledig te voorspellen.

Er zijn berichten in de media verschenen waarin gezegd wordt dat materiaal in het matje het afweersysteem kan verstoren. In dit geval keert uw eigen afweer zich tegen uw lichaam (auto-immuunziekte). Hier is nog veel over onbekend. Klachten kunnen erg verschillen, maar de klachten die worden genoemd zijn: vermoeidheid, malaise en pijn. Maar tot nu lieten grote onderzoeken geen verhoogde kans op dit soort auto-immuunziekten zien bij vrouwen

met een implantaat (Kowalik et al. 2022, [Are polypropylene mesh implants associated with systemic autoimmune inflammatory syndromes? A systematic review - PubMed](#))

Welke merken mesh worden in Nederland gebruikt bij een verzakking (prolaps)?

De volgende merken zijn goedgekeurd en worden in Nederland gebruikt:

Voor transvaginale mesh: Calistar S van fabrikant Promedon (alleen uitgevoerd in de 6 gespecialiseerde centra).

Voor abdominale mesh (sacropolpexie):

Fabrikant Coloplast met de productnaam Restorelle®

Fabrikant Johnson & Johnson Int met de productnaam ARTISYN™ Y-Shaped Mesh

Fabrikant Ethico LLC² met de productnaam GYBECARE GYNEMESH™ PS Nonabsorbable PROLENE™ soft mesh.

Weet ik als patiënt met welke mesh ik ben of word geopereerd?

Registratie van implantaten, zoals mesh, is in Nederland sinds 2020 wettelijk verplicht. Zorgverleners en zorginstellingen moeten implantaatgegevens vastleggen in het medisch dossier van de patiënt (EPD) én deze gegevens doorgeven aan het Landelijk Implantatenregister (LIR). De wet schrijft voor welke gegevens precies moeten worden geregistreerd. Het gaat onder andere om de naam van de fabrikant, de productnaam, het type implantaat, de unieke identificatiecode (UDI), het batch- of lotnummer en de datum van implantatie. Deze gegevens moeten zo worden vastgelegd dat het implantaat altijd traceerbaar is.

Voor operaties die vóór 2020 zijn uitgevoerd, kan de registratie onvolledig zijn. In die tijd werd nog niet altijd gewerkt met gestandaardiseerde codes zoals de UDI en bestond er nog geen verplichte centrale registratie. Daardoor kan het bij oudere ingrepen moeilijker zijn om het exacte type mesh volledig te achterhalen