



Gynaecologie

Vaginale prolaps (verzakking)

Inleiding

Een vaginale prolaps (verzakking) is een aandoening waarbij de blaas, de baarmoeder of de darm in of tot buiten de vagina (schede) zakt. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren als de bekkenbodem niet goed genoeg meer werkt om de organen op hun plaats te houden. De spieren en bindweefsels van de bekkenbodem kunnen verzwakt of beschadigd zijn. In deze folder leest u meer over deze aandoening en de behandeling hiervan.

Wat merkt u ervan?

- U kunt een zwaar gevoel in de vagina of laag in uw rug ervaren, dat in de loop van de dag erger kan worden.
- Misschien heeft u moeite met het leegplassen van de blaas. Of u moet vaak plassen of u heeft een hevige aandrang om te plassen.
- Ook is het mogelijk dat u urine verliest als u moet hoesten, niezen, persen, lachen en/of springen (we noemen dat stressincontinentie). Daarnaast kunt u urine verliezen zodra u merkt dat u moet plassen (dat noemen we urge-incontinentie).
- U kunt ook problemen met de ontlasting hebben. Bijvoorbeeld het gevoel dat er ontlasting achterblijft, waardoor u meerdere keren per dag naar de wc moet gaan. En/of u heeft moeite om de ontlasting eruit te krijgen, waarbij u met een vinger in de vagina of anus moet helpen.
- Het kan ook zijn dat u een gevoel van ongemak of verlies van urine ervaart tijdens de geslachtsgemeenschap.

Waardoor ontstaat een vaginale prolaps?

Een vaginale prolaps wordt veroorzaakt door een verzwakking of beschadiging van de spieren, bindweefsel en/of zenuwen van de bekkenbodem.

Er zijn een aantal risicofactoren waardoor een verzakking kan ontstaan, bijvoorbeeld:

- Zwangerschap en bevalling: u kunt de klachten pas vele jaren later opmerken, omdat aanvankelijk omringende spieren en bindweefsel de beschadiging kunnen opvangen en maskeren. Pas als deze hulpsystemen zelf ook verzwakt raken, komt de beschadiging (prolaps) aan het licht.
- Hoe zwaarder de kinderen bij de geboorte waren en/of hoe moeizamer de bevalling verliep, hoe groter de kans op een vaginale prolaps. De kans op een vaginale prolaps is bijvoorbeeld groter bij kunstverlossingen die worden ingezet als de bevalling niet vordert. Denk aan verlossing met een vacuümpomp of tangverlossing.
- Hoe vaker u bent bevallen, hoe groter de kans op een prolaps.
- Leeftijd en overgang (menopauze): hoe hoger de leeftijd, hoe groter de kans op een prolaps. Net als andere spieren en bindweefsel in het lichaam wordt ook de bekkenbodem op oudere leeftijd zwakker.
- Overmatige en langdurige druk op de bekkenbodem door overgewicht, chronisch hoesten (longziekte of roken), chronische verstopping (obstipatie) en zwaar tillen kunnen ook leiden tot een vaginale prolaps.



- Erfelijke ziekten van het bindweefsel, zoals het syndroom van Marfan of Ehlers-Danlos, kunnen leiden tot een vaginale prolaps.
- Komen in de familie spataderen of liesbreuken voor? Ook dan heeft u een verhoogde kans op een vaginale prolaps.

Hoe vaak komt het voor?

Van de vrouwen tussen de 50-79 jaar heeft 24-40 procent een vaginale prolaps. Hiervan heeft ongeveer een kwart symptomen waarvoor ze hulp zoeken. De kans om gedurende het leven geopereerd te worden aan een prolaps bedraagt 11-20 procent.

Welke soorten prolaps zijn er?

Een prolaps kan uitgaan van:

- de voorwand van de vagina (het voorste compartiment);
- de achterwand van de vagina (het achterste compartiment);
- de baarmoeder of de top van de vagina (als de baarmoeder eerder verwijderd is). Dit laatste compartiment wordt het apicale of middelste compartiment genoemd.

Prolaps van het voorste compartiment

Dit is het meest voorkomende type vaginale prolaps. In 78 procent van de gevallen van vaginale prolaps is het voorste compartiment betrokken. Hierbij is de blaas en/of plasbuis verzakt in de vagina. In medische termen heet dit een cystocele of cysto-urethrocele.

Prolaps van het middelste compartiment

Dit is het tweede meest voorkomende type vaginale prolaps. Hierbij is de baarmoeder verzakt in de vagina of is de vaginatop (na een eerdere baarmoederverwijdering) zelf verzakt in de vagina

Prolaps van het achterste compartiment

Hierbij is het laatste deel van de darm (endeldarm of rectum) verzakt in de vagina (zie afb. 4). In medische taal wordt dit een rectocele genoemd. Ook een deel van de dunne darm kan verzakken in het bovenste deel van de achterwand van de vagina. Dit wordt een enterocele genoemd.

Hoe kan een vaginale prolaps behandeld worden?

Er zijn twee manieren om een verzakking te behandelen: met of zonder operatie. Hieronder leest u meer over beide mogelijkheden.

Behandeling zonder operatie

Een afwachtend beleid

Een vaginale prolaps is zelden levensbedreigend. Veel vrouwen kiezen er dan ook voor om af te wachten als ze weinig last hebben van de verzakking. Daarnaast is het mogelijk om verergering te voorkomen door bepaalde oorzaken van prolaps aan te pakken. Denk aan het behandelen van een longziekte of verstopping (obstipatie), stoppen met roken, afvallen en het voorkomen van te zwaar tillen. Soms zal de gynaecoloog u afraden om af te wachten. Bijvoorbeeld als er sprake is van urineweginfecties die steeds terugkeren of als er sprake is van een nierbekkenverwijding doordat de blaas slecht leeg geplast wordt. Of als er bloedingen/wondjes ontstaan aan het slijmvlies van de vaginawand doordat de prolaps buiten de vagina komt en tegen het ondergoed aan schuurt.



Bekkenbodempfysotherapie

Het oefenen van de bekkenbodemspieren kan de symptomen van vroege stadia van prolaps verminderen en verergering voorkomen. Deze oefeningen vragen veel van uw tijd, geduld en motivatie. Ze zijn bedoeld om de kracht en de coördinatie van de bekkenbodem te verbeteren. De aangewezen persoon om u hierbij zo goed mogelijk te begeleiden is de bekkenbodempfysotherapeut. Dit is een fysiotherapeut die gespecialiseerd is in bekkenbodemproblemen en hiervoor een aanvullende opleiding heeft gevolgd. Uw gynaecoloog kan u verwijzen naar een erkend bekkenbodempfysotherapeut.

Een pessarium (vaginale ring)

Pessaria zijn vaginaal in te brengen voorwerpen die kunnen wisselen in vorm en grootte. Ze ondersteunen de verzakte organen en kunnen zo de klachten verminderen. Ze zijn vooral effectief bij een prolaps van het voorste of middelste compartiment en minder effectief bij een prolaps van het achterste compartiment.

Behandeling met een operatie

Er zijn verschillende manieren om een prolaps te opereren. Afhankelijk van de ernst van de prolaps, het aangedane compartiment, uw leeftijd en uw gezondheidstoestand, adviseert uw gynaecoloog over wat de beste chirurgische behandelingsmethode voor u is. Er zijn twee soorten chirurgische behandelingsmethoden: reconstructie en obliteratie.

Vorbereiding voor opname en operatie

Na het gesprek met de gynaecoloog vult u een vragenlijst in. In deze vragenlijst kunt u bijzonderheden over uw gezondheid en medicatie-gebruik aangeven. Hiermee gaat u naar de afdeling opname, waar u ingeschreven wordt voor de operatie. Hier krijgt u een afspraak mee voor het pre-operatieve spreekuur (POS).

Het pre-operatieve spreekuur (POS)

Het POS houdt in, dat u op één dag bij verschillende disciplines komt. U komt namelijk achtereenvolgens bij de apothekers-assistente, de anesthesioloog en de opnameverpleegkundige.

Apothekersassistent

Als u medicatie gebruikt, gaat u naar de apothekersassistent. Zij kijkt samen met u de medicatie die u thuis gebruikt en zorgt ervoor dat deze in de computer wordt verwerkt. Zo weten zowel de specialisten als de verpleegkundigen wat u gebruikt aan medicatie. Juiste informatie is belangrijk, omdat bepaalde medicatie van invloed kan zijn op de medicatie die bijvoorbeeld voor de verdoving wordt gebruikt.

Anesthesie

U wordt tijdens dit gesprek geïnformeerd over de gang van zaken rondom de operatie en welke vorm van verdoving u krijgt.

De anesthesioloog, Physician Assistant (PA) of anesthesie-medewerker kijkt uw medische geschiedenis en brengt uw gezondheidssituatie in kaart. Uw gezondheidstoestand wordt gecontroleerd en eventueel wordt gericht medisch onderzoek verricht. Het kan zijn dat aanvullend onderzoek nodig is om een beter inzicht te krijgen.

Indien u bloedverdunners gebruikt, krijgt u tijdens dit gesprek instructies over hoe u hiermee om moet gaan. Voor meer informatie kunt u de patiëntenfolder: 'uw operatie en anesthesie' doorlezen.



Opnameverpleegkundige

U heeft afsluitend een opnamegesprek met de opnameverpleegkundige. Tijdens dit gesprek worden uw persoonlijke gegevens geïnventariseerd. De verpleegkundige probeert zo goed mogelijk uw voorgeschiedenis, thuissituatie, evt nazorgbehoeften en andere bijzonderheden in kaart te brengen. Deze informatie is ook voor de verpleegkundige op de afdeling zichtbaar op het moment dat u opgenomen wordt. Daarnaast geeft de verpleegkundige u, waar nodig, aanvullende informatie over de opname, operatie en nazorg.

Bevestiging opnamedatum

Een week voor opname wordt de datum van de operatie telefonisch bevestigd. Wanneer u bloedverdunnende medicijnen gebruikt moet u hiermee, in overleg met de behandelend arts, tijdig voor de operatie stoppen.

Voor de opname neemt u mee:

- Poliklinische afsprakenkaart met de SKBpas
- Gemakkelijk zittende kleding

Enkele tips:

- Neem geen geld of kostbare bezittingen (sieraden, enz.) mee naar het ziekenhuis. Wij zijn niet aansprakelijk voor verlies of diefstal.
- Neem iets te lezen mee
- Op de afdeling is televisie aangesloten waar u gebruik van kunt maken.
- U mag tijdens de opname uw eigen mobiele telefoon gebruiken op de kamer.
- Voor verdere algemene informatie over uw opname kunt u de patiëntenfolder: 'Opname en verblijf' doorlezen.

In verband met de hygiëne geven wij u het advies vooraf thuis te douchen en eventuele make-up en sieraden te verwijderen. Ook eventuele piercings moeten verwijderd zijn.

Patiëntveiligheid

Ter verhoging van de patiëntveiligheid vragen onze medewerkers regelmatig naar uw naam en geboortedatum. Daarnaast wordt rondom de operatie meerdere malen een checklist afgewerkt, waarbij men nagaat of alle gegevens juist zijn en of alle handelingen zijn uitgevoerd. Ook bij de overdracht van de operatieafdeling naar de verpleegafdeling vindt deze controle plaats.

Operatiedag

Op de afgesproken dag en tijdstip meldt u zich op de verpleegafdeling. Hier zal de verpleegkundige een kort (aanvullend) opnamegesprek met u houden. Na dit gesprek wordt u voorbereid op de operatie. Uw bloeddruk en lichaamstemperatuur worden gemeten en uw hartslag geteld. Voor de operatie doet u een operatiejasje aan. Heeft u nog sieraden bij u; deze moeten allemaal worden afgedaan.

Een eventuele bril en/of een gebitsprothese kunt u op- of inhouden in overleg met de verpleegkundige. Lenzen moeten uit, dus wij adviseren u in dit geval een (reserve)bril mee te nemen.

U krijgt voor de operatie medicijnen tegen de pijn, zodat deze alvast kunnen inwerken. Daarnaast kan zo nodig een rustgevend tabletje worden gegeven waar u wat slaperig van wordt.

De verpleegkundige brengt u met bed naar de voorbereidingskamer (Holding). Hier wordt u dan verder geholpen.



Voordat de operatie begint krijgt u de afgesproken verdoving. Via een infuus krijgt u vocht toegediend. Tijdens en na de operatie worden bloeddruk, pols en wond regelmatig gecontroleerd.

De operatie

Reconstructie

De reconstructie heeft tot doel om de normale anatomie en positie van de organen in het kleine bekken zoveel mogelijk te herstellen. Daarbij blijft geslachtsgemeenschap mogelijk. De meeste van deze operaties vinden plaats via de vagina. Uw gynaecoloog neemt samen met u een beslissing. In het SKB wordt bij de verzakkingsoperaties lichaamseigen materiaal gebruikt en géén 'matjes'. Vaak worden meerdere methodes gecombineerd, bijvoorbeeld een vaginale baarmoederverwijdering gecombineerd met een verzakkingsoperatie.

Mogelijke reconstructieve operaties zijn:

- de uitgezakte vaginavorwand en blaas worden op hun plaats gebracht (voorwandplastiek)
 - verwijdering van de baarmoeder door de vagina (vaginale uterus extirpatie)
 - de uitgezakte vagina-achterwand en darm worden op hun plaats gebracht (achterwandplastiek)
 - de baarmoeder of vaginatop wordt opgehangen aan een peesbandje achter in het bekken (sacro-spinale fixatie van de baarmoeder of vaginatop)
 - soms voor- of achterwandplastiek in combinatie met vaginale uterusextirpatie
- Hieronder worden deze operaties uitgelegd.

Reconstructieve operaties

Voorste compartiment: voorwandplastiek

- **Techniek:** De vaginavorwand wordt opengesneden en de blaas wordt losgemaakt van de vaginawand. Het defect in het onderliggende bindweefsel wordt opgezocht en gehecht. De blaas komt hierdoor weer in zijn oorspronkelijke positie terecht. Vervolgens wordt de voorwand van de vagina gesloten. Wanneer het bindweefseldefect niet afzonderlijk kan worden geïdentificeerd, dan wordt geprobeerd om stevig bindweefsel van weerszijden naar het midden toe te trekken en aan elkaar te hechten. Dit vormt dan de nieuwe bodem voor de blaas. Vaak is de vaginawand door de prolaps uitgerekt. Het kan daardoor nodig zijn om er een stuk vanaf te halen voor de vaginawand wordt gesloten. De vaginavorwand wordt weer gesloten met zelfoplossende hechtingen.
- **Katheter:** aan het einde van de operatie wordt er een katheter (een dunne buigzame slang) in de blaas geplaatst. De urine in uw blaas kan dan door de slang aflopen. De katheter wordt de derde dag na de operatie verwijderd. Daarna wordt gecontroleerd of er na het plassen niet te veel urine in de blaas achterblijft (retentie). Mocht bij ontslag blijken dat er na het plassen nog te veel urine in de blaas achterblijft, dan krijgt u wederom een verblijfskatheter, waarmee u naar huis kunt. Na ongeveer een week komt u terug op de polikliniek of afdeling.
- **Tampon:** aan het einde van de operatie wordt er vaak een tampon in de vagina geplaatst. Deze oefent druk uit op het operatiegebied. Hierdoor neemt de kans op een bloeding af. De tampon wordt de dag na de operatie verwijderd.
- **Pijnstilling:** omdat elke operatie pijn kan veroorzaken, zult u na de operatie pijnstilling krijgen volgens een vast schema. Het is verstandig om dit schema na ontslag nog een paar dagen aan te houden.



- Opnameduur: gemiddeld duurt de opname in het ziekenhuis drie dagen.
- Specifieke aandachtspunten: na een voorwandplastiek is de anatomie weer genormaliseerd en de blaas weer naar zijn oude positie gebracht. Soms moeten patiënten wennen aan de nieuwe manier van plassen. Denk aan een veranderd gevoel van aandrang, verandering van de kracht van de urinestraal en de houding op de wc, etc.
- Ten slotte is er bij een kleine minderheid van de patiënten sprake van gemaskeerde stressincontinentie. Dit wil zeggen dat u eigenlijk incontinent bent bij drukverhogende momenten zoals lachen, hoesten, niezen, etc., omdat uw plasbuis niet goed werkt. Dit wordt echter gemaskeerd door de prolaps. De prolaps zorgt er namelijk voor dat er een knik in de plasbuis komt. Elke keer als u bijvoorbeeld lacht of niest, wordt deze knik versterkt, zodat er geen ongewild urineverlies optreedt. Na de voorwandplastiek komt de blaas weer op zijn normale positie. De knik in de plasbuis verdwijnt. Het gevolg is dat uw stress-incontinentie aan het licht komt. Afhankelijk van de ernst van de klachten zal de behandeling bestaan uit bekkenbodembiotherapie en/of een operatie waarbij een TVT-O bandje (kunststof bandje) wordt geplaatst. Dit laatste is bij circa vijf procent van de patiënten nodig.
- Heroperatie: de kans dat de klachten in de loop van de tijd terugkeren na een voorwandplastiek is circa 20-30 procent. De kans op terugkeer van de klachten is groter naarmate er meer ongunstige factoren zijn zoals overgewicht, roken, obstipatie, chronische longziekten, etc.

Middelste compartiment: Vaginale uterus extirpatie (verwijdering van de baarmoeder door de vagina)

Bij deze operatie wordt de hele baarmoeder vaginaal verwijderd. Voor uitgebreide informatie over deze operatie kunt u de betreffende (SKB)folder lezen:

Baarmoederverwijdering bij goedaardige aandoeningen (Uterusextirpatie), met name pagina 6 en vanaf pagina 11.

Sacro-spinale fixatie van de baarmoeder of vaginatop (het ophangen van de baarmoeder of vaginatop aan een peesbandje achter in het bekken)

- Techniek: de achterwand van de vagina wordt ingesneden tot aan de baarmoedermond of vaginatop. De darm wordt losgemaakt van de vaginawand en het betreffende peesbandje achter in het bekken (het sacro-spinale ligament) wordt opgezocht. Daar worden twee onoplosbare hechtingen door geplaatst. Die worden vervolgens ook door de baarmoedermond of de vaginatop geplaatst. Door deze twee hechtingen te knopen, wordt de vaginatop of de baarmoedermond (met baarmoeder) terug het lichaam ingetrokken. De prolaps wordt hierdoor opgeheven. Tenslotte wordt de vagina-achterwand weer gesloten met zelfoplossende hechtingen.
- Katheter: aan het einde van de operatie wordt er een katheter (een dunne buigzame slang) in de blaas geplaatst. De urine in uw blaas kan dan door de slang aflopen. De katheter wordt de derde dag na de operatie verwijderd. Daarna wordt gecontroleerd of er na het plassen niet te veel urine in de blaas achterblijft (retentie).
- Mocht bij ontslag blijken dat er na het plassen nog te veel urine in de blaas achterblijft, dan krijgt u wederom een verblijfskatheter, waarmee u naar huis kunt. Na ongeveer een week komt u terug op de polikliniek of afdeling. Hiervoor krijgt u een afspraak mee.



- Tampon: aan het einde van de operatie wordt er vaak een tampon in de vagina geplaatst. Deze oefent druk uit op het operatiegebied. Hierdoor neemt de kans op een bloeding af.
De tampon wordt de dag na de operatie verwijderd.
- Pijnstilling: omdat elke operatie pijn kan veroorzaken, zult u na de operatie pijnstilling krijgen volgens een vast schema.
Het is verstandig om dit schema na ontslag nog een paar dagen aan te houden.
- Opnameduur: gemiddeld duurt de opname in het ziekenhuis drie dagen.
- Specifieke aandachtspunten: na de operatie kunt u pijn ervaren in uw billen. Dit komt omdat het lichaam moet wennen aan de spanning die er op het peesbandje is gekomen.
Deze pijn verdwijnt meestal binnen een aantal dagen tot enkele weken. Als de baarmoedermond nog aanwezig is, dan moet u ook na de operatie uitstrijkjes laten afnemen in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.
- Heroperatie: de kans dat de klachten in de loop van de tijd terugkeren na een sacro-spinale fixatie (een recidief) is circa 10-15 procent. De kans op terugkeer van de klachten is groter naarmate er meer ongunstige factoren zijn zoals overgewicht, roken, obstipatie, chronische longziekten, etc.

Achterste compartiment: achterwandplastiek

- Techniek: de achterwand van de vagina wordt opengesneden. De endeldarm en/of dunne darm wordt losgemaakt van de vaginawand. Hierna wordt het defect in het onderliggende bindweefsel opgezocht en gehecht. De endeldarm en/of dunne darm komt hierdoor weer terecht in zijn oorspronkelijke positie. Vervolgens wordt de achterwand van de vagina gesloten. Kan het bindweefseldefect niet afzonderlijk worden geïdentificeerd? Dan wordt geprobeerd om stevig bindweefsel van weerszijden naar het midden toe te trekken en aan elkaar te hechten. Dit vormt dan de nieuwe bodem voor de blaas.
- Vaak is de vaginawand door de prolaps uitgerekt. Het kan daardoor nodig zijn om er een stuk vanaf te halen voordat de vaginawand gesloten wordt. Tenslotte wordt de achterwand van de vagina weer gesloten met zelf oplossende hechtingen.
- Katheter: aan het einde van de operatie wordt er een katheter (een dunne buigzame slang) in de blaas geplaatst. De urine in uw blaas kan dan door de slang aflopen.
- De katheter wordt de dag na de operatie verwijderd. Daarna wordt gecontroleerd of er na het plassen niet te veel urine in de blaas achterblijft (retentie).
Mocht bij ontslag blijken dat er na het plassen nog te veel urine in de blaas achterblijft, dan krijgt u wederom een verblijfs-katheter, waarmee u naar huis kunt. Na ongeveer een week komt u terug op de polikliniek of afdeling.
- Tampon: aan het einde van de operatie wordt er vaak een tampon in de vagina geplaatst. Deze oefent druk uit op het operatiegebied. Hierdoor neemt de kans op een bloeding af.
De tampon wordt de dag na de operatie verwijderd.
- Pijnstilling: omdat elke operatie pijn kan veroorzaken, zult u na de operatie pijnstilling krijgen volgens een vast schema. Wij adviseren u dit schema thuis nog een paar dagen aan te houden.
- Opnameduur: afhankelijk van de operatie kunt u 1-3 dagen na de operatie naar huis.



- Specifieke aandachtspunten: veel patiënten met een verzakking in het achterste compartiment hebben klachten van obstipatie (verstopping). Het is belangrijk om de obstipatie zo goed mogelijk te behandelen door een gevarieerd dieet, door voldoende groente, fruit en vezels te eten en vooral ook door genoeg te drinken (circa twee liter per dag). Daarnaast moet u voldoende bewegen, omdat lichaamsbeweging de darm stimuleert. Hierdoor verminderen de obstipatieklachten.
Soms is het noodzakelijk om de obstipatie te behandelen met laxemiddelen zoals Movicolon®. Na een achterwandplastiek kan het zijn dat het krijgen van ontlasting iets anders verloopt dan u gewend bent. Over het algemeen gaat het makkelijker. Verder is het belangrijk om uw temperatuur niet rectaal (via de anus) te meten en ook geen zetpillen in te brengen.
- Heroperatie: de kans dat de klachten in de loop van de tijd terugkeren na een achterwandplastiek (een recidief) is circa 10-15 procent. De kans op terugkeer van de klachten is groter naarmate er meer ongunstige factoren zijn zoals overgewicht, roken, obstipatie, chronische longziekten, etc.

Naar huis

U zult 1-3 dagen na de operatie in het ziekenhuis verblijven. De adviezen voor thuis (zie pagina 14) worden met u besproken en u krijgt een afspraak voor controle bij uw gynaecoloog mee.

Obliteratie

De obliteratie heeft tot doel om de vagina af te sluiten en zo de klachten van prolaps te verminderen. Geslachtsgemeenschap is dan niet meer mogelijk. Voordelen zijn de korte operatietijd en het relatief snelle herstel. Voor deze behandelmethode zal vooral gekozen worden bij patiënten op zeer hoge leeftijd. Een andere reden om voor obliteratie te kiezen is als er medische bezwaren zijn om een reconstructieve operatie uit te voeren. Bijvoorbeeld omdat deze te belastend is.

Vragen

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met de polikliniek Vrouw/kind. T 0543 54 46 50. Wij zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 - 16.30 uur.

Geheimhouding en recht op privacy

Alle medewerkers van ons ziekenhuis hebben een geheimhoudingsplicht. Verder heeft u als patiënt recht op privacy. Uitgebreide informatie hierover kunt u vinden in de folder 'De rechten en plichten van de patiënt'. Deze is verkrijgbaar op de afdeling en bij de patiënteninformatie in de centrale hal. Daarnaast is deze folder te vinden op: www.skbwinterswijk.nl



Bijlage

Adviezen voor thuis

U hebt een ingrijpende operatie ondergaan. Het is belangrijk dat u de volgende adviezen opvolgt om de kans op complicaties te verminderen.

- In het ziekenhuis hebt u het gevoel, dat u tot heel wat in staat bent, maar eenmaal thuis valt dat vaak tegen. U zult sneller moe zijn en minder aankunnen dan u dacht. Het beste kunt u toegeven aan de moeheid en extra rusten. Uw lichaam geeft aan wat u wel en niet aankunt en het is belangrijk, dat u daarnaar luistert.
- Tegen eventuele pijn mag u Paracetamol gebruiken. Volgt u de bijsluiter in de verpakking.
- Wij adviseren u goed te drinken, minimaal anderhalve liter per dag.
- De dag na ontslag neemt de verpleegkundige contact met u op om te informeren hoe het met u gaat. Heeft u vragen dan kunt u die natuurlijk stellen aan de verpleegkundige.
- U mag douchen; liever geen bad gedurende de eerste 2 weken.
- U mag na 2 weken weer deelnemen aan het verkeer.
- U mag licht huishoudelijk werk doen, zoals afwassen, koken. Wees voorzichtig met handelingen, waarbij u de buikspieren moet gebruiken. U mag niet te zwaar tillen (zoals zware boodschappentassen, -dozen of -kragen dragen).
- U mag na ongeveer 6 weken het werk weer hervatten en sporten. Luister vooral 'naar uw lichaam'.
- Na 6 weken mag u weer geslachtsgemeenschap hebben.

- Neem contact op met de polikliniek Vrouw/kind bij de volgende problemen:
 - koorts boven 38° C.
 - abnormaal veel bloedverlies
 - hevige buikpijn
 - klachten bij het plassen (kan wijzen op een blaasontsteking)
 - indien u binnen 4 dagen geen ontlasting hebt gehadDe polikliniek is van maandag tot en met vrijdag van 08.30 - 16.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 0543 54 46 50. Wanneer zich buiten kantooruren problemen voordoen, neem dan contact op met de afdeling Vrouw/kind: 0543 54 44 86
- De dag na ontslag neemt de verpleegkundige contact met u op om te informeren hoe het met u gaat. Heeft u vragen dan kunt u die natuurlijk stellen aan de verpleegkundige.
- Tot ongeveer zes weken na de operatie kan het voorkomen dat u bloed verliest. Dit is normaal. Het wordt langzaam minder en gaat vaak over in bruinige of gelige afscheiding.
- Het kan zijn dat er opnieuw klachten ontstaan. De oorzaak van de verzakking of van het urineverlies kan niet altijd verholpen worden. Er bestaat geen behandeling die garandeert dat een verzakking definitief uitblijft. Als u denkt dat er sprake is van een nieuwe verzakking, aarzel dan niet en neem contact op met uw huisarts.

De inhoud van deze folder is ontleend aan de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en ziekenhuis Haaglanden(Bronovo)