



Incontinentie

T +32(0)89 32 50 50
F +32(0)89 32 79 00
info@zol.be

Campus Sint-Jan
Schiepse bos 6
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara
Bessemerstraat 478
B 3620 Lanaken

Campus Maas en Kempen
Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

Medisch Centrum André Dumont
Stalenstraat 2a
B 3600 Genk



Beste patiënt,

Deze brochure geeft u meer informatie over Incontinentie en tracht op een aantal veel gestelde vragen antwoord te geven.

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ze te stellen. Uw behandelende geneesheer en de verpleegkundigen zijn steeds bereid om op al uw vragen te antwoorden.

INHOUDSTAFEL

| | |
|---|----|
| 1. Verzakking- en incontinentiekl niek | 3 |
| 2. Ons team | 4 |
| 3. Hoe gaan we te werk? | 6 |
| 4. Incontinentie | 8 |
| 5. Hospitalisatie | 19 |
| 6. Belangrijke weetjes | 21 |
| 7. Ontslag uit het ziekenhuis | 23 |
| 8. postoperatieve instructies na een suburethrale tape operatie (‘bandje’) | 24 |
| 9. Nuttige telefoonnummers | 27 |
| 10. Tot slot | 28 |

01 VERZAKKING- EN INCONTINENTIEKLINIEK

De verzakking- en incontinentiecliniek, soms ook urogynaecologie of bekkenbodempolis genoemd, is een gespecialiseerde kliniek voor vrouwen met bekkenbodempolis. Deze problemen kunnen zich voordoen op alle leeftijden en zeer uiteenlopend zijn van aard.

U kan bij ons terecht met de volgende klachten:

- Vaginale verzakkingen:
 - blaas
 - baarmoeder
 - edeldarm
- Blaasklachten
 - Ongewenst urineverlies (incontinentie)
 - Moeilijkheden met plassen
 - Terugkerende blaasontstekingen
- Stoelgangklachten
 - Fecale incontinentie
 - Moeilijke stoelgang of obstipatie
 - Verzakking van de endeldarm tot in het anale kanaal
- Pijnlijk bekkensyndroom

02 ONS TEAM

Dr. Eva De Cuyper studeerde af in 1997 aan de Universiteit Antwerpen met grote onderscheiding.

Zij specialiseerde in de algemene gynaecologie en verloskunde in het St. Augustinusziekenhuis te Wilrijk. Haar opleiding was toen reeds toegespitst op de operatief technische aspecten van de gynaecologie. Voor haar laatste jaar opleiding werkte zij in het Flinders Medical Centre te Adelaide (Australië) waar haar bijzondere interesse voor de urogynaecologie werd gewekt. Dr. De Cuyper was academisch staflid aan de universiteit van Amsterdam (AMC) en subspecialiseerde vervolgens in de urogynaecologie aan het Royal Australian College for Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG - CU). Na een totaal van 5 jaar opleiding in Australië, studeerde zij wederom af met grote onderscheiding (2007) als urogynaecologe. Dr. De Cuyper werkt sinds 2008 als voltijdse subspecialiste in de urogynaecologie in het Ziekenhuis Oost-Limburg te Genk.

Dr. Helena Van Kerrebroeck studeerde af in 2011 aan de Universiteit Gent met grote onderscheiding. Voor haar specialisatie algemene gynaecologie en verloskunde ging zij naar het Maasstadziekenhuis in Rotterdam, het OLV in Aalst, het Middelheimziekenhuis in Antwerpen, het ZOL in Genk en het Universitair ziekenhuis van Gent. Ze volgde na haar diploma gynaecologie bijkomende opleiding in de subspecialisatie urogynaecologie en de endoscopische behandeling van goedaardige gynaecologische aandoeningen. Zij werkte hierbij onder andere in het gerenomeerde universitaire expertisecentrum C.H.R.U. te Rijsel (Frankrijk).

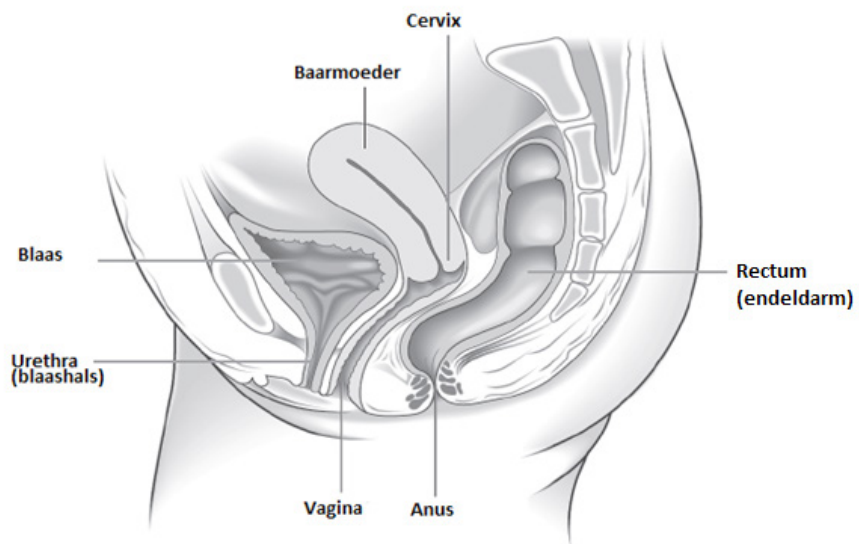
Dr. Van Kerrebroeck geeft frequent opleidingen in de laparoscopie en hysteroscopie via 'The Academy' in Leuven en ook op internationale congressen.

Diane, Hilde en Marijke zijn van opleiding vroedvrouw en werkzaam op de consultatie gynaecologie. Zij hebben zich extra bekwaamd tot incontinentieverpleegkundigen en in de urodynamica. Zij staan in voor de urodynamische testen, helpen bij de ambulante cystoscopieën en begeleiden patiënten met (tijdelijke) (zelf)katheterisatie na een operatie.

03 HOE GAAN WE TE WERK?

- Tijdens een consultatie worden al uw klachten in kaart gebracht.
- Soms kan het invullen van een **vragenlijst** helpen om het probleem te verduidelijken of ook het bijhouden van een **plasdagboek** zinvol zijn. Indien gewenst, kan u deze documenten alvast afprinten en ingevuld meebrengen naar de consultatie. Dit vergemakkelijkt vaak het gesprek. Breng, indien mogelijk en van toepassing, alle relevante medische informatie mee zoals vroegere operatieverslagen, medicijnen die u neemt, laboresultaten etc. Uw huisarts kan u hierbij helpen.
- Er zal een routine klinisch (vaginaal) onderzoek plaatsvinden en een transvaginale echografie. Bij het onderzoek zal een speculum (lepel-speculum) worden gebruikt om de vaginale wanden van elkaar te scheiden en zo te zien welk orgaan verzakt zit. Door middel van dit onderzoek hebben wij reeds een goed beeld van uw verzakking.
- Soms zijn er aanvullende onderzoeken noodzakelijk zoals:
 - urineanalyse(s)
 - urodynamisch onderzoek
 - ambulante cystoscopie
 - RX-colpocystodefecografie

Normale anatomie



04 INCONTINENTIE

4.1 Inleiding

Tot 20 % van onze vrouwelijke bevolking heeft last van urinaire incontinentie. Dit wil zeggen dat ze onvrijwillig urine verliezen. Urineverlies kan in alle leeftijdsgroepen voorkomen en is niet strikt gebonden aan zwangerschap of bevalling. De percentages nemen toe op oudere leeftijd.

4.2 Hoe werkt een normale blaas?

Urine is een afvalproduct dat ontstaat door het filteren van het bloed in de nieren. De urine loopt continu via de urineleiders naar de blaas die zich geleidelijk vult. De urine verlaat vervolgens ons lichaam via de plasbuis (urethra).

De mogelijkheid om urine op te houden en slechts te urineren wanneer het gepast is, vereist een reeks van complexe gebeurtenissen waarbij de hersenen, de blaas, de plasbuis, de bekkenbodemspieren alsmede de zenuwen van de blaas en bekkenbodemspieren een rol spelen. Wanneer de blaas zich vult, moet de blaasspier ontspannen en moet de sluitspier van de plasbuis goed sluiten om de urine in de blaas te kunnen opslaan. Op het moment dat de blaas vol is, ontvangen de hersenen een signaal en voelen we aandrang om te urineren. Wanneer we het toilet hebben bereikt, sturen de hersenen 2 signalen uit. Eén signaal terug naar de blaas, waardoor die gaat samenknijpen en één signaal naar de sluitspier rond de plasbuis waardoor deze ontspant. De urine loopt nu naar buiten. Een gezonde blaas heeft een gemiddelde capaciteit van 350 tot 500ml. Dit wil zeggen dat we om de 3 à 4 uur urineren. Als we 2 liter op een dag drinken komen we zo aan een gemiddelde plasfrequentie van 4 tot 7 keer urineren over dag en 1 tot 2 keer 's nachts.

De blaas en de plasbuis worden ondersteund door bekkenbodemspieren. Deze spieren trekken samen bij lichamelijke inspanningen zoals lopen en springen of ook hoesten en niezen om ongewild urineverlies te voorkomen. De bekkenbodemspieren sturen deels ook de zenuwen van de blaas. Zwakte of beschadiging van deze spieren en/of zenuwstructuren

kan aanleiding geven tot verschillende vormen van urineverlies (incontinentie).

4.3 Soorten incontinentie

De twee meest voorkomende vormen van urineverlies zijn:

1. inspanningsincontinentie (ook stressincontinentie genoemd)
2. aandrangincontinentie (ook drangblaas genoemd)

Zeldzamere vormen van urinaire incontinentie zijn een overloopincontinentie als gevolg van een blaas die niet goed kan ledigen bv. door obstructie en urineverlies via fistels.

1. Inspanningsincontinentie

Hiermee beschrijven we urineverlies dat voorkomt bij drukverhogende momenten zoals hoesten, niezen of tillen of tijdens fysieke activiteiten zoals rennen en springen. Zelfs mistrappen of schrikken kan onvrijwillig urineverlies veroorzaken in dit geval. Inspanningsgebonden urineverlies is meestal het gevolg van een zwakte of van beschadiging van de sluitspier van de plasbuis en/of de bekkenbodemspieren. Bij druk op de blaas zal de zwakke sluitspier de urine niet kunnen tegenhouden en zal onvrijwillig urineverlies optreden.

2. Aandrangincontinentie

Aandrangincontinentie wordt meestal veroorzaakt door een overactieve blaas. Een overactieve blaas geeft aanleiding tot een overmatig dranggevoel met veelvuldig plassen, het zich moeten haasten bij aandrang en eventueel reeds urine verliezen alvorens men het toilet bereikt. Dit kan zich zowel overdag alsook 's nachts voordoen. Deze vorm van urineverlies is frequent, kan voorkomen op elke leeftijd en neemt toe op oudere leeftijd.

Overactief blaaslijden is een verzamelnaam voor de volgende symptomen:

- Urgentie (aandrang): het optreden van plotse aandrang om te urineren welke niet onderdrukt kan worden en zonder dat de blaas echt vol is. Soms is er reeds urineverlies alvorens het toilet te bereiken. Dit heet dan urgente incontinentie of ook aandrangincontinentie.
- Frequente mictie: vaak moeten plassen d.w.z. meer dan 7 keer per dag bij normaal drinken (tot 2 liter per dag)
- Nycturie: 's nachts 2 keer of meer wakker worden om te plassen

Aandrangincontinentie en inspanningsincontinentie kunnen ook samen voorkomen. Dit wordt *gemengde urinaire incontinentie* genoemd.

4.4 Wat zijn de oorzaken en mogelijke risicofactoren voor urinaire incontinentie?

Verzwakking en/of beschadiging van de sluitspieren, de bekkenbodemspieren en de zenuwstructuren zijn de voornaamste oorzaak voor incontinentie. Ook de aanwezigheid van een verzakking kan incontinentie in de hand werken.

Risicofactoren voor stressincontinentie

- Zwangerschap en bevalling
- Overgewicht
- Zwaar tillen
- Chronisch hoesten
- Obstipatie / veel persen op het toilet
- Erfelijke factoren (o.a. bindweefselziekten)

Risicofactoren voor een overactieve blaas

- Voedingsmiddelen en toxines kunnen de blaas overmatig prikkelen en zo incontinentie in de hand werken. Hierbij denken we aan een overmatige consumptie van cafeïnehoudende dranken (koffie, thee, cola, energy drinks), nicotine, alcohol, aspartaam en fruitsappen.

- Vaak naar het toilet gaan is een slechte gewoonte die meer bij vrouwen voor komt dan bij mannen. Het ophouden van de urine is niet schadelijk en oefent bovendien de blaascapaciteit.
- (Chronische) blaasontstekingen kunnen overactieve blaasklachten veroorzaken en dienen uitgesloten te worden.
- Afwijkingen van de blaas zoals stenen, poliepen, tumoren.
- Zenuwziekten zoals Multiple Sclerose (MS) en ziekte van Parkinson, maar ook sommige (traumatische) zenuwletsels van de onderrug zoals bv. hernia's.
- Idiopathisch: vaak kunnen we geen echte oorzaak vaststellen.

4.5 Welke onderzoeken kunnen nodig zijn?

Volgende onderzoeken kunnen mogelijk door uw arts voorgesteld worden:

- Het bijhouden van een **plasdagboek**: u wordt gevraagd om op te schrijven wat u drinkt, hoeveel u drinkt en hoe vaak u moet urineren. Ook het ongewild urineverlies wordt geregistreerd.
- **Onderzoek** van het een **urine**staal (sediment en eventueel een cultuur) voor het opsporen van bloed, celafwijkingen en infecties.
- **Hoesttesten** met een volle blaas om urineverlies aan te tonen tijdens een klinisch onderzoek. Hierbij wordt ook gekeken of u een verzakking heeft en kan de kracht van uw bekkenbodemspieren gemeten worden.
- Bij een **urodynamisch onderzoek** wordt de blaas met water gevuld en worden diverse metingen uitgevoerd om de oorzaak van de incontinentie op te sporen.
- Een **diagnostische cystoscopie** kan afwijkingen van de blaas zoals bijvoorbeeld poliepen, stenen en tumoren in kaart brengen.
- **Beeldvorming van de nieren en de blaas** (echografie, CTG urografie) kan afwijkingen van de urinewegen aantonen. Ook kan residu na mictie gemeten worden.

4.6 Welke behandelingen zijn mogelijk?

1. Levensstijladviezen

Enkele belangrijke adviezen:

- Drink 1,5 tot 2 liter (water) per dag
- Urineer om de 3 à 4 uur
- Drink zo weinig mogelijk cafeïne en aspartaam houdende dranken, alcohol en fruitsappen
- Stop met roken
- Let op (over)gewicht
- Behandel obstipatie

2. Bekkenbodemspieroefeningen

Dit is een effectieve manier om de bekkenbodemspieren te leren sturen en/of weer op kracht te brengen. Tot 75 % van de vrouwen met stress urinair verlies boekt genezing zo niet verbetering van de klachten. Het effect van de behandeling wordt beter naarmate de oefeningen over een gegeven periode en met regelmaat worden herhaald. Het maximaal te verwachten resultaat wordt na een gemiddelde van 3 tot 6 maanden oefenen bereikt. Voor een goede bekkenbodemspiertraining laat u zich best begeleiden door een gespecialiseerde kinesist(e).

Ook blaastraining voor de stabilisatie van een drangblaas kan bij bekkenbodemptherapeuten gevolgd worden. Deze training is erop gericht dat u naast continentietraining ook meer en langer urine in de blaas kunt houden zodat u minder vaak naar het toilet moet gaan.

3. Continentie hulpmiddelen

Knoppessaria worden soms vaginaal geplaatst en zorgen voor een mechanische steun van de urethra. Dit kan helpen met stressincontinentie. In geval van milde vormen van stress urineverlies (bijvoorbeeld bij sporten) kan ook een vaginale tampon soelaas bieden.

4. Medicatie

Voor de behandeling van stressincontinentie

Een medicamenteuze behandeling voor deze vorm van incontinentie is niet onmiddellijk een eerste keuze. Men heeft thans wel kunnen aantonen dat Duloxetine de sluitkracht van de plasbuis kan verhogen. Mogelijke bijwerkingen zijn misselijkheid, droge mond, obstipatie, vermoeidheid en slapeloosheid.

Voor de behandeling van aandrangincontinentie

De meest gebruikte medicijnen komen uit de groep van de anticholinergica. Zij kunnen u helpen om de blaas wat rustiger te houden zodat u met minder aandrang moet urineren, langer kan ophouden en ook beter op tijd kunt komen. De meest voorkomende bijwerkingen zijn een droge mond, droge ogen en obstipatie. Soms is het even zoeken en kan het nodig zijn om van middel te veranderen om alzo het beste medicijn voor u te vinden. In het algemeen moet je de medicijnen voor een langere tijd blijven innemen, soms zelfs levenslang. Nadeel is vaak de hoge kostprijs. Een tussenkomst in de vergoeding voor deze medicatie door de mutualiteiten is slechts voorzien voor patiënten met een (bewezen) neurologische aandoening.

5. Operatieve mogelijkheden voor de behandeling van stressincontinentie

Als uw klachten van urineverlies blijven bestaan, ondanks voldoende bekkenbodemspieroefeningen, kan een operatieve ingreep worden overwogen. Momenteel is de meest aangeboden operatie een **midurethrale sling ('bandje')**. Dit 'bandje' is gemaakt van synthetisch materiaal en wordt onder het middelste deel van de plasbuis geplaatst. Het steunt de plasbuis en voorkomt urineverlies bij drukverhogende momenten, zoals hoesten, niezen of lachen. Het materiaal verteert niet en blijft permanent aanwezig.

Via een kleine snede onder de plasbuis wordt het bandje ingebracht. Afhankelijk van het type loopt het bandje tot achter het gebied van het

schaambeem (retropubisch) en hebt u twee extra sneetjes op de schaamheuvel. Een tweede soort verloopt meer horizontaal naar de liezen toe (transobturatoir) met respectievelijk twee sneetjes in de liesregio. De transobturatoire tape is momenteel de meest gebruikte in België.

Andere operationele mogelijkheden voor behandeling van stressincontinentie:

- **Burch colposuspensie**

Bij deze ingreep worden 2 tot 3 hechtingen respectievelijk rechts en links van de plasbuis en de blaashals geplaatst en gefixeerd tegen het schaambeem. Deze operatie wordt laparoscopisch uitgevoerd (abdominaal via een kijkoperatie). Ze is thans uitgebreider dan de meer recente suburethrale tape operaties en kent een iets hogere complicatieratio. Toch blijft deze ingreep voor sommige situaties een waardevol alternatief. Bij deze ingreep worden geen implantaten gebruikt. Het succespercentage is vergelijkbaar met dat van de midurethrale bandjes (80 tot 90%).

- **Injectiemiddelen onder de plasbuis (bulking-middelen)**

Dit is een derde mogelijkheid om stress urinair verlies te verbeteren. Zij versterken het sfinctergedeelte onder de plasbuis waardoor het lumen een klein beetje wordt dichtgedrukt. Deze producten kunnen bestaan uit vet, bindweefsel (collageen) of synthetische middelen (oa. siliconen). Via een naald wordt het product onder het slijmvlies gespoten, al dan niet onder direct cystoscopisch zicht. De resultaten zijn echter veel lager dan de andere operationele ingrepen (max. 40 tot 60 % succes) en de levensduur is veel korter (max. 3 jaar). Alsnog kan dit heel zeker een (tijdelijke) oplossing zijn.

Bulking-middelen kunnen eveneens gebruikt worden als aanvulling bij de andere operationele mogelijkheden, wanneer het opgeleverde resultaat onvoldoende was. Ook wanneer een andere ingreep en/of narcose niet meer mogelijk of gewenst is. Deze producten worden niet vergoed door de Belgische mutualiteiten.

Wat zijn de nevenwerkingen, kans op verwickelingen en op her- val na een operatieve ingreep (type midurethrale tape)?

De kans dat zo een 'bandje' het urineverlies vermindert en zelfs volledig geneest ligt tussen 80 en 90%. Dit op voorwaarde dat het gaat om een zuivere stress urinaire incontinentie. De operatie kan niet helpen wanneer het gaat om een overactief blaaslijden.

Na de operatie kunt u een onprettig tot licht pijnlijk gevoel ervaren in de onderbuik en in de liezen. De meeste vrouwen herstellen hiervan binnen de 2 weken na de operatie. Alsnog is het raadzaam om zware fysieke activiteiten en ook sporten te staken gedurende de eerste 4 tot 6 weken na de ingreep.

Welke risico's zijn er verbonden aan een suburethrale sling operatie ('bandje')?

De meest voorkomende complicaties tijdens deze operatie zijn een belangrijke **bloeding** en een **letsel van de blaas of urethra**. Het risico is alsnog zeer laag. De kans op een bloeding waarvoor een bloedtransfusie noodzakelijk zou zijn bedraagt minder dan 1 %. Het risico op perforatie van de blaas ligt, afhankelijk van het soort bandje en de gebruikte techniek, tussen de 1 en 12 %.

Soms gaat spontaan urineren na een operatie niet of slechts zeer moeizaam. Er is dan sprake van **retentie of een verhoogd residu**. Dit gebeurt bij 0 tot 13 % van de patiënten en is meestal slechts kortstondig van aard (minder dan 3 maanden). Het gebruik van katheters dringt zich alsnog op om deze periode te overbruggen. Uitzonderlijk moet de operatie ongedaan worden gemaakt (minder dan 1%). **Urineweginfecties** zien we tot 3 maanden na de operatie bij één derde van de patiënten. Ook infecties ter hoogte van de vaginale wonde is mogelijk en tredt op bij 1 tot 3 % van de patiënten.

Op langere termijn kunnen we complicaties zien die gerelateerd zijn aan het gebruikte implantaat zelf. Het synthetische materiaal kan doorbreken door de huid van de vagina of ook de blaas of urethra. Dit heet '**erosie**'. Erosies kunnen zowel vroeg- als laattijdig optreden. In totaal zien we dit bij 1 tot 4 % van de geplaatste bandjes.

Na de operatie kan de blaas geprikkeld reageren op de aanwezigheid van een suburethrale tape. De klachten zijn dan gelijk aan die van een **drangblaas**. Dit kan onmiddellijk na de operatie optreden en van voorbijgaande aard zijn, maar ook enige tijd later ontstaan en '**denovo**' aanwezig blijven (gemiddeld 5 %).

Tot slot is ook blijvende **vaginale pijn, dyspareunie** en **pijn** in de liezen beschreven bij 1 tot 3% van de patiënten postoperatief.

Samengevat mogen we alsnog zeggen dat het risico op een complicatie laag is.

6. Operatieve mogelijkheden voor de behandeling van overactief blaaslijden

Een suburethrale tape of 'bandje onder de plasbuis' kan overactief blaaslijden niet verbeteren. Zelfs het tegendeel is soms het geval. Behandeling van dit soort van blaaslijden blijft bekkenbodempieroefeningen, blaas-training, aanpassen van levensstijl en medicatie - vaak levenslang.

Ondanks al deze maatregelen blijft een klein deel van de patiënten klachten houden en kunnen navolgende behandelingen overwogen worden:

- **Botox injecties in de blaas (Botuline A)**

Onder direct zicht wordt dit product op verschillende plaatsen in de blaaswand ingespoten. Het zorgt voor een lokale verlamming van de zenuwuiteinden zodat de blaaspijp meer ontspant en een betere opslag van urine mogelijk wordt. De resultaten zijn veelbelovend (60 tot

80 % succes), echter houdt het effect slechts 6 tot 9 maanden aan, mede afhankelijk van de gebruikte dosis. Herhaaldelijke injecties zijn wel mogelijk. Wanneer de blaasspier door de botox teveel ontspant, is goed leegplassen tijdelijk niet meer mogelijk. Dit kan een nadeel zijn van deze ingreep en treedt op bij 20 % van de patiënten. Een periode van zelfkatheterisatie (blaas ledigen met een buisje op geregelde tijdstippen) wordt dan noodzakelijk. Botoxinjecties worden niet vergoed door de Belgische mutualiteiten.

- **PTTN / TENS**

Met een kleine stimulator op de huid worden zenuwbanen in de onderrug (TENS) of ter hoogte van de enkel (PTTN) beïnvloed. Deze zenuwbanen zijn betrokken bij de werking van uw blaas en kunnen de prikkelbaarheid van uw blaas helpen sturen. Er is echter nog maar weinig onderzoek gedaan over de effectieve werking van deze behandeling.

- **Sacrale zenuwstimulator (ook wel neuromodulator genoemd)**

In dit geval plaatsen we een elektrode in de onderrug, onmiddellijk tot bij de sacrale zenuwen die de blaas beïnvloeden. De sacrale zenuwen worden gestimuleerd met zwakke elektrische impulsen. Plaatsing gebeurt in 2 fasen. Eerst krijgt u een tijdelijke stimulator in de vorm van een kastje buiten het lichaam en verbonden met een snoer tot bij de elektrode.

Wanneer er voldoende werking kan worden aangetoond, volgt de tweede fase middels het plaatsen van een definitieve stimulator onder de huid. Deze kan via een afstandsbediening permanent gestuurd worden volgens uw behoeften. Continue prikkeling van de zenuwstructuren kan helpen om de werking van de blaas maar ook de darm (i.g.v. fecale incontinentie) te verbeteren.

Deze ingreep blijft thans voorbehouden voor ernstige en aanhoudende blaasklachten die onvoldoende kunnen geholpen worden middels andere maatregelen. De plaatsing van een sacrale zenuwstimulator vereist ervaring met deze technieken en wordt daarom slechts in enkele (urologische) centra uitgevoerd (bijvoorbeeld UZ Leuven). Ook deze operatie wordt niet vergoed door de Belgische mutualiteiten.

05 HOSPITALISATIE

5.1 Wat u moet weten over uw opname

1. Vooropname

U wordt gevraagd om zich te melden aan het administratief loket met uw documenten voor een vooropname. Deze documenten ontvangt u op de consultatie van uw arts, wanneer uw operatie wordt besproken en gepland.

Aan het administratief loket krijgt u praktische inlichtingen over uw opname. De meeste mensen komen binnen in de ochtend van de operatiedag. Soms kan ook een opname op de avond voordien. U kan tevens uw voorkeur opgeven in verband met het type kamer (privé of gemeenschappelijke kamer). Hiermee zal zoveel mogelijk rekening worden gehouden, doch er is geen vaste toezegging mogelijk. De kamerverdeling is afhankelijk van de bezettingsgraad en de eventuele aanwezigheid van patiënten die om medische redenen op een privékamer moeten verblijven.

Voor een operatie worden vooronderzoeken aangevraagd (meestal labo, RX thorax en EKG) en wordt elke patiënt(e) ontvangen op een vooropnameconsultatie Anesthesie. Hier kan u terecht met al uw vragen over de narcose of andere vormen van verdoving en pijnstilling.

U kan ons een handje helpen door een lijst mee te brengen met uw medische voorgeschiedenis en de medicatie die u op dat moment moet innemen. Ook alle (recente) labo uitslagen, mocht u die bezitten, mag u meebrengen.

2. Een opname op de dienst GMAT

Dit is de afdeling gynaecologie / materniteit.

Bij een geplande opname meldt u zich aan het onthaal van het ziekenhuis. Hier wordt u ingeschreven, waarna u met of zonder begeleiding en de nodige inschrijvingsformulieren naar de afdeling komt.

Bevallen moeders met kind en patiënten die van een operatie herstellen-
de zijn, liggen gescheiden van elkaar, zodat iedereen met de nodige rust
kan herstellen.

3. Duur van opname

Na incontinentiechirurgie (bv. TVT of TVT-0) kan u meestal daags na de
ingreep weer naar huis.

Dit gebeurt steeds in samenspraak met uw behandelende arts.

4. Bezoekuren

De bezoeken zijn dagelijks van 14 tot 20 uur. Gelieve hiermee rekening
te houden en uw bezoek te spreiden zodat u als patiënt of uw familielid
ook de nodige tijd krijgt om te rusten.

5. Zaalronde artsen

Gynaecologen en/of hun assistenten toeren dagelijks. Er zijn echter geen
vaste uren voor zaalronde. Elke arts komt meestal langs rond hetzelfde
tijdstip. Voor dr. De Cuyper is dit tussen 13.30 en 14 uur. Ook dr. Van
Kerrebroeck toert rond het middaguur.

06 BELANGRIJKE WEETJES

- Indien u wordt opgenomen voor een operatieve ingreep is het voor ons niet altijd mogelijk om correct in te schatten hoe laat de operatie zal plaatsvinden. Dit is afhankelijk van het operatieschema en de eventuele spoedopnames. Daarom kan het zijn dat u mogelijk een tijd dient te wachten. Hiervoor onze excuses.
- Bij een opname raden we u aan om geen waardevolle voorwerpen mee te brengen. Mocht u deze toch bij hebben, vragen wij u graag om alles in de kast achter slot te bewaren. De sleutel houdt u zelf bij of geeft u in bewaring aan de balie van de afdeling.
- Indien u thuis medicatie neemt, gelieve deze mee te brengen in hun originele verpakking en af te geven aan de verpleegkundige tijdens het opnamegesprek. Er wordt gevraagd om tijdens uw verblijf zelf geen medicatie te nemen zonder toelating van de geneesheer of verpleegkundige.
- Inname van slaapmiddelen wordt afgeraden tot 3 dagen na een narcose. Dit om verwardheid en mogelijke ongevallen te voorkomen.
- Om reden van praktische aard vragen we u om gemakkelijke nachtkledij aan te trekken. Na de operatie heeft u gedurende 24 tot 48 uur een verblijfsonde.
- Zorg voor eigen handdoeken, washandjes en toiletgerief.
- Als u overdag de dienst wil verlaten om naar de hal of naar het cafe-teria te gaan, gelieve dan de verpleegkundige hiervan te verwittigen. Zij zal zeggen of dit mogelijk is. Vanaf 22u verwachten wij dat alle patiënten op de kamer zijn.
- In de gang is een drankfontein voorzien waar u gekoeld of bruisend water kunt krijgen. Wanneer uw blaassonde net werd verwijderd, wordt u thans gevraagd om gematigd te drinken zodat wij uw mictiepatroon kunnen volgen en ons vergewissen van volledige blaaslediging. Dit heet residumeting na mictie en zal u volledig worden uitgelegd wanneer voor u van toepassing.

- Op de afdeling wordt er niet gerookt. Een rookruimte is voorzien in de inkomhal van het ziekenhuis. Hou het rustig op de afdeling, maak geen lawaai. Bezoekende kinderen blijven bij voorkeur onder begeleiding op de kamer. Wij willen rekening houden met het comfort van al onze patiënten.
- De geneesheren, hoofdverpleegkundige en alle medewerkers op de afdeling zullen uw vragen steeds zo goed mogelijk beantwoorden. Indien dit niet mogelijk is, spreken zij voor u een verantwoordelijke persoon aan.

07 ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS

Uw arts zal u tijdig verwittigen wanneer u naar huis mag gaan. Indien nodig krijgt u pijnstilling mee voor de eerste dagen. Ook ontvangt u eventuele voorschriften voor de apotheker. Ook alle thuismedicatie die u bij de verpleegkundige heeft afgegeven, krijgt u weer mee naar huis. Indien gewenst, kan u een thuisverpleegkundige laten komen voor bv. hulp bij het wassen. Geef ons een seintje wanneer wij u hiermee kunnen helpen.

Bij ontslag worden alle documenten die nodig zijn voor uw mutualiteit, hospitalisatieverzekering of ziekteverlet voor het werk ingevuld. Gelieve zelf te voorzien in alle nodige documenten.

Er zal een verslag worden opgemaakt over uw operatie en uw verblijf in het ziekenhuis. Uw huisarts ontvangt steeds een kopie.

08 POSTOPERATIEVE INSTRUCTIES NA EEN SUBURETHRALE TAPE OPERATIE ('BANDJE')

8.1 Hechtingsmateriaal > 'draadjes'

U vindt een kleine naad t.h.v. de vaginale voorwand, precies onder uw plasbuis. Deze draad verteert over verloop van een 4-tal weken. Er zijn ook 2 afzonderlijke hechtingen aanwezig aan de binnenkant van uw dijbeen. Deze zullen verteren over ene verloop van een 10-tal dagen. Er mogen NOOIT knoopjes worden losgeknipt, ook niet door uw huisarts

8.2 Bloedverlies

Rood vaginaal bloedverlies gedurende de eerste 10 dagen is normaal. Dit is meestal vrij beperkt. Nadien kan u licht rozige afscheiding (wondvocht) zien en tenslotte heeft u gelig verlies tot minstens 4 weken na de operatie. Bloed heeft een typische geur, alsnog mag de afscheiding niet echt 'stinken'. Wanneer dit wel het geval is, contacteert u best een arts.

8.3 Wondverzorging

Spoel de vulva met de douchekop 2 keer per dag met warm water. Gebruik hierbij geen zepen noch andere ontsmettende middelen. Gebruik geen middelen IN de vagina zoals Isobetadine, schimmelzalf ea. Indien u twijfelt, raadpleeg uw arts. Ga NIET in bad noch zwemmen - u mag de wonde niet in water 'weken'.

8.4 Pijnstilling

Nog enkele dagen paracetamol doornemen na uw ontslag is geen overbodige luxe. U mag maximaal 1 gram innemen en dat 3 keer per dag. Eventueel kan 's avonds ook een zetpil Voltaren (NSAID) helpen. Deze medicijnen krijgt u (indien nodig) mee vanuit het ziekenhuis bij uw ontslag.

8.5 Thuisverpleegkundige

Wanneer u zelfredzaam en mobiel bent, heeft u normaal gezien geen speciale zorgen nodig van een thuisverpleegkundige. Indien u toch verpleging aan huis wenst, mag u ons hierover aanspreken en zullen wij het nodige voor u regelen.

8.6 Blaassonde

U heeft een verblijfsonde tot de eerste ochtend na uw operatie. Na het verwijderen van de sonde zullen residu's gemeten worden. Dit wil zeggen dat wij nakijken of u voldoende kunt leegplassen. Wanneer dit kan worden bevestigd, mag u het ziekenhuis verlaten.

8.7 Stoelgang

De operatieve ingreep en ook de narcose kunnen invloed hebben op de werking van uw darmen.

Sommige mensen hebben (enkele dagen) diarree en anderen wederom constipatie (verstopping).

Een opgeblazen gevoel kan ook lang aanwezig blijven (> 6 weken).

Verzorg uw stoelgang door voldoende vezels te eten en water te drinken. Yoghurt kan helpen om de darmflora te herstellen. U krijgt zakjes Movicol mee naar huis voor in het geval dat u geobstipeerd bent. Neem deze tijdig in. Probeer de stoelgang zacht te houden zodat u niet overmatig moet drukken op het toilet tijdens uw herstel. Ook langdurig gebruik van Movicol (bv 1 zakje per dag of om de 2 dagen) is geen probleem.

8.8 Mobilisatie

Thuis mag u gedurende 6 weken GEEN huishoudelijke taken verrichten zoals dweilen, stofzuigen, meubels of kinderen heffen etc. U mag zich wel normaal bewegen in huis; ook trappen mag u lopen – voorzichtig en in beperkte mate.

Ga tijdig en meermaals per dag zitten of op de zetel liggen. Dit is de enige manier om uw bekkenbodemp en hiermee de operatieve regio te ontlasten.

Ga niet uitgebreid winkelen of 'toertjes wandelen' gedurende 6 weken. Ook fietsen en andere sporten moeten uitgesteld worden tot na de postoperatieve controle. Enkele dagen na ontslag mag u weer zelf autorijden. Hef thans geen zware tassen in en uit de auto.

8.9 Werkverlet

De meeste mensen zijn weer fit voor de werkvloer na 6 weken herstellen.

8.10 Controle afspraak

U wordt vriendelijk verzocht om zelf een controle afspraak te maken op de consultatie gynaecologie voor 6 weken na uw operatie. Maak deze afspraak zo tijdig mogelijk.

Wij zijn telefonisch bereikbaar op het telefoonnummer 089 32 50 50 en dit tussen 9.00u en 16.30u.

09 NUTTIGE TELEFOONNUMMERS

Ziekenhuis Oost-Limburg: dienst afspraken **089 32 50 50**
Verpleegkundige materniteit/gynaecologie **089 32 76 06**

De consultatie gynaecologie en de incontinentieverpleegkundige is steeds te bereiken via de dienst afspraken. Via hen zal u met ons doorverbonden worden.

10 TOT SLOT

Deze informatiefolder is geen vervanging van de mondelinge informatie, maar is bedoeld als aanvulling hierop. Hierdoor kunt u alles nog eens rustig doorlezen. Het team staat steeds klaar om uw vragen zo snel en duidelijk mogelijk te beantwoorden.

Heeft u vragen, opmerkingen of suggesties ter verbetering, laat het ons weten.

Wij zijn er om u te helpen!

Wij wensen u een zeer spoedig herstel toe!



www.ZOL.be



www.facebook.com/ZOLzh



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be.