



**Dr. Bob Bloemendaal, abdominaal chirurg: "De Laparoscopische Ventrale Mesh Rectopexie (LVMR) heeft de chirurgische behandeling van rectum prolaps sterk verbeterd."**

# BEKKENBODEMKLACHTEN? “LEER ER MAAR MEE LEVEN” IS NIET MEER VAN DEZE TIJD!

“Maar al te vaak zie ik vrouwelijke patiënten die al jaren bekkenbodemplachten hebben”, zegt dr. Bob Bloemendaal. “Dit is vaak omdat ze zich schamen voor hun problemen en zich pas bij een arts melden als de toestand al vergesorderd is. Bovendien zijn te veel patiënten onderbehandeld. De laatste jaren zijn er heel wat nieuwe behandelmogelijkheden bij gekomen maar veel artsen zijn hier nog niet mee vertrouwd.”

## Wat is de bekkenbodem?

Het kleine bekken (de pelvis) bevat de blaas en urethra, de vagina en de baarmoeder en het rectum en het anale kanaal. De structuren worden omgeven door de pelvische fascie en alles steunt op de levatoren spierplaat. Dit geheel aan ‘steun en ophanging’ van de bekkenbodemplorganen wordt de bekkenbodem genoemd.

De bekkenbodem heeft een dubbele functie; het steun geven aan en afsluiten van de bekkenbodem én het op gepaste momenten ontspannen en ‘openen’ van de pelvische organen, om zo ontlasten, urineren, geslachtsgemeenschap en zelfs baring mogelijk te maken.

In de bekkenbodemplchirurgie wordt het kleine bekken (de pelvis) klassiek in drie compartimenten opgedeeld: het voorste met de blaas en de urethra, het middelste met de vagina en de uterus en het achterste met het rectum en de anus. Aan deze compartimenten wordt geopereerd door chirurgen van verschillende disciplines; het voorste door de uroloog, het middelste door de gynaecoloog en het achterste door de abdominaal chirurg/proctoloog.

## Welke aandoeningen behandelt de colorectaal chirurg?

### Anale incontinentie

Faecale incontinentie, of eigenlijk liever anale incontinentie, komt in velerlei vormen voor. Ongeveer 10-15% van de bevolking heeft

enige vorm van anale incontinentie. De incontinentie neemt uiteraard fors toe met de leeftijd en het probleem is groter bij vrouwen dan bij mannen. Men kan last hebben van ‘soiling’, waarbij ongemerkt wat vochtverlies optreedt. Er kan sprake zijn van incontinentie voor flatus (wind), of incontinentie voor stoelgang. Daarnaast spreken we ook van urgentie, urge incontinentie en passieve incontinentie. Bij ‘urge incontinentie’ is er sprake van een continue aandrang tot ontlasten. De patiënt kan de stoelgang ook niet meer tegenhouden. Bij passieve incontinentie heeft de patiënt juist geen gevoel meer van aandrang en voelt vaak dan ook niet dat hij/zij ontlasting of vocht verliest.

Oorzaken van anale incontinentie zijn, net als de verschijningsvormen, velerlei. Belangrijke redenen voor incontinentie zijn schade aan de anale sfincter, bijvoorbeeld door zwangerschap en de geboorte, waarbij langdurige uitdrijving, kunstverlossing en episiotomie (een ‘knip’) en natuurlijk een obstetrisch letsel (uitscheuring) duidelijke risicofactoren zijn. Andere redenen voor incontinentie zijn o.a. (chronische) ontsteking van de dikke- en endeldarm, endeldarmverzakking (rectumprolaps), neurologische aandoeningen zoals multiple sclerose en dwarslaesie, peri-anale chirurgie en proctologische aandoeningen zoals aambeien, fissura ani en perianale fistels.

In eerste instantie zal de behandeling van

incontinentie bestaan uit bekkenbodempl fysiotherapie en medicatie om de ontlasting in te dikken en de darmen minder snel te laten werken. Deze therapieën hebben bij veel patiënten goede resultaten. Het is belangrijk dat deze behandelingen -ondanks het feit, dat ze niet direct werkzaam zijn- worden toegepast. Uiteraard moet de behandeling van onderliggende aandoeningen die tot incontinentie kunnen lijden (inflammatory bowel disease, neurologische aandoening) geoptimaliseerd worden, alvorens naar een chirurgische behandeling over te gaan. In het geval van proctologische aandoeningen als aambeien, fistels en fissura ani is heelkunde primair aangewezen.

Aangezien anale incontinentie vaak samenhangt met een verminderde werking van de anale kringsspier als gevolg van een trauma werd een beschadigde kringsspier meestal chirurgisch hersteld, een zogenaamde sfincter repair. Helaas zijn de resultaten hiervan matig, zeker op lange termijn. Artificiële kringsspieren (oppompbare circulaire kussentjes, of magneten) zijn er ook in verschillende vormen en ze zijn redelijk effectief. Het voornaamste probleem hiermee is erosie en infectie, waardoor uiteindelijk weinig van deze devices geplaatst worden en ze beschouwd moeten worden als laatste redmiddel. Lichaamseigen artificiële sfincter plastieken, zoals een (dynamische) gracilis plastiek, zijn een optie met een beperkte indicatie en wor-



den niet vaak toegepast wegens aanzienlijke morbiditeit en hoge aantallen reoperaties. Een ander laatste 'redmiddel' is het plaatsen van een (colo)stoma.

In de laatste jaren zijn er twee belangrijke stappen gezet in de anale incontinentie chirurgie. Het bestaan van een verzakking (prolaps) van de endeldarm blijkt vaker dan eerder ingeschat (of geloofd) een belangrijke reden te zijn voor 'onbegrepen' faecale incontinentie. Er bestaat een groot aantal ingrepen om een dergelijke prolaps te corrigeren, maar de Laparoscopische Ventrale Mesh Rectopexie (LVMR) heeft de chirurgische behandeling van rectum prolaps sterk verbeterd.

De tweede belangrijke behandeling voor anale incontinentie is 'sacrale neurostimulatie (SNS)'. Hierbij wordt een elektrode geplaatst aanliggend aan de sacrale zenuwplexus op niveau S3-S4, waar de parasympatische zenuwvoorziening van de bekkenbodempijp zich bevindt. Een 'pacemaker' zorgt voor de elektrische stimulatie. Deze pacemaker wordt onderhuids op de bilspier geplaatst. Het succespercentage van deze behandeling is zeer hoog, maar de behandeling is wel prijzig. Om in aanmerking te komen, moeten arts en patiënt aan zekere 'eisen' voldoen. Oxford is een van Europa's grootste centra op het gebied van SNS en ik heb daar als Pelvic Floor Fellow een gedegen training gekregen in het plaatsen van deze stimulators.

## Obstructieve defecatie (ODS)

Evenals incontinentie kan het niet kunnen ontlasten (obstipatie, of obstructieve defecatie) meerdere oorzaken hebben. Het kan veroorzaakt worden door een mechanische

obstructie, zoals een prolaps, een coele of een tumor, door een traag werkende darm of een gestoorde bekkenbodempijp, zoals anismus (bekkenbodempijp dyssynergie).

In het geval van een mechanische obstructie kan doorgaans een chirurgische correctie plaatsvinden. De meest voorkomende rectoanale obstructie is een **rectale prolaps**. Een dergelijke prolaps is een verzakking van de darm in zichzelf (als een telescoop). Het anale kanaal vult zich niet langer met stoelgang, maar met de darm zelf. Hierdoor ontstaat een obstructie. Deze aandoening ontstaat veel vaker bij vrouwen dan bij mannen. Het betreft meestal vrouwen die een zwangerschap hebben doorgemaakt. Een baarmoederverwijdering is ook een extra risicofactor. Maar een langdurige obstipatie met verkeerde toiletgewoonten kan ook al op jongere leeftijd en bij mannen een rectumprolaps veroorzaken.

Rectumprolaps komt op verschillende niveaus voor. De Oxford Rectal Prolaps Grading maakt onderscheid tussen 5 niveaus. De eerste twee (graad 1 en 2) zijn rectoanale invaginaties en lijken klinisch niet erg relevant. De tweede twee graden (3 en 4) zijn rectoanale invaginaties, ook wel intussusceptie of interne rectumprolaps genaamd. Deze intussusceptie is wel degelijk relevant en kan tot obstructieve defecatie, faecale incontinentie en chronische bekkenbodempijp leiden. Graad 5 is een externe rectumprolaps, waarbij de endeldarm door de anus buiten het lichaam uitpuilt. Een rectumprolaps (zowel intern als extern) kan verholpen worden met een rectopexie.

**Anismus** is een niet veel voorkomende klacht, maar met vervelende consequenties, omdat

de aandoening vaak op onbegrip stuit. Het betreft een probleem met de reactie van de bekkenbodempijp op prikkels van het brein. Normaal zou bij aandrang en een sein van het brein, dat ontlasten gepast is (op het toilet bijvoorbeeld) de bekkenbodempijp moeten ontspannen, maar bij anismus spant de bekkenbodempijp dan juist aan, waardoor de bekkenbodempijp afsluit. Onder anismus worden (eigenlijk incorrect) meerdere incorrecte reacties van de bekkenbodempijp geschaard. De aanspanning kan zich voordoen op het niveau van de anale sfincters maar ook op het niveau van de puborectale sling. Een betere term voor deze groep aandoeningen is een bekkenbodempijp (pelvische) dyssynergie.

Behandeling van een dyssynergie is niet eenvoudig. Via biofeedback kan een bekkenbodempijp iemand langzaam leren zijn/haar bekkenbodempijp correct te ontspannen. Bij aanhoudende dyssynergie kan een kleine ingreep tijdelijk verlichting brengen om zo de biofeedback te ondersteunen. Hierbij wordt botulinum toxine in de puborectale spier of de anale sfincter (afhankelijk van het niveau van blokkade) gespoten samen met een hoge dosis lokale pijnstilling om zo voor enkele maanden een verminderde werking van de spieren te veroorzaken. In uitzonderingsgevallen kan een partiële spiersnijding van de puborectale sling een definitieve oplossing bieden, die in de literatuur een hoge mate van succes heeft, maar wel gepaard gaat met operatieve risico's.

Een **rectocoele** is een uitstulping van de rectale wand in de omliggende weefsels. Meestal betreft het een anterieure rectocoele, waarbij de endeldarm in de vagina drukt. In een dergelijke rectocoele kan ontlasting gevangen raken, wat een gevoel van incomplete evacuatie van de stoelgang geeft. Veel vrouwen zullen





melden dat zij met de vinger tegen de vagina achterwand drukken, of tegen de huidbrug tussen vagina en anus (perineum) om volledig leeg te geraken. Soms zelfs is het noodzakelijk om de ontlasting uit de endeldarm te verwijderen, wat begrijpelijkerwijs als zeer belastend en onhygiënisch wordt beschouwd.

Een rectocoele kan op meerdere manieren worden behandeld. In eerste instantie zal getracht worden met dieetadviezen, medicatie en eventueel bekkenbodempijnsfysiotherapie de stoelgang te verbeteren. Mocht dit niet baten, kan er een chirurgische correctie plaatsvinden. Hiervoor zijn er meerdere mogelijkheden. Er kan vaginaal, perineaal of transanaal een versteviging van de rectovaginale wand gecreëerd worden.

**Trage colon transit** is een aandoening waarbij de dikke darm te traag werkt. Doorgaans kan dit medicamenteus behandeld worden. De volgende stap is het dagelijks spoelen (irrigeren) van de dikke darm. In zeldzame gevallen is de aandoening zodanig dat er een ileostoma (dunnedarm stoma) moet worden aangelegd. Uiteindelijk kan er dan na goed overleg voor gekozen worden om de dikke darm te verwijderen en een ileorectale anastomose aan te leggen. Dit is iets wat in zeer goed overleg besloten moet worden; de morbiditeit van deze grote ingreep is immers niet gering.

### Chronische bekkenbodempijn

Chronische pijnklachten aan de bekkenbodem komen veel voor, geschat bij zo'n 6 tot 7% van de bevolking. Echter, zoals met alle bekkenbodemaandoeningen, zal slechts 1/3 een arts bezoeken met deze klacht. De oorzaak van chronische pijn is vaak ook moeilijk vast

te stellen. Er kan een anatomische afwijking aan ten grondslag liggen, zoals een rectumprolaps. In een studie uit Oxford bleek 59% van de patiënten die zich met chronische pijn presenteerden een **interne rectumprolaps** of een **rectocoele** te hebben. Ook de bovenbeschreven **pelvische dyssynergie** of een **levator ani syndrome** kan veel pijn geven. Een behandeling met botox heeft hierop een redelijk succes. Proctologische aandoeningen zoals hemorrhoiden en fissura ani kunnen tot chronische pijnklachten leiden.

**Nervus pudendus neuralgie** geeft klachten van pijn in de bekkenbodem, de billen en zelfs de geslachtsorganen. Klassiek wordt de pijn verlicht door lopen en verergerd door zitten. Een gerichte pijnblokkade van de zenuw is tegelijkertijd diagnostisch en behandelend. Dit kan chirurgisch gebeuren, maar tegenwoordig ook door een pijnteam onder echogeleide of CT-geleide.

**Proctalgie fugax** is een groep van onbegrepen chronisch pelvische pijnklacht-syndromen, die per exclusionem worden gediagnosticeerd. Behandeling van deze klachten moet gericht zijn op geruststelling, pijnstilling en uiteraard het excluseren van onderliggende aandoeningen.

**Coccygodynie** is een klacht van pijn aan het os coccyx, die voornamelijk bij vrouwen voorkomt. Obesitas en vaginale geboorte zijn predisponerende factoren. Coccygodynie kan ook post-traumatisch optreden. De behandeling bestaat uit pijnstilling en het voorkomen van uitlokkende factoren, zoals een verkeerde zithouding. In ernstige gevallen kan chirurgische verwijdering van de coccyx (coccygectomy) een uitkomst bieden.

### Wie is dr. Bob Bloemendaal?

- ▶ Geboren en getogen nabij **Rotterdam**.
- ▶ Studeerde geneeskunde in **Utrecht**.
- ▶ Doctoreerde in de **medische microbiologie** met als doctoraatsthesis: 'Staphylococcus aureus transmission: epidemiological and molecular aspects'.
- ▶ Volgde een opleiding **chirurgie** aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht en het Meander Medisch Centrum in Amersfoort.
- ▶ Ontwikkelde een speciale interesse voor **bekkenbodempijnschirurgie** en volgde een Fellowship Pelvic Floor Surgery en een Senior Fellowship Inflammatory Bowel Disease Surgery in Oxford.
- ▶ Gaf intussen ook les aan een van de oudste en beroemdste colleges, nl. **St. John's College** in Oxford.