



Verzakkings- en incontinentiekliek

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara

Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont

Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN

Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

ZOL GENK
tel. +32(0)89 80 80 80
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel. +32(0)89 50 50 50
info@zol.be

Beste patiënt,

Deze brochure geeft u meer informatie over de verzakkings- en incontinentiekliniek en tracht op een aantal veelgestelde vragen antwoord te geven.

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

Inhoudsverantwoordelijke: prof. dr. E. de Jonge
(Gynaecoloog) | December 2022

INHOUDSTAFEL

1. Verzakking- en incontinentiekliniek	3
2. Ons team	3
3. Hoe gaan we te werk?	5
4. Prolaps	6
4.1 Wat is een prolaps?	
4.2 Soorten prolaps	
4.3 Symptomen van een prolaps	
4.4 Oorzaken	
5. Behandeling	11
5.1 Behandelingsmogelijkheden	
5.2 De meest gebruikelijke operatieve technieken	
5.3 Risico's van een operatie	
5.4 Succesratio van een operatie	
6. Hospitalisatie	17
6.1 Wat u moet weten over uw opname	
6.2 Ontslag uit het ziekenhuis	
6.3 Postoperatieve instructies	
6.4 Controle afspraak	
7. Contact	24

01 VERZAKKING- EN INCONTINENTIE- KLINIEK

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

U kan bij ons terecht met onder meer volgende klachten:

Vaginale verzakkingen

- Blaas
- Baarmoeder
- Endeldarm

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 in 1997 met grote onderscheiding af aan de Universiteit Antwerpen. Zij specialiseerde zich in de algemene gynaecologie en verloskunde in het Sint-Augustinusziekenhuis in 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 in Adelaide (Australië), waar haar bijzondere interesse voor de urogynaecologie werd gewekt.

Dr. De Cuyper was academisch stafid 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 urogynaecologie. Dr. De Cuyper werkt sinds 2008 als voltijdse subspecialiste in de urogynaecologie in het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk.

Dr. Helena Van Kerrebroeck

studeerde in 2011 met grote onderscheiding af aan de Universiteit Gent. Voor haar specialisatie algemene gynaecologie en verloskunde ging zij naar het Maasstad-ziekenhuis in Rotterdam, het OLV in Aalst, het Middelheimziekenhuis in Antwerpen, het Ziekenhuis Oost-Limburg 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 gerenommeerde universitaire expertisecentrum C.H.R.U. in Rijsel (Frankrijk). Dr. Van Kerrebroeck geeft frequent opleidingen in de laparoscopie en hysteroscopie via 'The Academy' in Leuven, alsook op internationale congressen.

Diane, Hilde en Marijke zijn

van opleiding vroedvrouw en werkzaam op de raadpleging Gynaecologie. Zij hebben zich extra bekwaamd tot incontinentieverpleegkundigen en in de urodynamica. Diane, Hilde en Marijke 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 kan 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.
- Er zal een routine klinisch (vaginaal) onderzoek plaatsvinden alsook een transvaginale echografie. Bij het onderzoek zal een speculum (lepelspeculum) worden gebruikt om de vaginale wanden van elkaar te scheiden en zo te zien welk orgaan verzaakt zit. Door middel van dit onderzoek hebben wij reeds een goed beeld van uw verzakking.
- Soms zijn er aanvullende onderzoeken noodzakelijk zoals urineanalyse, urodynamisch onderzoek, (ambulante) cystoscopie en/of RX-colpocystodefecografie.

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.

04 PROLAPS

4.1 Wat is een prolaps?

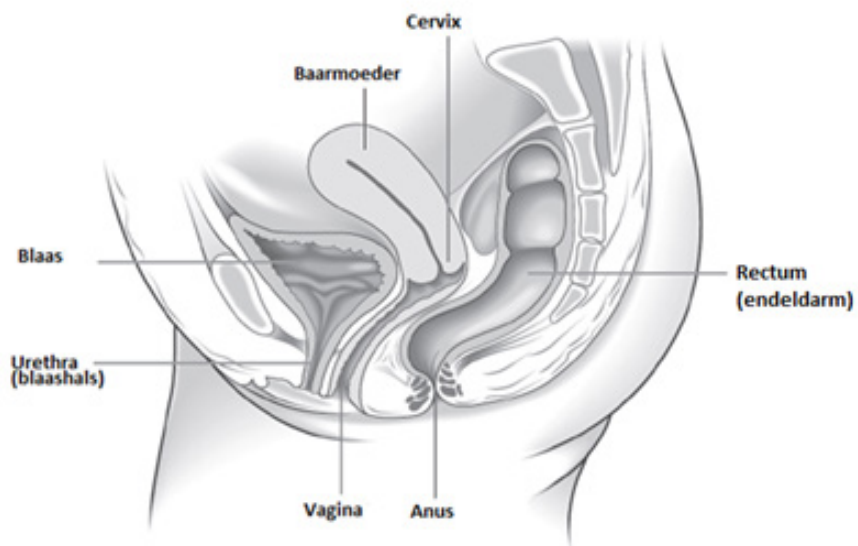
Vaginale prolaps is de medische term voor 'verzakking'. Tot 20% van de vrouwen ontwikkelt tijdens hun leven klachten van een verzakking. In het vrouwelijke bekken worden de baarmoeder, de blaas en de darm op hun natuurlijke plaats gehouden door middel van spieren, ligamenten en bindweefsel. Wanneer dit steunweefsel verzwakt, uitrekt of scheurt, zakken de organen in de vagina en soms zelfs tot voorbij de vaginale ingang. Bij een prolaps gaat het dus om een verzakking van de blaas, de baarmoeder of de darm via de vagina. In de praktijk betreft het meestal meer dan 1 orgaan. Bijvoorbeeld: blaas en baarmoeder zijn samen verzakt of de schedekoepel en de endeldarm. Alle combinaties zijn hierbij mogelijk en in verschillende gradaties van ernst.

4.2 Soorten prolaps

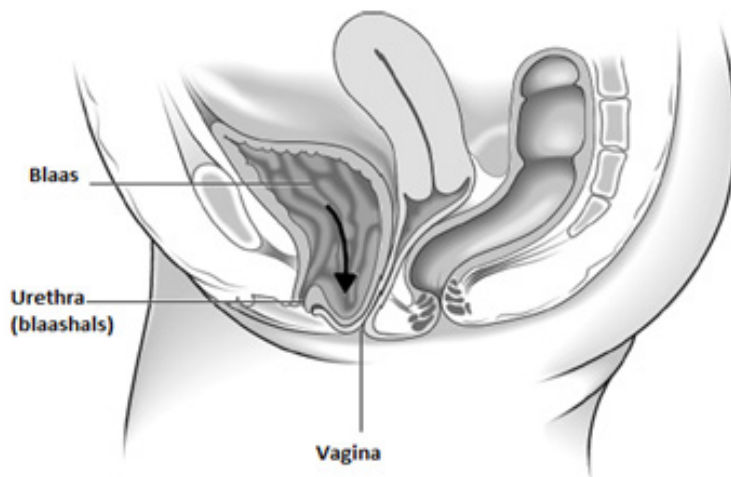
De meest voorkomende vormen van prolaps zijn een verzakking van de vaginale voorwand (cystocele), de vaginale achterwand (rectocele) en de baarmoeder (uteriene descensus).

Locatie vaginaal	Orgaan	Medische term
Voorwand	Blaas	Cystocele
Achterwand	Endeldarm (rectum)	Rectocele
Schedetop met baarmoeder	Baarmoeder	Descensusuteri of uterusprolaps
Schedetop zonder baarmoeder (= vaginakoepel)	Vagina (kan dundarmlissen bevatten)	Koepel- of topprolaps enterocele
Alles verzakt	Alle organen	Eversie of procidentia

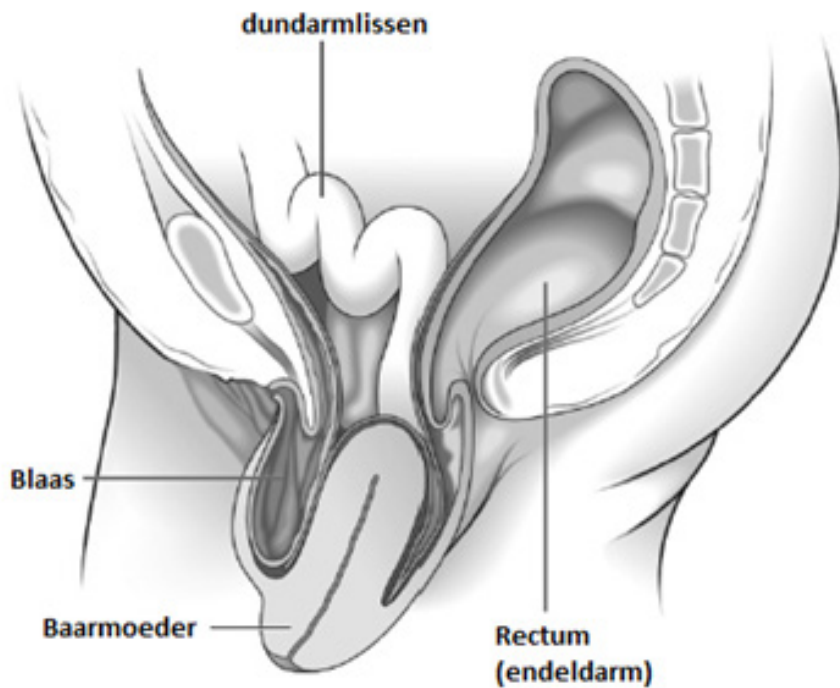
Normale anatomie



Verzakking van de voorwand (cystocele) = wanneer de blaas in de vagina zakt



Verzakking van de achterwand (rectocele) = wanneer het rectum (endeldarm) in de vagina zakt



4.3 Symptomen van een prolaps

Milde vormen van prolaps veroorzaken doorgaans weinig klachten en zijn soms zelfs normaal.

Naarmate de prolaps vordert, kan er een 'bol' gevoel in de vagina ontstaan en een gevoel van druk of zwaarte in de vagina of het bekken. De klachten nemen toe na fysieke activiteit of langdurig rechtstaan en ze verbeteren na rust.

Komt het verzakte weefsel zoals bv. je baarmoedermond (cervix) tot voorbij de vaginale ingang, kan dit door contact en wrijving met het ondergoed, bloedverlies veroorzaken.

Als je blaas betrokken zit in het proces van een prolaps, kan je het gevoel hebben dat je meer moet gaan urineren zowel overdag alsook 's nachts. De drang kan versneld opkomen met eventueel te laat komen en ongewild urineverlies tot gevolg.

Andere symptomen kunnen zijn: urineverlies met drukverhogende momenten zoals heffen, hoesten

of niezen, het gevoel van bemoeilijkt mictie en onvolledig ledigen van de blaas en een toegenomen aantal urineweginfecties.

Zit je darm betrokken in het proces van een prolaps, kan je lage rugpijn hebben die wederom toeneemt na fysieke activiteit en verbetert door te rusten. Soms veroorzaakt deze vorm van prolaps obstipatie of het gevoel dat je meer moet duwen om de darm te ledigen. Er kan een gevoel van onvolledige defecatie achterblijven of er is de noodzaak om het verzakte weefsel terug te duwen in de vagina om goed naar het toilet te kunnen gaan.

Gemeenschap met je partner kan soms moeilijker worden, minder fijn aanvoelen en zelfs pijnlijk zijn.

Onze vragenlijst kan u en ons helpen om uw klachten beter in kaart te brengen. U kan hem downloaden en alvast ingevuld meebrengen naar de consultatie.

05 BEHANDELING

4.4 Oorzaken

De oorzaak van een verzakking is vaak multifactorieel. Dit wil zeggen dat het meestal een gevolg is van een combinatie van oorzaken die optellen tijdens het verloop van het leven en zo het steunweefsel (bekkenbodem) verzwaken of beschadigen.

- Zwangerschap en bevalling
- Fysieke arbeid (veel en zwaar heffen, langdurig rechtstaan)
- Bepaalde sporten (bal- en springsporten, joggen)
- Obstipatie en veel drukken voor het maken van stoelgang
- Overgewicht
- Chronisch hoesten
- Zwakker bindweefsel van genetische aard

Een verzakking die geen ernstige klachten veroorzaakt, moet in principe niet behandeld worden. Wanneer er echter toenemend hinder ontstaat, kan u ervoor kiezen om uw verzakking te laten herstellen. Het is belangrijk om te weten dat dergelijke ingrepen doorgaans niet dringend zijn. Slechts in zeer zeldzame gevallen kan door de verzakking uw blaas-, nier- of darmfunctie in gedrang komen. Dan mag een behandeling niet langer worden uitgesteld.

Afhankelijk van de ernst van uw verzakking, de bevindingen van uw arts en uw voorkeur, kan de behandeling bestaan uit bekkenbodembiotherapie, het dragen van een ring pessarium of een operatie. Mocht u nog een kind verwachten, wordt een operatie best uitgesteld.

Indien van toepassing voor uw aandoening, werken we samen met onze urologen, colorectale chirurgen en gastro-enterologen om een oplossing te vinden voor uw probleem (= multidisciplinaire behandeling).

5.1 Behandelingsmogelijkheden

- **Aanpassing van uw levensstijl**

Al te frequente mictie is vaak een aangeleerd gedrag en resulteert nog uit de kindertijd. Vrouwen, meer dan mannen, lopen vaak 'uit gewoonte' naar het toilet. Probeer hierop te letten. Voortdurend naar het toilet gaan is niet goed voor uw blaas noch voorkomt het een blaasontsteking. Rustig neerzitten op het toilet en volledig leegwateren daarentegen wel!

Dieetmaatregelen (vermageren) kunnen noodzakelijk zijn. Hiervoor kan u worden doorverwezen naar een diëtiste. Overgewicht draagt bij tot klachten van zowel een zakkingsgevoel alsook incontinentie.

Stoppen met roken en beperken van uw cafeïne, alcohol en aspartaam-consumptie kunnen klachten van druk op de blaas en drangincontinentie helpen verbeteren. Nicotine beschadigt bovendien het bindweefsel en de doorbloeding van uw bekkenbodem(organen). Postoperatieve complicaties en

recidieven komen meer voor bij rokers dan bij niet-rokers.

Vermijd zwaar fysieke arbeid (voornamelijk heffen), wees voorzichtig bij het uitoefenen van bepaalde sporten (bv. joggen), verzorg obstipatie en oorzaken van langdurig hoesten.

- **Bekkenbodem-kinesithérapie**

Wanneer een verzakking gepaard gaat met incontinentie, kan bekkenbodemkinesithérapie uw klachten verlichten. Ook milde vormen van prolaps kunnen verholpen worden door het regelmatig uitvoeren van bekkenbodemspieroefeningen. Deze oefeningen leert u best onder begeleiding van een gespecialiseerde bekkenbodemkinesist(e). Hierbij kan het gebruik van een feedbackapparaat zinvol zijn. Het apparaat is verbonden met een conus die u zelf vaginaal inbrengt alvorens te starten met uw oefeningen.

Een lijst met contactgegevens van bekkenbodemkinesisten is beschikbaar op de consultatie. U kan ook de website van geregistreerde bekkenbodemkinesisten raadple-

gen voor een praktijk in uw buurt (www.pelvired.be).

- **Een ringpessarium**

Een ringpessarium is een ring van silicone die tijdens de consultatie wordt aangepast in de schede. Een pessarium kan voor comfort zorgen en steun bieden aan het verzakte weefsel. Dit zelfs zo goed, dat u geen zakkingsgevoel meer heeft zolang de ring op zijn plaats zit. Het aanpassen van een pessarium duurt slechts enkele minuten en doet geen pijn. Aanpassen is proefondervindelijk. Het kan meer dan 1 visite vergen om de meest comfortabele maat voor u te vinden.

Een verzakking van de blaas en de baarmoeder is beter te controleren met een pessarium dan een verzakking van de vaginale achterwand (darm). Ook patiënten met een wijde vaginale opening en patiënten die reeds operaties ondergingen, kunnen soms niet geholpen worden met een pessarium.

Ringpessaria moeten regelmatig verwijderd en schoongemaakt

worden. Doorgaans minstens 1 keer om de 3 à 6 maanden. Dit kan u zelf doen, uw gynaecoloog of uw huisarts.

Bij het gebruik van een pessarium wordt het gebruik van een crème of ovules met oestrogenen aanbevolen om irritatie van de vaginale slijmvliezen te voorkomen. Ernstige irritatie kan bloedverlies veroorzaken. In dit geval contacteert u best uw arts van vertrouwen.

Meestal veroorzaakt het dragen van een ringpessarium geen ongemakken behoudens wat meer vaginaal witverlies. Ook gemeenschap hebben met een pessarium is mogelijk ofschoon we niet kunnen uitsluiten dat u of uw partner het pessarium voelt zitten.

- **Een operatie**

In sommige gevallen is een operatief herstel de beste keuze. Doel van een operatie is om uw symptomen van prolaps te verhelpen en hierbij (zo goed mogelijk) uw blaas- en darmfunctie te bewaren. Ook gemeenschap hebben is in principe weer mogelijk na een reconstructie.

Afhankelijk van uw klachten, de betrokken organen, de ernst van de prolaps en uw medische voorgeschiedenis zal de meest gepaste operatieve techniek voor u worden gekozen. Welke de beste operatietechniek is, is niet altijd eenduidig. Dit wordt door de arts met u besproken. Er kan zowel langs vaginale weg worden geopereerd alsook laparoscopisch (abdominaal via een kijkoperatie). Open abdominale technieken zijn tegenwoordig minder van toepassing.

Bij ernstige gevallen of recidief van een prolaps, kan ervoor gekozen worden om het verzwakte weefsel te overbruggen met synthetisch materiaal (een 'netje'). Dit materiaal kan zowel langs vaginale weg alsook abdominale weg worden gebruikt tijdens het operatieve herstel. Het gebruik van een synthetisch implantaat kan voor- en nadelen hebben. Het zal slechts worden gebruikt in overleg met u en enkel wanneer strikt nodig.

5.2 De meest gebruikelijke operatieve technieken

1. Colporrafie anterior = voorwandherstel -> cystocele (blaasverzakking)

Deze operatie wordt langs vaginale weg uitgevoerd en is gebruikelijk wanneer de voorwand van de vagina verzakt is. Er wordt een snede gemaakt in de vaginale voorwand om het verzwakte of gescheurde steunweefsel (bindweefsel) onder de blaas vrij te leggen. Door een intacte laag van steunweefsel wordt de blaas normaal gezien op zijn natuurlijke plaats gehouden in het kleine bekken. Het beschadigde bindweefsel wordt in zijn continuïteit hersteld door hechtingen. In de volksmond wordt dit ook 'opnaaien' genoemd. Indien van toepassing kan het bindweefsel extra worden verstevigd door er een synthetisch netje overheen te leggen. Soms wordt overtollig weefsel van de vaginale wand verwijderd alvorens de wand weer te sluiten. Alle hechtingsmaterialen zijn zelf-verterend.

2. Colporrafie posterior = achterwandherstel -> rectocele (darmverzakking)

Deze operatie wordt langs vaginale weg uitgevoerd en is gebruikelijk wanneer de achterwand van de vagina verzakt is. Er wordt een snede gemaakt in de vaginale achterwand om het verzwakte of gescheurde steunweefsel (bindweefsel) over het rectum (darm) vrij te leggen. Door een intacte laag van steunweefsel wordt het rectum normaal gezien op zijn natuurlijke plaats gehouden in het kleine bekken. Het beschadigde bindweefsel wordt in zijn continuïteit hersteld door hechtingen. Indien van toepassing kan het bindweefsel extra worden verstevigd door er een synthetisch netje overheen te leggen.

Soms moet ook de brug tussen vagina en aars (het perineum) mee worden hersteld.

Indien noodzakelijk, wordt overtollig weefsel van de vaginale wand verwijderd alvorens te sluiten. Alle hechtingsmaterialen zijn zelf-verterend.

3. Hysterectomie = het verwijderen van de baarmoeder

Wanneer de baarmoeder betrokken is in het proces van verzakking, kan ervoor gekozen worden om dit orgaan te verwijderen. Ook dit kan langs vaginale weg en in combinatie met andere herstelwerken ter hoogte van de vaginale voor- en achterwand. Na verwijdering van de baarmoeder volgt er doorgaans een suspensietechniek van de koepel.

4. Koepelsuspensietechnieken

- **Sacrospineuze fixatie**

Dit is het vastmaken van de schedekoepel (top) aan een ligament ('pees') diep in het bekken. Dit ligament loopt van de bekkenzijwand richting sacrum (heiligbeen). Hierdoor wordt de top van de schede omhoog en wat schuin naar rechts achter vastgezet. Deze techniek kan toegepast worden met behoud van de baarmoeder of na verwijdering. Deze operatie wordt vaginaal uitgevoerd.

- **Hoge uterosacrale ligament fixatie**

Eveneens een suspensie van de schedekoepel naar een ligament ('pees') in het bekken. Dit ligament verloopt meer centraal en benadert de natuurlijke positie van de baarmoeder. Het zet de schedekoepel vast op zijn oorspronkelijke plaats. Deze techniek is enkel mogelijk na verwijdering van de baarmoeder. Het is een operatie die vaak gecombineerd wordt met een vaginale hysterectomie (verwijderen van de baarmoeder).

5. Sacrocolpopexie

Deze operatie wordt langs abdominale weg uitgevoerd via een kijkoperatie. De schedekoepel wordt door middel van een netje (synthetisch implantaat) vastgezet aan het heiligbeen (sacrum). Het netje zit tevens tussen blaas- en vaginale wand vooraan en tussen darm- en vaginale wand achteraan. Alzo wordt ook het steunweefsel van de vaginale wanden verstevigd.

6. Colpocleisis

Deze ingreep wordt wederom langs vaginale weg uitgevoerd. Het omvat het inwendig sluiten

van de vagina. Dit wil zeggen dat we inwendig de vaginale voorwand hechten tegen de vaginale achterwand. Door het sluiten van de vagina kan elke vorm van verzakking worden weggewerkt, zelfs wanneer deze zeer omvangrijk is. De orgaanfuncties zoals ze nog aanwezig zijn, blijven door deze ingreep mooi bewaard (bv. continentie) behalve de mogelijkheid om gemeenschap te hebben. Deze operatie wordt meestal ervaren als weinig belastend en kan zelfs op hoge leeftijd nog worden uitgevoerd. Dit uiteraard op voorwaarde dat ook de algemene gezondheid een operatie toelaat.

5.3 Risico's van een operatie

Elke operatieve ingreep kan risico's inhouden. Uw risico voor verwikkelingen ligt hoger wanneer u obees bent, rookt of chronisch ziek bent. Ook het genezingsproces verloopt niet altijd even vlot ofschoon de operatie technisch goed is verlopen. Er kunnen verwikkelingen optreden waarvoor bijkomende medische zorgen nodig zijn (medicatie, een bloedtransfusie of een heringreep).

Enkele verwickelingen op een rijtje:

Tijdens de operatie: (ernstige) bloeding, letsels van ureter, blaas, darm, zenuwstructuren, bloedvaten, anesthesist risico.

Na de operatie: cystitis (blaasontsteking), wondinfectie, trombose, (tijdelijk) veranderde blaassensatie, (tijdelijk) moeilijk leegplassen, (tijdelijk) moeilijk stoelgang maken, speenklachten, (tijdelijke) incontinentie, last of pijn bij gemeenschap.

5.4 Succesratio van een operatie

Er bestaat geen operatie die kan garanderen dat u geen recidief meer doet. Recidiefkans na bekkenbodemherstel is ongeveer 25-30%. Hoe meer operaties u reeds heeft ondergaan voor herstel van een prolaps, hoe hoger dit cijfer wordt (tot >50%). De meeste recidieven doen zich voor ter hoogte van de vaginale voorwand (blaas). Prolaps kan ook optreden op een andere plaats dan het oorspronkelijke herstel.

Het risico om te hervallen is groter wanneer u overgewicht heeft, zwaar werk doet (veel heffen), chronisch moet hoesten of vaak geobstipeerd bent.

06 HOSPITALISATIE

6.1 Wat u moet weten over uw opname

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 een bloedafname, een longfoto en een hartfilmpje) 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.

Een opname op de dienst Materniteit

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 herstellende zijn, liggen gescheiden

van elkaar, zodat iedereen met de nodige rust kan herstellen.

Duur van opname

Na incontinentiechirurgie (bv. TVT of TVT-0) kan u meestal daags na de ingreep weer naar huis. Na een operatie voor verzakking plannen we een verblijf van 4 dagen in het ziekenhuis. Afhankelijk van uw welbevinden kan dit met een dag verlengd of ingekort worden. Dit gebeurt steeds in samenspraak met uw behandelende arts. Het richtuur voor ontslag is 11uur.

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.

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 en dr. Van Kerrebroeck is dit tussen 13.30 en 14.00 uur.

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 mogelijks 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 vroedvrouw tijdens het opnamegesprek. Er wordt gevraagd om tijdens uw verblijf zelf geen medicatie te nemen zonder toelating van de arts of vroedvrouw.
- 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 een verblijfsonde gedurende 24 tot 48 uur.
- Zorg voor eigen handdoeken, washandjes en toiletgerief.
- Als u overdag de dienst wil verlaten om naar de hal of naar het кафeteria te gaan, gelieve dan de vroedvrouw hiervan te verwittigen. Zij zal zeggen of dit mogelijk is. Vanaf 22 uur verwachten wij dat alle patiënten op de kamer zijn.
- In de gang is een drankfontein voorzien waar u gekoeld 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 van toepassing.
- Op de afdeling wordt er niet gerookt. Een rookruimte is voorzien buiten 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 artsen, hoofdvroedvrouwen 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.

6.2 Ontslag uit het ziekenhuis

Uw arts zal u tijdig verwittigen wanneer u naar huis mag gaan. U krijgt pijnstilling mee voor de eerste dagen (2 tot 3 dagen) na ontslag samen met eventuele voorschriften voor de apotheker, mocht dit van toepassing zijn voor u. Ook alle thuismedicatie die u aan de vroedvrouw heeft afgegeven, krijgt u weer mee naar huis. Indien gewenst, kan u een thuisverpleegkundige laten komen voor bv. hulp bij het wassen of andere. 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.

6.3 Postoperatieve instructies

Hechtingsmateriaal > 'draadjes'

Uw operatie werd vaginaal uitgevoerd.

Desbetreffend ziet u hechtingsmateriaal over het verloop van de vaginale voorwand en/of de achterwand tot diep naar de vaginale koepel toe. Soms wordt ook de brug tussen vagina en aars hersteld zodat u ook daar 'draadjes' kunt voelen. Ongemak, voornamelijk wanneer u gaat zitten, is vaak aanwezig.

- Alle draadjes verteren vanzelf
- Er mogen NOOIT knooppjes worden losgeknipt, ook niet door uw huisarts

Uw operatie werd laparoscopisch uitgevoerd

De toegangspoorten ter hoogte van de buikwand werden gesloten met een draad die niet zelfverterend is. Deze draadjes moeten 7 tot 10 dagen na de ingreep worden verwijderd. Dit doet uw huisarts of een thuisverpleegkundige.

Bloedverlies

Rood vaginaal bloedverlies gedurende minstens 10 dagen is normaal. Daarna ziet u een rozige afscheiding (wondvocht) 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.

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 en andere. Indien u twijfelt, raadpleeg uw arts. Ga NIET in bad noch zwemmen – u mag de wonde niet in water 'weken'.

Pijnstilling

Nog enkele dagen paracetamol doornemen na uw ontslag is geen overbodige luxe. U mag max. 1g innemen 3 keer per dag. Eventueel kan ook een zetpil Voltaren (NSAID) 's avonds helpen. Deze

medicijnen krijgt u mee vanuit het ziekenhuis bij uw ontslag.

Thuisverpleegkundige

Wanneer u zelfredzaam bent en mobiel, 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.

Trombose-preventie

In het ziekenhuis draagt u steunkousen te allen tijde en krijgt u injecties die het bloed verdunnen. Dit moet thuis meestal niet meer worden verder gezet. Afhankelijk van uw leeftijd, lichaamsgewicht en andere ziekten kan hierop een uitzondering worden gemaakt. In dat geval zal u geïnformeerd worden door uw arts en krijgt u de nodige voorschriften mee voor de apotheker en een thuisverpleegkundige.

Blaassonde

Soms heeft uw blaas, na een operatie voor verzakking, wat meer tijd nodig om haar werk te hervatten. Vaak voelt u niet goed

of de blaas gevuld is of kan u de blaas niet volledig leeg wateren. In dit geval krijgt u opnieuw een verblijfsonde (katheter) en zal deze gedurende 10 dagen blijven zitten. Dit doet zich voor in 8 tot 10% van de patiënten. Met de verblijfsonde kan u perfect naar huis. Alle richtlijnen voor wondverzorging zoals hierboven beschreven zijn verder van toepassing.

De sonde is verbonden met een urinezak. De zak voor overdag is kleiner en kan aan het bovenbeen worden bevestigd. U kan gewone kleding dragen. De zak voor 's nachts is groter en ligt naast uw bed op de grond. Urinezakken verwisselen is niet moeilijk. Alles wordt u aangeleerd tijdens uw verblijf in het ziekenhuis, wanneer dit voor u van toepassing is.

Best neemt u antibiotica voor zolang de verblijfsonde aanwezig is, om een urineweginfectie te voorkomen. U krijgt hiervoor de nodige voorschriften mee bij ontslag.

Stoelgang

De operatieve ingreep en ook de narcose kunnen invloed hebben op de werking van uw darmen. Sommige mensen hebben (enkele dagen) diarree en andere wederom constipatie (verstopping). Een opgeblazen gevoel kan ook lang aanwezig blijven (> 6 weken). Verzorg je 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.

Operatieve ingrepen ter hoogte van de vaginale achterwand (= colporrafie posterior) kunnen stuwing veroorzaken ter hoogte van de anale mucosa en het vaatbed. Dit voelt zoals speen en kan pijnlijk zijn. Speenzalven en/of zetpillen kunnen verlichting geven en mogen zeker gebruikt worden. Wanneer u reeds in het verleden

spienklachten hebt gehad, verwittigt dan tijdig uw arts zodat we een voorschriftje voor zalf kunnen meegeven bij ontslag.

Tijdelijk verlies van controle over uw stoelgang onmiddellijk na een bekkenbodemherstel is gekend en normaal. Ook het gevoel van aandrang kan veranderd zijn. Dit normaliseert doorgaans over een periode van 2 tot 6 weken.

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 bekkenbodem 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.

Twee weken na ontslag mag u weer zelf autorijden. Hef thans geen zware tassen in en uit de auto.

Werkverlet

De meeste mensen zijn weer fit voor de werkvloer na 6 weken herstellen. Oefent u een zwaar fysiek beroep uit, kunnen 8 weken werkverlet worden voorzien.

6.4 Controle afspraak

U wordt vriendelijk verzocht om zelf een controleafspraak te maken op de consultatie Gynaecologie voor 6 weken na uw operatie. Maak deze afspraak zo tijdig mogelijk. Hiervoor kan u bellen op het telefoonnummer 089 32 50 50 van 9 uur tot 16.30 uur.

07 CONTACT

- Ziekenhuis Oost-Limburg – dienst Afspraken: 089 32 50 50 (campus Sint-Jan en Medisch Centrum André Dumont)
- Consultatie Gynaecologie: 089 32 50 50 (het afsprakenbureau verbindt u door); bereikbaar tussen 9 uur en 16.30 uur
- Verblijfsafdeling Materniteit: 089 32 76 06

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

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

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be