

## Vaginale hysterectomie met colporrhaphia en sacrospinale fixatie

### Waarom deze ingreep?

Vaginale hysterectomie met colporrhaphia is een prolapsoperatie waarbij de baarmoeder wordt weggenomen langs de vagina en de prolaps ('verzakking') wordt hersteld langs vaginale weg.

Een vaginale hysterectomie heeft als groot voordeel dat de buikwand niet wordt geopend. Dit maakt dat het herstel voor de patiënte sneller is: Er is minder pijn, de darmwerking herstelt sneller dan bij een klassieke buikoperatie, de patiënte verblijft meestal korter in het ziekenhuis.



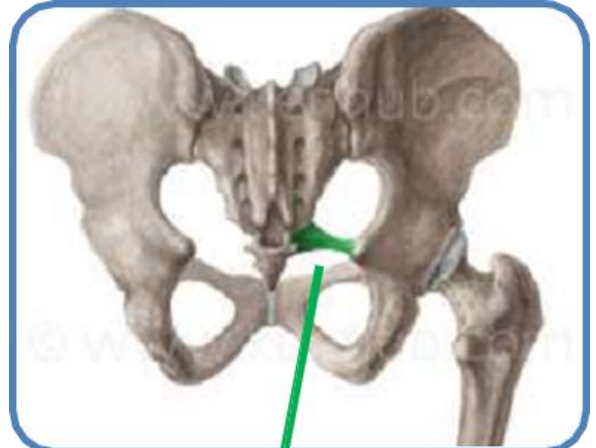
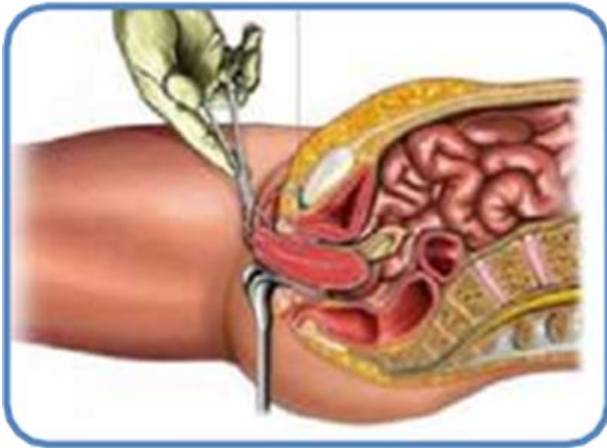
Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen een colporrhaphia anterior en een colporrhaphia posterior:

- **Colporrhaphia anterior:** dit wordt in de volksmond "het opnaaien van de blaas" genoemd, en gebeurt bij een blaasverzakking: Dit is in feite het uitzakken van de blaas met de voorwand van de vagina.
- **Colporrhaphia posterior:** dit wordt in de volksmond "het opnaaien van de darm" genoemd, en gebeurt bij een verzakking van het laatste gedeelte van de darm (rectum) en of dundarm (enterocoele). Dit is in feite het uitzakken van de darm met de achterwand van de vagina.

# Vorbereiding

- U wordt verwezen naar de preoperatieve raadpleging. Daar wordt uw dossier en de vragenlijst die u invulde, overlopen met de verpleegkundige. De manier van verdoving wordt besproken: volledige narcose of epidurale (ruggenprik).
- Eventueel wordt u het plaatsen van een postoperatieve pijnpomp voorgesteld. Indien u kiest voor epidurale verdoving wordt de pijnpomp via dezelfde weg aangesloten. Indien u kiest voor volledige verdoving, kan het plaatsen van een pijnpomp via een infuus gebeuren. Via deze weg kan dan gedurende de eerste dagen na de operatie continu pijnstilling worden gegeven.
- In principe wordt u steeds opgenomen de dag van de operatie. Het opnamemoment varieert in functie van de operatieplanning, en wordt u meegedeeld door uw gynaecoloog en genoteerd in de preoperatieve brochure.
- Bij aankomst op de afdeling, wordt er gecontroleerd of alle preoperatieve onderzoeken (bloedafname, EKG, cardiopulmonair klinisch onderzoek, RX van de longen) gebeurd zijn.
- U dient voor de operatie nuchter te blijven. Uw behandelend gynaecoloog zegt u vanaf wanneer u nuchter dient te zijn. Dit wordt genoteerd in de preoperatieve brochure. Afhankelijk van de operatieplanning vindt uw operatie plaats in de voor- of namiddag. Een half uur voor de ingreep wordt u afgehaald en naar de operatiezaal gebracht.
- Anti-trombosekousen worden aangemeten om het risico op een trombose ter hoogte van de benen na de operatie te verminderen.
- Het ontharen van de schaamstreek gebeurt op de afdeling.
- Een lavement wordt toegediend.

# Ingreep



Sacrosпинаal ligament

- Allereerst wordt een infuus geplaatst.
- Indien gekozen werd voor een epidurale verdoving (ruggenprik) wordt eerst de ruggenprik gegeven, zoniet wordt u in slaap gebracht, waarna de operatie van start gaat.
- De operatieduur is gemiddeld anderhalf uur.
- Bij een colporrhaphia anterior wordt de blaas opnieuw in de correcte positie geplaatst, en wordt ook de uitzakking van de vaginavorwand gecorrigeerd.
- Bij een colporrhaphia posterior wordt de darm opnieuw in de correcte positie geplaatst, en wordt ook de uitzakking van de vagina achterwand gecorrigeerd.
- Bij een sacrospinale fixatie wordt het vagina-einde (vaginatop) opgehangen aan het ligamentum sacrospinale met een niet-resorbeerbare hechting om nieuwe verzakking op de top te vermijden. Dit ligament is een stevige structuur in het kleine bekken die loopt van de spina ischiadica tot het sacrum vandaar de benaming sacrosпинаal ligament.

# Risico's

Iedere ingreep kan aanleiding geven tot verwikkelingen. De meest frequente zijn trombose, bloeding en infectie.

- **Trombose:** Door de bedlegerigheid en onvoldoende beweging in periode na de operatie is er een verhoogd risico op klontervorming in de bloedvaten of aderontsteking (flebitis). Om dit te voorkomen wordt dagelijks een onderhuidse inspuiting gegeven en wordt geadviseerd uw anti-trombosekousen te dragen tijdens het ganse ziekenhuisverblijf.
- **Bloeding:** Na de operatie kan er steeds een bloeding ontstaan of kan er bloed van tijdens de operatie zich ophopen. Dit wordt voorkomen door het achterlaten van een vaginale wiek.
- **Infectie:** Wanneer er bacteriën in het lichaam aanwezig zijn, kunnen deze zich vermenigvuldigen en een infectie veroorzaken. Ter preventie hiervan wordt tijdens de operatie éénmalig antibiotica toegediend. In bepaalde gevallen beslist de arts om de antibiotica ook nog na de operatie verder te zetten.

# Resultaat

Postoperatieve raadpleging na 6 weken bij uw behandelend arts

# Nazorg

- Na de operatie verblijft u kort op de ontwaakzaal, voor observatie. Nadien wordt u terug naar uw kamer gebracht.
- Na de operatie werken de darmen een tijdje niet. Daarom is het de eerste dag(en) na de operatie verboden te eten of te drinken. Er wordt voldoende vocht toegediend via het infuus. Ook alle medicatie wordt op een andere manier dan via de mond toegediend. De darmwerking herneemt met het optreden van darmgeroffel en het maken van wind. Vanaf dan wordt weer opgestart met een licht dieet, waarna snel weer een normale voeding mogelijk is.
- Er wordt gezorgd voor voldoende pijnstilling. De eerste dagen wordt pijnstilling toegediend via de pijnpomp, via infuus of via suppo's: de darmen werken immers nog niet. Indien later nog noodzakelijk, kan pijnstilling worden toegediend via tabletten.
- Er wordt een vaginale wiek achtergelaten na de ingreep gedurende 24 uur. Deze dient voor hemostase (bloedstolling). De wiek wordt verwijderd daags na de ingreep.
- De blaassonde blijft gedurende 2 dagen ter plaatse. Bij het verwijderen van de sonde wordt nagekeken dat de blaasfunctie voldoende hernomen is.
- Na de operatie is er wat bloedverlies vaginaal, dat na enkele dagen overgaat in vuilverlies, en dan ophoudt.
- Gezien de darmwerking de eerste dagen na de operatie is verstoord, duurt het meestal enkele dagen voor er opnieuw ontlasting optreedt.

- De hospitalisatieduur verschilt van patiënt tot patiënt, en ook van de aard van de ingreep. Gemiddeld duurt het verblijf een drie- tot viertal dagen.
- Bij uw thuiskomst, is in het begin enkel lichte fysieke activiteit toegelaten. Veel rust blijft in het begin geboden. Eventueel dient u wat hulp voor het huishouden te voorzien. Geleidelijk aan kan u meer en meer doen. De totale werkongeschiktheid is meestal een 6-tal weken.
- Seksueel contact dient uitgesteld te worden tot na de controle raadpleging.
- Totale werkongeschiktheid bedraagt meestal 6 weken.
- Een zestal weken na de operatie dient u op nacontrole bij uw gynaecoloog te komen. Een afspraak wordt meegegeven bij ontslag.

# Contactgegevens

## **Campus Aalst**

Moorselbaan 164 - 9300 Aalst

Tel: 053 72 49 50

Fax: 053 72 45 47

Gynaeco-Verloskunde.Aalst@olvz-aalst.be

## **Campus Asse**

Bloklaan 5 - 1730 Asse

Tel: 02 300 62 96

Gynaeco-Verloskunde.Asse@olvz-aalst.be

## **Campus Ninove**

Biezenstraat 2 - 9400 Ninove

Tel: 054 31 20 86

## Disclaimer

*De informatie in deze brochure is van algemene aard en is bedoeld om u een globaal beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In iedere situatie, en dus ook de uwe, kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze brochure vervangt dus niet de informatie die u van uw behandelend arts reeds kreeg en die rekening houdt met uw specifieke toestand. Zijn er na het lezen van deze brochure nog vragen schrijf deze eventueel op en bespreek ze in ieder geval met uw behandelend arts.*

Versie 28/08/2018

Goedgekeurd door dokter Bruno Seynhave