

Mictieklachten na het plaatsen van een pessarium

Judith Donners, Toine Lagro-Janssen

Behandeling van een prolaps kan bestaan uit bekkenbodempieroefeningen of een pessarium, afhankelijk van de ernst. Door het plaatsen van een pessarium kunnen echter klachten aan het licht komen die voorheen gemaskeerd waren. Stressincontinentie voor urine is een van deze klachten. Maar ook bemoeilijkte mictie of zelfs blaasretentie kan optreden. Het is belangrijk om patiënten die met pessariumtherapie willen starten hier vooraf op te attenderen, zodat ze niet meteen de handdoek in de ring gooiën wanneer ze last krijgen van een van deze goed behandelbare complicaties.

CASUS: EEN VROUW MET URINEVERLIES NA PLAATSING VAN EEN PESSARIUM

Een 72-jarige vrouw komt voor controle. Vier weken geleden is bij haar een ringpessarium met ondersteuningsvlak geplaatst vanwege een forse cystocele en descensus uteri. Vóór plaatsing van het pessarium was een prolaps van de vaginavorwand zichtbaar tot 3 cm en een descensus uteri tot 1 cm voorbij de hymenaalring. Het pessarium heeft goed geholpen tegen haar klachten van een balgevoel en *urgency*. Ze klaagt nu echter over hinderlijk urineverlies bij hoesten en sporten, en wil stoppen met het pessarium. Haar huisarts concludeert dat er sprake is van stressincontinentie.

BESCHOUWING

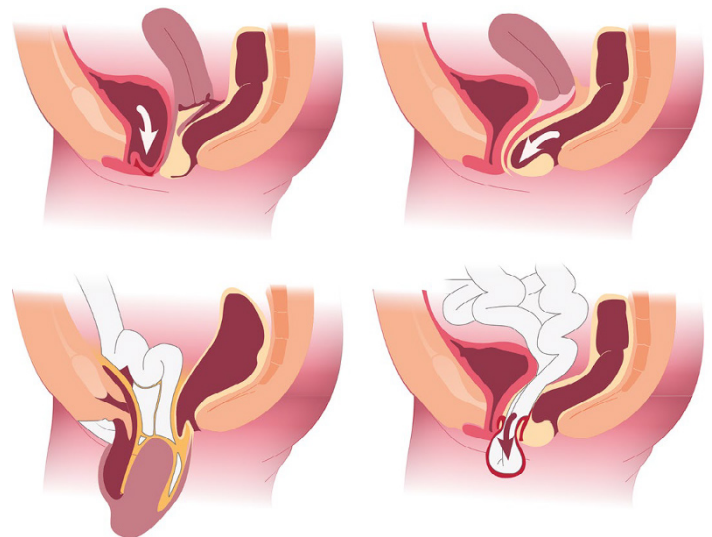
Tijdens lichamelijk onderzoek stellen huisartsen niet alleen het type, maar ook de ernst van een prolaps vast [figuur 1]. Voor het bepalen van de ernst van de prolaps gebruiken ze de gesimplificeerde methode van de *Pelvic Organ Prolapse-Quantification-score (POP-Q)*. Deze onderscheidt stadia in de mate van prolaps. Bij stadium 0 is er geen sprake van een prolaps. Bij stadium 1 is er een prolaps, maar komt het meest distale punt niet verder dan 1 cm vóór het hymen. Bij stadium 2 ligt het meest distale deel van de prolaps binnen 1 cm afstand van het hymen (erbuiten of erbinnen). Bij stadium 3 ligt het meest distale deel van de prolaps meer dan 1 cm voorbij het hymen en bij stadium 4 is er sprake van een complete prolaps en is er geen inwendige vagina meer over.¹

Voorkomen en klachten

Ongeveer 40% van de vrouwen heeft een verzakking die tot op of voorbij het hymen reikt. De kans dat een prolaps ernstige hinder veroorzaakt is veel kleiner. Slechts 11% van de vrou-

Figuur 1

Typen prolaps van links naar rechts, van boven naar beneden: prolaps voorwand; prolaps achterwand; prolaps uterus; prolaps vaginatop na uterusextirpatie³



wen met een verzakking heeft er ook flink last van.² Klachten die vrouwen door een prolaps kunnen ervaren, betreffen voornamelijk een hinderlijk 'balgevoel', waarbij de vrouw een zwelling of uitstulping in de vagina ziet of voelt. Ook zien we geregeld klachten van incontinentie voor ontlasting of juist obstipatie, en pijn bij de coïtus. Ook moeten vrouwen de prolaps soms terugdrukken om goed te kunnen plassen of ontlasting te kunnen produceren.

Daarnaast krijgen patiënten ook mictieklachten. Stressincontinentie komt veel voor bij vrouwen met een milde prolaps, terwijl vrouwen met een meer gevorderde prolaps vaak *urge*-incontinentie hebben. Van alle vrouwen die een prolaps van een stadium 2 of meer hebben, rapporteert ongeveer 40% stressincontinentie.³

BEHANDELOPTIES BIJ PROLAPS

Eerste keuze voor behandeling van een patiënt met een symptomatische prolaps is bekkenfysiotherapie en/of een pessa-

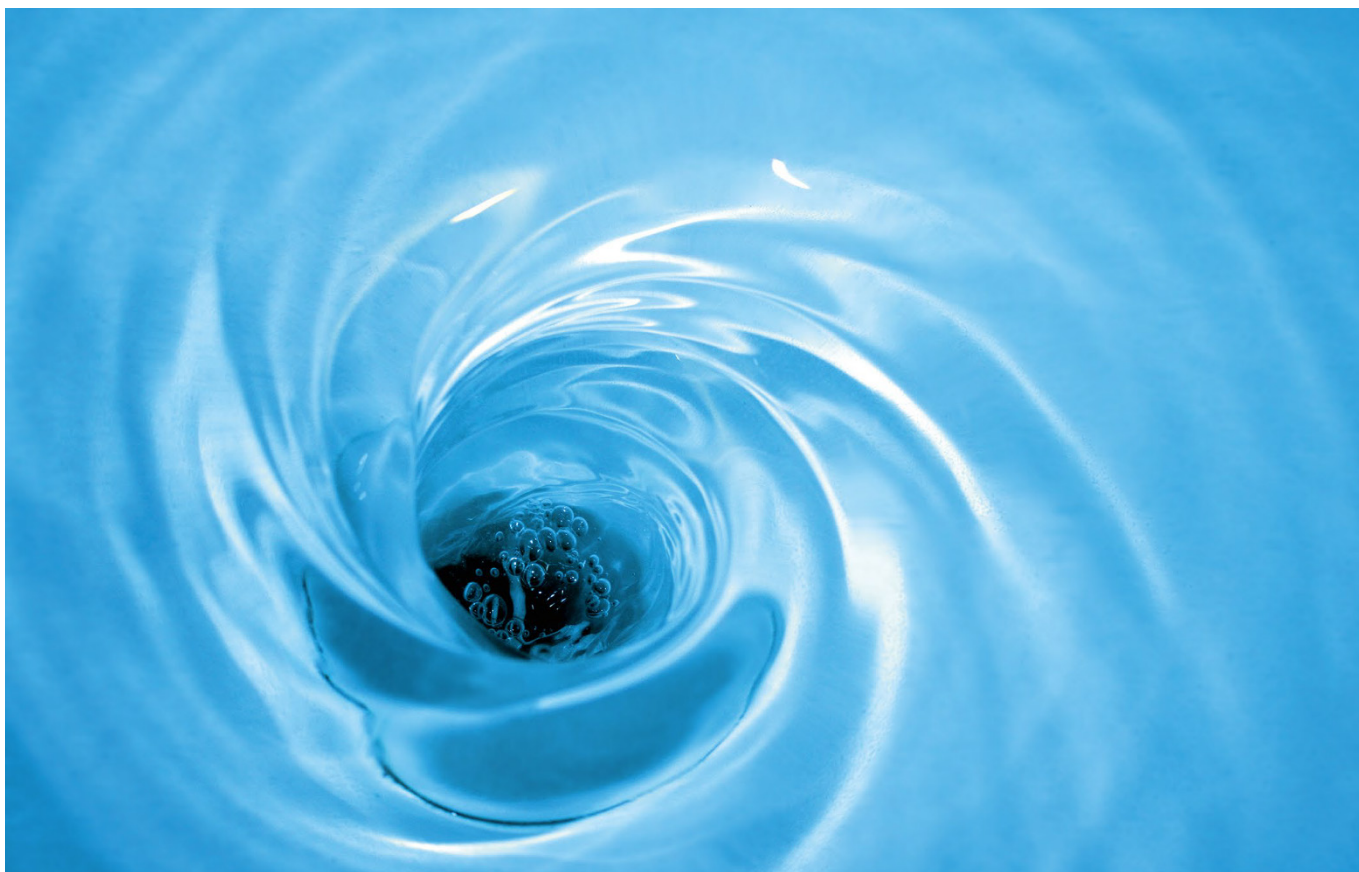
DE KERN

- Bij de behandeling van een symptomatische prolaps zijn pessariumtherapie en/of bekkenbodemspieroefeningen de behandeling van eerste keuze.
- Het is belangrijk dat huisartsen vrouwen voorafgaand aan plaatsing van een pessarium vertellen dat ze last kunnen krijgen van stressincontinentie, bemoeilijkte mictie of [zelden] blaasretentie.
- Wanneer na het starten met pessariumtherapie gemaskeerde stressincontinentie optreedt, kan deze behandeld worden volgens de NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen en kan gestart worden met bekkenfysiotherapie met het pessarium in situ.
- Wanneer bemoeilijkte mictie of blaasretentie optreedt, moet het pessarium verwijderd worden of vervangen worden door een pessarium met een kleinere maat.

rium. Een chirurgische behandeling is de tweede optie.³ Een gerandomiseerd onderzoek in Nederlandse huisartsenpraktijken vergeleek bekkenfysiotherapie en een expectatief beleid bij vrouwen met een milde prolaps (tot aan het hymen). Drie maanden na het starten van bekkenfysiotherapie ervoer 57% van de vrouwen met een symptomatische prolaps verbetering

ten opzichte van 13% in de groep vrouwen zonder behandeling. Na 2 jaar was dit verschil nog respectievelijk 43% en 14%. Dit onderzoek vergeleek ook het effect van bekkenfysiotherapie bij vrouwen met een gevorderde prolaps (voorbij het hymen) met pessariumtherapie. Het effect van bekkenfysiotherapie bleek bij deze vrouwen geringer dan bij vrouwen met een milde prolaps, waarbij na 2 jaar 15% van de vrouwen effect had van de therapie.⁴⁻⁶ Bekkenfysiotherapie als eerste optie lijkt dus vooral zinvol bij vrouwen met een milde prolaps (tot maximaal stadium 2). Uit hetzelfde gerandomiseerde onderzoek blijkt dat bij 57% van de vrouwen met een verzakking een passend pessarium gevonden kan worden.⁴

Bij pessariumtherapie kan de vrouw bij alle typen prolaps beginnen met een ringpessarium [figuur 2]. Wanneer ook de uterus betrokken is, gaat de voorkeur uit naar een ringpessarium met ondersteuningsvlak, omdat dit de cervix extra ondersteunt. Ook bij een prolaps van de voor- en achterwand gaat de voorkeur uit naar een ringpessarium met ondersteuningsvlak. Dit 'zuigt zich een beetje vast' aan de vaginawanden, waardoor het beter blijft zitten. Wanneer een ringpessarium niet blijft zitten, is ook het Shaatz- of zeefpessarium een optie [figuur 3]. Dit heeft een ruimte-innemende werking en enig zuigeffect, waardoor het beter op zijn plaats blijft zitten. Vooral bij ernstige verzakkingen of een sterk verzwakte bekkenbodem, waarbij de andere pessaria falen en een operatie ongewenst is, vormt een kubuspessarium een mogelijkheid.¹

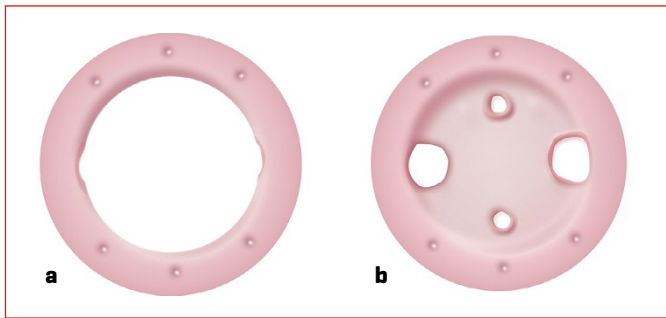


Het is belangrijk dat huisartsen vrouwen voorafgaand aan plaatsing van een pessarium vertellen dat ze last kunnen krijgen van stressincontinentie of blaasretentie.

Foto: Shutterstock

Figuur 2

a) open ringpessarium; **b)** ringpessarium met ondersteuningsvlak¹



Dit pessarium dient echter voor de nacht verwijderd te worden, omdat het vastzuigen de kans op ulceraties verhoogt.⁷

BEHANDELOPTIES BIJ COMPLICATIES

Een pessarium brengt de blaas weer boven het niveau van de urethra, waardoor het sluitmechanisme van de urethra meer onder druk komt te staan. Dit mechanisme heft een mogelijk gemaskeerde stressincontinentie op. Het maskeren van stressincontinentie zou verklaard kunnen worden door kinking of dichtdrukken van de urethra door de prolaps (bij een cystocele) of door uitwendige druk op de urethra (bij een rectocele). Ook kan een pessarium de urethra gedeeltelijk dichtduwen, waardoor de patiënt na plaatsing juist moeite krijgt met uitplassen en er een klein risico bestaat op blaasretentie.¹

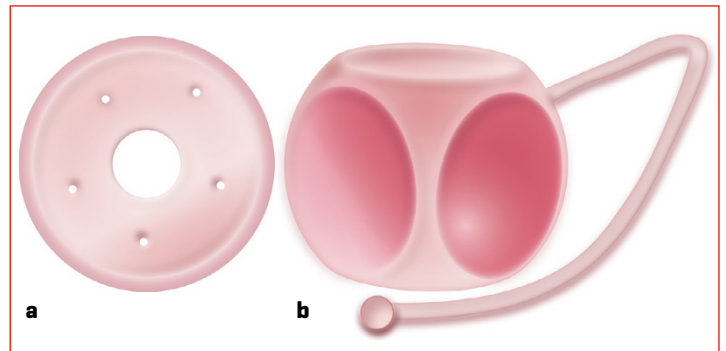
Gemaskeerde stressincontinentie die tijdens pessariumtherapie aan het licht komt, kunnen we als normale stressincontinentie behandelen. De NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen beveelt als eerste stap voor de behandeling van stressincontinentie aan om bekkenbodemspieroefeningen te doen.⁸ Voor die oefeningen hoeft het pessarium niet verwijderd te worden. Als de patiënt juist moeite heeft met uitplassen of wanneer er een blaasretentie optreedt, moet het pessarium verwijderd worden en eventueel vervangen worden door een pessarium met een kleinere maat.

CASUS (VERVOLG)

Aangezien er bij mevrouw sprake was van een cystocele stadium 3 in combinatie met een descensus uteri krijgt ze in eerste instantie een behandeling met een ringpessarium met ondersteuningsvlak aangeboden. De forse cystocele maskeerde vóór het inbrengen van het pessarium de stressincontinentie. Haar huisarts adviseert haar bekkenbodemspieroefeningen te gaan doen en verwijst haar naar Thuisarts.nl. Daar is de pagina *Ik ga bekkenbodemoefeningen doen* te vinden, waardoor ze geen kosten aan de oefeningen heeft.⁹ Mevrouw kan er ook voor kiezen om de oefeningen onder begeleiding van een bekkenfysiotherapeut te doen.

Figuur 3

a) Schaatz-pessarium; **b)** kubuspessarium¹



CONCLUSIE

Het huidige advies luidt om iedere patiënt met een symptomatische graad 2 prolaps of meer in eerste instantie pessariumtherapie aan te bieden. Gemaskeerde stressincontinentie is een fenomeen dat aan het licht kan komen nadat de patiënt met pessariumtherapie is gestart. Ook zou moeite met uitplassen of zelfs blaasretentie kunnen optreden. Het is belangrijk dat huisartsen hun patiënten hierover voorafgaand aan het starten met pessariumtherapie informeren, om te voorkomen dat ze bij het optreden van een van deze goed behandelbare complicaties meteen opgeven. Patiënten bij wie stressincontinentie optreedt kunnen immers starten met bekkenfysiotherapie met het pessarium in situ. Bij vrouwen die moeite hebben met uitplassen of bij wie in zeldzame gevallen blaasretentie optreedt, dient het huidige pessarium verwijderd te worden. Dan kan een kleiner of eventueel ander type pessarium geprobeerd worden. ■

LITERATUUR

1. Everts-Panman CMCR, Wiegiersma M. Vaginale prolaps. In: Lagro-Janssen ALS, Teunissen D, redactie. Praktische huisarts-geneeskunde urogynaecologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2020:379-94.
2. Sliker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RPM, Burger CW, Vierhout ME. Face validity and reliability of the first digital assessment scheme of pelvic floor muscle function conform the new standardized terminology of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2009;28:295-300.
3. Nederlands Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). Richtlijn Prolaps. 2014. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prolaps/prolaps_-_startpagina.html. Geraadpleegd op 11 juli 2023.
4. Panman CM, Wiegiersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-van Leeuwen Y, Vermeulen KM, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of pessary treatment compared with pelvic floor muscle training in older women with pelvic organ prolapse: 2-year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *Menopause* 2016;23:1307-18.
5. Panman CM, Wiegiersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Vermeulen KM, et al. Two-years effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: a randomised controlled trial in primary care. *BJOG* 2016;124:511-20.

-
6. Wiegersma M, Panman CM, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Dekker JH. Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic organ prolapse: a randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2014;22:g7378.
 7. Lagro-Janssen T, Moonen S. Een pessarium, alleen voor overdag. *Huisarts Wet* 2005;2:78-80.
 8. NHG-Werkgroep Incontinentie voor urine bij vrouwen. NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2015. Geraadpleegd op 11 juli 2023.
 9. Thuisarts.nl. Ik ga bekkenbodemoefeningen doen (vrouw). 2015. Beschikbaar via: <https://www.thuisarts.nl/plas-niet-goed-kunnen-ophouden-bij-vrouwen/ik-ga-bekkenbodemoefeningen-doen-vrouw>. Geraadpleegd op 11 juli 2023.

Donners JJA, Lagro-Janssen ALM. Mictieklachten na het plaatsen van een pessarium. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI: 10.1007/s12445-023-2422-5.

Huisartsenpraktijk Heugem, Maastricht: J.J.A.E. Donners, huisarts, kaderhuisarts urogynaecologie in opleiding, judith_donners@hotmail.com. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: em. prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts n.p.

Moegelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.