

Colpo-Entero-Cysto-Defaecografie

Functionele klachten van de bekkenbodem zijn een vaak voorkomend klinisch probleem. Gecombineerde pathologie van het urogenitale en het anorectale stelsel komt vaak voor met meestal constipatie en urinaire incontinentie klachten, frequenter bij vrouwen. Een multidisciplinaire benadering is noodzakelijk.

Defaecografie laat toe om de dynamiek tijdens het maken van stoelgang te evalueren. De verschillende structuren in het kleine bekken vormen een complex geheel. Een afwijking aan één van de organen kan invloed hebben op de werking van een ander. Afwijkingen kunnen in combinatie voorkomen. Om de verschillende structuren te kunnen evalueren worden zowel het rectum alsook de vagina, de dunne darm en de urineblaas met contraststof gevuld: Colpo-Entero-Cysto-Defaecografie. Op een speciale ontworpen stoel worden beelden genomen van het kleine bekken in rust, tijdens defaecatie zowel voor als na de mictie en ten slotte bij het opspannen van de bekkenbodemspieren.

Ondermeer kunnen de volgende aandoeningen herkend worden:

- descending perineum
- bekkenbodemspier dysfunctie (= puborectalispiersdyskinesie = anismus)
- anterieure rectocele
- rectale intussusceptie
- enterocele
- cystocele
- sigmoidocele

Colpo-Entero-Cysto-Defaecografie kan toegepast worden bij:

- chronische constipatie, met name bij uitdrijvingsstoornis (= obstructed defaecation)
- incontinentie zowel faecaal als urinair
- tenesme
- onverklaarbare pijn in het kleine bekken
- onverklaarbaar gevoel van massa in het rectum

De radiografische bevindingen dienen zoals steeds aan de kliniek gecorreleerd te worden. ■

Buchmann P, Brühlmann W (Eds.) (1993) Investigation of Anorectal Functional Disorders: with special emphasis on defaecography Springer-Verlag ISBN 0-387-55326-6

Stoker J, Taylor SA, DeLancey JOL (Eds.) (2008) Imaging Pelvic Floor Disorders 2nd Revised Edition Springer ISBN 978-3-540-71966-3



Dr. Liang Djoa,
Radioloog
liang.djoa@sintandriestelt.be

Veneuze insufficiëntie als oorzaak van onderbuikspijn

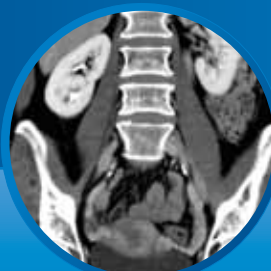
Chronische onderbuikpijn bij vrouwen kunnen soms veroorzaakt worden door een variceus kluwen, dat zich meestal rond de eileiders en baarmoeder ontwikkelt. Deze patiënten ervaren een drukkende pijn, soms cyclisch verloopend. Dit wordt ook het 'Pelvisch congestie syndroom' genoemd.

Een oorzaak kan een insufficiëntie zijn van de (linker) vena ovarica. De onstane reflux veroorzaakt een kluwen van varices in het kleine bekken (zie figuur), dat kan uitbreiden tot grote veneuze bassins. Een andere mogelijke anatomische oorzaak is een extrinsieke compressie van de vena iliaca communis, en dit ook meestal links. Een gekend voorbeeld hiervan is het May-Turner syndroom waarbij de vena iliaca communis gekneld wordt tussen de arteria iliaca communis en de wervelzuil. De veneuze retour wordt aldus belemmerd en dus verhoogt de veneuze flow via het vena iliaca interna netwerk naar de pelvische venen. Dit pelvisch variceus kluwen communiceert ook met het veneus netwerk van de onderste ledematen. Het kan zelfs oorzaak zijn van varices (of recidief) en oedeem ter hoogte van de onderste ledematen. Verbindingspunten zijn de safenofemorale junctie alsook de vena pudenda.

De symptomatologie is meestal beperkt tot een zwaartegevoel en onderbuikspijn. Zeldzaam kan er een thromboflebitis ontstaan. Ook recidief varices in combinatie met oedeem of varices vanuit de genitaliën wijzen op pelvische varicositas. Als aanvullende diagnostiek wordt een CT-scan van het abdomen voorgesteld, met intraveneus contrast. MUS (intravenous ultrasound) is het meest gevoelige onderzoek bij het vaststellen van extrinsieke compressie.

Voor definitieve diagnostiek dient er een catheterisatie te gebeuren, dit via de rechterarm of inguinaal. Contrastinjectie in combinatie met een valsalva-manoeuvre toont de bron van reflux. Extrinsieke druk kan ook via intraveneuze drukmeting geobjectiveerd worden.

De uiteindelijke behandeling bestaat uit het emboliseren van refluxerende venen en/of het stenten van de extrinsiek gecompriëerde venen. ■



Dr. Marc Vuylsteke,
Vaatchirurg
marc.vuylsteke@sintandriestelt.be

STARR (Stapled Transanal Rectal Resection) VOOR ODS

Bemoelijkte uitdrijving bij defaecatie (Engels obstructed defaecation syndrom of kortweg ODS) kan sinds eind 2010 in het Sint-Andriesziekenhuis Trielt (als eerste ziekenhuis van West-Vlaanderen) behandeld worden met een nieuwe revolutionaire minimaal invasieve transanale techniek: STARR.

ODS wordt gekenmerkt door evacuatie met langdurig of herhaaldelijk persen, tenesmen, onvolledige evacuatiegevoel, digitatie met laxativa of lavementgebruik om te evacueren en/of pelvische druk. Preoperatief dient steeds een colonnazicht via coloscopie en een FX cystocolpodefaecografie te gebeuren. In sommige gevallen kan een pellet studie en anale manometrie aangewezen zijn.

De techniek bestaat uit een transanale full-thickness stapling van de rectale wand en werd ontwikkeld door Dr. A. Longo die eveneens de circulaire stapling techniek ontdekte voor de behandeling van graad II en III hemorrhoiden. Patiënten met actieve anorectale infecties, ernstige chronische diarree, rectitis (Inflammatory Bowel Disease, Radiotherapie etc.) en enterocele komen niet in aanmerking voor deze techniek. Wereldwijd werden reeds meer dan 2000 patiënten met deze innoverende techniek behandeld. Het klassieke alternatief, de colporafia posterior, die veel meer kans op infectie en dyspareunie geeft, en het recente toenemend complicatiegebruik van vaginale meshes wordt daardoor overbodig.

Voor patiënten met enteroceles of een combinatie van recto-rectale invaginatie, enterocele, cystocele en/of rectocele blijft de laparoscopische ventrale rectopexie volgens D'hoore de gouden standaard.

Referenties

- Renzi et al. Staple transanal rectal resection (STARR) by a new dedicated device for the surgical treatment of obstructed defaecation syndrom caused by rectal intussusception and rectocele: early results of a multicenter prospective study. Int. J. Colorectal Dis(2008) 23: 999-1005.
- Lenisa L. et al. Starr with contour Transtar: prospective multicentre European study. Colorectal Disease (2009) 11: 821-830.
- Isbert C. et al. Comparative study of contour transtar ans STARR procedure for the treatment of obstructed defaecation syndrom (ODS) - feasibility, morbidity and early functional results. Colorectal Disease (2010) 12: 901 - 980.
- Ethicon Contour Transtar, S.T.A.R.R for obstructed defaecation syndrome. ■

Dr. Peter Lissens
Chirurg
peter.lissens@sintandriestelt.be



Stressincontinentie bij vrouwen

Een frequent voorkomend gevolg van bekkenbodemspierdeficiëntie is stressincontinentie, urineverlies bij hoesten, niezen, lachen, met andere woorden inspanningincontinentie.

Prevalentie bedraagt 10 tot 34%! Als we weten dat urineverlies naast lokale ongemakken ook kan leiden tot relationele problemen en zelfs sociale vereenzaming, is het geen overbodige luxe een oplossing te zoeken. Oorzakelijke factoren zijn met name zwangerschap, bevalling, bevalling op jonge leeftijd, geboortegewicht meer dan 3,5 kg, verlengde arbeid, chronische obstipatie, COPD.

De uitwerking van het probleem bestaat uit klinisch onderzoek, urinesediment, controle op residu na mictie en urodynamisch onderzoek. Klinisch onderzoek geeft niet alleen een bevestiging van de incontinentie, maar ook een idee van huidirritatie, conditie van de mucosa, en status van de bekkenbodem: is er een begeleidende cysto en/of rectocele? Indien er een subjectief of objectief belangrijk descensusprobleem is, is er een indicatie voor Colpo-Cysto-Defaecografie.

Zeker bij ouderen is controle residu na mictie aangewezen, om blaashypotonie met overloopincontinentie, die anamnestic uiteraard lijkt op stressincontinentie, uit te sluiten. Het urodynamisch onderzoek dient om blaasinstabiliteit, detrusorcontractie-problemen met obstructief mictiepatroon uit te sluiten. Dergelijke problemen maken een interventie zeker niet

altijd tegenaangewezen, maar kunnen risico op postoperatieve retentie of de novo urge incontinentie mee helpen inschatten. Dit kan uiteraard de beslissing van de patiënte om al dan niet een ingreep te laten uitvoeren meer gefundeerd maken.

Behandeling van eerste keus is bekkenbodemspieroefeningen onder leiding van een daarvoor opgeleide kinesist(e). Cruciaal is een goed gemotiveerde patiënte! Wordt de patiënte onvoldoende droog, of kan zij de kiné niet volhouden, is het enige alternatief een suburethrale tape.

Deze wordt geplaatst onder algemene of epidurale anesthesie via een kleine vaginale incisie. De tape wordt nergens gefixeerd, enkel zonder tractie onder de urethra geplaatst. Peroperatief wordt een blaassonde geplaatst. Pas als we weten dat patiënten goed kunnen plassen zonder residu mogen zij het ziekenhuis verlaten. We hebben bij enkele jongere patiënten al tapes geplaatst in daghospitaalverband, succesvol.

De belangrijkste informatie die alle patiënten meekrijgen is de succesratio van de tape, die zeer goed is, maar geen 100%. En ook nog: de tape behandelt enkel stressincontinentie, geen urge incontinentie! ■



Dr. Mariëtte van den Heuvel
Uroloog
mariette.van.den.heuvel@sintandriestelt.be

Operatieve behandeling van genitale descensus (POP) bij de vrouw anno 2011

POP (Pelvic Organ Prolapse) wordt gedefinieerd als het uitzakken van de schede of de uterus, veroorzaakt door een breuk in de endopelviene fascia. Men spreekt van descensus wanneer het diepste punt tot aan de introitus komt (graad I of II), men spreekt van prolaps wanneer het diepste punt voorbij de introitus komt (graad III of IV). Bij een defect in het voorste bekkencompartment spreekt men van een cystocele, bij een defect in het middelste compartiment van descensus uteri of koepelprolaps en bij een defect in het achterste compartiment van een rectocele of enterocele.

De operatieve technieken kunnen onderverdeeld worden in de klassieke vaginale hersteltechnieken en de technieken die gebruik maken van synthetische meshes.

Tot de klassieke operatietechnieken behoren de voorste en achterste colporraphia, de vaginale enterocoelereparatie, de vaginale sacrospinieuze fixatie, al of niet gecombineerd met een hysterectomie, en een aantal uterusparende technieken voor de uteriene descensus (sacrospinieuze hysteropexie, gemodificeerde Manchesterrepair). Zij hebben een grote patiëntentevredenheid (tot 90%) maar een hoge recidiefkans tot 25%. In een poging dit recidiefpercentage te drukken werden eind vorige eeuw synthetische meshes geïntroduceerd. Dit zijn monofilamente polypropyleennetten met een poriëngrootte van

tenminste 75 µm. De meshes kunnen zowel langs vaginale of laparoscopische weg ingebracht worden. Hun gebruik gaat met duidelijk minder anatomische recidieven (10%) gepaard, maar er is geen verschil in het aantal functionele recidieven waarvoor een heringreep noodzakelijk is. Wel leidt het gebruik van meshes in de prolapschirurgie tot een duidelijke toename van het aantal complicaties zoals mesh-erosies (tot 20%), dyspareunie (tot 30%), bekkenpijn, infecties en de novo urgency.

Momenteel zijn de klassieke hersteltechnieken nog steeds de gouden standaard voor de primaire behandeling van POP. Bij recidieven en uitgesproken descensus (vanaf graad III) is het gebruik van meshes, na uitvoerige informed consent, gerechtvaardigd. ■

Dr. Bart Boone
Gynaecoloog en verloskundige
bart.boone@sintandriestelt.be



Constipatie

Constipatie komt gemiddeld voor bij 15% van de bevolking, doch in hogere frequentie bij vrouwen en boven de leeftijd van 65 jaar. Pragmatisch onderscheiden we 'slow transit constipation' en 'rectal outlet constipation'.

Bij slow transit constipation is de motoriek van het colon verstoord met afwezigheid van voldoende propulsieve mass movements over het hele colonkader (secundair aan stoornissen in de neuromusculaire werking van het colon). In de praktijk kan dit geëvalueerd worden door middel van een Pellet-studie. Hierbij worden 20 radio-opaque markers ingenomen met het ontbijt op dag 0, en wordt op dag 5 een abdomen overzichtsradiografie aangevraagd. Indien op dag 5 vier of meer markers aanwezig zijn verspreid over het colonkader, wijst dit op een slow transit constipation. Therapie bestaat naast het gebruik van vezelrijke voeding, zemelen, voldoende vochtinname en lichaamsbeweging uit het gebruik van osmotische laxativa, contactlaxativa, of 5HT4-receptoragonisten. Zelden is een segmentaire of subtotaal colectomie aangewezen.

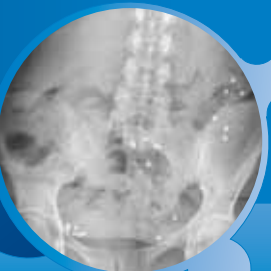
Bij 'rectal outlet obstruction' is de oorzaak van constipatie een uitdrijvingsstoornis op niveau van het rectum. Hierbij kan het gaan om een rectocele, recto-rectale invaginatie, spasme en/of zwakte van de bekkenbodemspier, sensibiltiteitsstoornis van het rectum (in het kader van autonome neuropathie zoals bij diabetici...).

Deze afwijkingen worden in de praktijk geobjectiveerd d.m.v. een RX-defaeco (entero/cysto/colpo) grafie, soms aangevuld met een anorectale manometrie met ballonuitdrijvingstest en een electromyografie van de anale musculatuur en sacrale zenuwen. Meer informatie hierover leest u in de tekst van collega's Dr. L. Djoa en Dr. P. Lissens.

Een onderzoek naar de etiologie van constipatie begint evenwel met een grondige anamnese en algemeen klinisch onderzoek, aangevuld met een proctologisch en endoscopisch onderzoek van anale regio, rectosigmoid en zo nodig het ganse colon om organische oorzaken niet te miskennen (fissura ani, IED, poliepen, neoplasie, transit-vertragende farmaca...)

Vergeet niet dat faecale incontinentie eveneens een symptoom kan zijn van een onderliggende constipatie (faecale impactie) met overloopdiarree als gevolg. ■

Dr. Jan Beyls
Gastro-enteroloog
jan.beyls@sintandriestelt.be



Nieuw rookstopinitiatief regio Tielt helpt rokers om te stoppen met roken

De meeste rokers wil stoppen met roken. Ook in de regio Tielt is dit niet anders. Om de rokers daarbij te helpen start er weldra een nieuw rookstopinitiatief voor de regio Tielt. Dit is een samenwerkingsproject tussen de huisartsen, apothekers en het Sint-Andriesziekenhuis Tielt.

N.a.v. de "Werelddag zonder tabak" op 31 mei 2011 werd het nieuwe project officieel gestart. In dit project wensen we de roker bewust te maken dat roken schadelijk is, hem tot rookstop te motiveren en hem hierbij te helpen.

Het project wenst zich te richten tot de rokers uit de regio Tielt en omstreken (d.w.z. de regio welke de artsenkring van 't Oosten van West-Vlaanderen bestrijkt). Door deze samenwerking van de 1° en 2° lijn gezondheidszorgers en de apothekers wensen we de 'rookstopper' maximaal te ondersteunen en te begeleiden.

In dit project informeren we de roker over de verschillende rookstopmethodes die in de streek worden aangeboden. De gemotiveerde 'rookstopper' kan hieruit – eventueel samen met zijn arts – de methode kiezen die het best bij haar/hem past.

Sommige rokers slagen erin om op 'eigen wilskracht' te stoppen met roken. Maar velen hebben extra hulp en ondersteuning nodig. (bijv. online rookstophulp, rookstopconsultaties, medicatie, ...)

Voor individuele rookstopbegeleiding kan je terecht bij je huisarts of een erkende tabakoloog. Zij helpen je stap voor stap te stoppen met roken. De huisarts kan de keuze maken om zelf de rookstopbegeleiding te geven of de roker door te verwijzen naar een erkende tabakoloog in de regio. Recent zijn de rookstopconsultaties in het Sint-Andriesziekenhuis gestart bij onze tabakologe Marianna Devaere. (marianna.devaere@sintandriestielt.be of 051/42.51.60) ■

Dr. Geert Tits
Pneumoloog
geert.tits@sintandriestielt.be



Weetjes

Nieuwe artsen



Dr. Joke Persyn

Dr. Joke Persyn is sinds 1 april 1997 werkzaam als kinderarts. Aanvankelijk combineerde zij een ziekenhuispraktijk met een privé-praktijk. De laatste 5 jaar was zij enkel werkzaam in haar privé-praktijk in Aalter.

Deze praktijk wordt nu opgenomen in de bestaande kinderartsenpraktijk van dr. Geert Vanacker, dr. Kristien De Jaeger en dr. Kristien Evens. Consultaties vinden plaats in het Sint-Andriesziekenhuis en in Aalter, Hof van Praet 4.



Dr. Daphné Van den Bussche

Dr. Daphné Van den Bussche studeerde in 2002 af als arts aan de Universiteit Gent. Ze behaalde de erkenning als algemeen chirurg in 2008, waarna ze zich gedurende twee bijkomende jaren verder bekwaamde in de vasculaire heekkunde onder supervisie van Prof. Frank Vermassen (UZ Gent).

Haar interesse gaat uit naar zowel de arteriële als veneuze pathologie. Dr. Van den Bussche oefent haar medische activiteit uit binnen de associatie chirurgie in samenwerking met dr. Marc Vuylsteke, dr. Peter Lissens en dr. Mehrdad Biglari.

Nieuwe prijs voor wetenschappelijk werk vaatheelkunde:

Op 11 december 2010 werd de Vascutec prijs gewonnen te Leuven. Dit is een jaarlijkse Belgische competitie waarbij ingezonden wetenschappelijke teksten worden beoordeeld door een jury. Het wetenschappelijk werk dient origineel te zijn, vernieuwend en nog niet gepubliceerd. Onze assistent dr. Peter Mahieu heeft, na een mondelinge verdediging, de eerste prijs gewonnen met het artikel "Endovenous Laser Ablation, the role of the intraluminal blood". Ondertussen is dit werk geaccepteerd voor publicatie in de "European Journal of Vascular and Endovascular Surgery".

Voordrachten door dr. M. Vuylsteke:

- Novelty in Laser treatment. 7th Theoretical-Practical Course of Endovenous Laser in Varicose Vein Surgery. Barcelona November 12th 2010.
- Phlebectomy techniques and avoiding complications. The Israeli vascular access&vein conference, Herzlia, Israël januari 12th 2011.
- Proximal GSV recanalisation after endovascular ablation. The Israeli Vascular access & vein conference, Herzlia, Israël januari 12th 2011.

Publicaties door dr. M. Vuylsteke:

- Varicose veins: Endovenous Laser Treatment. Laser and IPL Technology in Dermatology and Aesthetic Medicine Ch 15 p211-225. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011.

“Opzij, opzij, opzij... maak plaats, maak plaats, maak plaats ...”

Beste lezer,

De zomervakantie komt eraan. Op koude winteravonden gemaakte plannen voor een welverdiende ontspanning kunnen eindelijk gerealiseerd worden. Het verlangen naar een zonnig land, aldaar genieten van de geneugten des levens maakt ons reeds warm nog voordat we de eerste kilometers van onze reis aangevat hebben. Via de 'snelste route' zal de GPS ons naar onze duurbetaalde vakantiebestemming leiden, ware het niet dat op hetzelfde ogenblik duizenden Vlamingen en Walen op hun Tomtomme dezelfde data inbrengen richting Zuid-Europa. Het gevolg laat zich raden: monsterfiles alom en de 'snelste route' wordt ongewild de 'meest enerverende route'.

Helemaal spannend wordt je reis wanneer je het noorden (of in dit geval het zuiden) kwijt bent omdat je GPS niet meer geüpdatet is of omdat de lieve dame met zwoele stem je de akkers instuurt wegens wijziging van de lokale ruimtelijke ordening, wegen inbegrepen, door de plaatselijke autoriteiten. Wie herinnert zich niet telkens de wekerende discussies over de juiste oprit of afslag naar je gekende vakantiebestemming, omdat je geheugen je ieder jaar ietsjes meer in de steek laat.

Stel je eventjes de gezichten voor van je collega's autotoeristen bij het openbaar verlies van al je intieme en minder intieme vakantiespulletjes, verspreid over het wegdek, omdat het slotje van je autobox eensklaps dienst weigert.

Laat je ook niet overhalen je reservewiel thuis te laten omdat zoon/ dochter of vrouw/vrouw nog met enkele extra koffers komen aanzeulen, want juist dan zal het je overkomen lek te rijden.

Eens ter plaatse zal alle ellende van de reis vlug vergeten zijn, ware het niet dat je hotel (waar bovendien de airco slechts tijdelijk werkt) aan de rand van een drukke verkeersader of in de buurt van een lawaaierige discotheek blijkt te liggen (uiteraard niet vermeld in de brochures). Ten slotte hoop ik dat je gespaard blijft van de plaatselijke risico's zoals een hittedag, een tourista, een muggenplaag of een beet van een schorpioen of andere exotische diersoort, en dat een opname kan worden vermeden in het plaatselijk ziekenhuis, waar overigens niemand jou begrijpt, eigen volk eerst behandeld wordt en je eindigt met een peperdure rekening.

Beste lezer, in naam van de voltallige redactieraad wens ik jou een welverdiende zomervakantie, weg van alle stress, telefoons, e-mails en faxen. Terwijl jullie met z'n allen zuidwaarts trekken overweeg ik een rustig verblijf te boeken in Vlaanderen of Wallonië en trakteer ik mezelf op een gekoeld Belgisch streekbier, op een terrasje waar nog voldoende plaats vrij is en ik bediend word door een vriendelijke, niet-overstressede kelner. Je kan er ontspannen genieten van een goed boek of deze editie van Infos@t lezen, waaruit je een en ander vermeemt omtrent functionele aandoeningen van onze bekkenbodemporganen.

Veel leesgenot en een prettige zomer gewenst. ■

Dr. Jan Beyls
Hoofdredacteur

Colofon

Redactieraad

Dr. Mehrdad Biglari: mehrdad.biglari@sintandriestielt.be
Mevr. Sofie Blanquaert: sofie.blanquaert@sintandriestielt.be
Dr. Steven De Coninck: steven.de.coninck@sintandriestielt.be
Mevr. Betty de Muelenaere: betty.de.muelenaere@sintandriestielt.be
Mevr. Lien Depauw: lien.depauw@sintandriestielt.be
Dr. Danny Deroos: danny.deroos@sintandriestielt.be
Dr. Peter Moons: peter.moons@sintandriestielt.be
Dr. Geert Tits: geert.tits@sintandriestielt.be
Mevr. Hilde Van den Wyngaert: hilde.vdwynngaert@sintandriestielt.be
Dr. Marc Vuylsteke: marc.vuylsteke@sintandriestielt.be

Hoofdredacteur

Dr. Jan Beyls: jan.beyls@sintandriestielt.be

Werken verder mee aan dit nummer

Dr. Bart Boone, Dr. Liang Djoo, Dr. Peter Lissens, Dr. Mariëtte van den Heuvel

Lay-out & Druk

Drukkerij Lannoo: www.lannooprint.com

Verantwoordelijke uitgever

Dr. Jan Beyls
Sint-Andriesziekenhuis Tielt
Krommewalstraat 11
8700 Tielt
www.sintandriestielt.be

Foto's

Frank Boone, Ignace Kesteloot, dr. Van Damme

Sponsors

NOVARTIS
OPHTHALMICS

NYCOMED

Abbott
A Promise for Life

sanoft aventis
Grandes idées, petites pilules.

www.lannooprint.be • 103851



Colpo-Entero-Cysto-Defaecografie
Operatieve behandeling van genitale descensus (POP) bij de vrouw anno 2011

2

4

5

6

Weetjes

Operatieve behandeling van genitale descensus (POP) bij de vrouw anno 2011
Constipatie

STARR (Stapled Transanal Rectal Resection) voor ODS
Stressincontinentie bij vrouwen

Nieuw rookstopinitiatief regio Tielt helpt rokers om te stoppen met roken