



Laparoscopische ventrale rectopexie

Wat is een laparoscopische ventrale rectopexie?

De term 'rectopexie' verwijst naar een ingreep waarbij de endeldarm (rectum) terug opgehangen wordt in zijn normale anatomische positie.

Wanneer wordt een laparoscopische ventrale rectopexie uitgevoerd?

Een van de meest voorkomende redenen voor het uitvoeren van deze ingreep is **externe rectale prolaps** (darm die door de aars naar buiten treedt).

Een nieuwere indicatie voor de heekunde is '**inwendige prolaps**' of '**intussusceptie**' waarbij de endeldarm inwendig in zichzelf uitzakt zonder naar buiten te komen doorheen de aars (gelijk een kous wordt opgerold). Dit kan aanleiding geven tot ODS, 'Obstructed Defaecation Syndrome' (syndroom van geblokkeerde stoelgang).

Deze patiënten hebben vaak een gevoel van blokkage in de darm, moeite om stoelgang te maken, langdurig en vaak onsuccesvol toiletbezoek (fragmentatie), en zij dienen vaak tegendruk te geven met een vinger of de hand ter hoogte van het perineum (damsteun) of in de vagina, of dienen soms de stoelgang met de vinger af te halen uit de aars (digitatie). Inwendige rectale prolaps kan eveneens faecale incontinentie veroorzaken en een laparoscopische ventrale rectopexie kan bij deze mensen vaak een oplossing bieden.

Zijn er andere onderzoeken noodzakelijk?

Uiteraard is een eerste gesprek en klinisch onderzoek extreem belangrijk om de symptomen en de klachten in kaart te brengen.

Een **colpocystodefecografie** waarbij een visualisatie van de blaas, vagina en rectum wordt gemaakt, is zeer belangrijk in de oppuntstelling. Dit onderzoek laat toe in te schatten hoe de defecatie gebeurt en in welke mate de bekkenorganen ondersteund zijn/blijven tijdens het stoelgang maken.

Meestal is eveneens een **colonoscopie** aangewezen.

Soms kan een aanvullende echografie van de endeldarm en het anaal kanaal aangewezen evenals een onderzoek van de sterkte van de wand (*manometrie*).

Een **RX transit** kan soms noodzakelijk zijn, waarbij een evaluatie wordt gemaakt van hoe snel de stoelgang vordert in de dikke darm.

Wat houdt de ingreep in?

De ingreep wordt uitgevoerd onder volledige verdoving. Er wordt geopteerd voor een laparoscopische techniek (kijkoperatie) en duurt ongeveer anderhalf uur. Er wordt een kleine incisie gemaakt boven en rechts van de navel, een 2de en 3de respectievelijk rechts en links in de zij en een 4de (iets grotere insnede) in de rechter liesregio.

Een groot voordeel van deze techniek is dat ze wordt uitgevoerd aan de voorzijde van de endeldarm en daardoor geen enkele invloed heeft op de bezuiging van de darm en de geslachtsdelen die achter de endeldarm gelegen is. Tijdens de ingreep wordt de voorzijde van de endeldarm losgemaakt van de vagina (bij vrouwen) of de blaas en de prostaat(bij mannen). Er wordt eveneens ruimte gemaakt om het 'netje' aan de voorzijde van de endeldarm te fixeren. Het ene uiteinde wordt diep op de endeldarm gefixeerd, het andere wordt vervolgens aan het heiligbeen of de lage rug gefixeerd.

Bij vrouwen wordt de vaginakoepel vastgehecht op de mesh ter behandeling van een reeds bestaande vagina-verzakking of preventief hiervoor. Deze ingreep trekt de darm uit het klein bekken, herstelt zo de normale anatomie en voorkomt het opnieuw uitzakken ervan.

De positie van het 'netje' diep tussen de endeldarm en de vagina verstevigt het rectovaginale septum (weefsel tussen endeldarm en vagina) en corrigeert op die manier een rectocoele (uitzakken van endeldarm in vagina, 'bol' gevoel) en een eventuele enterocoele (uitzakken van dunne darm tussen de vagina en de endeldarm).

Hoe is het herstel na de ingreep?

Klassiek wordt de patiënt wakker met een blaassonde en een infuus. De maagsonde is reeds verwijderd en het pijnstillingschema wordt geoptimaliseerd.

De blaassonde wordt zo snel mogelijk verwijderd op dag 1 of dag 2 na de ingreep. Het infuus wordt snel afgebouwd in functie van het hernemen van de darmactiviteit en de mogelijkheid om te drinken en te eten.

Een snel ontslag is te verwachten. Bij ontslag zal ze zeker een laxativum worden voorgesteld die kan worden ingenomen tot aan de controle raadpleging (4-6 weken na de ingreep). Het is zeer belangrijk dat u niet geconstipeerd raakt in de eerste weken na de ingreep en dat er geen druk wordt gezet bij het stoelgang maken.

Eveneens is een restenrijke voeding aangewezen. Eventueel kan een supplement van vezels worden ingenomen (bv Fibion®).

De meeste patiënten zijn fit na een week, kunnen na 2-4 weken terug aan de slag maar dienen 4-6 weken hefverbod in acht te nemen.

Wat zijn de resultaten van de heekunde?

Bij patiënten met een externe rectale prolaps is er een zeer geringe kans op recidief. Volgens cijfers in de literatuur bedraagt deze kans minder dan 2%.

Indien een interne rectale prolaps aan de oorsprong van de klachten ligt en de behandeling wordt uitgevoerd, kunnen eveneens goede resultaten worden verwacht. Bij patiënten met ODS zullen 4 op 5 een duidelijke verbetering van de klachten ervaren. Een duidelijke verbetering van de continentie bij 4 op 5 van de patiënten kan worden verwacht bij incontinentie ten gevolge van de interne prolaps.

Jammer genoeg kunnen we op voorhand niet zeggen welke patiënten er geen winst zullen hebben van de ingreep.

Wat zijn de risico's verbonden aan de ingreep?

Het betreft een laag-risico ingreep daar er geen resectie van een darmsegment wordt uitgevoerd.

Bij vroegere technieken was een resectie van een segment van dikke darm noodzakelijk, met een kans op lekkage en buikvliesontsteking tot gevolg. Het darmsegment werd weggenomen ter preventie van de toename in obstipatie ten gevolge van de zenuwbeschadiging tijdens de rectopexie.

Tijdens de ventrale rectopexie wordt juist weggebleven van de bezenuwing. Bij de meeste patiënten met preoperatieve constipatie gaat de stoelgang net veel beter na de ingreep. Een aantal patiënten gaan niet beter na de ingreep maar het is zeer uitzonderlijk dat het slechter gaat dan op voorhand.

Er bestaat een zeer kleine kans dat er na verloop van tijd een erosie van de mesh optreedt naar de vagina toe. Dit kan steeds worden behandeld met een lokaal verwijderen van de mesh en antibioticakuur. Andere kleine risico's zijn bloeding of infectie. Er bestaat eveneens een kleine kans dat omschakeling naar open ingreep nodig is.

Is deze ingreep mogelijk voor elke patiënt?

Ook oudere patiënten met een leeftijd boven de 85 j werden reeds succesvol behandeld voor een totale rectum prolaps. De kans op problemen na de ingreep is ongeveer 10% bij ouderen (morbiditeit).

Bij patiënten met reeds meerdere ingrepen in de buik of ter hoogte van het bekken is het soms onmogelijk om deze ingreep met een kijkoperatie uit te voeren wegens te veel vergroeiingen. Dan kan diezelfde ingreep via een klassieke buik insnede worden uitgevoerd. Een appendix-operatie of baarmoeder-verwijdering (hysterectomie) is niet een contra-indicatie.

Is deze techniek dan beter dan de andere?

Het grote voordeel van deze techniek is dat aan de voorzijde van de endeldarm wordt gewerkt. Hierdoor wordt de bezenuwing van de darm, blaas en geslachtsdelen niet gecompromitteerd. Hierdoor ontstaat bijvoorbeeld geen constipatie.

Een bijkomend voordeel van deze laparoscopische techniek, zijn de kleine wondes die voor een goede cosmetiek zorgen. Het type van netje garandeert ook betere resultaten. De kans op recidief is minder dan 2%, wat duidelijk lager is dan andere technieken.

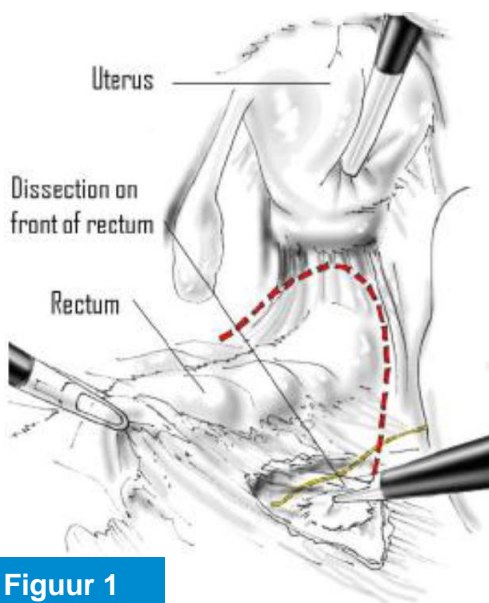
Te doen

- Kom uit je bed zowel tijdens het ziekenhuisverblijf als thuis
- Neem de voorgeschreven laxativa (bvb Forlax ®of Movicol®)
- Reduceer de inname van de laxativa gradueel over verloop van weken
- Doe inspanningen zoals wandelen of zwemmen van zodra het kan
- Drink voldoende na de ingreep
- Voorzie in een restenrijke voeding, eventueel is een vezelsupplement aangewezen (Fibion®)
- Wees bewust van de verandering in je stoelgangspatroon na de ingreep

Niet doen

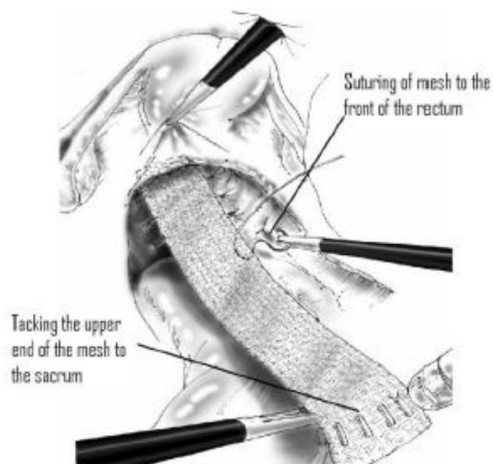
- Hef geen zware lasten (>10 kg) de eerste 6 weken
- Probeer constipatie te vermijden, evenals het persen op toilet
- Wachten om naar toilet te gaan als de drang komt
- Wordt niet ongerust als de eerste stoelgang wat later komt
- Sporten (lopen, turnen,...) de eerste 6 weken
- Geen seksuele betrekkingen de eerste 4 weken na de ingreep
- Probeer het rijden met de wagen de eerste 2 weken te vermijden
- Zorg voor pijnstilling, paracetamol (Dafalgan®) werkt goed en induceert geen constipatie!

Heeft u nog vragen? Stel ze dan gerust aan uw behandelend arts!



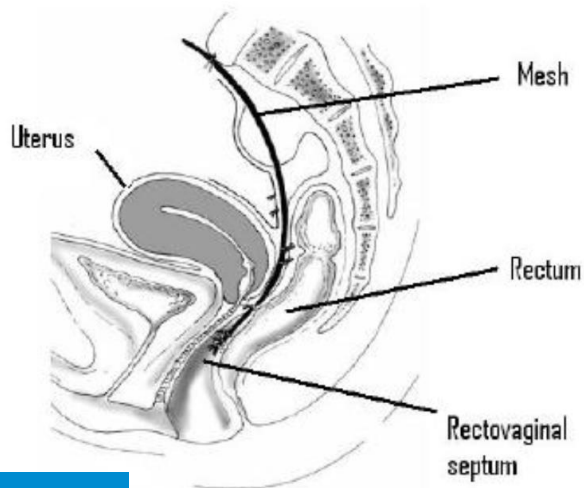
Figuur 1

Start van de ventrale rectopexie. Vooreerst ecartement van de baarmoeder en nadien dissectie aan de voorzijde van de endeldarm, volgens de gestippelde lijn, vervolgens tussen de vagina en de endeldarm (rectovaginale septum).



Figuur 2

Doorsnede
 Tijdens de ingreep creëert de chirurg ruimte tussen de endeldarm en de vagina. Aansluitend wordt het netje vastgehecht aan de voorzijde van de endeldarm, de top van de vagina en het heiligbeen (sacrum).



Figuur 3

Doorsnede doorheen het kleine bekken. Deze tekening illustreert de positie van het netje en toont aan hoe het rectovaginale septum wordt ondersteunt ter correctie van een rectocoele ('bolgevoel in de vagina') en/of enterocoele ('dundarmlissen diep in het kleine bekken', tussen de vagina en de endeldarm).