



De TVT-operatie voor urineverlies bij inspanning

© 2001 NVOG/NVU

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze brochure berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) in Utrecht. Leden van de NVOG en de NVU mogen deze brochure, mits integraal, onverkort en met bronvermelding, zonder toestemming vermenigvuldigen.

Folders en brochures van de NVOG behandelen verschillende verloskundige en gynaecologische klachten, aandoeningen, onderzoeken en behandelingen. Zo krijgt u een beeld van wat u normaliter aan zorg en voorlichting kunt verwachten. Wij hopen dat u met deze informatie weloverwogen beslissingen kunt nemen. Soms geeft de gynaecoloog u andere informatie of adviezen, bijvoorbeeld omdat uw situatie anders is of omdat men in het ziekenhuis andere procedures volgt.

Schriftelijke voorlichting is altijd een aanvulling op het gesprek met de gynaecoloog. Daarom is de NVOG en de NVU niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze brochure. Wel heeft de Commissie Patiëntenvoorlichting van de NVOG en NVU zeer veel aandacht besteed aan de inhoud. Dit betekent dat er geen belangrijke fouten in deze brochure staan, en dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud.

Andere folders en brochures op het gebied van de verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde kunt u vinden op de website van de NVOG: www.nvog.nl, rubriek voorlichting.

Auteur: dr. H.A.M. Vervest

Redacteur: dr. G. Kleiverda

Bureauredacteur: Jet Quadekker

INHOUDSOPGAVE

- 1 Inleiding
- 2 Inspanningsincontinentie: wat is het, hoe wordt het onderzocht en welke behandelingsmogelijkheden zijn er?
 - 2.1 Wat is inspanningsincontinentie?
 - 2.2 Gesprek
 - 2.3 Onderzoek
 - Gynaecologisch onderzoek
 - Urineonderzoek
 - Urodynamisch onderzoek (UDO)
 - 2.4 Behandeling van inspanningsincontinentie
 - Fysiotherapie
 - Medicijnen
 - Een ring of pessarium
 - Andere hulpmiddelen
 - Operatieve behandelingen
 - Kiezen voor een behandeling
 - Wie behandelt u bij klachten over inspanningsincontinentie?
- 3 Wat is een TVT-operatie?
 - 3.1 Resultaten
 - 3.2 De kans dat de operatie uw klachten verhelpt

- 4 Hoe verloopt een TVT-operatie?
 - 4.1 De operatie zelf
 - 4.2 Na de operatie in het ziekenhuis
 - 4.3 Weer thuis
 - Het plassen
 - Niet zwaar tillen
 - En verder...
 - 4.4 Complicaties
 - Een blaasontsteking
 - Een vaginale schimmelinfectie
 - Een kleine bloeduitstorting in de buikwand
 - Een bloeding in de vagina tijdens de operatie
 - Het lukt niet om te plassen
 - Een beschadiging van de urinebuis of de blaas
 - Een nieuwe klacht: aandrangincontinentie
 - Complicaties op langere termijn
 - 4.5 Controle na de operatie
 - 4.6 Wanneer moet u tussentijds contact opnemen?
- 5 Tot slot
- 6 Om verder te lezen

1 Inleiding

Deze folder geeft informatie over de TVT-operatie. TVT is een afkorting van 'tension-free vaginal tape. Bij de TVT-operatie krijgt de urinebuis een draagband die zonder spanning via de vagina (schede) wordt aangebracht. De operatie wordt steeds vaker toegepast bij inspanningsincontinentie.

2 Inspanningsincontinentie: wat is het, hoe wordt het onderzocht en welke behandelingsmogelijkheden zijn er?

Een uitgebreid antwoord op deze vragen krijgt u in de NVOG-brochure [Bekkenbodemp Problemen bij vrouwen](#). Vrouwen die deze brochure gelezen hebben kunnen nu verder lezen bij § 3. Voor de andere lezers geven wij hieronder deze informatie kort weer.

2.1 Wat is inspanningsincontinentie?

Inspanningsincontinentie is een vorm van urineverlies die voorkomt bij inspanning zoals tillen, sporten of springen. Men spreekt ook wel van stressincontinentie. Met 'stress' wordt hier bedoeld dat het urineverlies optreedt als de druk in de buikholte plotseling toeneemt door het aanspannen van de buikspieren. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij niezen, hoesten, lachen, tillen, sporten of plotseling opstaan. U verliest dan urine zonder dat u aandrang voelt.

2.2 Gesprek

Bij incontinentieproblemen is het belangrijk dat de arts goed weet wat uw klachten zijn. Daarom moet u ze meestal in uw eigen woorden beschrijven. U krijgt daarna soms nog meer vragen: hoe het gaat met plassen, ontlasting, seksualiteit, en of er andere gynaecologische klachten zijn. Ook ziekten, vroegere medische ingrepen, eventuele eetproblemen, medicijngebruik en zwangerschappen kunnen aan de orde komen. Al deze onderwerpen zijn mogelijk van belang voor uw klachten en daarmee voor verder onderzoek en behandeling. Na het eerste gesprek volgt een gynaecologisch onderzoek.

Aan de hand van de zo verzamelde gegevens bespreekt de arts met u of aanvullend onderzoek noodzakelijk is. Urineonderzoek en een urodynamisch onderzoek worden bij deze klachten het meest uitgevoerd, maar soms is ook een cystoscopie, echoscopie of röntgenonderzoek nodig.

2.3 Onderzoek

– Gynaecologisch onderzoek

De arts vraagt u plaats te nemen op een gynaecologische onderzoekstoel. U ligt met uw benen gespreid, zodat de ingang van de vagina goed zichtbaar is. Vaak begint de arts met de vraag of u wilt persen. Daarna wordt een speculum (spreider) in de vagina gebracht. De baarmoedermond kan nu bekeken worden. Soms vraagt de gynaecoloog of uroloog u nogmaals om te persen; zo wordt een kleinere verzakking zichtbaar. Dan volgt vaak een inwendig onderzoek (vaginaal toucher): de arts brengt twee vingers in de vagina en legt de andere hand op uw buik om de baarmoeder en eierstokken af te tasten. Soms krijgt u de vraag om nogmaals te persen of juist de bekkenbodemspieren aan te spannen om de kracht van deze spieren te meten.

Als er ook klachten zijn over andere organen (darmen, vagina) krijgt u soms een gecombineerd inwendig onderzoek via de vagina en de anus (rectaal toucher).

– Urineonderzoek

Een urineonderzoek kan uitwijzen of er een blaasontsteking bestaat. Hiervoor is een 'gewassen plas' nodig. U maakt eerst de ingang van de vagina schoon, plast dan een klein beetje uit, en vangt de rest op in een potje.

– Urodynamisch onderzoek (UDO)

Bij een urodynamisch onderzoek wordt nagegaan hoe de blaas precies werkt. De arts brengt via de urinebuis een dun slangetje (katheter) in de blaas en vult deze met vocht. Terwijl u hoest of juist uitplast krijgt de arts informatie over de blaaspier, de werking van de bekkenbodem en het soort urineverlies. Voor dit onderzoek is een aparte afspraak nodig. Meer informatie vindt u in de NVOG-folder [Het urodynamisch onderzoek](#).

2.4 Behandeling van inspanningsincontinentie

Bij inspanningsincontinentie zijn verschillende soorten behandelingen mogelijk: fysiotherapie, medicijnen, een ring of een operatie. De behandeling is afhankelijk van uw klachten en de gegevens van het onderzoek.

Over het algemeen lijkt het logisch om met de minst ingrijpende behandeling te beginnen.

Inspanningsincontinentie is niet gevaarlijk. U hoeft dan ook nooit onmiddellijk een beslissing te nemen. Als er niet op een eenvoudige manier wat aan uw klachten te doen is, kan de gynaecoloog of uroloog een ingrijpendere behandeling zoals een operatie voorstellen. U bent echter degene die de voor- en nadelen van een behandeling tegen elkaar moet afwegen.

– Fysiotherapie

Fysiotherapie heeft vaak als doel de bekkenbodemspieren te versterken door oefening en training. U leert uw bekkenbodemspieren bewust te gebruiken, waardoor u het urineverlies bij hoesten of lachen meestal kunt voorkomen of verminderen. Meer informatie vindt u in de NVOG-folder [Fysiotherapie bij bekkenbodemproblemen](#).

– Medicijnen

Medicijnen bij inspanningsincontinentie zijn meestal weinig effectief, werken vaak maar kort en geven soms veel bijwerkingen. Ze worden daarom bij deze klachten zelden gegeven.

– Een ring of pessarium

Een ring (pessarium) biedt soms een oplossing voor klachten van inspanningsincontinentie. Door een ring wordt een verzakte blaas of urinebuis weer op de juiste plaats teruggebracht. Niet elke vrouw met incontinentieklachten kan met een ring geholpen worden: de stevigheid van de bekkenbodem speelt hierbij een rol. Een goed passende ring voelt u niet zitten, ook niet bij seksuele gemeenschap. Een ring kan zo voor sommige vrouwen een simpele oplossing bieden voor inspanningsincontinentie. Meer informatie vindt u in de NVOG-folder [Ring of pessarium bij bekkenbodemproblemen](#).

– *Andere hulpmiddelen*

Bij klachten over inspanningsincontinentie zijn er naast bekkenbodemoefeningen en een ring nog andere mogelijkheden om de klachten te verminderen. Een simpele oplossing is het inbrengen van een (eventueel natgemaakte) tampon in de vagina. Hierdoor wordt de overgang tussen de blaas en de urinebuis als het ware wat naar boven geduwd, zodat urine moeilijker wegstroomt. Voor vrouwen die bijvoorbeeld alleen tijdens sporten last van urineverlies hebben, is dit soms voldoende.

Er zijn nog een aantal andere hulpmiddelen die u zelf in de vagina of de urinebuis kunt inbrengen om ongewenst urineverlies tegen te gaan. De arts kan u hierover meer informatie geven.

– *Operatieve behandelingen*

Als boven beschreven maatregelen onvoldoende oplossing voor uw klachten bieden, wordt doorgaans een operatie aangeraden. De soort operatie is afhankelijk van uw klachten, het gynaecologisch onderzoek en de uitkomsten van eventueel aanvullend onderzoek. Een operatie heeft als voordeel dat uw klachten meestal verminderen of verdwijnen; wel moet u er altijd rekening mee houden dat ze na een aantal jaren kunnen terugkeren; ook is er een kleine kans op complicaties.

Voor inspanningsincontinentie bestaan er veel soorten operaties. Voor de komst van de TVT-operatie paste men de Burch-operatie het meest toe. Daarbij wordt de voorwand van de vagina omhoog getrokken en achter het schaambeent vastgezet. Bij die deze operatie is de kans groot dat het urineverlies verdwijnt of vermindert, maar het is een relatief grote buikoperatie die zo'n zes weken herstel vraagt. In steeds meer ziekenhuizen wordt daarom nu de TVT-operatie gebruikt: het herstel is sneller, de eerste resultaten van de operatie zijn hetzelfde, en complicaties komen niet vaker voor. Als tegelijkertijd een andere buikoperatie nodig is, zoals een baarmoederverwijdering, doet men wel vaak een Burch-operatie.

Zoals eerder gezegd: incontinentieproblemen zijn niet gevaarlijk. Er is dan ook nooit haast om tot een operatie te besluiten. Meer informatie vindt u in de NVOG-folder [Bekkenbodem- en incontinentie-operaties](#).

– *Kiezen voor een behandeling*

Soms is het mogelijk tussen behandelingen te kiezen. Bij inspanningsincontinentie is fysiotherapie vaak de eerste keuze. Als dit onvoldoende helpt, kan een ring worden geplaatst of een operatie worden uitgevoerd. Beide behandelingen hebben voor- en nadelen.

De keuze tussen een ring of een operatie hangt natuurlijk af van de vraag of er een ring voor u is die uw klachten voldoende verhelpt. Is dat niet het geval, dan is het alternatief een operatie of leren leven met de klachten. Als een ring wel past en uw klachten verhelpt, is het uw beslissing of u de ring wilt blijven gebruiken of toch voor een operatie kiest.

Bij een ring is er altijd een kleine kans dat op latere leeftijd alsnog een operatie noodzakelijk is. Maar ook na een operatie kan het gebeuren dat de klachten weer terugkomen en dat er opnieuw geopereerd moet worden. De voor- en nadelen van een ring en de overwegingen bij de keuze tussen een ring en een operatie worden besproken in de NVOG-folder [Ring of pessarium bij bekkenbodemproblemen](#).

– *Wie behandelt u bij klachten over inspanningsincontinentie?*

Als de inspanningsincontinentie gepaard gaat met klachten van andere organen (darmen, vagina) is soms onderzoek, advies of behandeling door meer hulpverleners gewenst. Meer informatie vindt u in de NVOG-brochure [Bekkenbodemproblemen bij vrouwen](#). Als er alleen klachten van inspanningsincontinentie zijn, wordt u door de gynaecoloog of de uroloog behandeld, soms ook door beiden. Zowel gynaecologen als urologen voeren de TVT-operatie uit.

3 Wat is een TVT-operatie?

TVT is rond 1995 ontwikkeld in Zweden en wordt steeds meer toegepast in Nederland. Ten tijde van het schrijven van deze brochure (2001) vindt deze operatie nog niet in alle ziekenhuizen plaats.

De TVT-operatie is een operatie om inspanningsincontinentie te verhelpen.

Evenals bij andere operaties voor deze klacht is het doel het afsluitmechanisme van de blaas te verstevigen. In vergelijking met andere operaties is de operatie weinig belastend. De kans is groot dat de klachten verbeteren. Bij de operatie trekt de arts de urinebuis die wat naar beneden is gezakt, omhoog, zodat de urine minder gemakkelijk uit de blaas wegstroomt. Een tension-free vaginal tape (TVT) is een draagband van fijngeweven kunststof (niet-oplosbaar) hechtmateriaal die de urinebuis in de richting van de buikwand trekt. De arts brengt het draagbandje via de vagina in en zorgt ervoor dat dit achter het schaambeentje langs onder de huid net boven het schaambeentje uitkomt (zie tekening). Het bandje wordt niet vastgemaakt omdat het door weerstand niet kan verschuiven en binnen korte tijd vergroeit met het weefsel eromheen.



3.1 Resultaten

De resultaten van de TVT-operatie zijn even goed als die van de Burch-operatie. Voor zover nu bekend (vijf jaar nadat de eerste vrouwen geopereerd zijn) is de verbetering blijvend en lijken de klachten niet terug te keren. Van de Burch-plastiek zijn gegevens op langere termijn (meer dan vijf jaar) bekend, van de TVT-operatie nog niet. Hoe bijvoorbeeld littekenweefsel rond het bandje na de overgang zal reageren, is onbekend.

3.2 De kans dat de operatie uw klachten verhelpt

De kans dat het urineverlies helemaal verdwijnt, is ongeveer 86%. Bij 8% van de geopereerde vrouwen vermindert het urineverlies duidelijk, maar zij zijn niet helemaal droog. Bij 6% van de vrouwen helpt de operatie niet. Bedenk dus dat er geen garantie op succes is.

4 Hoe verloopt een TVT-operatie?

4.1 De operatie zelf

De operatie gebeurt op de operatiekamer en kan plaatsvinden onder narcose, met een ruggenprik, of met een kortwerkend slaapmiddel dat gecombineerd wordt met plaatselijke verdoving. U krijgt dan het slaapmiddel via een naald in uw arm of hand toegediend, en de operateur verdooft plaatselijk de onderbuik net boven het schaambeentje en het deel van de vagina dat rond de urinebuis ligt. Veel gynaecologen en urologen in Nederland gebruiken de combinatie van plaatselijke verdoving en een slaapmiddel.

Het bandje dat tijdens de operatie wordt ingebracht, komt in een U-vorm te liggen. Net onder de blaas ligt de urinebuis op de bodem van de U. Beide bovenkanten van de benen van de U komen net boven het schaambeentje uit. Op deze plaats maakt de operateur twee sneetjes. Door een andere kleine snee in de vagina steekt de arts links en rechts van de urinebuis het bandje door naar de twee sneetjes in de onderbuik. Zo wordt de urinebuis in de richting van de buikwand getrokken.

Tijdens de operatie controleert de arts via een kijkbuis in uw blaas of er geen beschadiging van de urinebuis of blaas optreedt. Nadat de band is aangebracht, vraagt men u te hoesten. Dit kan alleen als er geen narcose (of ruggenprik) wordt gebruikt. Terwijl u hoest trekt de arts de band aan tot u geen urine meer verliest. Bij narcose is dit hoesten niet mogelijk, en trekt de arts het bandje zo stevig aan als waarschijnlijk nodig is. De twee uiteinden van de band worden dan net onder de huid afgeknipt. Daarna wordt de huid gehecht, vaak met hechtingen die uit zichzelf verdwijnen.

Om ontstekingen te voorkomen, krijgt u tijdens de operatie een antibioticum. Bent u overgevoelig voor een bepaald soort antibioticum, vertel dit dan voor de operatie, zodat de arts er rekening mee kan houden.

4.2 *Na de operatie in het ziekenhuis*

Na de operatie gaat u terug naar de afdeling. Meestal hebt u geen blaaskatheter en kunt u na enkele uren zelf plassen. Na een ruggenprik krijgt u vaak wel kortdurend een katheter tot de verdoving is uitgewerkt. Nadat u zelf de eerste keren geplast heeft, controleert een verpleegkundige met een katheter of een scan of u de blaas voldoende leegt. Na twee à drie keer plassen lukt dit meestal goed. Soms moet de katheter een of meer dagen in de blaas blijven tot u goed kunt uitplassen.

Het wondje in de vagina veroorzaakt na de operatie vaak een paar dagen wat bloedverlies en/of bloederige afscheiding.

De eerste dagen krijgt u medicijnen tegen de pijn. Het antibioticum moet u meestal een week innemen. Het is belangrijk de voorgeschreven kuur af te maken.

De dag van de operatie of een of enkele dagen later gaat u naar huis.

4.3 *Weer thuis*

– *Het plassen*

De eerste weken na de operatie hoeft u niet extra te drinken. Wel is het belangrijk regelmatig te plassen, ten minste vijf keer per dag.

De eerste weken treedt soms nog ongewild urineverlies op. Ook kunt u tijdelijk meer aandrang voelen.

Sommige vrouwen hebben het gevoel 'over een weerstand' te plassen. Dat gevoel verdwijnt later vanzelf.

– *Niet zwaar tillen*

De eerste twee weken is het belangrijk om niet zwaar te tillen: bij voorkeur geen kinderen tillen, geen zware boodschappentassen dragen en geen ander zwaar werk doen. Bespreek voor de operatie met de arts of het verstandig is extra hulp voor deze periode te regelen. Daarna kunt u uw gewone werkzaamheden gaandeweg hervatten.

– *En verder...*

Direct na de operatie kunt u weer onder de douche. Wacht met het nemen van een bad tot de bloederige afscheiding uit de vagina gestopt is. Gebruik geen tampons de eerste twee weken na de operatie, en wacht vier weken met seksuele gemeenschap.

4.4 *Complicaties*

De kans op complicaties bij een TVT-operatie is klein, en niet groter dan bij andere operaties in verband met inspanningsincontinentie. We beschrijven hier de complicaties die het meest voorkomen.

– *Een blaasontsteking*

Soms treedt na de operatie een blaasontsteking op, maar bij gebruik van een antibioticum komt dit zelden voor.

– *Een vaginale schimmelinfectie*

Door het antibioticum dat u moet gebruiken, ontstaat soms een vaginale schimmelinfectie. U merkt dit door jeuk. Ook plassen is dan vaak pijnlijk. Vraag de (huis)arts om een medicijn. Spoel zo nodig tijdens het plassen met water uit een fles, zodat het plassen minder pijn doet. Voorkom dat u de urine te lang ophoudt.

– *Een kleine bloeduitstorting in de buikwand*

Bij een bloeduitstorting ziet u een rode bult van opgehoopt bloed onder de sneetjes. Vaak verdwijnt dit vanzelf: de bloeduitstorting verspreidt zich dan onder de huid, waardoor het omringende gebied alle kleuren van de regenboog aanneemt. Soms komt het bloed via de sneetjes naar buiten. Dit kan geen kwaad. Als bloed en wondvocht naar buiten gekomen zijn, genezen de wondjes vanzelf. Gebruik in die tijd een pleister of een gaas om uw kleren te beschermen.

– *Een bloeding in de vagina tijdens de operatie*

Als deze complicatie optreedt, brengt de arts een tampon in de vagina en krijgt u een blaaskatheter. De tampon – een lang gaaslint dat de vagina stevig opvult – wordt een of twee dagen later door de verpleegkundige verwijderd. Schrik niet van de lengte.

– *Het lukt niet om te plassen*

Bij sommige vrouwen lukt het na de operatie niet om te plassen; een tijdelijke blaaskatheter is dan noodzakelijk. Meestal lukt het plassen na een paar dagen wel, maar bij enkele vrouwen (minder dan 1%) blijft de klacht bestaan. Zij moeten leren om zelf de blaas met een katheter leeg te maken. Het bandje kan wel losgemaakt worden. Soms is het noodzakelijk dit binnen enkele dagen na de operatie te doen, maar meestal gebeurt dit pas vele maanden na de operatie om te voorkomen dat weer ongewenst urineverlies optreedt.

– *Een beschadiging van de urinebuis of de blaas*

Bij deze zeldzame complicatie wordt de beschadigde blaas of urinebuis, waar een gat in is ontstaan, direct hersteld. U krijgt dan een blaaskatheter en moet langer in het ziekenhuis blijven. Een beschadiging van de blaas of urinebuis geneest meestal na enige tijd goed.

– *Een nieuwe klacht: aandrangincontinentie*

In de eerste dagen en weken na de operatie ontstaat soms een nieuwe klacht: aandrang-incontinentie. Er is dan zeer vaak aandrang om te plassen. Meestal is dit tijdelijk, een enkele keer niet. Het is een complicatie die ook bij andere incontinentie-operaties voorkomt.

– *Complicaties op langere termijn*

Omdat de operatie pas een jaar of vijf is uitgevoerd op het moment dat deze brochure geschreven wordt, is nog niets bekend over complicaties die na langere tijd optreden.

4.5 *Controle na de operatie*

De meeste gynaecologen en urologen verwachten u ongeveer een week na de operatie voor een eerste controle. Daarna volgen meestal nog enkele controleafspraken. Bij deze controles is het beter dat de blaas niet leeg is. Zo kan worden nagegaan of de plasbuis goed is opgehangen en kan de arts een indruk krijgen van de mate van eventueel urineverlies bij hoesten.

4.6 *Wanneer moet u tussentijds contact opnemen?*

Neem bij onverwachte gebeurtenissen zoals koorts, veel pijn, veel bloedverlies, of niet goed kunnen uitplassen contact op met de behandelend arts of een plaatsvervanger.

5 **Tot slot**

Hebt u nog vragen, aarzel dan niet deze met uw arts te bespreken.



6 Om verder te lezen

De volgende brochures en folders zijn te verkrijgen bij de gynaecoloog, uroloog of het patiëntenservicebureau van het ziekenhuis. U kunt ze ook vinden op het internet: www.nvog.nl, rubriek voorlichting.

- [Bekkenbodemp Problemen bij vrouwen](#)
- [Het urodynamisch onderzoek](#)
- [Fysiotherapie bij bekkenbodemp Problemen](#)
- [Ring of pessarium bij bekkenbodemp Problemen](#)
- [Bekkenbodemp- en incontinentie-operaties](#)
- [Seksuele problemen bij vrouwen](#) (deze folder geeft ook informatie over andere seksuele problemen)