

Gynaecologie

Bekkenbodem-operaties

Klachten en behandelingsmogelijkheden

Inhoud	Pagina
1. Inleiding	2
2. De voorbereiding op een operatie	3
3. Risico's van de operatie	4
4. Operaties bij verzakkingen	5
4.1 Baarmoeder	6
4.2 Vaginavorwand met de blaas	10
4.3 Vagina-achterwand met de dikke darm en eventueel de dunne darm	12
4.4 Buikoperaties bij een verzakking	14
4.5 Aan elkaar hechten van de voor- en achterwand van de vagina	16
4.6 Vaginale kunststof matjes	17
5. Na de operatie in het ziekenhuis	18
6. Na de operatie weer thuis	19
7. Controle	21
8. Vragen/Informatie polikliniek Gynaecologie	Achterzijde

1. Inleiding

Bij bekkenbodemp Problemen en urine-incontinentie zijn verschillende behandelingen mogelijk. Een operatie is een van die mogelijkheden. Opereren is de ingrijpendste behandeling bij deze klachten. Het is daarom goed om te weten welke andere behandelingen en welke operaties er zijn.

U leest hier welke operaties er zijn voor uw klachten en wat u van een operatie kunt verwachten.

Er bestaan verschillende operaties voor verzakkingen en urine-incontinentie. Deze operaties gebeuren meestal via de vagina, dus niet via een snee in de buik. Een operatie helpt meestal goed tegen de klachten. Klachten zijn dan minder of zelfs helemaal over. Aan de andere kant zijn er altijd risico's bij een operatie. Bekkenbodemp Problemen zijn nooit gevaarlijk voor uw gezondheid. U kunt dus rustig de tijd nemen om de voor- en nadelen van een operatie tegen elkaar af te wegen.

Andere behandelingen

In de informatiebrochure '[Bekkenbodemp Problemen bij vrouwen](#)' staan andere behandelingen genoemd. Al deze informatie helpt u bij de keuze voor een behandeling. Wat de beste behandeling is, hangt af van een aantal dingen: hoe erg zijn uw klachten, hoeveel last heeft u ervan, wat heeft het nader onderzoek opgeleverd en wat voor soort verzakking heeft u? Uw gynaecoloog zal u hierover informatie geven en u helpen bij de beslissing.

2. De voorbereiding op een operatie

Voorafgaand aan de operatie krijgt u informatie over de opname, de geschatte duur van het verblijf in het ziekenhuis, de operatie zelf en er worden, zo nodig, extra afspraken gemaakt.

Het preoperatief bureau

Voordat een operatie kan plaatsvinden heeft u een afspraak op het preoperatief bureau. Vanuit de polikliniek en voor de opname in het ziekenhuis wordt u doorverwezen naar het preoperatief bureau. Het is belangrijk om u als patiënt zo goed en veilig mogelijk voor te bereiden op de aanstaande ingreep en de vorm van verdoving die nodig is. Een ander woord voor verdoving is anesthesie.

Hiervoor is onderzoek nodig voor de operatie, dit heet preoperatief onderzoek. Door dit onderzoek is de kans op problemen tijdens en na de ingreep zo klein mogelijk. Meer informatie u in onze folder '[Anesthesie en preoperatief onderzoek](#)'.

De anesthesioloog is een arts die is gespecialiseerd in verdovingen (anesthesie). U bespreekt vóór de operatie met de anesthesioloog welke verdoving u wilt. U mag waarschijnlijk zelf kiezen tussen een algehele verdoving (narcose) of een ruggenprik. Bij een ruggenprik is alleen uw onderlichaam verdoofd. U blijft dan tijdens de operatie bij bewustzijn, maar u voelt geen pijn. Eventueel kunt u bij een ruggenprik ook een medicijn toegediend krijgen waardoor u slaapt tijdens de ingreep.

3. Risico's van de operatie

Bij iedere operatie bestaat de kans op infectie, (na)bloeding, beschadiging van organen die in de buurt liggen van het operatie gebied of trombose.

Om een infectie te voorkomen, krijgt u voor de operatie antibiotica via het infuus. Om trombose – een verstopping van een bloedvat door een bloedpropje – te voorkomen, krijgt u tijdens de opname in het ziekenhuis iedere dag een injectie in de huid van de buik of het bovenbeen.

Tijdens een operatie werken wij altijd heel voorzichtig om een nabloeding te voorkomen net als een beschadiging van organen in de buurt, in dit geval de blaas, de urineleiders of de darm. Een beschadiging van de darm, blaas of urineleiders treedt in minder dan 2 op de 100 gevallen op.

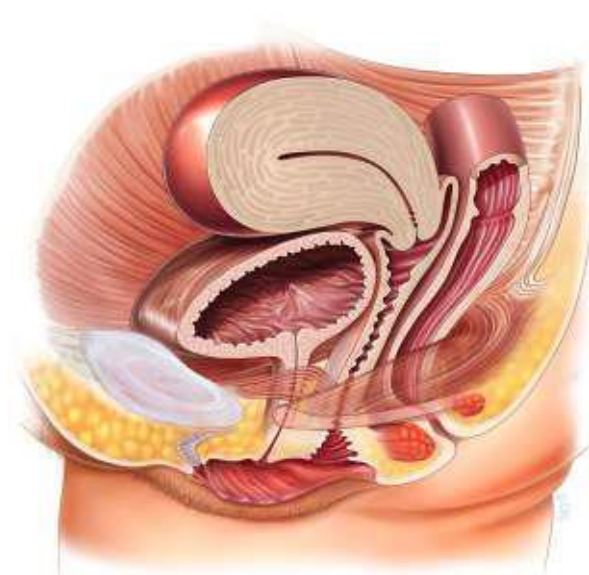
Bij 15-30 op de 100 vrouwen komt de verzakking terug na een operatie. Soms helpt een operatie tegen uw klachten, maar krijgt u andere klachten. Een klein aantal vrouwen krijgt bijvoorbeeld last van ongewenst urineverlies (incontinentie) na een operatie voor een (blaas)verzakking. Dit komt omdat de verzakking slijtage aan het steunsysteem van de plasbuis verbergt. Als u nog seksueel actief bent, is het goed om te weten dat ten gevolge van het littekenweefsel pijn bij het vrijen kan ontstaan. Dit kan van voorbijgaande of blijvende aard zijn. Een bekkenfysiotherapeut en/of seksuoloog kan dan nodig zijn.

Bij elke ingreep bestaan voor- en nadelen. Deze kunt u met uw gynaecoloog bespreken.

4. Operaties bij verzakkingen

Bij verzakkingen zijn verschillende operaties mogelijk. Dit is afhankelijk van het orgaan dat verzakt is. Het kan gaan om de baarmoeder, de vaginavorwand met de blaas, of de vagina-achterwand, meestal met de darm. Soms zijn meer organen tegelijk verzakt. Dan kan een combinatie van operaties nodig zijn.

De operaties worden meestal vaginaal uitgevoerd, tenzij anders aangegeven. Figuur 1 toont de positie van de organen als er geen verzakking is van de baarmoeder, blaas of darm.



Figuur 1. Normale positie baarmoeder, blaas en darmen

4.1. Verzakking baarmoeder

Een verzakte baarmoeder kan op verschillende manieren behandeld worden. Wat voor u de beste manier is, bespreekt de gynaecoloog samen met u.

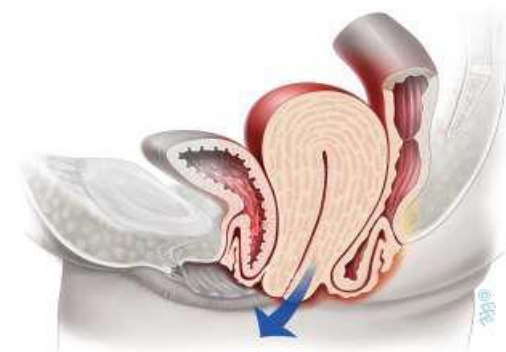
Bij een verzakte baarmoeder kan helemaal weghalen een optie zijn. Wij denken dat het beter is om de baarmoeder te laten zitten. Dan is het ophangen van de baarmoeder aan een stevige bindweefselband in het bekken (het sacro-spinale ligament) een goede optie. Deze ingreep wordt ook wel een sacro-spinale fixatie genoemd. Een andere mogelijkheid is het verwijderen van de baarmoedermond en het inkorten van de ophangbanden van de baarmoeder. Dit wordt de Manchester-procedure genoemd. Hieronder worden deze 3 opties achtereenvolgend besproken: de baarmoederverwijdering, de sacro-spinale fixatie en de Manchester procedure. Bij elke ingreep specifiek zijn er een aantal voor- en nadelen. Deze kunt u met uw gynaecoloog bespreken.

Baarmoederverwijdering (uterus extirpatie)

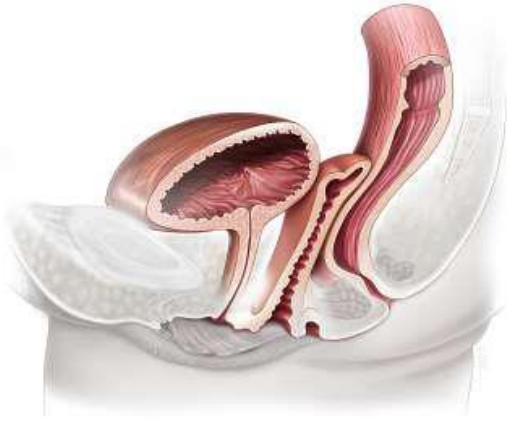
Bij een verzakking wordt de baarmoeder meestal via de vagina verwijderd. Deze ingreep wordt vaak gecombineerd met andere verzakkingsoperaties aan de blaas en/of de darm.

Aan het begin van de operatie wordt een blaaskatheter ingebracht als u al narcose of een ruggenprik heeft gekregen. Bij deze operatie wordt de baarmoedermond rondom omsneden met een mes. Vervolgens worden de darm en blaas weggeschoven zodat de kans op beschadiging hiervan klein is. Vervolgens wordt de baarmoeder vrijgemaakt van de bloedvoorziening. De ophangbanden worden doorgenomen. De baarmoeder wordt vervolgens verwijderd en de opening in de top van de vagina wordt gesloten (figuur 3). Hierbij worden de ophangbanden (de sacro-uteriene ligamenten) van de baarmoeder gebruikt om de top van de vagina op zijn plaats te houden. Soms wordt hiervoor ook het eerdergenoemde sacro-spinale ligament gebruikt. Vervolgens wordt een grote gaas in de vagina ingebracht om het bloedverlies te beperken, dit wordt een vaginale tampon genoemd.

Ongeveer 85% van de vrouwen is na deze operatie geheel van de verzakkingsklachten en verzakking af. Dit betekent dat 15% van de vrouwen uiteindelijk onvoldoende geholpen is of ze ontwikkelen vervolgens een verzakking van de vaginatop in de maanden dan wel jaren na de operatie. Er is dus een kans dat de verzakking terugkomt in de toekomst. Of dat een ander deel van de vagina verzakt. Studies laten zien dat de kans groter is dat de verzakking terugkomt als je de baarmoeder verwijdert.



Figuur 2. Verzakking van de baarmoeder, blaas en darm



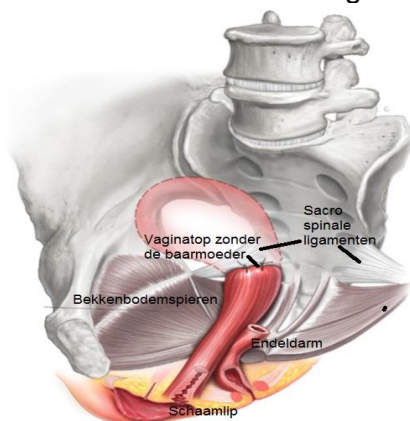
Figuur 3. De situatie na de baarmoederverwijdering

Ophangen van de baarmoeder (sacro-spinale fixatie)

Als de baarmoeder of de vaginatop verzakt zijn dan kan er gekozen worden voor het ophangen van de baarmoeder of de top aan een bindweefselband (in dit geval het sacro-spinale ligament). Bij deze ingrepen wordt gebruik gemaakt van de stevigheid van het sacro-spinale ligament.

Aan het begin van de operatie wordt een blaaskatheter ingebracht als u al narcose of een ruggenprik heeft gekregen. Bij deze operatie wordt een snede gemaakt in de achterzijde van de vagina en het ligament wordt opgezocht. Vervolgens worden niet oplosbare hechtingen door het ligament gelegd en dezelfde hechting gaat ook door de baarmoedermond dan wel de vaginatop. Door de hechting te knopen wordt de baarmoedermond dan wel vagina een beetje naar de rechterzijde getrokken (zie figuur 4). Deze ingreep wordt vaak gecombineerd met een correctie van een vaginavorwand of vagina-achterwand verzakking. Aan het eind van de ingreep wordt een grote gaas in de vagina ingebracht om het bloedverlies te beperken, dit wordt een vaginale tampon genoemd.

Ongeveer 1 op de 10 vrouwen heeft gedurende enkele weken na deze ingreep pijn aan de billen (meestal rechts). Dit gaat meestal vanzelf voorbij maar in uitzonderlijke gevallen moeten de hechtingen verwijderd worden. Deze ingreep kent een hoge succeskans van 80 tot 90%. Maar er is dus een kans dat de verzakking terugkomt in de toekomst of dat een ander deel van de vagina verzakt, waarvoor u verdere behandeling nodig hebt.



Figuur 4. Ophangen van de vaginatop aan het sacro-spinale-ligament (sacro-spinale-fixatie). Het rode (in zwart/wit grijze) gebied geeft aan waar de baarmoeder heeft gezeten.

Inkorten van de baarmoeder (Manchester procedure)

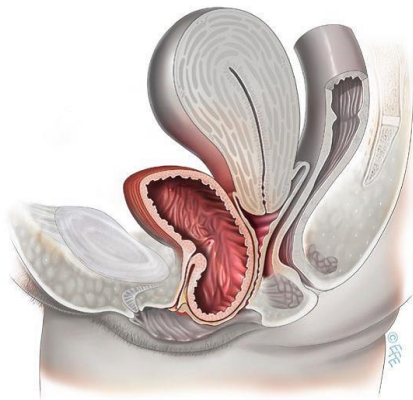
Als de baarmoeder verzakt is, zeker als er sprake is van een lange baarmoederhals, dan kan er gekozen worden voor het verwijderen van de baarmoedermond en het inkorten van de ophangbanden van de baarmoeder. Dit wordt ook wel de Manchester-procedure genoemd.

Bij deze ingreep wordt gebruik gemaakt van de stevigheid van de ophangbanden, de sacro-uterine ligamenten genaamd. Aan het begin van de operatie wordt een blaaskatheter ingebracht als u al narcose of een ruggenprik heeft gekregen.

Bij deze operatie wordt de baarmoedermond omsneden en de vaginawand wordt er vanaf geschoven. Zo komen de sacro-uterine ligamenten vrij te liggen en kunnen hier hechtingen doorheen. Doordat iedere hechting zowel links als rechts door het ligament gaat wordt bij het knopen van de hechting het ligament strakker aangetrokken en gaat de baarmoeder mee omhoog. Het stuk van de vaginawand dat van de baarmoederhals is afgehaald wordt gebruikt om een nieuwe baarmoedermond te maken. Deze operatie wordt eigenlijk altijd gecombineerd met een correctie van een vaginavorwand verzakking. Aan het eind van de ingreep wordt een grote gaas in de vagina ingebracht om het bloedverlies te beperken, dit wordt een vaginale tampon genoemd. Deze ingreep kent een hoge succeskans van 80 tot 90%. Maar er is dus een kans dat de verzakking terugkomt in de toekomst of dat een ander deel van de vagina verzakt, waarvoor u verdere behandeling nodig hebt.

4.2 Verzakking vaginavorwand met de blaas

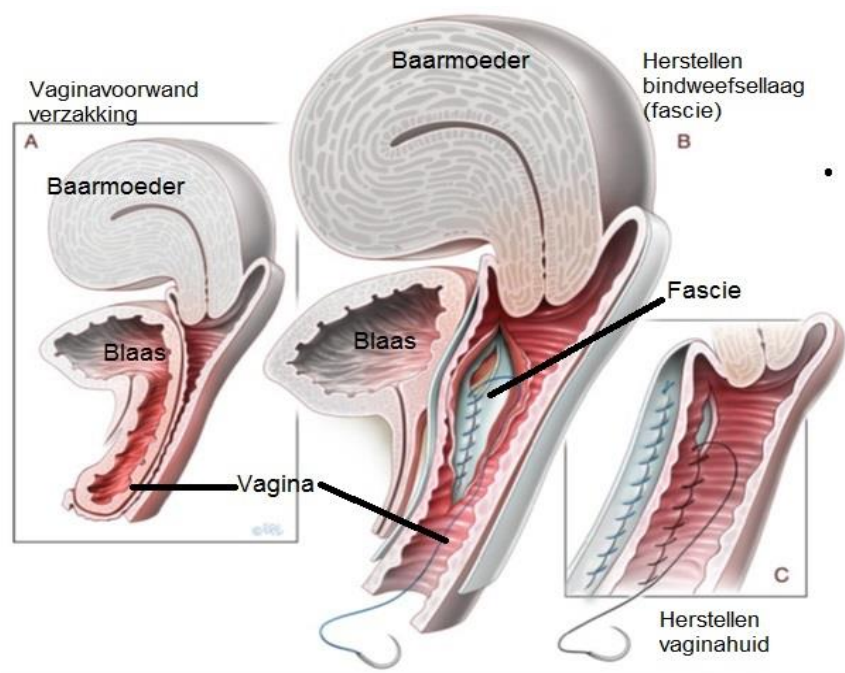
Bij een verzakking van de vaginavorwand (zie figuur 5) met de urineblaas wordt vaak een operatie gedaan die voorwandplastiek heet. Deze verzakking is vaak het gevolg van een verslapping van de stevige bindweefsellaag (fascie) tussen de blaas en de vagina. De operatie heeft dus als doel om deze laag te verstevigen. De operatie beschrijven we hieronder (zie ook figuur 6).



Figuur 5. Verzakking van de vaginavorwand / blaas.

Aan het begin van de operatie wordt een blaaskatheter ingebracht als u al narcose of een ruggenprik heeft gekregen. Er wordt een snede gemaakt in het midden van de vaginavorwand tot aan de top van de vagina dan wel de baarmoedermond. De huid van de vagina wordt losgemaakt van de bindweefsellaag (fascie). De fascie wordt versterkt met meerdere oplosbare hechtingen. Vervolgens wordt eventuele overtollige vaginahuid weggeknipt. De vaginavorwand wordt gehecht met een oplosbare hechting. Tot slot wordt een grote gaas in de vagina ingebracht om het bloedverlies te beperken, dit wordt een vaginale tampon genoemd.

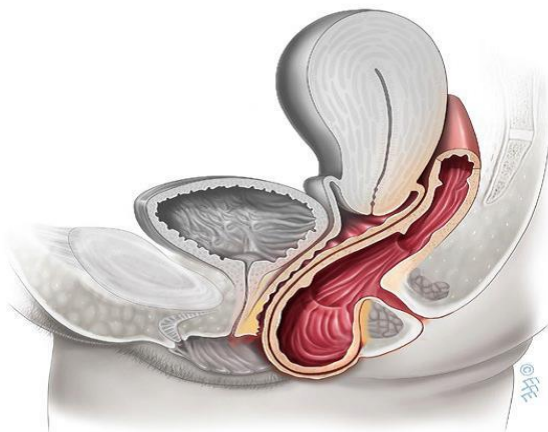
De kans op succes bij deze operatie is 70 tot 90%. Er is een kans dat de verzakking terugkomt in de toekomst of dat een ander deel van de vagina verzakt, waarvoor u verdere behandeling nodig hebt.



Figuur 6. Voor de duidelijkheid is de darm op dit plaatje weggelaten.

4.3 Verzakking vagina-achterwand met de dikke darm en eventueel de dunne darm

Bij een verzakking van de vagina-achterwand (zie figuur 7) met de darm wordt vaak een operatie gedaan die achterwandplastiek heet. Deze verzakking is vaak het gevolg van een verslapping van de stevige bindweefsellaag (fascie) tussen de endeldarm en de vagina.



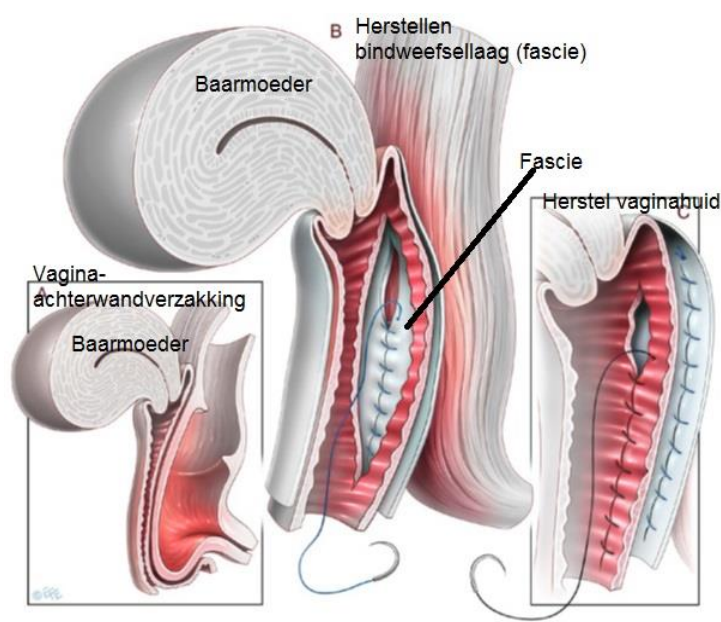
Figuur 7. Verzakking van de vagina-achterwand / darm

Het doel van de operatie is om deze laag te verstevigen. Bij een verzakking van de achterwand is de ingang van de vagina soms erg wijd. Dit is vaak het gevolg van verslakte of bij de bevalling beschadigde bekkenbodemspieren. In dit geval is er soms ook een bekkenbodemplastiek nodig (perineoplastiek).

Aan het begin van de operatie wordt een blaaskatheter ingebracht als u al narcose of een ruggenprik heeft gekregen. Er wordt een snede gemaakt in het midden van de vagina-achterwand tot aan de top van de vagina dan wel de baarmoedermond. De huid van de vagina wordt losgemaakt van de bindweefsellaag (fascie). De fascie wordt versterkt met meerdere oplosbare hechtingen (figuur 8).

Vervolgens wordt eventuele overtollige vaginahuid weggeknipt. De vagina-achterwand wordt gehecht met een oplosbare hechting. Indien noodzakelijk wordt er nog oplosbare hechtingen gelegd door de verslachte/beschadigde bekkenbodemspieren. Tot slot wordt een grote gaas in de vagina ingebracht om het bloedverlies te beperken, dit wordt een vaginale tampon genoemd.

De kans op succes bij deze operatie is 80 tot 90%. Er is een kans dat de verzakking terugkomt in de toekomst of dat een ander deel van de vagina verzakt, waarvoor u verdere behandeling nodig hebt. Ongeveer 50% van de vrouwen met klachten zoals het niet goed kunnen ledigen van de darm of obstipatie (verstopping) zullen een verbetering bemerken na de operatie.



Figuur 8. voor de duidelijkheid is in dit overzicht de blaas weggelaten.

4.4 Buikoperaties bij een verzakking

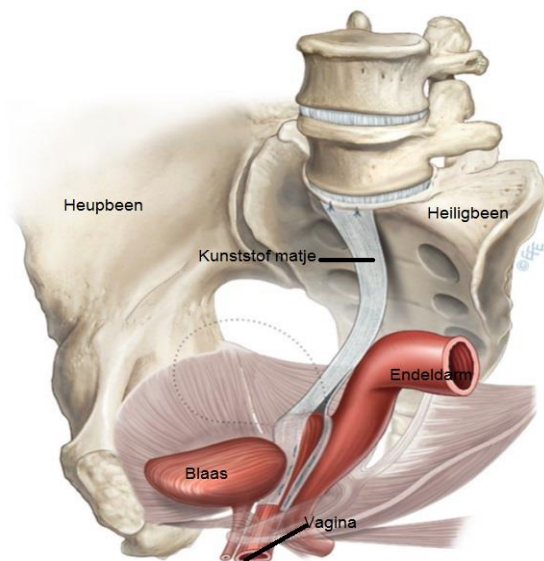
Bij terugkeer van een verzakking van de baarmoeder of de vaginatop is soms een operatie via de buik een betere optie dan via de vagina. Het kan ook zijn dat u hier gelijk voor kiest, bijvoorbeeld bij een ernstige verzakking op jonge leeftijd.

In ons ziekenhuis is een kijkoperatie mogelijk waarbij de arts drie of vier kleine sneetjes in de buik maakt. Bij deze ingreep wordt een kunststof matje aan de ene kant aan de bekkenbodem, vagina en/of baarmoeder vastgemaakt en de andere kant aan de voorkant van de wervelkolom.

Als de baarmoeder nog aanwezig is, heet deze operatie een sacrohysteropexie. Als het matje aan de vaginatop vastgemaakt wordt, noemen we het een sacrocolpopexie. De operatie gaat als volgt (zie figuur 9). Aan het begin van de operatie wordt een blaaskatheter ingebracht als u al narcose of een ruggenprik heeft gekregen. Middels een snede nabij de navel kan er in de buik gekeken worden. Met enkele kleine sneetjes onder in de buik kunnen hulpinstrumenten in de buik worden ingebracht. Vervolgens wordt de baarmoeder / vagina losgemaakt van de blaas aan de voorzijde en van de darm aan de achterzijde tot aan de bekkenbodem. De baarmoeder / vagina worden vervolgens bedekt met het synthetisch matje. De andere zijde van het matje wordt aan het heiligbeen (het sacrum) vastgemaakt. Over het matje wordt het buikvlies gelegd om verkleving met de darmen te voorkomen.

Tussen de 80 en 90% van de vrouwen die een sacrocolpopexie dan wel sacrohysteropexie ondergaan zijn genezen van hun verzakking en van hun verzakkingsklachten. Er is een kans dat de verzakking terugkomt in de toekomst of dat een ander deel van de vagina verzakt waarvoor u verdere behandeling nodig hebt.

Als er tijdens deze operatie complicaties optreden dan kan het nodig zijn om een grotere snede te maken in de buik. Bij het gebruik van kunststof matjes via een buikoperatie lijken er minder complicaties op te treden dan bij het plaatsen van deze matjes via de vagina. Desondanks is er ook bij deze matjes kans dat het matje bloot komt te liggen in de vagina of een nabijgelegen orgaan (2-3%). Dit wordt exposure van het matje genoemd. Dat geeft pijn of bloedingsklachten.



Figuur 9 Het ophangen van de vaginatop met een kunststof matje (sacrocolpopexie). De stippellijn geeft aan waar de baarmoeder zat. Bij deze afbeelding is er dus geen baarmoeder meer aanwezig.

4.5 Aan elkaar hechten van de voor- en achterwand van de vagina

Bij terugkeer van een verzakking van de baarmoeder of de vaginatop is het ook mogelijk om de voor- en achterwand van de vagina aan elkaar te hechten (colpocleisis). Dit kan ook de eerste keer een goede optie zijn als u door uw medische conditie geen grote ingreep meer mag of wil ondergaan.

Deze ingreep wordt alleen gedaan als duidelijk is dat u niet meer seksueel actief bent en dit ook niet wil in de toekomst. Door het aan elkaar hechten worden de vagina namelijk afgesloten en is gemeenschap niet meer mogelijk. Hierdoor kan de vagina niet meer uitstulpen. Het succespercentage van deze ingreep is hoog, namelijk 90-95%. De kans op terugkeer van een verzakking is dus klein, 5-10%.

De ingreep gaat als volgt. Aan het begin van de operatie wordt een blaaskatheter ingebracht als u al narcose of een ruggenprik heeft gekregen. Aan zowel voor- als de achterzijde van de baarmoeder, dan wel de vagina, wordt een stuk vaginaweefsel in de vorm van een rechthoek weggesneden. Vervolgens worden deze twee vlakken aan elkaar gehecht en zo wordt de vagina afgesloten. Vaak is het ook nodig om de bekkenbodemspieren te verstevigen en de ingang te vernauwen (perineoplastiek). Het resultaat van deze aanvullende ingreep wordt getoond in figuur 10. Aan het eind van de ingreep heeft u nog een katheter in. Deze wordt de volgende dag verwijderd.



Figuur 10. Colpocleisis met perineoplastiek.

4.6 Vaginale kunststof matjes

Met een kunststof matje kan de gynaecoloog de bekkenbodem steviger maken. Dit verkleint de kans dat de verzakking terugkomt.

Het kunststof matje heeft echter ook nadelen. In het verleden zijn er veel vrouwen mee geholpen bij een terugkerende verzakking, maar er zijn ook vrouwen geweest waarbij het matje onherstelbare pijnklachten heeft veroorzaakt. Mede door de publiciteit hierover, is het toepassen van vaginale kunststof matjes sterk verminderd. Soms is een vaginaal kunststof matje echter de enige manier om iemand van terugkerende verzakkingsproblemen af te helpen.

Omdat het plaatsen van een kunststof matje nog maar zo weinig wordt gedaan hebben we in Nederland besloten om deze ingrepen alleen uit te voeren in bepaalde ziekenhuizen. In het geval van een vaginale ingreep zal er in ons ziekenhuis geen matje geplaatst worden.

5. Na de operatie in het ziekenhuis

Na de operatie blijft u meestal 1 nacht in het ziekenhuis. U kunt dan pijn in de onderbuik en schaamstreek hebben. Vraag om extra pijnstillers als u hier last van heeft.

Bij de meeste van de vaginale ingrepen wordt een gynaecologische tampon (groot gaas) ingebracht in de vagina die een eventuele nabloeding moet voorkomen. De tampon wordt de ochtend na de operatie door de verpleegkundige weer verwijderd.

U heeft daarnaast ook een blaaskatheter (slangetje) in de plasbuis om de urine uit de blaas af te voeren. Deze wordt met het verwijderen van de tampon ook direct verwijderd. Daarna wordt er gekeken of u zelf kunt plassen, afhankelijk van het type ingreep. Als dit lukt, wordt een keer de inhoud van de blaas gemeten om te controleren of er niet te veel urine achterblijft. Bij 10-15 op de 100 vrouwen lukt het plassen niet goed. Dan leert u om zelf de blaas leeg te maken met een katheter. Daar kunt u mee naar huis. Bij het zelfkatheteriseren is de kans groter dat u snel weer goed kunt plassen.

Vrijwel altijd krijgt u een recept mee om de ontlasting soepel te houden. Hiervoor krijgt u zakjes Macrofol. Dit middel bestaat uit vezels die u moet oplossen in ruim water en moet opdrinken. Mocht u dit reeds voor de operatie gebruiken dan adviseren we het gebruik te continueren tot in ieder geval de nacontrole.

In ongeveer 6% van de patiënten ontstaat een blaasontsteking. Dit wordt behandeld met een antibioticumkuur.

Voor het bloedverlies bij bekkenbodempoperaties is zelden een bloedtransfusie nodig (<1%).

6. Na de operatie weer thuis

Een operatie is zwaar voor uw lichaam. Het duurt een tijd voordat u zich weer helemaal goed voelt. Dit valt vaak tegen; veel vrouwen verwachten dat ze snel weer de oude zijn. Maar u bent bijvoorbeeld snel moe en kunt misschien minder aan dan u gewend bent. Luister goed naar de signalen van uw lichaam en ga niet te snel weer te veel doen. Uw lichaam heeft tijd en rust nodig om helemaal te herstellen. Na een verzakkingsoperatie duurt dit ongeveer 6 weken. Het is echter ook niet de bedoeling dat u de hele dag in bed ligt, dit verhoogt namelijk de kans op verstopping van een bloedvat door een bloedpropje (trombose).

U mag in deze 6 weken geen zware dingen tillen of ander zwaar werk doen. Overleg met uw arts wanneer u weer mag autorijden. Dit is vaak na 2 tot 4 weken. Soms worden door de aansprakelijkheidsverzekering beperkingen opgelegd, kijk dit na in uw polis.

We hebben de informatie over het hervatten van de activiteiten voor u samengevat in een tabel (tabel 1).

Voor de pijn is het gebruik van Paracetamol meestal voldoende. Indien nodig kan er extra pijnstilling voorgeschreven worden.

De eerste paar weken na de operatie kunt u bloedverlies en later bruine afscheiding hebben. Dit gaat gebruikelijk na 4-6 weken weer voorbij. Ook kan er sprake zijn van meer afscheiding door de hechtingen. Die afscheiding kan ook wat anders ruiken. Zodra de hechtingen oplossen kunnen deze vaginaal naar buiten komen.

Mocht u de klachten niet vertrouwen of heeft u koorts na de operatie, bel dan de polikliniek (077-3206860) of de afdeling (077-3205767)

1 ^e week	<ul style="list-style-type: none"> - Gun uzelf rust - Geen boodschappen doen - Geen huishoudelijk werk - De trap op en af één keer per dag, verder traplopen zoveel mogelijk beperken - Zelf eten klaarmaken, maar let op voor zware pannen - Autorijden mag niet <p>Geen gemeenschap, niet in bad, niet zwemmen en geen tampons gebruiken</p>
1 – 3 weken	<ul style="list-style-type: none"> - Activiteiten langzaam uitbreiden, opbouwen tot een half uur wandelen - Licht huishoudelijk werk - 5 kilo tillen - Autorijden mag niet <p>Geen gemeenschap, niet in bad, niet zwemmen en geen tampons gebruiken</p>
3 - 6 weken	<ul style="list-style-type: none"> - Normale activiteiten zijn mogelijk - Autorijden mag weer als u zich fit genoeg voelt - Fietsen mag weer - Tot 10 kilo tillen <p>Geen gemeenschap, niet in bad, niet zwemmen en geen tampons gebruiken</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sporten langzaam opbouwen op geleide van klachten - Werken waarbij niet zwaar getild hoeft te worden kan na 3-4 weken
Na 6 weken	<p>Na de nacontrole:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gemeenschap, zwemmen, in bad en tampons gebruiken mag weer - Hervatten van het werk - Normale activiteiten

Tabel 1. Schema voor het hervatten van activiteiten na de operatie.

7. Controle

Na de operatie krijgt u een afspraak voor controle bij de gynaecoloog op de polikliniek. Dit is meestal 6 weken na de operatie (of na het ontslag uit het ziekenhuis).

Vragen

Heeft u na het lezen van deze informatie nog vragen, dan kunt u ze stellen tijdens het eerstvolgende bezoek of contact opnemen met:

Polikliniek Gynaecologie

Locatie Venlo	routennummer 67	☎ (077) 320 68 60
Locatie Venray	routennummer 75 (laag1)	☎ (077) 320 68 60

Neem bij elk bezoek aan het ziekenhuis uw ziekenhuispas en een geldig identiteitsbewijs mee.

VieCuri Medisch Centrum

Locatie Venlo

Tegelseweg 210
5912 BL Venlo
☎ (077) 320 55 55

Locatie Venray

Merseloseweg 130
5801 CE Venray
☎ (0478) 52 22 22

Meer informatie www.viecuri.nl

Bekijk uw medische gegevens op www.mijnviecuri.nl