

BEKKENBODEM OP DE KAART

INFOMAGAZINE VAN DE STICHTING BEKKENBODEM4ALL

DRIEËNTWINTIGSTE JAARGANG • AUGUSTUS 2024 • NR. 70



Fotografie: Caar Fotografie

ZWANGERSCHAP,
BEVALLING EN DE
BEKKENBODEM

WWW.BEKKENBODEM4ALL.NL

COLOFON

Bekkenbodem op de Kaart is het informatiemagazine van de Stichting Bekkenbodem4All en wordt uitgegeven in een oplage van 1500 exemplaren. Het Magazine verschijnt twee keer per jaar.

Drieëntwintigste Jaargang augustus 2024
nummer 70

POSTADRES

Stichting Bekkenbodem4All
Postbus 91
4000 AB Tiel
Telefoon (030) 656 96 30

Internet: www.bekkenbodem4all.nl
E-mail: info@bekkenbodem4all.nl

KvK Rotterdam: 243 20 275
Fiscaal nr: 816311663
Bank: NL21 ABNA 05 95 46 77 41

DONATEUR/LIDMAATSCHAP

Word donateur/lid voor € 30,- per jaar.
Aanmelden kan via een brief/kaartje naar bovengenoemd adres, via e-mail, de website of per telefoon.

Contributiejaar loopt per kalenderjaar.
Opzeggen schriftelijk of per e-mail voor 1 november.

Hoofdredactie en fotografie: Marlies Bosch
Eindredactie: Monica de Heide

Teksten: Marlies Bosch, Monica de Heide,
Lena Hillenga

Vormgeving/opmaak:
Mediapalet - Rizzo Schouten

Relatiebeheer: Relaties B4All:
lenahillenga@bekkenbodem4all.nl

Redactie en B4A zijn niet aansprakelijk voor eventuele gevolgen van toepassingen van de in dit blad beschreven informatie.
ISSN: 0920-0037

U kunt artikelen en illustraties uit dit nummer niet gebruiken zonder toestemming van de redactie.

Foto cover: Caar Fotografie

INHOUDSOPGAVE

KIM VAN DELFT: SCHADE AAN DE BEKKENBODEM ONTSTAAT VOORAL NA EERSTE BEVALLING	4
GRIETJE VAN DER MIJNSBRUGGE: ALTIJD NAAR DE HUISARTS ALS ONTLASTINGSKLACHTEN NA BEVALLING AANHOUDEN	7
ANNA SEIJMONSBERGEN: DE RELATIE TUSSEN DE PERSFASE EN BEKKENBODEMPROBLEMEN NA EEN BEVALLING	8
CLAUDIA MANZINI: NIENKE BOSSCHAART, ANIQUE BELLOS-GROB, ONDERZOEK NAAR BORSTVOEDING EN HERSTEL BEKKENBODEM	10
MAYA ELLING: IK GUN IEDERE MOEDER EEN BEKKEN(BODEM) CONSULT	12
ESTHER VAN SWIETEN: GOEDE, BETROUWBARE EN DEZELFDE INFORMATIE IS NODIG	14
KAREN THOMSON: HET BUIKENCOLLECTIEF MET ONDERZOEK NAAR LANGER VERLOF EN HERSTEL NA BEVALLING	16
MICHAEL VAN BALKEN: NIEUWSTE ONTWIKKELINGEN: TERUGGRIJPEN NAAR OUDE TECHNIEKEN	18
ERVARINGSVERHALEN	20
ESTHER NIJHUIS: GEPLANDE SEKS NA BEVALLING: DE SLEUTEL TOT SUCCES	22
ANIQUE BELLOS-GROB: LOOPT NEDERLAND VOOROP IN BEKKENZORG NA BEVALLING?	24
ERVARINGSVERHALEN	26
ROBERT DE LEEUW: EFFECTEN KEIZERSNEDE OP DE LANGE TERMIJN	28
BOEKBESPREKING: 'BAREN BUITEN DE BOX'	29
LENA HILLENGA: BEWUSTWORDING EN PREVENTIE HPV EN ZWANGERSCHAP	30

DISCLAIMER

Ondanks de constante zorg en aandacht die wij besteden aan de samenstelling van het Magazine Bekkenbodem op de Kaart, kan Stichting Bekkenbodem4All (hierna aangeduid als: 'B4A') niet instaan voor de volledigheid of juistheid van de gegevens en de inhoud van de artikelen. Beweringen en meningen, geuit in artikelen, zijn die van de auteur(s) of geïnterviewden en niet (noodzakelijkerwijs) die van B4A. B4A kan op geen enkele manier verantwoordelijk worden gehouden voor de inhoud hiervan en is niet aansprakelijk voor enigerlei directe of indirecte schade die mogelijk voortvloeit uit de betreffende uitingen.

REDACTIONEEL

Wat is de impact van zwangerschap en bevalling op de bekkenbodem? Deze vraag staat in dit magazine centraal, in de breedste zin van het woord. Omdat de mogelijke gevolgen daarvan vaak pas op latere leeftijd zichtbaar en voelbaar worden, wordt de link niet altijd gelegd door de patiënte zelf. Maar huisartsen, bekkenfysiotherapeuten, verloskundigen, gynaecologen, urologen en ook proctologen zien die gevolgen wel degelijk terug in hun praktijk. Reden voor B4A om lotgenoten en deskundigen die met deze problematiek van dichtbij te maken hebben aan het woord te laten. Niet alleen over hoe de zorg momenteel is georganiseerd, maar ook nieuwe ontwikkelingen die de zorg en kwaliteit van leven van de vrouwen direct, na de bevalling of jaren erna verbeteren.

Op bekkenbodemklachten na de bevalling blijkt nog steeds een taboe te rusten. Er is toch gêne om te praten over incontinentie van urine en ontlasting, en pijn of problemen bij seks. De aandacht ligt vooral bij de baby, begrijpelijk, en je wilt vervelende ervaringen tijdens de bevalling niet altijd vertellen aan je vriendinnen die nog moeten bevallen. Des te meer waarderen we het dat we de ervaringen van meerdere vrouwen hebben mogen optekenen. Daaruit blijkt dat hulpverleners er alles aan

willen doen om de problemen op te lossen, en dat het soms lastig is om een keuze voor de beste behandeling te maken.

Wij gingen er als Bekkenbodem4All van uit dat er al best veel patiënteninformatie beschikbaar is over de bevalling en bekkenbodem. In de praktijk blijkt niet iedere vrouw in gelijke mate toegang te hebben tot de noodzakelijke informatie. Des te meer reden om alle experts die beroepsmatig te maken hebben met het traject van zwangerschap, bevalling en de invloed daarvan op de bekkenbodem te interviewen.

Dit nummer is mede tot stand gekomen dankzij het Buikencollectief, de cliëntenorganisatie die zwangeren in de Nederlandse geboortezorg vertegenwoordigt. Het is terecht dat onze zusterorganisatie zich hard maakt voor betere verlofregelingen, die onzes inziens ook zullen bijdragen aan een beter herstel van de bekkenbodem.

We bedanken alle moeders en zorgverleners die aan dit nummer hebben meegewerkt!

Marlies Bosch, Monica de Heide

INFOLIJN VOOR AL UW BEKKENBODEMKLACHTEN

Voor contact met onze ervaringsdeskundige Thea kunt u bellen naar:

06 - 156 61 860

maandagochtend van 09.00 - 12.00 uur en donderdagmiddag van 13.00 - 16.00 uur.

Voor patiëntgerelateerde vragen: emailconsult@bekkenbodem4all.nl

Aanvraag infomateriaal en bestuursvragen: info@bekkenbodem4all.nl

We zijn ook te vinden op Facebook



HET BUIKENCOLLECTIEF

Dit themanummer is in samenwerking met het Buikencollectief tot stand gekomen.

Het Buikencollectief behartigt de belangen van zwangere vrouwen in de geboortezorg op landelijk niveau. Door betrokken te zijn bij wetenschappelijk onderzoek, beleid en uitvoering in de geboortezorg, zorgt het Buikencollectief ervoor dat zwangere vrouwen actief vertegenwoordigd worden.

www.buikencollectief.nl



SCHADE AAN DE BEKKENBODEM ONTSTAAT VOORAL BIJ DE EERSTE BEVALLING

Wat kunnen gynaecologen doen om bekkenbodemschade tijdens een bevalling te voorkomen? En als er toch iets mis gaat, welke behandelingen zijn er dan? Kim van Delft, gynaecoloog in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, was betrokken bij de onlangs verschenen update van de Richtlijn Totaalruptuur.



Kim van Delft

WAT VOOR SOORT BEKKENBODEMSCHADE KAN ER ONTSTAAN BIJ EEN BEVALLING?

'9 van de 10 vrouwen krijgen tijdens de bevalling te maken met een ruptuur. In de meeste gevallen is dat een klein scheurtje dat snel geneest. Meestal scheurt het perineum, het gedeelte tussen de vagina en de anus. Maar ook het weefsel in de vagina en de schaamlippen kan scheuren. De meeste vrouwen krijgen een eerstegraads of een tweedegraads ruptuur. Bij een eerstegraads ruptuur zitten er kleine scheurtjes in de huid, die soms niet gehecht hoeven te worden. Bij een tweedegraads ruptuur zitten er scheuren in de huid en in spieren van het perineum, het gebied tussen de vagina en de anus. Soms lopen de scheuren dieper door. Dit wordt een derdegraads of vierdegraads ruptuur genoemd. Dit heet ook wel een totaalruptuur en komt bij 2% van de bevallingen voor. Bij een totaalruptuur is ook de spier rond de anus gescheurd. Het is belangrijk dat dit gediagnosticeerd wordt direct na de bevalling, en in het ziekenhuis wordt gehecht, vaak op de operatiekamer. Hoewel dit goed kan herstellen zien we dat een klein deel van deze vrouwen moeite heeft om de ontlasting op

te houden in de periode direct erna. Echter, jaren later kunnen de percentages van vrouwen met verlies van ontlasting oplopen tot wel 40%. Het is belangrijk dat deze groep vrouwen goed wordt begeleid na de bevalling, en goede counseling krijgt bij een nieuwe zwangerschap. Hier zijn in de update van de richtlijn ook aanbevelingen voor gedaan.

Ongeveer 1 op de 3 vrouwen krijgt te maken met urine-incontinentie tijdens de zwangerschap of na de bevalling. Dit gaat meestal binnen enkele maanden na de bevalling vanzelf weer over. Vrouwen die al tijdens de zwangerschap last hebben van urineverlies lopen meer risico dat dit een paar jaar later terugkomt. Ook als zij bevallen zijn door een keizersnede.

De meeste vrouwen hebben kort na de bevalling pijnklachten van de bekkenbodem, bijvoorbeeld door de bevalling zelf of door de hechtingen aan het perineum. Een jaar na de bevalling heeft nog 6-30% van de vrouwen weleens pijn aan het perineum. Vrouwen hebben vaker pijnklachten na hun eerste bevalling, en vaker als ze bevallen zijn met de vacuümpomp. Pijn tijdens dagelijkse activiteiten komt minder voor na een vaginale bevalling (10%) dan na een keizersnede (22%). Ik adviseer om bij de nacontrole zes weken na de bevalling de hechtingen even na te laten kijken. Kleine ongemakken kunnen dan direct opgelost worden. En vrouwen bij wie alles goed is, voelen het toch als het een soort opluchting dat er nog een keer naar gekeken is. Er wordt geadviseerd de eerste zes weken na de bevalling geen inwendige geslachtsgemeenschap te hebben, zodat het perineum en de bekkenbodem goed kunnen genezen. Een groep vrouwen blijft pijn houden bij seksualiteit. Het is aan te raden hiervoor hulp te zoeken bij je dokter of verloskundige, zodat gekeken kan worden naar de oorzaak hiervan, om deze te behandelen. Het belangrijkste is om te voorkomen dat de pijn chronisch wordt en te lange tijd blijft bestaan.

Tijdens de vaginale bevalling rekt de belangrijkste bekkenbodemspier, de levator ani, tot wel meer dan 3 keer op om het hoofdje van de baby te laten passeren. Bij één op de vijf vrouwen scheurt de spier los van de aanhechting aan het schaambot, dit noemen we levator ani avulsie. We weten dat vrouwen een grotere kans hebben om later een verzakking te krijgen, van bijvoorbeeld de blaas, baarmoeder of achterwand.



Beeld: Bastiaan de Groot in UMCG

Het is vooral tijdens de eerste bevalling dat deze spier het meest moet worden opgerekt. Bij een tweede bevalling zal om deze reden dan ook geen keizersnede worden overwogen, de beschadiging is dan al gebeurd.'

KUN JE DE BEKKENBODEMSCHADE VAN DEZE SPIER ZIEN?

'Niet met het blote oog. Maar hier is de laatste jaren veel onderzoek naar gedaan. Je kunt tegenwoordig met een 3D-echo die op het perineum geplaatst wordt, deze levator ani spier onderzoeken op schade (avulsie). Als dat het geval is, dan heeft een vrouw inderdaad een groter risico op een verzakking in haar leven. Als je het onderzoek doet bij vrouwen met een verzakking, dan zie je dat tot 70% van deze vrouwen levator ani avulsie heeft. Bij vrouwen met levator ani avulsie komt de verzakking vaker terug na een eerste verzakkingsoperatie, echter niet bij iedereen. Dus als er geen schade is, wil dat niet zeggen dat je geen verzakking kunt krijgen. Andersom: als je het wel hebt, dan is er een grotere kans op verzakking. Deze echo-techniek is vrij recent, we hebben nog geen vrouwen in behandeling die sinds de echometing na de bevalling al in de menopauze zijn, de leeftijd waarop een verzakking zich vaak openbaart. Op dit moment gaat een echo-uitslag ons nog niet helpen om op een andere manier voor patiënten te zorgen, omdat we nog geen andere behandelingen hebben. Wie weet wat het ons brengt in de toekomst. Wat we in ieder geval tegen alle vrouwen zeggen, met én zonder schade: zorg goed voor je bekkenbodemspieren, door regelmatig te trainen.'

WAT KAN EEN GYNAECOLOOG DOEN OM SCHADE AAN DE BEKKENBODEM TE VOORKOMEN TIJDENS DE BEVALLING, OF OM DEZE TE BEHANDELEN?

Er zijn twee stromingen om de bevallingen te begeleiden: 'hands on' en 'hands off'. Bij hands on zal de gynaecoloog met de hand proberen om de bevalling zo geleidelijk mogelijk te laten verlopen, om mogelijke (bekkenbodem-)schade te voorkomen. Dit doen we door tijdens het laatste deel van de uitdrijving (het persen) de druk op het perineum te verlagen. Daarbij ondersteunt de verloskundige of gynaecoloog het perineum en het hoofdje van de baby bij de geboorte. Doel is om de geboorte langzaam en gecontroleerd te laten verlopen, waardoor het risico op een (totaal-)ruptuur minder groot wordt.

Bij een hands off bevalling wensen vrouwen te bevallen zonder interventie en medische ingrepen. Deze benadering komt voort uit de overtuiging dat het vrouwelijke lichaam van nature in staat is om te bevallen en de wens om onnodige medische procedures te vermijden. Echter, met de nieuwe onderzoeken naar ondersteuning van het perineum zien we minder schade, en gelukkig ook minder ingrepen zoals een vacuüm of episiotomie. Uit Engels onderzoek blijkt dat vrouwen hands on prima vinden, als ze maar vantevoren uitleg hebben gekregen waarom dat helpt.

Bij zo'n 16% van de bevallingen krijgt de vrouw een episiotomie (een 'knip'), om daarmee ergere schade van ongecontroleerd scheuren te voorkomen of als de baby vanwege zijn gezondheid snel geboren moet worden. Het



perineum wordt dan onder lokale verdoving ingeknipt. In Nederland zien we daarbij een spreiding tussen de regio's en we zoeken uit hoe dat komt. Het herstel van een episiotomie is vaak wat pijnlijker en langduriger dan bij een 'spontane' ruptuur. Bij een vacuümpompverlossing (7 % van de bevallingen) wordt bijna altijd een episiotomie gezet. Het risico op kringpierschade en incontinentie van ontlasting wordt dan een stuk kleiner. Dit hebben we in aanbevelingen van de herziene richtlijn opnieuw kunnen laten zien. Kleine scheurtjes in de huid en spieren genezen meestal vanzelf. Bij een tweedegraads ruptuur worden de scheuren in de huid en in spieren van het perineum gehecht, en dat kan vaak in de verloskamer. Grotere rupturen en totaalrupturen worden gehecht door een gynaecoloog. Dit gebeurt meestal op de operatiekamer en onder narcose.'

WORDT DE VROUW BETROKKEN BIJ DEZE INGEPEN OF 'OVERKOMT' HET HAAR?

'Bij alle zorgverlening, dus ook bij bevallingen, is samen beslissen terecht ontzettend belangrijk. 'Informed consent', dat wil zeggen dat de vrouw vooraf gevraagd wordt in te stemmen met een behandeling zoals een episiotomie, hoort daar ook bij. Het is wenselijk dat dit vooraf al een keer besproken wordt, bijvoorbeeld tijdens het bespreken van de bevallingswensen. Soms gebeurt op het allerlaatste moment toch iets onverwachts, en als de moeder of de baby echt in nood is, kan bijvoorbeeld een episiotomie niet vermeden worden. Het nabespreken van de bevalling en de acties die gedaan zijn helpt bij begrip en verwerking voor de jonge moeder.

Onafhankelijk van hoe de bevalling is verlopen, het is erg belangrijk dat vrouwen met bekkenbodemschade na de bevalling een luisterend oor krijgen bij de gynaecoloog of

andere zorgverlener. Het zijn klachten waar niet iedereen even makkelijk over praat. Ik hoor van sommige vrouwen dat zij zich door deze klachten eenzaam voelen, en onnodig lang wachten met hulp zoeken. Tegelijkertijd is er de maatschappelijke druk om weer snel aan het werk te gaan, en ook een actief sociaal leven met sport op te pakken. Tegen al deze vrouwen wil ik zeggen: luister naar je lichaam, en voel vooral geen schaamte om je klachten bij ons bespreekbaar te maken. Er zijn veel mogelijkheden om deze klachten te behandelen.'

ZIJN ER NIEUWE ONTWIKKELINGEN OM BEKKENBODEMSCHADE TE VOORKOMEN OF BETER TE BEHANDELEN?

'Er wordt onderzocht of injecties met bepaalde materialen in de levator ani spier een regeneratief vermogen hebben, zodat de beschadigde spier herstelt. Dit zijn zeer interessante onderzoeken maar we mogen daar op korte termijn nog niet veel van verwachten.

Van de nieuwe 3D en 4D echo-technieken zijn we nu aan het onderzoeken hoe we deze goed kunnen vertalen naar aanbevelingen in de totaalruptuur richtlijn. Kun je met een endo-anales echo een betere beslissing nemen over de manier waarop een vrouw het beste kan bevallen nadat zij de eerste keer een totaalruptuur heeft gehad? In de aangepaste richtlijn constateren we dat daar voorlopig nog te weinig onderzoek naar is gedaan om tot concrete aanbevelingen te komen, maar in de toekomst hopen we dat daar meer over bekend wordt. Met de nieuwe echotechnieken brengen we de spier in beeld, maar we kunnen de functies van de spier nog niet meten. Als dat ook gaat lukken, dan kunnen we in de toekomst hopelijk weer een nieuwe stap maken om bekkenbodemschade door zwangerschap en bevalling te verkleinen.'

ALTIJD NAAR DE HUISARTS ALS ONTLASTINGSKLACHTEN NA BEVALLING AANHouden

Wat zijn de behandelingen als een vrouw ernstige klachten krijgt van de anus of met de ontlasting na de bevalling? Grietje van der Mijsbrugge is chirurg bij de Proctos Kliniek, en is gespecialiseerd in de klachten van anus en endeldarm.



Grietje van der Mijsbrugge

WELKE ONTLASTINGS- KLACHTEN KUNNEN NA EEN BEVALLING ONTSTAAN?

Grietje van der Mijsbrugge: 'Na de bevalling is het gevoel in de anus soms verminderd. Meestal komt dat gevoel vrij snel terug en gaat de ontlasting weer zoals vroeger. Door borstvoeding of het innemen van ijzertabletten voor bloedarmoede kan de ontlasting ook harder zijn

dan gewoonlijk. Het is dus belangrijk om veel niet-verteerbare vezels te eten en zeker 1,5 liter water per dag te drinken. Als de ontlasting toch te hard blijft, kan een onschuldig laxeermiddel zoals Macrogol gebruikt worden.

Harde ontlasting kan een anale fissuur veroorzaken. Een anale fissuur is een wondje in de anale huid net op de grens van de anus. Het ontlasten is daardoor zeer pijnlijk en het lijkt alsof er een stukje glas langs schuift. Dit gaat vaak gepaard met wat helderrood bloedverlies op het wc-papier en soms jeuk. Bij deze klachten is het raadzaam om de huisarts te bezoeken. Deze kan een zalf voorschrijven die meestal gecombineerd wordt met een laxeermiddel en pijnstilling.

Aambeien voelen heel anders. Zij doen doorgaans geen pijn maar geven het gevoel dat er iets naar buiten zakt na de ontlasting of soms zelfs spontaan. Terugduwen van de aambeien, de ontlasting soepel houden en niet persen is de boodschap. Soms zitten de aambeien aan de buitenkant en zijn ze niet terug te duwen. Er zit dan een bloedstolseltje in een aambeien en die veroorzaakt een harde bult aan de buitenkant van de anus, ook wel getromboseerde aambeien genoemd. Een getromboseerde aambeien is wel heel pijnlijk. De pijn is er de hele dag door. De aambeien gaan vanzelf weer weg maar bij veel pijn is het belangrijk om de klachten te verlichten. De huisarts kan dan een pijnstillende crème voorschrijven er kan worden overwogen om het bloedstolseltje te laten verwijderen. Soms is het na de bevalling moeilijk om de ontlasting of windjes op te houden en gaan deze klachten niet over binnen enkele weken. We spreken dan van anale en/of flatus

incontinentie. Dat kan het gevolg zijn van een complicatie tijdens de bevalling zoals een scheur in de buitenste kringspier of zelfs beide (binnenste en buitenste) kringspiers. Door langdurig persen tijdens de uitdrijving kunnen de zenuwen uitgerekt worden en dan werken ze niet goed meer. Hierdoor kunnen de spieren niet meer goed samentrekken. Gelukkig is deze zenuw schade meestal niet definitief, maar het kan wel tot twee jaar duren voor de zenuw weer hersteld is. Is er sprake van problemen met het ophouden van windjes of de ontlasting na een bevalling, dan is altijd uitgebreid onderzoek door een medisch specialist (chirurg/proctoloog danwel gynaecoloog) nodig.

WAT ZIJN BEHANDELINGEN OP DIT GEBIED?

'Uiteraard wordt er altijd en eerst aandacht besteed aan het optimaliseren van de samenstelling van de ontlasting en het toilet gedrag zoals het wachten op aandrang, niet persen een juiste toilethouding. Bij fecale incontinentie of bij anale pijn na de bevalling is het ook raadzaam om bekkenfysiotherapie te starten. Bij kringspierschade is soms een operatie van de kringspier nodig om deze te herstellen. Dit is natuurlijk afhankelijk van de grootte van het letsel en de eventuele zenuw schade. Soms worden de klachten behandeld met sacrale neuromodulatie. Hierbij wordt via een electrode de 3e sacrale zenuw in het heiligbeen gestimuleerd en dit kan helpen de ontlasting (en urine) weer op te houden. Ook kan er gekozen worden om de endeldarm met water leeg te spoelen zodat de ontlasting niet (on)gemerkt verloren wordt. Meestal wordt de spoeling gestart met een klein volume dat afhankelijk van de klachten kan worden opgehoogd. Ook anale tampons worden wel eens gebruikt bij het verlies van ontlasting, maar dat werkt meestal best als er nog een redelijke kringspierkracht is.'

WANNEER WORDT EEN PROCTOLOOG INGESCHAKELD BIJ EEN ZWARE BEVALLING MET KWETSUREN?

'Bij klachten na de bevalling, zoals anale pijn, ontlastingsverlies en flatus incontinentie moeten vrouwen altijd eerst naar de huisarts gaan. Vaak is uitgebreid onderzoek van de bekkenbodemp, anus en kringspiers nodig en hiervoor kunnen ze een verwijzing vragen naar een chirurg/proctoloog. Het is belangrijk dat deze bekend is met de bekkenbodemp en nauw samenwerkt met een bekkenfysiotherapeut, een continentie verpleegkundige en (uro)gynaecologen.'

DE RELATIE TUSSEN DE PERS- FASE EN BEKKENBODEM- PROBLEMEN NA DE BEVALLING

Bekkenbodemp Problemen ontstaan vaak na een zwangerschap en geboorte. Helaas is er nog weinig bekend over hoe deze problemen voorkomen kunnen worden. Zo is er nog niet eerder gedetailleerd onderzoek gedaan naar handelingen van zorgverleners tijdens de persfase en de bekkenbodemp Problemen die bevallen vrouwen op de langere termijn ervaren. Anna Seijmonsbergen, verloskundige en onderzoeker in Amsterdam UMC, onderzoekt in de MOTHER studie wat het effect is van de bevalling op bekkenbodemp Problemen na de bevalling.



Anna Seijmonsbergen

WAT HOUDT DIT ONDERZOEK PRECIËS IN?

‘MOTHER staat voor **Mat**ernal pelvic **f**loor **h**eal**TH** and **Expe**Rience. In het Nederlands betekent het: Bekkenbodemp Gezondheid, zorg en ervaringen van moeders. Deze studie is opgezet door onderzoekers van de afdeling Verloskundige Wetenschap van het Amsterdam UMC en de Academie Verloskunde Amsterdam en Groningen, en is in april van start gegaan. We bekijken wat het effect is van factoren tijdens de persfase op bekkenbodemp Problemen in de jaren na de bevalling. Wanneer de bekkenbodemp niet goed werkt, kan dit voor verschillende problemen zorgen, zoals pijn, ongewild urineverlies of verlies van ontlasting, verzakking van de blaas of baarmoeder en/of seksuele problemen. Veel vrouwen ervaren dit soort problemen na de geboorte van een kind.

Om goed inzicht te krijgen in hoe zorgverleners deze problemen kunnen helpen voorkomen, doen wij onderzoek

naar de zorg tijdens de persfase en de klachten die vrouwen na de bevalling ervaren. We onderzoeken wat er gebeurt is tijdens de bevalling en welke zorg er verleend is, door de verloskundig zorgverlener (verloskundige of gynaecoloog) te vragen verschillende gegevens over de bevalling met ons te delen. Daarnaast vragen we vrouwen een aantal vragenlijsten in te vullen. Deze vragenlijsten gaan over bekkenbodemp Problemen, algemene gezondheid, kwaliteit van leven en psychische gezondheid.

Ik doe dit onderzoek samen met collega Linde Titulaer, promovenda op de afdeling Verloskundige Wetenschap van Amsterdam UMC op het onderwerp bekkenbodemp zorg voor bevallen vrouwen. Wij doen dit samen met hoogleraar Corine Verhoeven, eveneens werkzaam op dezelfde afdeling, en met hoogleraar Jan-Paul Roovers, uro-gynaecoloog bij Amsterdam UMC.

WIE KUNNEN ER MEE DOEN EN WAT WORDT ER VAN DE DEELNEMERS VERWACHT?

‘Vrouwen, ouder dan 16 jaar, die zwanger zijn en onder controle zijn bij een verloskundigenpraktijk of ziekenhuis dat meedoet aan het onderzoek. Vrouwen met aandoeningen die de functie van hun bekkenbodemp kunnen beïnvloeden (Lichen scleroses of Ehlers Danlos) of die eerdere operaties hebben gehad aan de bekkenbodemp kunnen niet meedoen. Als een zwangere mee wil doen, maar de zorgverlener neemt niet deel aan het onderzoek, kan ze haar zorgverlener vragen of er interesse is in deelname. Als de zorgverlener wil meewerken, kan ze alsnog meedoen. Alle informatie over deelname vind je op www.childbirthnetwork.nl/mother. We vragen deelnemers om in totaal vijf vragenlijsten in te vullen. De eerste vragenlijst zal tijdens de zwangerschap gestuurd worden, de tweede vragenlijst rond 6 weken na de bevalling, de derde rond 6 maanden na de bevalling, de vierde rond 1 jaar na de bevalling en de laatste rond 5 jaar na de bevalling. We vragen naar bepaalde kenmerken, zoals leeftijd, etniciteit, lengte en gewicht. Uit eerder onderzoek komt naar voren dat deze kenmerken mogelijk van invloed zijn op de functie van de bekkenbodemp. Om op het juiste

moment vragenlijsten te kunnen sturen, vragen wij ook naar de datum van de bevalling. Daarnaast stellen we vragen over de gezondheid voor en tijdens de zwangerschap en over de functie van de bekkenbodempier. Daarbij moet je denken aan vragen over ongewenst urineverlies, pijn en seksualiteit. Ook aan de verloskundig zorgverlener worden vragen gesteld, zoals hoe lang de bevalling geduurd heeft, of de bevalling vaginaal of per keizersnede was, in welke houding de vrouw is bevallen en of de zorgverlener bepaalde handelingen wel of niet heeft verricht tijdens het persen. De informatie van de zorgverleners over de bevalling is essentieel om te kunnen onderzoeken of er een relatie is tussen deze factoren tijdens de bevalling en de bekkenbodempierfunctie van de bevallen vrouwen.'

KUN JE ADVIEZEN GEVEN OVER HET BEPERKEN VAN BEKKENBODEMSCHADE TIJDENS DE BEVALLING?

'De MOTHER-studie richt zich dus specifiek op bekkenbodempierproblemen in de jaren na de bevalling. Er is al wel veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen factoren tijdens de bevalling en bekkenbodempier schade tijdens de bevalling. Bij deze bekkenbodempier schade moet je denken aan rupturen van de vagina, labia (ook wel schaamlippen genoemd) en bekkenbodempieren en een knip. Bij iets minder dan 3 op de 100 vrouwen is er ook schade aan de kringspier. Het is belangrijk dat ernstige schade wordt beperkt, omdat dit invloed kan hebben op de bekkenbodempierfunctie. Maar ook als een barende geen enkele zichtbare schade aan de bekkenbodempier heeft, kan ze problemen gaan ervaren met de bekkenbodempierfunctie. Wij willen in de MOTHER-studie dus onderzoeken welke factoren van invloed zijn op die ervaren problemen met de bekkenbodempierfunctie.

Onderzoek naar de relatie tussen factoren tijdens de bevalling en bekkenbodempier schade tijdens de bevalling richt zich meestal op het verminderen van de kans op schade aan de kringspier en/of verminderen van de kans op een knip. Deze studies laten zien dat het gebruik van warme washanden tijdens de persfase een lagere kans geeft op schade aan de kringspier (zie figuur). Hierbij kan de vrouw zelf, haar partner of de zorgverlener vanaf het begin van de persfase een goed warmgemaakte washand of kompres tegen de gehele vulva (perineum, vagina en labia) houden. De meeste vrouwen ervaren dit ook als pijnverzachtend.

Ook het masseren van het perineum tijdens de persfase geeft minder kans op schade aan de kringspier. Nadeel hiervan is dat het niet tegelijkertijd uitgevoerd kan worden met de warme washanden (het kan wel afgewisseld worden) en dat veel vrouwen dit als onprettig ervaren.

Baringshoudingen hebben ook invloed op de kans op schade aan de kringspier en de kans op een knip. Uit onderzoek is het moeilijk aan te geven welke houdingen het beste zijn. Wel weten we dat een liggende houding op de rug of met de benen in de beensteunen de kans op schade aan de kringspier vergroten. Ook zijn er aanwijzingen dat een langzame geboorte van het hoofd de kans op schade verkleint. Op de baarkruk kan de geboorte soms opeens snel verlopen. In dat geval kan het de kans op schade hebben vergroot. Die

langzame geboorte kan nagestreefd worden door vrouwen goed te instrueren langzaam te persen bij het geboren worden van het hoofd. Na de geboorte van het hoofd kan gewacht worden tot geboorte van de schouders bij een goede krachtige (volgende) wee. In dat geval zal de weeën-kracht zorgen voor de spildraai en kan de zorgverlener zich eventueel richten op ondersteuning met de warme washand van het perineum tijdens het langzaam geboren worden van de schouders.'

JE HEBT VOOR JOUW PROMOTIE ONDERZOEK GEDAAN NAAR DE 'KNIP'. IS ER EEN RELATIE MET SCHADE AAN DE KRINGSPIER?

'In mijn promotieonderzoek heb ik laten zien dat er veel variatie is in hoe vaak een knip wordt ingezet, zowel tussen landen als tussen provincies in Nederland. Toch hebben landen en provincies in Nederland geen hoger percentage schade aan de kringspier als ze vaker een knip zetten. Uit ander onderzoek blijkt dat vrouwen die van hun eerste kind bevallen een iets lagere kans op schade aan de kringspier hebben dan vrouwen die geen knip kregen. We weten echter niet bij wie schade aan de kringspier gaat optreden en een deel van de vrouwen met een knip heeft ook schade aan de kringspier. De knip is dus geen goede preventieve ingreep. Het verlaagt mogelijk iets de kans, maar erg veel vrouwen hebben een knip nodig om bij een enkeling schade te voorkomen. Bij een kunstverlossing (met vacuüm of tang) is dit anders. Daarbij is het effect van de knip wat groter. Een recente trial deed onderzoek naar vrouwen die van een eerste kind bevielen en een vacuümbevalling kregen. Van de vrouwen die hierbij een knip kregen, had 6 van de 100 vrouwen schade aan de kringspier. Van de vrouwen zonder knip was dit 13 van de 100 vrouwen. Je ziet dat een knip een weliswaar een lagere kans, maar geen garantie geeft.'

TOT SLOT, WAT KUNNEN VROUWEN ZELF DOEN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP?

'Tijdens de zwangerschap kunnen vrouwen al veel doen om aan hun 'bekkenbodempiergezondheid' te werken. Uit onderzoek blijkt niet dat het gebruik van een Epi-no (een opblaasbaar ballonnetje dat in de vagina kan worden gebracht om de vagina-opening en het perineum geleidelijk op te rekken) of vergelijkbare apparaatjes zinvol is. Wel blijkt dat het trainen van de bekkenbodempier de kans verlaagt op schade aan de kringspier. Ook is het goed kunnen ontspannen van de bekkenbodempier essentieel om te kunnen persen. Controle hebben over de bekkenbodempier is dus belangrijk. Veel vrouwen weten echter niet goed waar de bekkenbodempier zit en hoe ze deze goed kunnen trainen. Daarom is het belangrijk om tijdens de zwangerschap de bekkenbodempier te leren kennen en er controle over te krijgen. Ook kan het inwendig masseren van het perineum helpen het gevoel tijdens het persen te herkennen. Dit zal helpen tijdens de bevalling, maar ook erna, zodat het trainen en ontspannen van de bekkenbodempier na de bevalling al snel opgepakt kan worden.'

'ER IS TOT NU TOE BIZAR WEINIG ONDERZOEK GEDAAN NAAR DE RELATIE TUSSEN BORSTVOEDING EN HERSTEL BEKKENBODEM.'

Wat vertelt de wetenschap ons over de invloed van het geven van borstvoeding op het herstel van de bekkenbodem? Vooralnog verrassend weinig, is de conclusie van drie wetenschappers die deze vraag vanuit meerdere disciplines benaderen. Maar daar komt verandering in. Postdoc onderzoeker Claudia Manzini deed in samenwerking met twee collega's van de Universiteit Twente, Nienke Bosschaart, professor Biomedical Photonic Imaging en Anique Bellos-Grob, assistant professor Multi-Modality Medical Imaging, een literatuurstudie die in de loop van dit jaar gepubliceerd zal worden. De verworven inzichten worden momenteel gebruikt om een vervolgonderzoek op te zetten.



Claudia Manzini



Nienke Bosschaart



Anique Bellos-Grob

Manzini, Bosschaart en Bellos-Grob zijn alle drie betrokken bij de onderzoekspijler Technology for Women's Health van de Universiteit Twente, een multidisciplinaire groep onderzoekers die zich inzet voor technologische oplossingen om de gezondheid van vrouwen in verschillende levensfasen te bevorderen, zoals tijdens het geven van borstvoeding.

'Borstvoeding veroorzaakt lage oestrogeen niveaus (hypo-oestrogeen) in het lijf van prille moeders', legt Manzini uit. 'Oestrogeen is een vrouwelijk geslachtshormoon, dat gedurende het hele leven een belangrijke rol in het lichaam speelt. Daarnaast is het een zwangerschapshormoon. Zo zorgt oestrogeen er onder meer voor dat de doorbloeding en groei van de baarmoeder tijdens de zwangerschap worden gestimuleerd en dat de melkklieren in borsten tijdens de zwangerschap groeien. Tijdens het geven van borstvoeding daalt het oestrogeen-niveau juist. Het idee is dat daardoor het herstel van de bekkenbodem na de bevalling ook minder snel zou verlopen. Dit is wat ook uit studies met dieren is gebleken.' Bellos-Grob: 'Dit is overigens geen reden voor gynaecologen of verloskundigen om vrouwen die een zware

bevalling gehad hebben met een beschadigde bekkenbodem, te adviseren om dan maar geen borstvoeding te geven. Hoogstens gebeurt dat bij vrouwen met bijvoorbeeld een ernstige totaalruptuur waarbij de doorscheuring van vagina tot anus slecht herstelt en klachten geeft. Maar we hebben hiervoor geen wetenschappelijk bewijs dat we kunnen vertalen in een richtlijn. Borstvoeding biedt namelijk ook veel gezondheidsvoordelen voor moeder en kind. In het literatuuronderzoek hebben we gekeken naar studies die onderzochten wat het effect was van borstvoeding op bekkenbodemplachten. Dyspareunie - pijn bij het vrijen, waarbij de penis in de vagina wordt gebracht - bleek het meest onderzocht te zijn. Maar dat gold niet voor andere klachten die na de bevalling bij de bekkenbodem kunnen ontstaan en veel voorkomen, zoals urine-incontinentie, incontinentie van ontlasting, een verzakking of überhaupt naar de functionaliteit van de bekkenbodemspieren.'

DYSPAREUNIE

'Bij dyspareunie is aangetoond dat er een relatie is: vrouwen die borstvoeding geven, hebben een verhoogd risico op



pijn tijdens het vrijen. Maar wat het mechanisme is dat deze klachten veroorzaakt, is nog niet onderzocht. Het kan bijvoorbeeld zijn dat het weefsel van vagina dunner en kwetsbaarder is door de hypo-oestrogene status, waardoor deze vorm van vrijen pijnlijker is. Het kan ook zijn dat het herstel van de bekkenbodembodem na bijvoorbeeld een ruptuur minder goed of snel verloopt en dat de vrouw daardoor meer pijn ervaart. Of er is wellicht sprake van een overactieve bekkenbodembodem, waarbij de spieren van de bekkenbodembodem die de vagina omsluiten niet goed kunnen ontspannen. Hoe het precies zit, weten we nog niet. De studies die wij naast elkaar hebben gelegd, onderzochten maar twee zaken: geef je borstvoeding en heb je pijn bij vrijen. Er is niet gevraagd naar andere zaken.'

ANATOMIE EN FUNCTIONALITEIT

'Daarom gaan we nu zelf prospectief onderzoek doen. We willen uitzoeken of er ook een relatie is tussen borstvoeding en andere bekkenbodembodemklachten en de manier waarop de bekkenbodembodem functioneert. We kijken nu eerst naar de parameters die we daarbij kunnen gebruiken. Het liefst onderzoeken we dan vrouwen al vanaf het moment dat ze zwanger zijn. Maar omdat je vooraf nog niet weet wie er bekkenbodembodem schade aan de bevalling overhoudt zou het dan gaan om (te) grote aantallen. Ons idee is om echografische parameters van de bekkenbodembodemspieren te onderzoeken. We gaan dus niet alleen via onderzoek met vragenlijsten de verschillen tussen groepen bepalen, zoals tot nu toe gebruikelijk was, maar we gaan proberen om er ook echt een getal aan te plakken. Bijvoorbeeld hoe goed is de functie van de bekkenbodembodemspieren voor de bevalling en op meerdere momenten na de bevalling (het herstel)? We zullen daarbij gebruik maken van 3D/4D echografie, waarbij je naast de

anatomie ook de mogelijkheid hebt om de beweging van de spieren te vervolgen en daarmee de functie kunt bepalen. Daardoor hopen we niet alleen het anatomische herstel van de bekkenbodembodemspier zichtbaar te maken ('zit alles weer op zijn plaats'), maar ook de functionaliteit. Daarbij willen we op den duur meten of de bekkenbodembodemspieren goed werken, zoals ontspannen tijdens plassen, ontlasten en vrijen, en aanspannen bij verhoogde buikdruk tijdens activiteiten als hoesten en niezen, tillen en (hard-)lopen op het juiste moment en met de juiste kracht.'

ADVIES

Kunnen geïnteresseerde vrouwen zich aanmelden bij jullie? 'Daarvoor is het nog te vroeg, maar houd vooral onze website <https://www.utwente.nl/en/tnw/m3i/research/pelvic-floor-imaging/TORBO/> in de gaten. Wij zijn ons er in ieder geval zeer bewust van dat jonge moeders steeds meer op zoek zijn naar kennis over de gezondheid van de bekkenbodembodem. Een goed advies is om bij twijfel de gratis toegankelijke bekken(bodembodem)check te doen of een bekkenfysiotherapeute te raadplegen. Wij hebben nu al wel een studie lopen rondom het effect van bekkenfysiotherapie bij 80 vrouwen uit de regio Twente die last hebben van urineverlies. Deze vrouwen vullen vragenlijsten in, krijgen hun standaardbehandeling waar ook myofeedback (een technologie om spierspanning te meten) een onderdeel van is, en krijgen voor het onderzoek onze 4d-echo voor en na behandeling.

Aan alle vrouwen met bekkenbodembodemklachten willen we in ieder geval meegeven: blijf er niet mee lopen maar zoek hulp. Dat kan bij de verloskundige, of als die buiten beeld is, de huisarts of neem direct contact met een bekkenfysiotherapeut.'

'IK GUN IEDERE MOEDER EEN BEKKEN(BODEM)CHECK'

Maya Elling is geregistreerd bekkenfysiotherapeut MSPT bij Maatschap Pelvicum Fysiotherapie te Groningen. Na haar opleiding oefentherapie Cesar vervolgde ze haar studie met de opleiding tot fysiotherapeut in Groningen. Tijdens deze studie had de groep bekkenpijnpatiënten al haar interesse. Daarvoor volgde zij alle YVLO (praktijkgerichte cursussen op het gebied van vrouwengezondheidszorg) en NPI-cursussen (Nederlands Paramedisch instituut) op lage rug/bekken/bekkenbodembodemgebied. Daaropvolgend deed ze de 3-jarige opleiding tot geregistreerd bekkenfysiotherapeut aan het SOMT (University of Physiotherapy). In 2013 sloot ze deze af met de tweejarige opleiding tot Master of Specialized Physical Therapy.



Maya Elling

BEKKEN(BODEM) CHECK

Maya Elling: 'De bekken(bodem) check is ontwikkeld door de NVFB (Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie) omdat minder dan de helft van de vrouwen na een bevalling hulp zoekt bij klachten die gerelateerd zijn aan het bekken of de bekkenbodembodem. Verder krijgen vrouwen met een risico daarop in de zorg vóór de bevalling nog geen preventieve adviezen en therapie. Geregistreerde bekkenfysiotherapeuten, die lid zijn van de beroepsvereniging NVFB (Nederlandse Vereniging van Bekkenfysiotherapie) zijn verplicht een webinar te volgen over deze bekken(bodem) check, zodat iedereen dezelfde adviezen geeft. De online Postpartum Screeningslijst brengt de aanwezigheid van klachten en factoren die het verloop van een gezondheidsprobleem positief of negatief

beïnvloeden in kaart bij de vrouw na de geboorte van haar kind. Vrouwen vullen deze online Postpartum Screeningslijst in en afhankelijk van de antwoorden rolt daar een kleurcode (groen, oranje of rood) en een lettercode uit.

GROEN ●

Universele preventie: De vrouw zonder klachten en met laag risico op bekken(bodem)klachten krijgt via de website informatiefolders aangeboden met tips en adviezen en heeft geen verdere begeleiding nodig. Als de vrouw hierna nog vragen heeft kan ze een afspraak maken voor een Postpartum Consult bij een geregistreerd bekkenfysiotherapeut, die lid is van de NVFB.

ORANJE ●

Keuze voor preventie: De vrouw zonder klachten, maar met een verhoogd risico op bekken(bodem)klachten, krijgt het advies om een afspraak te maken voor een Bekken (Bodem) Check (het Postpartum Consult) bij een geregistreerde NVFB-bekkenfysiotherapeut.

ROOD ●

Zorg gerelateerde preventie: De vrouw met klachten in de bekken(bodem)regio krijgt het advies een geregistreerd NVFB-bekkenfysiotherapeut te zien voor onderzoek en behandeling. Na onderzoek en behandeling kan een verwijzing naar verloskundige, huisarts of gynaecoloog nodig zijn. (Bron: NVFB-website)

VERGOEDING

Elling: 'Iedere vrouw kan na de bevalling de Postpartum Screeningslijst invullen. Nog niet elke vrouw weet van het bestaan van die lijst. Hier ligt dus nog een belangrijke taak voor bekkenfysiotherapeuten en andere zorgverleners om meer bekendheid te geven aan deze online Postpartum Screeningslijst. Dus: het consult naar aanleiding van de ingevulde screeningslijst bij een erkende NVFB-

“DOOR ONWETENDHEID EN SCHAAMTE ZOEKT EEN GROTE GROEP PATIËNTEN HELAAS GEEN HULP. DAAR MOET ECHT VERANDERING IN KOMEN”

bekkenfysiotherapeut wordt alleen vergoed als je een aanvullende zorgverzekering hebt, en dan alleen bij kleurcode oranje (wanneer er behandelbare klachten zijn) en rood. Het consult wordt niet vergoed bij vrouwen zonder klachten met een laag risico op het krijgen van bekken(bodem) klachten. Deze groep vrouwen heeft vaak vragen over het lichamelijke herstel en het oppakken van sport en werkzaamheden. Een andere optie is om via DTF (Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie) een afspraak te maken bij een register bekkenfysiotherapeut (die wel/niet lid is van de NVFB). Beide opties worden niet vergoed door zorgverzekeraars.

Het krijgen van een kindje is een bijzondere periode, er verandert veel. Een zwangerschap en een bevalling vereisen veel van het lichaam. De spieren in je buik en bekkenbodembodem rekken flink op. Het is belangrijk om na de bevalling oefeningen te doen om deze spierfuncties weer beter te krijgen. Uit onderzoeken blijkt dat een goed functionerende bekkenbodembodem na de bevalling de kans op het krijgen van klachten op latere leeftijd kan voorkomen/verminderen. Een bekkenbodembodemcheck kan dus helpen bij het vinden van eventuele problemen met betrekking tot de bekkenbodembodem en het bekken.

Helaas is deze bekkenbodembodemcheck dus niet voor iedereen toegankelijk. Wanneer je financieel weinig middelen hebt dan zien wij in de praktijk dat vrouwen hier weinig tot geen gebruik van maken.

ADVIEZEN

‘Als therapeut proberen wij tijdens de zwangerschap al adviezen te geven voor de periode na de bevalling. Deze bestaan uit: leefstijladviezen, toiletadviezen, uitleg over de tijdslijn van herstel van de bekken(bodem) na de bevalling en trainingsinformatie.’

VERSCHILLEN

Maya Elling: ‘Er zijn verschillen tussen bekkenoefentherapeut, fysiotherapeut met aantekening bekken(bodem) en geregistreerde bekkenfysiotherapeut. Ik ben zelf opgeleid als oefentherapeut Cesar en heb alle opleidingen gevolgd op bekken- en bekkenbodembodemgebied om uiteindelijk geregistreerd bekkenfysiotherapeut MSPT te worden. De opleidingen en cursussen op bekken- en bekkenbodembodemgebied zijn op zich een goede basis. Echter, met de opleiding tot geregistreerd bekkenfysiotherapeut ga je de diepte in en verwerf je meer en betere vaardigheden voor het screenen, diagnosticeren, kijken wat er in de toekomst mogelijk kan gebeuren en het behandelen van patiënten met bekken- en bekkenbodembodem klachten. Preventie is een essentieel onderdeel van de opleiding. Tevens leer je te werken in een setting met meerdere deskundigen. De geregistreerde bekkenfysiotherapeut is dan ook de specialist met betrekking tot bekken en bekkenbodembodemdisfuncties. Gelukkig weten de verschillende beroepsgroepen elkaar steeds beter te vinden.’

LATERE LEEFTIJD

‘Bij vrouwen die kinderen hebben gebaard zie je vaker bekkenbodembodemklachten ontstaan op latere leeftijd. Het is mogelijk dat de zwangerschap en bevalling het steunweefsel in de bekkenbodembodem hebben uitgerekt en/of beschadigd. Een grote groep vrouwen merkt in het begin niets van een verzakking of andere bekkenbodembodemproblemen, dit begint vaak pas na de overgang. Dit heeft vaak te maken met het verslappen van de bekken(bodem) spieren. Ook de hoeveelheid vrouwelijke hormonen die het lichaam aanmaakt wordt na de overgang minder. In het kader van ‘healthy aging’ (gezond ouder worden) is het dus belangrijk om ervoor te zorgen dat de bekkenbodembodem zo goed mogelijk blijft werken. Daarom is het van groot belang om klachten in bekken(bodem)regio bespreekbaar te maken. Door onwetendheid en schaamte zoekt een grote groep patiënten helaas geen hulp. Daar moet echt verandering in komen.’

GOEDE, BETROUWBARE MAAR OOK DEZELFDE INFORMATIE IS NODIG

Voor een groot deel van de bekkenbodemplachten bij vrouwen ligt de bron bij de zwangerschap en bevalling. Maar de meeste klachten manifesteren zich pas op latere leeftijd. Het is belangrijk dat zwangeren en jonge ouders goed voorgelicht worden over het herstel van de bekkenbodem en de mogelijkheden om klachten waar mogelijk te voorkomen. Het Spaarne Gasthuis wierp een kritische blik op de bestaande patiënteninformatie hierover en heeft verbeteringen doorgevoerd. Gynaecoloog Esther van Swieten legt uit waarom.



Esther van Swieten

‘We vinden het erg belangrijk dat vrouwen goede, betrouwbare maar ook dezelfde informatie krijgen over de bekkenbodem rondom zwangerschap en de bevalling. Ook als er geen directe problemen zijn is het goed dat vrouwen weten wat ze zelf kunnen doen om zich voor te bereiden op de bevalling, wat ze na de bevalling kunnen doen om goed te herstellen en wanneer ze activiteiten zoals sporten weer op kunnen bouwen. Het is hierbij belangrijk dat vrouwen dezelfde, op wetenschappelijke inzichten gebaseerde, adviezen krijgen bij zowel gynaecoloog, verloskundige of eventueel bekkenfysiotherapeut. Veel vrouwen denken bijvoorbeeld dat zwangerschap een reden is om te stoppen met sporten en lichamelijke inspanning, maar we weten dat vrouwen die ook in de zwangerschap doorgaan met sporten en lichamenlijk actief blijven vaak beter herstellen na de bevalling. Na de zomer verschijnt onze nieuwe brochure op www.rondomzwanger.nl, dit is het samenwerkingsverband van gynaecologen en verloskundigen bij ons in de regio.’

WAT ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BEKKENBODEMKLACHTEN TIJDENS ZWANGERSCHAP?

‘Veel vrouwen krijgen te maken met ‘kwaaltjes’ zoals bijvoorbeeld aambeien. Deze kunnen ontstaan door de verhoogde druk tijdens de zwangerschap of door persen bij harde ontlasting. Soms hebben vrouwen tijdens de zwangerschap of na de bevalling last van urineverlies. Ook komen klachten van een zwaar gevoel van onderen veel voor. Heel vaak zijn deze klachten tijdelijk en gaan ze (gedeeltelijk) vanzelf voorbij, maar niet altijd.

Tijdens de zwangerschap proberen we vrouwen te stimuleren om een gezonde leefstijl te hebben en houden. Hierbij horen bijvoorbeeld actief zijn, sporten en letten op gezonde voeding. Dit kan problemen als overmatige gewichtstoename of verstopping voorkomen, waarvan we weten dat ze een slechte invloed hebben op de bekkenbodem. Als er specifieke bekkenbodemplachten al tijdens de zwangerschap ontstaan, kan een zwangere altijd advies hierover vragen bij haar zorgverlener. We weten bijvoorbeeld dat vrouwen die al voor en tijdens de zwangerschap hun bekkenbodem goed trainen minder kans hebben op urineverlies na de zwangerschap, dus dit kan een reden zijn om naar een bekkenfysiotherapeut te gaan.’

EN WELKE BEKKENBODEMKLACHTEN KUNNEN TIJDENS DE BEVALLING ONTSTAAN?

‘Bekend is dat langdurig persen (langer dan 2 uur) en een groot gewicht van het kind (meer dan 4000 gram) de kans op schade van de bekkenbodem vergroten. Om die reden is het verstandig om niet te vroeg te starten met persen, maar de baby wat lager te laten komen voordat er echt gestart wordt met ‘actief persen’ zoals we dat noemen. Ook kan het, zeker als verwacht wordt dat het kind groot is, verstandig zijn om de zwangere niet te ver na de uitgerekenende datum te laten doorlopen. Er kan dan besloten worden om de bevalling rondom (of eventueel voor) de uitgerekenende datum op te wekken (de bevalling inleiden), afhankelijk van wat de inschatting is van het gewicht van de baby. Bij vrouwen die



bij een eerdere bevalling een zogenaamde totaalruptuur (doorscheuren tot in de kringspier van de anus) hebben gehad, wordt door het zetten van een knip het risico op opnieuw een totaalruptuur verkleind. Ook is het van belang dat, tijdens het moment dat het hoofdje echt geboren wordt, het perineum van de vrouw goed wordt ondersteund en het hoofdje geleidelijk wordt geboren.'

WAT KAN EEN GYNAECOLOOG DOEN VOOR EEN (SNEL) HERSTEL VAN DE BEKKENBODEM NA DE BEVALLING?

'Belangrijk is dat de kraamvrouw enerzijds de tijd neemt voor het herstel van de bekkenbodem maar tegelijkertijd mag er wel vroeg (al vanaf 4 dagen na de bevalling) begonnen worden met hele rustige oefeningen. In onze folder beschrijven we een uitgebreid schema hoe iemand na de bevalling per week weer kan gaan opbouwen met oefeningen en trainingen op een verantwoorde manier. Al na een paar dagen kunnen kraamvrouwen starten met voorzichtige oefeningen en na 3 maanden na een bevalling kunnen de meeste vrouwen weer hardlopen. Ook geven we adviezen rondom ontlasting en plassen na de bevalling en wat te doen als het herstel anders gaat dan verwacht, wanneer het zinvol is om naar een bekkenfysiotherapeut te gaan en wanneer iemand een afspraak moet maken bij de gynaecoloog (of eventueel chirurg bij problemen met de ontlasting). Als er complicaties bij de bevalling zijn geweest, zoals bijvoorbeeld een totaalruptuur, zal het herstel anders gaan. Dit zal de gynaecoloog dan uitgebreid bespreken met de kraamvrouw.'

BETEKENT EEN KEIZERSNEE ALTIJD DAT ER DAN MINDER SCHADE IS AAN DE BEKKENBODEM?

'Bij een keizersnede wordt het kind niet via de vagina (dus bekkenbodem) geboren en is er om die reden minder kans op het ontstaan van schade aan de bekkenbodem. Echter, ook de zwangerschap zelf heeft invloed op de bekkenbodem: de druk van de zware baarmoeder en de hormonale veranderingen zorgen voor verweking van de bekkenbodemstructuren als natuurlijke voorbereiding op de bevalling. Deze veranderingen

treden ook op als de baby via een keizersnede wordt geboren. Er kunnen dus ook klachten als aambeien, urineverlies (vaak tijdelijk) of een zwaar gevoel voorkomen, maar de schade die door de bevalling zelf kan ontstaan is er inderdaad niet bij een keizersnee.'

KOMEN BEKKENBODEMKLACHTEN VOOR BIJ EEN BEPAALD TYPE PATIËNTEN, OF EEN BEPAALD TYPE BEVALLING?

'We weten dat het risico op een totaalruptuur groter wordt bij langer dan twee uur persen en bij een kind dat meer weegt dan 4000 gram. Een zogenaamde kunstverlossing (hiermee wordt een bevalling met een vacuümpomp bedoeld) geeft ook een wat grotere kans op bekkenbodemschade. Helaas is een vacuümbevalling soms noodzakelijk als de conditie van de baby het nodig maakt dat de baby snel geboren wordt of als de moeder uitgeput is. We weten ook dat bij vrouwen die eerder een totaalruptuur hebben gehad, de kans op opnieuw een totaalruptuur iets groter is dan bij iemand die dit niet heeft gehad. Tot slot is bekend dat vrouwen met overgewicht een ongeveer 1,5 keer zo grote kans hebben op bekkenbodemp Problemen (ook in de toekomst) ten opzichte van vrouwen met een gezond gewicht.'

IN WELKE SITUATIE VERWIJST EEN VERLOSKUNDIGE DOOR NAAR EEN GYNAECOLOOG BIJ BEKKENBODEMPROBLEMEN?

'Als er echt sprake is van bekkenbodemp Problemen die het dagelijks leven beïnvloeden is het verstandig om een zwangere of kraamvrouw naar de gynaecoloog te verwijzen. Sommige bekkenfysiotherapeuten bieden een 'bekkenbodemcheck' na de bevalling aan, dit kan overwogen worden als het herstel anders gaat dan verwacht. Een verloskundige is opgeleid om ongecompliceerde zwangerschappen en bevallingen te begeleiden, maar is geen arts en heeft ook geen (uitgebreide) scholing op het gebied van de bekkenbodem gehad, dus als er klachten bestaan die het dagelijks leven echt beïnvloeden dan is verwijzing beter.'

MEER ONDERZOEK NAAR DE RELATIE TUSSEN LANGER VERLOF EN HET HERSTEL VAN LICHAAM EN BEKKENBODEM IS NODIG

Als je zwanger bent, dan gaat er een nieuwe wereld voor je open. Er zijn heel veel dingen waar je nog nooit eerder over hebt hoeven nadenken en je kunt ook niet altijd voorspellen hoe het loopt. Cliëntenorganisatie 'het Buikencollectief' staat aanstaande en jonge moeders bij. Wat komt daar precies bij kijken, en is er voldoende aandacht voor de bekkenbodem tijdens de zwangerschap, bevalling en in de kraamtijd? Karen Thomson, coördinator bij het Buikencollectief, benadrukt het belang van een 21-eeuws verlof.

WAT IS HET BUIKENCOLLECTIEF?

'Wij zijn een landelijk erkende cliëntenorganisatie die zich inzet voor de belangen van zwangeren. Tijdens de zwangerschap, bevalling, maar ook daarna in de kraamtijd. Het krijgen van een kind is een levensveranderende ervaring, waar een heleboel bij komt kijken. Om daarbij te helpen, bieden we onder andere een gratis online zwangerschapscursus aan waardoor zwangeren zich met body, mind & soul goed kunnen voorbereiden. Verder doen we vooral veel aan belangenbehartiging. Wij vertegenwoordigen de stem van zwangeren op verschillende vlakken: in beleid, in de politiek en binnen wetenschappelijk onderzoek. Om op al die plekken aan tafel te zitten, werken we met een poule van gepassioneerde cliëntvertegenwoordigers.'

WAT IS JULLIE DOELSTELLING?

'We willen dat vrouwen positief terugkijken op periode van zwangerschap, bevalling en kraamtijd. Op dit moment ervaart 1 op de 5 vrouwen de bevalling als naar of zelfs traumatisch. Dat vinden wij te hoog. Om dit aan te pakken vinden we het belangrijk dat binnen de geboortezorg de term 'de zwangere centraal' geen holle leus is, maar ook echt invulling krijgt. Daarvoor moeten cliëntenorganisaties een meer gelijkwaardige positie krijgen. We werken daarom aan het creëren van synergie tussen lokaal, regionaal en landelijk niveau van clientparticipatie. Een concreet voorbeeld is dat we 4 à 5 keer per jaar regionale moeder- en ouderraden bij elkaar brengen om kennis en ervaringen uit te wisselen.'

PATIËNTENFEDERATIE NEDERLAND STEUNT HET BUIKENCOLLECTIEF

Ilse van der Ee, adviseur patiëntenbelangen: 'Als patiëntenfederatie vinden we het belangrijk dat de patiënt en cliënt in de geboortezorg gehoord en gezien wordt. Patiënten/cliëntenparticipatie is belangrijk om de stem van de patiënt en cliënt mee te nemen in evidenced based geboortezorg. Helemaal belangrijk gezien de beweging in het Integraal Zorg Akkoord dat het ook in de geboortezorg gaat om passende zorg. We organiseren het overleg 'patiëntenorganisaties geboortezorg' om de verschillende patiëntenorganisaties te verbinden. Door elkaar te kennen en samen te werken kunnen we samen de stem van de patiënt/cliënt nog beter laten klinken. Daarnaast kunnen we door middel van het panel ook echt goed ophalen wat cliënten en patiënten belangrijk vinden: wat zijn hun ervaringen precies? Wat kan er beter? Mijn oproep aan zorgverleners en beleidsmakers is dan ook: betrek cliënt/patiëntvertegenwoordigers in het maken van beleid, zorg en kwaliteit!'



Ilse van der Ee



Karen Thomson

ZIJN CLIËNTEN ZICH VOLDOENDE BEWUST VAN DE INVLOED VAN ZWANGERSCHAP EN BEVALLING OP DE BEKKENBODEM?

‘Op dit moment hebben wij daar onvoldoende zicht op. We weten dat het belangrijk is dat aanstaande en jonge moeders bewust zijn van het bestaan van hun bekkenbodemspieren en hoe ze deze kunnen ontlasten (bijv. geen zwaar kind de trap af tillen, of andere houding aannemen). Naast ontlasten is ook belangrijk dat na de bevalling de spier weer herstelt en versterkt wordt. Dit kan door middel van bekkenbodemspieroefeningen. Maar in hoeverre weten zwangeren of jonge moeders dit en krijgen zij hier support in? Dit moet onderzocht worden. Oók als je geen bekkenbodemplachten lijkt te hebben, of na een keizersnede, moeten de bekkenbodemspieren weer steviger worden.’

WAT ZIJN DE MEEST GESTELDE VRAGEN OVER BEKKENBODEM & ZWANGERSCHAP VANUIT JULLIE ACHTERBAN?

‘De meest gestelde vraag gaat over wat ‘normaal’ is. Normaal qua urineverlies, bekkenklachten, en bekkenpijn: wanneer moet ik me zorgen maken, en wanneer gaan de klachten weg? Daarnaast wil onze achterban graag weten wanneer je weer aan de slag kan met sporten en andere lichamelijke activiteiten die druk op de bekkenbodem kunnen zetten. Onze indruk is dat vrouwen in toenemende mate weer graag snel aan de slag willen gaan. En verder zijn er ook vragen waaruit blijkt dat vrouwen al goed in de toekomst kijken: hoe kan ik een verzakking of incontinentieklachten voorkomen?’

IS ER IN JULLIE OGEN VOLDOENDE INFORMATIE BESCHIKBAAR?

‘Er is op zich wel goede informatie beschikbaar, bijvoorbeeld via bekkenfysiotherapeuten, verloskundigen en van ziekenhuizen, of speciale apps. Maar we weten niet hoe goed deze informatie bij onze achterban ‘landt’. Werken aan herstel van de bekkenbodem vereist best wat kennis en kunde, en

de vraag is of informatie in deze vorm daarvoor voldoende houvast geeft. Het zou verder een goede zaak zijn als een bezoek aan een bekkenfysiotherapeut standaard in elk basis verzekeringspakket zou zitten. Ook als vrouwen geen klachten hebben, is het waardevol als ze langsgaan. Klachten hoeven zich niet altijd fysiek te uiten. Dit kan preventief werken en vrouwen bewust maken van bekkenbodemspieren en hoe deze te gebruiken. Uiteindelijk krijgt een derde van alle vrouwen in Nederland last van bekkenbodemplachten zoals urineverlies en een verzakkingsgevoel, ruim 200.000 vrouwen per jaar. Zwangerschap en bevalling spelen daarbij een grote rol. Het is belangrijk om deze hinderlijke klachten te helpen voorkómen of te verminderen. Juist in de periode rondom zwangerschap en bevalling staan vrouwen extra open voor informatie hierover.’

ZIEN JULLIE KENNISLACUNES?

‘De relatie tussen langer verlof en het herstel van lichaam en bekkenbodem is een onderwerp waar wij graag meer onderzoek naar zien. Wij zijn een petitie “21-eeuws verlof” gestart. De verlofregelingen van nu zijn niet van deze tijd en wij pleiten voor een langer en beter betaald verlof. Bovendien willen we dat deze gelijk getrokken wordt voor alle ouders. Om ook gelijkwaardig ouderschap, kans- en inkomensgelijkheid te bevorderen.

Wij verwachten dat betere verlofregelingen kunnen bijdragen aan het beeld van meer respect krijgen voor fysieke belasting die het zwangere lichaam heeft doorstaan en dat het zwangeren de ruimte geeft om na de bevalling niet te snel te veel te willen gaan doen. Er is letterlijk meer tijd en ruimte om rust te nemen en het bewegen stapsgewijs op te bouwen, en om te werken aan het herstel van de bekkenbodem. Een kind op de wereld zetten is een mega fysieke en mentale prestatie en daar gaan we als samenleving te snel aan voorbij als we doorgaan met ons huidige inrichting van verlof.’

NIEUWSTE ONTWIKKELING: TERUGGRIJPEN OP OUDE TECHNIEKEN

Michael van Balken (53) is uroloog in het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem sinds 2003, met aandacht voor functionele urologie. Daaronder vallen zowel aanspannings- als inspanningsincontinentie, waarbij hij vooral inzetbaar is voor ingewikkelde gevallen. Hij zit zowel in de Nederlandse- als Europese werkgroep voor functionele urologie. Hij is lid van de NVU (Nederlandse Vereniging voor Urologie).



Michael van Balken

IMPACT ZWANGERSCHAP EN BEVALLING OP DE BEKKENBODEM BIJ VROUWEN

Van Balken: 'Urineverlies na een bevalling is een veelvoorkomende klacht, waar echter lang niet alle vrouwen hulp voor zoeken. Dus ik weet dat het vaker voorkomt dan wij in de praktijk zien. Vrouwen nemen het voor lief, het hoort 'erbij'. Meestal omdat, als het na het eerste kindje gebeurt, en er nog een kinderwens is, vrouwen denken: dan ga ik daarna wel. Terwijl ze veel klachten heeft door de incontinentie. Als een vrouw wel na het eerste kind bij me komt, en ze heeft nog een kinderwens, dan neem je een andere route dan bij een vrouw die geen kinderwens meer heeft. Dan hebben we een andere aanpak.'

ADVIES

'Een algemeen advies is niet wenselijk. Er zijn meer mogelijkheden, en in eerste instantie kijken we of bekkenfysiotherapie een zinvolle stap is. Bekkenfysiotherapie heeft heel vaak positieve effecten, maar als iemand echt heel erg incontinent is dan kan het wat verbetering brengen, maar is uiteindelijk niet de oplossing. Dus voor vervolgstappen is het voor mij het allerbelangrijkste te weten of er nog een kinderwens is. Daar moet ik de behandeling op afstemmen.'

KEIZERSNEDE

Van Balken: 'Als een vrouw bij de bevalling van haar eerste kind zwaar letsel heeft opgelopen aan haar bekkenbodem, ben ik niet degene die haar moet adviseren om al dan niet een tweede kind te krijgen, of die tweede bevalling bijvoorbeeld via een keizersnede te laten plaatsvinden. Dat is aan gynaecoloog en de vrouw zelf. Maar hoe heftiger het urineverlies, hoe groter de kans is dat de periode tussen twee zwangerschappen niet fijn verloopt, omdat je als arts beperkt bent in je mogelijkheden. Dan heb je wel uitgebreidere discussies over wat je op de weegschaal aan gewichtjes legt ten aanzien van het urineverlies en alle beperkingen daarvan tot aan de volgende bevalling.'

NOG KINDERWENS EN KLACHTEN

'Natuurlijk kunnen vrouwen tussen zwangerschappen in kijken wat ze met oefeningen kunnen bereiken. Onze aanbeveling is om geen grote operaties te gaan doen of bandjes te gaan plaatsen. Soms gebruiken we in die tussentijd bulkinjecties omdat die het leed wat kunnen verzachten en geen weerslag hebben op het feit dat er nog een keer een kinderkopje voorbij moet komen. Het is een soort uitstelstrategie die ervoor zorgt dat de incontinentie hanteerbaar wordt. Als je dan uit de kinderwens bent kunnen we op zoek naar een definitieve oplossing.'



PREVENTIE

'Kijk, een zwangerschap heeft op ieder vrouwenlichaam een impact. Soms helpt het enorm om vrouwen erop te wijzen dat ze ook bekkenfysiotherapie kunnen doen tijdens de zwangerschap om urineverlies erna te voorkomen. In sommige/andere landen kunnen rijkere dames voor een keizersnede kiezen om het bekkengebied zo min mogelijk aan te tasten. Echter, dat beschermt maar ten dele, want de zwangerschap zelf is al belastend voor de bekkenbodem. Dus daar ligt zowel een taak voor ons als artsen, maar ook voor jullie als patiëntenorganisatie. We kunnen vrouwen aansporen om zich bewust te worden van de impact van een zwangerschap, en wat ze zelf kunnen doen om te proberen de kans op klachten na de bevalling zo klein mogelijk te maken. Voor mij is het al belangrijk dat er überhaupt meer aandacht komt voor wat een zwangerschap en bevalling doet met het lichaam van een vrouw.'

MODERNE VROUW

Van Balken: 'De moeders van nu gaan anders om met urineverlies dan vroeger. Ze accepteren het niet meer als iets gewoons. De meeste vrouwen staan op een andere manier in het leven, hebben vaak een baan en nemen urineverlies niet meer voor lief. Er wordt ook meer over geschreven in allerlei bladen. Daardoor wordt urineverlies uit de taboesfeer gehaald. Maar er zijn nog steeds te veel vrouwen die het wel accepteren als iets dat erbij hoort, en daar willen we vanaf.'

GROOTTE HOOFD

'Er zit zeker zowel een kind- als moederaspect aan klachten na een bevalling. Het ligt aan aanleg, hoe sterk de bekkenbodem is, kan die wat meer hebben, is zij wat elastisch? En natuurlijk maken de grootte en de ligging van de baby ook onderdeel uit van of er al dan geen schade ontstaat door de bevalling zelf. Maar uiteindelijk gaat het erom wat we kunnen doen om de vrouw van haar klachten af te helpen. Soms is het aanbrengen van een TVT-bandje (na beëindigen van kindervens) de beste oplossing als blijkt dat bekkenfysio niet toereikend is. Maar niet bij aandrangincontinentie, daar kan het juist averechts werken. Vrouwen met beide klachten zijn moeilijker om te behandelen. Dan heb je een mengelmoesje van aandrang en stress. Vaak is het zo dat als je die stressincontinentie opheft, er ook geen druppels meer vallen bij de aandrang. Maar we zien ook dat we met medicijnen, zenuwstimulatie of eventueel botox kunnen behandelen en dan kijken welke impact dat heeft op het totaalplaatje. Hoofdzaak is dat de blaas rustiger wordt en meer kan hebben. Het is altijd een beetje zoeken.'

NIEUWE ONTWIKKELING

'Het bijzondere is, dat, omdat de mesh in sommige landen niet meer gebruikt mag worden en er ook in Nederland wat terughoudendheid bestaat, we terug moeten grijpen naar behandelingen van vroeger. Maar die zijn nieuw voor de huidige generatie (uro)gynaecologen. Dus dat is de nieuwste ontwikkeling: teruggaan naar oude technieken, omdat andere, nieuwe methodes waarmee geëxperimenteerd wordt echt niet opzienbarend zijn.'

ERVARINGSVERHALEN

NA BEVALLING STUITJE UIT DE KOM? GEEN MENS DIE ER IETS OVER WEET

Lissy (42) kreeg na de bevalling pijn in haar stuitje maar niemand begreep waar dat vandaan kwam.

'Ik vertel mijn verhaal omdat ik vind dat er meer aandacht mag zijn voor stuitpijn na de bevalling. Ik hoef er niet met naam en foto in, maar als er mensen zijn die me (via B4A) vragen willen stellen, kan dat.

Ik heb twee prachtige dochters. De zwangerschappen verliepen beide keren hartstikke goed. Ik ben hypermobiel, wat betekent dat mijn spieren heel lenig zijn. Ik heb daardoor wel wat last gehad van mijn bekken en kreeg fysiotherapie en een bekkenband, zodat de heupen wat steun kregen als het wat zwaar werd, maar beide zwangerschappen droeg ik de kindjes makkelijk. Ik genoot ervan.

De eerste bevalling ging heel goed. Ook de tweede bevalling ging goed en supersnel. Binnen vier uur was onze tweede dochter geboren. Toen was er eigenlijk nog niks aan de hand. Ik voelde me ook goed. Daarna begon een hele heftige tijd. Toen ik thuiskwam uit het ziekenhuis gaf ik al aan dat ik niet meer kon zitten. Dat ik veel pijn had bij mijn stuitbeen. Ik weet nog dat iedereen, vanuit allerbeste intenties, probeerde mee te denken: wat ik moest doen, zoals op een band zitten of mezelf rust geven.

Dat deed ik allemaal, maar het voelde echt niet goed en heb meerdere keren gevraagd of er niet iets anders aan de hand was. Maar noch de verloskundige, noch de kraamzorg, noch de fysio had een idee. Het enige wat ik kon was voorover in kleermakerszit zitten, maar dat werd dan weer afgeraden. Als ik zat, zat/hing ik helemaal schuin op een heup of op een schuimkussen. Ik ging veel lopen en staan en wilde zo min mogelijk zitten. Ik zocht ook hulp in de alternatieve geneeswijze. Ik viel kilo's af.

WERKEN

Na mijn verlof ging ik werken, maar merkte dat ik bang was voor aanrakingen van anderen op mijn rug. Doordat ik veel met de pijn bezig was kwam ik thuis te zitten, mentaal werd het erg zwaar. Ik kwam bij een bekkenfysio in het ziekenhuis terecht, ook daar allerlei oefeningen gedaan, moest op een bal gaan zitten, maar beter werd het niet.

Uiteindelijk kwam ik bij de pijnpoli in het ziekenhuis terecht, om de pijn te onderdrukken. Voordat ik een injectie kreeg werd er met een röntgenapparaat gekeken waar de naald geplaatst moet worden. Bij de derde behandeling zag ik zelf dat mijn stuitje een rare positie aannam en dat ik de radioloog vroeg of dit gewoon was. Ik weet nog dat die radioloog zei: Het lijkt wel uit de kom. Ik was stomverbaasd, na al die tijd, al meerdere injecties gehad en nu pas zag iemand dit?

Toen moest ik terug naar een fysiotherapeut die vroeg welke oefeningen al dan niet lukten. Toen knapte ik. Ik dacht: we zitten op een heel verkeerd spoor. Ik was echt boos en wilde de juiste zorg. Bij een bekkenfysiotherapeut in Zoetermeer hebben ze me kunnen helpen om het stuitje weer op zijn plek te krijgen. Hier ging ik in het begin meerdere keren per week naar toe. Hoewel het hele proces, dat jaren heeft geduurd, me heel veel tranen heeft gekost, heeft het me ook veel kracht gegeven, ik ben er een sterker mens door geworden.

PARTNER

Er kwam veel op zijn schouders neer, omdat we al een kleintje hadden lopen en ik ook de nodige zorg nodig had. Het heeft ons samen sterker gemaakt.

Ik heb jaren problemen gehad met fietsen. Dan schoot mijn stuitje er weer uit. Hiervoor heb ik een speciaal zadel aangeschaft met bewegende delen. Hierdoor kan ik, nog niet lang, wel fietsen. En dit gaat elke keer weer iets beter en daar ben ik ontzettend blij mee.

Ik had nooit gehoord dat een stuitje uit de kom kon schieten, maar ik ben vast niet de enige... Vertrouw je gevoel en ga voor een goede diagnose.'

NA BEVALLING WERD SEKS EEN BRON VAN FRUSTATIE

Astrid (35): 'In 2022 ben ik bevallen van een zoon, en ik heb daarbij een totaal ruptuur opgelopen. Het was een traumatische ervaring om vlak nadat je zo blij bent met je eerste kind, te horen krijgt dat je van onderen helemaal bent ingescheurd, en dus direct na de bevalling naar een operatiekamer wordt gebracht om geopereerd te worden. Ik kon mijn baby niet vasthouden, ik had verschrikkelijke pijn en de blijheid was totaal verdwenen. Het voelde alsof ik het zelf niet goed had gedaan, gefaald had door zo in te scheuren.

De pijn bleef nog lange tijd na de operatie, dus de kraamtijd was ook niet wat ik ervan verwacht had. Mijn man heeft zich gedurende de bevalling en ook daarna heel afstandelijk opgesteld, het leek wel alsof het hem niet interesseerde. Dat heeft ook niet echt tot onze intimiteit en delen van blijdschap om ons eerste kind bijgedragen. Ik voelde me door hem enorm in de steek gelaten en kon er niet met hem over praten. Hij ging dan direct in de verdediging. Dus toen ik na twee maanden zover hersteld was dat we wel weer konden vrijen, voelde ik daar alleen maar weerstand tegen. Ieder keer als hij toenadering zocht kon ik niet anders dan hem zeggen dat ik geen zin had. Soms zei ik dat ik nog pijn had. Het werd een grote frustratie voor ons allebei. Seks was een bron van frustratie geworden in onze relatie. Doordat we er niet over konden praten zaten we al snel in een relatiecrisis.

We zijn ten einde raad naar mijn gynaecoloog gegaan, misschien kon zij ons helpen. Ook omdat ik het vermoeden had dat hij vreemdging. Ik vertrouwde hem gewoon niet meer en voelde geen enkele steun. De gynaecoloog heeft me nog wel onderzocht om te kijken of de wond goed was hersteld. Ze zei dat fysiek alles in orde was, maar dat ze wel een enorm gespannen bekkenbodem kon voelen. Geen wonder na alle spanning van het afgelopen jaar.

We hebben nog even een relatietherapie overwogen, maar omdat we eigenlijk absoluut niet konden praten over wat er nu echt speelde, hebben we dat toch niet gedaan. Een paar maanden geleden zijn we uit elkaar gegaan.'



GEPLANDE SEKS NA DE BEVALLING: DE SLEUTEL TOT SUCCES

Esther Nijhuis is gynaecoloog in Nij Smellinghe in Drachten sinds 2013 en heeft als aandachtsgebieden seksuologie, psychosomatiek, fertiliteit en cervix- en vulvopathologie. Ze helpt regelmatig vrouwen die na een bevalling problemen hebben met seksualiteit.



Esther Nijhuis

Esther Nijhuis: 'Mensen denken vaak dat je tijdens de zwangerschap niet mag vrijen. Niets is minder waar. Het is een belangrijke boodschap dat seks tijdens de zwangerschap niet gevaarlijk is. Alleen als je bloedverlies hebt, je placenta voor de uitgang ligt, als je vliezen gebroken zijn of met een dreigende vroeggeboorte, dan is het niet verstandig om penis-in-vagina-seks te hebben. Anders kan je tot en met het laatste moment gewoon veilig vrijen, ook met penetratie, zonder dat je daarbij je kind beschadigt of dat het op een vroeggeboorte uitdraait. Ik denk dat dit minder vaak wordt gedaan om de verkeerde redenen. Kijk, als je een goed seksleven hebt voor de bevalling en tijdens de zwangerschap, dan is het na de bevalling makkelijker om de draad weer op te pakken. Maar als je elkaar al een hele tijd niet meer hebt aangeraakt, en je wilt dan opeens penetratieseks hebben, dan is het een enorme stap, waar je als vrouw tegenop kunt zien.'

AANDACHT

'Er is geen richtlijn voor wanneer je penetratie-seks mag hebben. Medisch gezien is het zo dat je genezen moet zijn en dat je geen bloedverlies meer hebt. In dat geval kan een vrouw ongeveer 4 tot 6 weken na de bevalling weer vrijen. Het belangrijkste is echter dat jonge moeders daar lichamelijk en geestelijk aan toe moet zijn. Door de nieuwe situatie verliezen partners elkaar soms uit het oog. Alle aandacht gaat naar de baby, maar het is ook belangrijk tijd voor jezelf en je partner in te roosteren, op welke manier dan ook. Er moet ook aandacht zijn voor elkaar. Het is iets anders als je bent ingescheurd, ingeknipt of een totaalruptuur hebt. Het lichaam is hoe dan ook enorm opgerekt geweest, ook na een ongecompliceerde bevalling. Het teruggaan van je bekkenbodembodem naar de situatie van vóór de zwangerschap, daar gaan jaren overheen. Dus je gevoel zal sowieso anders zijn als je weer gaat vrijen na de bevalling.'

OORZAKEN PIJN BIJ HET VRIJEN NA DE BEVALLING

'De meest voorkomende oorzaak is seks met onvoldoende opwinding. Vrouwen die borstvoeding geven, hebben van zichzelf weinig oestrogenen omdat het aanmaken van melk de oestrogeenproductie onderdrukt. De slijmvliezen zijn dun en kwetsbaar, met als gevolg dat zij krijgen en opwinding veel meer tijd kost. En juist tijd heb je weinig als je net een baby hebt.'

Er wordt vaak te snel overgegaan op penetratieseks en dat doet dan pijn. Dus eigenlijk is de boodschap: doe het alleen als je er heel veel zin in hebt, of vrij op andere manieren. Dus neem de tijd, leer hoe je voor je eigen opwinding kan zorgen of vertel je partner hoe hij/zij dat kan doen. Als je vrijt om je partner ter wille te zijn, leidt dat uiteindelijk altijd tot minder verlangen en soms ook tot pijn. Dat is iets wat alle jonge vrouwen sowieso moeten leren. Hoe zorg je voor je eigen opwinding? Vrouwen boven de 35 - 40 weten dat vaak beter, ook lesbische vrouwen hebben ontdekt hoe ze voor hun eigen opwinding kunnen zorgen zodat de seks echt plezierig wordt voor allebei. Niet de vagina, maar de clitoris is het seksuele orgaan van de vrouw. Stimulatie daarvan kan zonder penis.



Voorwaarden voor pijnloze seks

- Intacte vulvahuid
- Ontspannen bekkenbodem
- Voldoende seksuele opwinding

Vrijen met voldoende opwinding is eigenlijk de oplossing voor bijna alle seksuele problemen, al dan niet zwangerschap gerelateerd.'

CHRONISCH

'Het kan zijn dat bekkenpijn of pijn bij het vrijen na een bevalling chronisch wordt. Als je de eerste keer pijn had, durf je de volgende keer niet meer zo goed te vrijen. Dan ben je bang dat het weer pijn gaat doen, daardoor verlies je je opwinding, want je bent dan gefocust op pijn en niet op opwinding. Dan val je droog, spant je bekkenbodem aan, waardoor het weer pijn doet. Zo kom je in een neerwaartse spiraal van pijn en angst voor pijn bij het vrijen. Ik adviseer dan om op andere manieren te vrijen en penetratie een tijdje achterwege te laten. Om eens naar een bekkenfysiotherapeut te gaan om je bekkenbodem te leren ontspannen. Het mooiste resultaat is als de jonge moeder de opwinding weer uit zichzelf kan halen, maar dat vergt veel oefening en geduld. Veel huwelijken stranden na de geboorte van het eerste kind. Je gaat van een twee-eenheid naar een drie-eenheid, en als er dan geen aandacht meer is voor de seksualiteit, die toch een bindende factor is tussen de partners, dan kun je elkaar heel makkelijk verliezen. Mensen zitten op een roze wolk tijdens de zwangerschap. Oh, wat leuk, we krijgen een kind! Maar dan is het kind er, je slaapt allebei niet. Of de moeder zit de halve nacht met de baby aan de borst en de man slaapt lekker, ook dat bevordert het seksleven niet. Soms komt er veel spanning op een relatie te staan, door de nieuwe situatie, het slaapgebrek en de nieuwe taken. Die taken moeten opnieuw worden verdeeld en de rekening daarvoor wordt vaak ook betaald in de slaapkamer.'

OPLOSSING

'Vaak komt de vrouw zonder partner voor consult. Ik vind het heel informatief om na een bevalling, zeker bij pijn bij het vrijen, of als er een knip of scheur is geweest, samen met een spiegel naar die vulva te kijken. Vrouwen denken soms: 'ik ben daar compleet verwoest'. Als je samen kijkt valt het vaak heel erg mee. Dat geeft weer een beetje perspectief. Ik adviseer vaak bekkenfysiotherapie zodat de bekkenbodem weer functioneel wordt. Wij hebben na zes weken een eerste telefonische nacontrole, maar bij problemen komt een vrouw naar het spreekuur.'

GEPLANDE SEKS: SLEUTEL TOT SUCCES

'Na een bevalling is slaapgebrek het grootste probleem. Terwijl je voor het genieten van seks ontspanning, rust en tijd nodig hebt. In het eerste jaar van het ouderschap is dat gewoon heel moeilijk te vinden, dus dan moet je seksualiteit echt inplannen. Spontane seks is sowieso een illusie in een langdurige relatie. Het is een zeer hardnekkige mythe dat er zoiets bestaat, zeker bij mannen. Misschien in het eerste halfjaar van een relatie, als je elkaar wel kan opvreten van verliefdheid, maar daarna is het eigenlijk heel snel weg. Dus dan moet je organiseren dat het blijft gebeuren, zeker als je 10.000 andere dingen te doen hebt. Echt, geplande seks is de sleutel tot succes. Mensen vinden dat soms een afknapper, want vroeger had je toch ook spontane seks. Maar dat was het niet, want een van beiden besloot toen wel of niet in te gaan op de avances van de ander op dat moment. Dat betekent dat slechts een van de twee de illusie had dat de seks 'spontaan' was.'

ONDERZOEK ECHOGRAFIE EN BEVALLING

LOOPT NEDERLAND VOOROP IN BEKKENZORG VOOR VROUWEN NA EEN BEVALLING?

Anique Bellos-Grob is technisch geneeskundige en werkt zowel klinisch binnen de afdeling gynaecologie met een focus op de bekkenbodemp in Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) en als onderzoeker bij de Universiteit Twente (UT). In de afgelopen jaren heeft zij een onderzoekslijn rondom beeldvorming en de bekkenbodemp opgebouwd. In 2023-2024 kreeg zij de KNAW Early Career Award uitgereikt voor haar onderzoek naar innovatieve beeldvorming bij bekkenbodemp problematiek zoals verzakkingen.

Bij medisch wetenschappelijk onderzoek naar de bekkenbodemp, bijvoorbeeld waarom een pessarium of ring wel of niet blijft zitten, of waarom de ene vrouw wel en de andere geen her-verzakking krijgt na een operatie, worden vrouwen vaak in een liggende positie onderzocht. Bellos-Grob gebruikt juist een staande MRI-scanner, omdat klachten als verzakkingen en incontinentie vooral in een staande positie naar voren komen. 'Als enigen in Nederland hebben wij toegang tot deze kantelbare MRI', aldus Bellos-Grob. 'Door de inzet van MRI en echografie is het mijn ambitie om de echte onderliggende problematiek te begrijpen en daarmee in te zetten op optimale diagnostiek en behandeling.' Naast de staande MRI coördineert Bellos-Grob een tweede innovatieve onderzoekslijn, namelijk de inzet van 4D echografie om de functie van de bekkenbodemp te bepalen.

PROBLEMEN NA DE BEVALLING

Anique Bellos-Grob: 'We weten inmiddels dat vrouwen die een totaalruptuur hebben gehad, dus zijn doorgescheurd van vagina naar anus tijdens hun bevalling, daar pas op latere leeftijd problemen door kunnen krijgen. Bij een eerste bevalling hebben vrouwen ongeveer 2% kans dat zo'n ruptuur gebeurt, maar als zij het eerder heeft meegemaakt, is er kans bij een tweede zwangerschap van ongeveer 8 tot 10%. Vaak geneest de wond wel heel goed, maar ontwikkelen vrouwen op latere leeftijd, vooral na de overgang, toch klachten van ontlastingsverlies. In de laatste jaren nam een groep van Sultan en Thakar uit het Verenigd Koninkrijk het initiatief om met echografie en eventueel anale ballonmeting te kijken naar de anatomie en functie van sluitspier bij de anus. Door de aanwezige klachten, schade op de echo en functieverlies uit de ballonmeting tegen elkaar af te wegen kun je dan tot een afweging komen tussen vaginaal bevallen of via keizersnede. Met het nieuwe 4D echo-onderzoek hoop ik dat wij met één echo de anatomie en functie te kunnen bepalen en dus twee inwendige onderzoeken waar vrouwen vaak tegenop kijken overbodig te maken.'

4D ECHO

'Deze 4D echo wordt tegen de schaamlip gezet, dus die gaat niet meer via de anus naar binnen. De echo, we noemen dit transperineale echo, bestaat al langer, alleen de techniek om beelden te analyseren is helemaal nieuw. Ieder stukje van de sluitspier, van rust naar aanspanning, wordt bekeken. Die spieren vervormen daarbij aanzienlijk, en juist die beweging zegt iets over de functie. Op deze manier ontwikkelen we een nieuwe techniek die straks zonder inwendige metingen sneller en beter kan bepalen wat de anatomie en functie is en welk advies over soort bevalling voor die vrouw het beste is. Als de sluitspier intact is met een goede functie, of juist volledig kapot of deels beschadigd, zal het advies heel anders worden. We denken dat we met een 4D echo veel meer kunnen ontdekken over de functie van de anale sluitspier en dat we daarmee echt aan de vooravond staan van kennis, want die is er eigenlijk nog schrikbarend weinig. Deze methode zou ons wel eens heel veel inzichten kunnen geven, veel deuren kunnen openen, we kunnen betere adviezen geven aan vrouwen. Immers, nu heeft een gynaecoloog ook niet alle kaarten in handen om een volledige counseling over de wijze van bevallen te kunnen geven. Waarom dit onderzoek zo moeilijk is? Omdat we, om de echte effectiviteit te bepalen, de vrouwen na de totaalruptuur eigenlijk 30 jaar moeten vervolgen, tot het moment dat de klachten van ontlastingsverlies ontstaan. Een lange termijn studie zou dus ideaal zijn, maar dat is in de wetenschap moeilijk want de meeste beurzen zijn voor vier jaar, niet voor dertig. We laten ons daar niet door uit het veld slaan, want juist in die lange tijdspanne zit de meerwaarde.'

HIAAT

Bellos-Grob: 'Om een begin te maken bundelen de Universiteit Twente en het Martini Ziekenhuis (dr. Marinus van der Ploeg) in Groningen hun krachten. In de komende jaren zal een reeds bestaande dataset van echo's geanalyseerd worden om de verschillen tussen de anale sluitspier functie bij vrouwen die nog nooit zwanger zijn geweest, bij vrouwen na een bevalling zonder schade, bij vrouwen met een totaalruptuur en bij vrouwen met ontlastingsincontinentie te bepalen.'



Anique Bellos-Grob en Jaimy Simmering

BEKKENBODEM CHECK NA BEVALLING

Bellos-Grob: 'We zien nu vaak dat veel vrouwen vlak na hun bevalling een soort bekkenbodemp check laten doen. Even controleren, hoe staat het er daar vanonder bij? De meest voorkomende klacht die we zien, is stress urine-incontinentie (SUI), het verliezen van de plas bij bijvoorbeeld sporten of niezen. Vrouwen met SUI worden vaak als eerste geholpen door een bekkenfysiotherapeut, waarna ongeveer 50% van de vrouwen heel tevreden is met het resultaat. Het probleem is: wat zijn de verschillen tussen de vrouwen die wel en niet tevreden zijn? Wij denken dat dit te maken heeft met de functie van de bekkenbodemp, een verschil in spierfunctie die we net als bij de totaalrupturen met 4D echo kunnen analyseren. Collega Jaimy Simmering is sinds maart met een nieuwe studie gestart, die we de 'FYSIO studie' noemen. Vrouwen krijgen bij Bekkenfysiotherapie Twente de standaard SUI-behandeling, het uitvragen van de klachten, metingen met de vingers, metingen met de MAPLe, maar ook een meting met de 4D echo. We willen uiteindelijk 80 vrouwen includeren die als hoofdklacht SUI hebben. Zien we een verschil tussen vrouwen die wel en die geen verbetering hebben ervaren door bekkenfysiotherapie? Dan kun je er verschillende hypothesen op loslaten. Mensen die helemaal niet weten hoe ze hun bekkenbodemp moeten aanspannen of ontspannen en die dat leren, gaan waarschijnlijk meer functieverbetering halen. Terwijl vrouwen met een goede functie bij intake mogelijk minder effect van de behandeling kunnen verwachten?'

BEKKENBODEM

'De bekkenbodemp is super complex, dat maakt alle metingen, door gebruik van de vinger, met de MAPLe en de 4D echo ook lastig. Een getalletje plakken op de verbetering in bekkenbodempfunctie binnen één patiënt is nog wel te doen,

maar de verschillen tussen patiënten is lastiger vast te leggen. Wij hopen dat de 4D echo hier veel in kan betekenen. Het gaat ons echt om het effect op de lange termijn, en daarbij moeten we ook kijken naar de haalbaarheid. Het gaat ons niet om een leuk nieuw speeltje waarmee je een meting doet, maar dat je echt kijkt waar een vrouw tegenaan loopt en waar de kliniek om vraagt.'

FYSIO STUDIE

Bellos-Grob: 'Wie meedoet aan de studie krijgt de MAPLe en het echo-onderzoek gratis, want we willen dat iedereen mee kan doen aan het onderzoek, niet alleen vrouwen die de MAPLe probe (een meetinstrumentje) kunnen betalen. We hopen dat we binnen een jaar alle echo-metingen gedaan hebben. Het zijn vooral vrouwen uit de regio Twente tussen de 20 en 40 jaar met als hoofdklacht de stress urine-incontinentie eventueel samen met een verzakking.'

VERWACHTING

'Ik ben zelf echt super enthousiast over het onderzoek naar de totaalruptuur. De impact van ontlastingsincontinentie is zo groot en de kennis hierover zo klein, we kunnen hier echt een impact maken. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft de totaalruptuur opgenomen in hun top 12 van kennishiaten. Dit is enorm belangrijk, want naast oncologie en fertiliteit krijgt nu ook de urogynaecologie de aandacht die het verdient. Het is nu aan ons om hier volledig op in te haken en er alles wat er mogelijk is aan publiciteit, nieuw onderzoek en budget uit te halen. Wie weet vinden we in Nederland over enkele jaren wel HET internationaal erkende centrum voor deze problematiek.'

ERVARINGSVERHALEN

HERMIANNE (28)

'Ik had een mooie zwangerschap. Anderhalf jaar geleden kreeg ik mijn eerste kindje, maar dat ging niet zoals ik had verwacht. De weeën kwamen en gingen en de verloskundige dacht dat het een vlotte bevalling zou worden. Maar toen het hoofdje tevoorschijn kwam scheurde ik plotseling in van mijn vagina tot mijn anus. Ze noemden dat een totaal ruptuur. Het is op zich goed genezen, daar heb ik niet al te veel gedoe mee gehad, maar ik merkte wel dat ik geen windjes meer kan tegenhouden. Maar verder had ik eigenlijk geen klachten. Ik ben nu zwanger van mijn tweede kindje. Mijn verloskundige vertelde dat in onze regio het advies is om naar de anale sluitspier te laten kijken met een echo. Tijdens dit onderzoek bracht de arts de echokop een stukje via de anus naar binnen, daarna kreeg ik te horen dat er toch wel wat schade te zien was, maar dat een deel nog goed was. Toen ik vertelde dat ik graag vaginaal zou willen bevallen, zei de arts dat een tweede bevalling een verhoogde kans op weer een totaalruptuur heeft en dus voor meer schade zou kunnen zorgen. Ik schrok daarvan, want ik wilde eigenlijk graag weer een vaginale bevalling. De arts vertelde dat ik daardoor ook een verhoogde kans heb op ontlastingsverlies op latere leeftijd. Daar schrok ik erg van. Ik heb nog geen beslissing genomen, ik wil er eerst goed over praten met mijn partner en dan samen met de arts. Ik vind dat risico wel een horrorscenario. Vooral omdat de dokter me nu nog niet kan zeggen hoe hoog het risico is op klachten op latere leeftijd. Dus ik weet nog niet echt wat voor mij de beste keuze is, een keizersnede of toch een vaginale bevalling.'

SUSIE (34)

'Omdat ik al lange tijd last had van urineverlies tijdens het sporten, dat begon vlak na mijn tweede bevalling, ben ik naar de huisarts gegaan. Ze noemen dit stress urine-incontinentie. Zij verwees me naar een bekkenfysiotherapeut, die in dezelfde groepspraktijk zit. Die wist er daardoor ook meer over te vertellen. Ik was altijd fanatiek bezig met hardlopen, dat was echt mijn manier om te ontspannen na een werkdag op kantoor. Maar nu, ik kon gewoon niet meer lopen zonder dat mijn blaas leegliep. Een tijdlang heb ik dik maandverband gebruikt, maar ook dat hielp op den duur niet meer. Ik ben nu bezig met oefeningen met de bekkenfysiotherapeut, maar de klachten zijn na drie maanden nog niet echt verbeterd. De therapeut zei dat ik beter naar een bekkenbodencentrum zou moeten gaan voor verdere diagnostiek, want nu verlies ik langzamerhand de motivatie om te oefenen. Zij zei dat er dan ook betere methodes zijn om preciezer te kunnen zien wat er aan de hand is, zodat ik richter kan gaan oefenen. Of voor een andere ingreep kan kiezen. Zo weet ik ook beter wat mijn kansen zijn.'

LEONIE (29)

'Twee jaar geleden kreeg ik mijn zoontje. Sinds die tijd heb ik bekkenbodempijn. Dat wordt steeds erger. Mijn huisarts zei dat ik een matige verzakking had, maar dat hij niet dacht dat daar nu al iets aan te doen was. Tot ik het er met mijn buurvrouw over had. Die heeft hetzelfde ervaren en had heel veel baat gehad met bezoeken aan een bekkenfysiotherapeut. Dus daar ben ik toen ook naar toe gegaan. Ik vertelde haar dat de pijn er niet altijd is, maar in de loop van de dag heftiger wordt, vooral als ik actief ben geweest. Ik heb geen last bij plassen of ontlasting. Ook heb ik er geen last van bij het vrijen. De bekkenfysiotherapeut vroeg me of ik heb geoefend na de bevalling. Ja, dat had ik op internet gelezen dus dat heb ik gedaan. Het gekke is dat zij me toen vertelde dat door de verkeerde oefeningen mijn bekkenbodemspier ook in rust te gespannen was geworden en er pijnpunten in de spier waren ontstaan. Dit heet myofasciale triggerpoints. Na een aantal behandelingen met massage en ontspanningsoefeningen verdween de pijn langzamerhand. De therapeut vertelde me dat als ik direct na de bevalling bij haar was gekomen, ik sneller had kunnen leren om de bekkenbodemspier goed aan te spannen en vooral te ontspannen. Dus ik had helemaal geen verzakking, al leek het daar eerst wel op. Ik had gewoon een te gespannen bekkenbodemspier.'

CINDY (31)

Cindy: 'Mijn zwangerschap ging op zich hartstikke goed. Ik liep gewoon bij de verloskundige. Op het einde van mijn zwangerschap hield ik te veel vocht vast. Wel 20 liter denk ik. Toen ik bij week 37,5 werd opgenomen in het ziekenhuis vanwege extreem bloedverlies na het toucheren, en vanwege het vele vocht vasthouden, heb ik erop gestaan om ingeleid te worden. De dag van het inleiden braken mijn vliezen toch spontaan. Daarna had ik binnen zes uur volledig ontsluiting. Alleen lag mijn dochter met haar gezichtje naar boven gericht, wat ook wel een sterrenkijker genoemd wordt. Haar draaien lukte niet. Op een gegeven moment mocht ik beginnen met persen. De gynaecoloog die na anderhalf uur persen kwam kijken, gaf me toen de keuze tussen een keizersnede, of een vacuüm met een knip. Ik was bang voor het herstel van een keizersnede, dus ik koos voor de vacuüm met knip. De arts gaf wel aan dat als mijn dochter er niet binnen een half uur was, het nog een spoed keizersnede zou worden. Mijn dochter werd uiteindelijk na bijna twee uur geboren. Door het vele bloedverlies tijdens het bevallen en een totaal ruptuur ben ik direct doorgedaan naar de operatiekamer. Ik was ingescheurd van vagina tot mijn anus. Dat is toen allemaal hersteld. Ik vond dat wel heftig en had ik zeker niet verwacht. Ook de weken daarna heb ik veel last gehad van mijn herstel. Ik had de eerste twee weken geen controle over mijn blaas en kringspier.'



Bij de controle na zes weken bij de gynaecoloog die me had geopereerd, zei zij: 'We hebben het iets te strak gehecht. Als je daar problemen mee ervaart, bel maar'. Daar ben ik twee maanden geleden weer aan geopereerd. Mijn vagina was zo nauw, dat gemeenschap gewoon niet ging. Ik kon er nog geen tampon inbrengen en ervaarde veel pijn.'

'Ik had eigenlijk niet heel veel last na die hersteloperatie. Wellicht omdat ik het vergeleek met mijn bevalling, viel het me echt mee. Mijn bekkenfysiotherapeut, waar ik nu nog regelmatig kom, vond dat het er mooi uitzag. Ik oefen nu samen met haar om mijn bekkenbodemspieren te gebruiken en om te ontspannen en de controle terug te krijgen. Vandaag heb ik toevallig voor het eerst weer een tampon in gedaan. Dat vond ik heel eng maar het ging goed. Ik ben

intussen gescheiden, dus ik heb geen partner. Mijn relatie liep niet lekker, er speelde veel in onze relatie en geen intimiteit werkt niet mee. Dus dat was alles bij elkaar best heftig met een kindje van nu 11 maanden.

Bij de eerste bekkenfysiotherapeut had ik niet echt het idee dat ik meer controle kreeg over mijn bekkenbodemspier. Deze nieuwe therapeut kwam toevallig op mijn pad en zij heeft me uitgelegd hoe het allemaal in elkaar zit en wat ik wel en niet kan doen. Het is heel fijn en belangrijk om hierin begeleid te worden. Veel vrouwen 'durven' dit niet, of schamen zich. Ik merk zeker verbetering en zou iedereen een bekken fysio aanraden na een wat lastige bevalling.'

EFFECTEN VAN EEN KEIZERSNEE OP DE BEKKENBODEM: HOUD REKENING MET GEVOLGEN OP LANGE TERMIJN

Een keizersnede is een veelvoorkomende ingreep die levensreddend kan zijn voor zowel moeder als kind. Ongeveer 18 procent van de bevallingen vindt op die manier plaats. Echter, er wordt steeds meer bekend over de mogelijke lange termijn gevolgen van deze operatie, zelfs voor vrouwen die geen directe klachten ervaren. Robert de Leeuw, gynaecoloog aan het Amsterdam UMC, vertelt om welke gevolgen het kan gaan.



Robert de Leeuw

‘Bij 60 % van de vrouwen ontstaat na de keizersnede een niche. Dit is een niet goed genezen litteken in de spierwand van de baarmoeder. Hoewel dit vaak zonder symptomen blijft, kan het in 30 % van hen leiden tot vervelende klachten met veel effect op de kwaliteit van leven, zoals abnormaal bloedverlies of pijnlijke menstruaties.

Niches gaan vaak samen met verklevingen tussen de baarmoeder en de blaas. Verklevingen zijn strengen van littekenweefsel die zich kunnen vormen tussen de blaas en de baarmoeder. Verklevingen komen bij vrijwel elke buikoperatie voor, en kunnen in sommige gevallen chronische buikpijn veroorzaken. Hoewel deze pijn vaak niet direct wordt geassocieerd met de eerdere keizersnede, kan het wel degelijk een gevolg zijn van de ingreep. Een deel van de klachten kunnen komen door deze verklevingen, en een deel door de niche zelf.

De meest voorkomende klachten zijn:

- Spotting: dit zijn kleine hoeveelheden roze, helderrood bloedverlies of bruine afscheiding
- Dysmenorroe: dit is hevige pijn tijdens de menstruatie
- Chronische pijn: dit is een continue onderbuikpijn langer dan zes maanden
- Verminderde vruchtbaarheid: partners die langer dan 12 maanden proberen zwanger te worden.

Eerder onderzoek heeft laten zien dat meer dan 50% van de vrouwen die voor de keizersnede geen pijnlijke menstruaties hadden, na de keizersnede dit wel hadden. Van deze vrouwen kreeg 30% ernstige pijn tijdens de menstruatie. Het is dus belangrijk dat vrouwen die deze symptomen ervaren, dit bespreken met hun arts, vooral als zij eerder een keizersnede hebben ondergaan.

Hoewel deze complicaties zorgwekkend kunnen klinken, is het belangrijk om te benadrukken dat ze niet bij elke vrouw voorkomen. Toch is het essentieel om goed geïnformeerd te zijn en eventuele symptomen niet te negeren.

Tot slot, hoewel een keizersnede in veel gevallen een veilige en noodzakelijke ingreep is, zijn er wel degelijk lange termijn risico's verbonden aan de operatie. Door je bewust te zijn van deze mogelijke complicaties, kun je beter voorbereid zijn en tijdig medische hulp inschakelen indien nodig.’

'BAREN BUITEN DE BOX': EEN PLEIDOOI VOOR GELIJKWAARDIGE ZORG

Op 30 april 2024 verscheen 'Baren buiten de box' van verloskundige en onderzoeker Bahareh Goodarzi en journalist Daan Borrel. Het boek is een pleidooi om het risico op ziekte en sterfte tijdens zwangerschap en baring te verminderen door gelijkwaardige zorg.

In het boek beschrijven de auteurs dat meer dan de helft van de vrouwen die een kind baren de zorg niet altijd als respectvol, maar juist als grensoverschrijdend of zelfs gewelddadig ervaren. Zwangere vrouwen in een slechtere economische positie hebben vaker een vroeggeboorte of een te kleine baby, dan zij die in een betere economische positie verkeren. De kans op sterfte bij vrouwen en baby's is veel groter onder mensen van kleur dan onder witte mensen. Zij vallen volgens de auteurs dus 'buiten de box'. En dat in een land waar iedere vrouw recht heeft op dezelfde zorg bij zwangerschap en bevalling. In 'Baren buiten de box', komen naast de uit Iran afkomstige verloskundige Goodarzi ook een gynaecoloog, een arbeidspycholoog, een hoogleraar gezondheidsrecht en een kinderarts aan het woord over discriminatie in de Nederlandse geboortezorg. Ze tonen aan hoe vrouwen die afwijken van het Nederlandse gemiddelde, of dat nu seksuele voorkeur, een migratieachtergrond of armoede is, een hogere kans hebben om hun bevalling te ervaren als gewelddadig of niet respectvol, én ze hebben een hogere kans op ziekte of sterfte. Dus het zijn niet (alleen) de genen die bepalen hoe een zwangerschap en bevalling verloopt, maar sociaal-maatschappelijke factoren.

'GEWELDIGE' OF 'GEWELDDADIGE' GEBOORTEZORG'

Volgens Goodarzi is de geboortezorg in Nederland goed met een laag sterftcijfer van zowel moeder als kind. De verloskundige en filosoof Rodante van der Waal (31), zegt in het boek dat het gaat over alle vormen van niet-respectvolle, grensoverschrijdende of gewelddadige zorg rondom de bevalling, oftewel: 'obstetrisch geweld'. Op deze nieuwe term wordt defensief gereageerd volgens van der Waal. Maar de term gaat over systemisch, institutioneel geweld, wat vrouwen zelf ervaren. Een voorbeeld daarvan is volgens Van der Waal: inwendig onderzoek terwijl je dat niet wilt. Als je in Nederland zegt dat je geen inwendig onderzoek wilt, gebeurt het in bijna 60 procent van de gevallen toch. Dat kan vooral voor moslimvrouwen als een trauma worden ervaren, vooral als een man dat doet.

KNIP

Van der Waal beschrijft in haar aandeel hoe een knip, waardoor het hoofdje van de baby sneller naar buiten komt, soms zonder enige vorm van overleg wordt gezet. Het percentage bevallingen waarbij een knip wordt gezet varieert sterk tussen ziekenhuizen en zorgverleners, zegt ze, van 10 tot 60 procent. Soms is dat het protocol van dat ziekenhuis. Uit onderzoek werd duidelijk dat obstetrisch geweld in Nederland twee keer zo vaak voorkomt bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond. In Groningen werd onderzoek gedaan naar de sterfte onder baby's die tussen 2012 en 2016 werden geboren in het asielzoekerscentrum Ter Apel. Dat bleek zeven keer hoger te zijn dan onder baby's in dezelfde periode in dat deel van het land. Kinderarts Niloufar Ashtiani (40), functioneerde tijdens haar opleiding vaak als mediator tussen artsen en patiënten met een andere culturele achtergrond. 'Artsen hebben soms vooroordelen en zijn niet altijd alert op klachten van een vrouw die bevalt. Vooral ook omdat door taalproblemen een beslissing vaak niet kan worden besproken terwijl dat wel de regel is in Nederland. Als artsen geen oog hebben voor hun eigen blinde vlekken hapert de communicatie. Qua zorg maakt het niet uit waar de vrouw oorspronkelijk vandaan komt, qua cultuur natuurlijk wel. Racisme mag daarbij geen rol spelen.'

Een opzien'arend' boek.



Bahareh Goodarzi & Daan Borrel:
Baren buiten de box. Over hoe de
geboortezorg niet voor iedereen
gelijk is De Arbeiderspers, 204 blz.
€21,99

BEWUSTWORDING OVER HUMAAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) EN PREVENTIE

Lena Hillenga, bestuurslid B4A, en werkgroep lid HPV, vertelt over de stand van zaken.

Uit onderzoek blijkt dat veel vrouwen, net als ik, behoefte hebben aan informatie, contact met lotgenoten en ervaringsverhalen over de preventie van HPV. Patiëntenorganisaties zoals Stichting Bekkenbodem4All (B4All) en Stichting Olijf vinden het belangrijk om vrouwen bewust te maken van dit onderwerp. Samen willen ze ons aanmoedigen om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek en bij klachten op tijd naar de huisarts te gaan.



Lena Hillenga

WAT IS HPV?

HPV, oftewel humaan papillomavirus, is een heel besmettelijk virus dat soms kanker kan veroorzaken. Het wordt vooral overgedragen via seksueel contact, zoals geslachtsgemeenschap, pijpen, beffen, anale seks of ander lichamelijk contact met de vagina, penis, handen, huid of mond. HPV-infecties komen veel voor; ongeveer 80 tot 90% van de mensen raakt op een bepaald moment in hun leven besmet, ik dus mogelijk ook. Vaak merk je er niets van en gaat het vanzelf over.

HPV-VIRUS EN ZWANGERSCHAP

Veel vrouwen vragen zich af of je zwanger mag worden als je HPV hebt. Het antwoord is: ja, dat mag. Het virus heeft geen invloed op de zwangerschap of de baby. Slechts in zeldzame gevallen, bij 1 op de 100.000 baby's, kan een baby tijdens de bevalling in contact komen met het virus. De kans dat een kind het HPV-virus bij de bevalling van de moeder krijgt, is veel te klein om bij moeders met het HPV-virus een keizersnede te doen in plaats van een natuurlijke bevalling. (bron: zozwanger.nl). Bij twijfel: vraag het aan je gynaecoloog.

UITSTRIJKJE TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

Als je zwanger bent, wordt aangeraden om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker. Het is beter om te wachten tot minimaal zes weken na de bevalling. Wanneer je de uitgerekenende datum doorgeeft aan Bevolkingsonderzoek Nederland, krijg je automatisch

zes weken na de bevalling een nieuwe uitnodiging voor het onderzoek. Hetzelfde geldt voor de zelfafnameset, ook die kan je beter na de zwangerschap gebruiken.

HPV-VIRUS EN BEVALLEN

Wat betreft bevallen als je HPV draagt: een HPV infectie geeft geen risico voor de baby. Tijdens de zwangerschap beschermen de vliezen de baby. Het virus kan alleen overleven in een bepaald type cellen: de cellen van het overgangsslijmvlies. Deze cellen van de baby komen tijdens de bevalling niet in contact met de baarmoedermondcellen, dus er treedt geen infectie op tijdens de bevalling.

VEELGESTELDE VRAGEN OVER HPV

Meer informatie over HPV kun je hier vinden:

- HPV en baarmoederhalskanker
- HPV - Humaan Papillomavirus | RIVM

Heb je nog vragen over HPV? Dan kun je ook terecht bij de volgende patiëntenorganisaties:

- Bekkenbodem4All
- Stichting Olijf

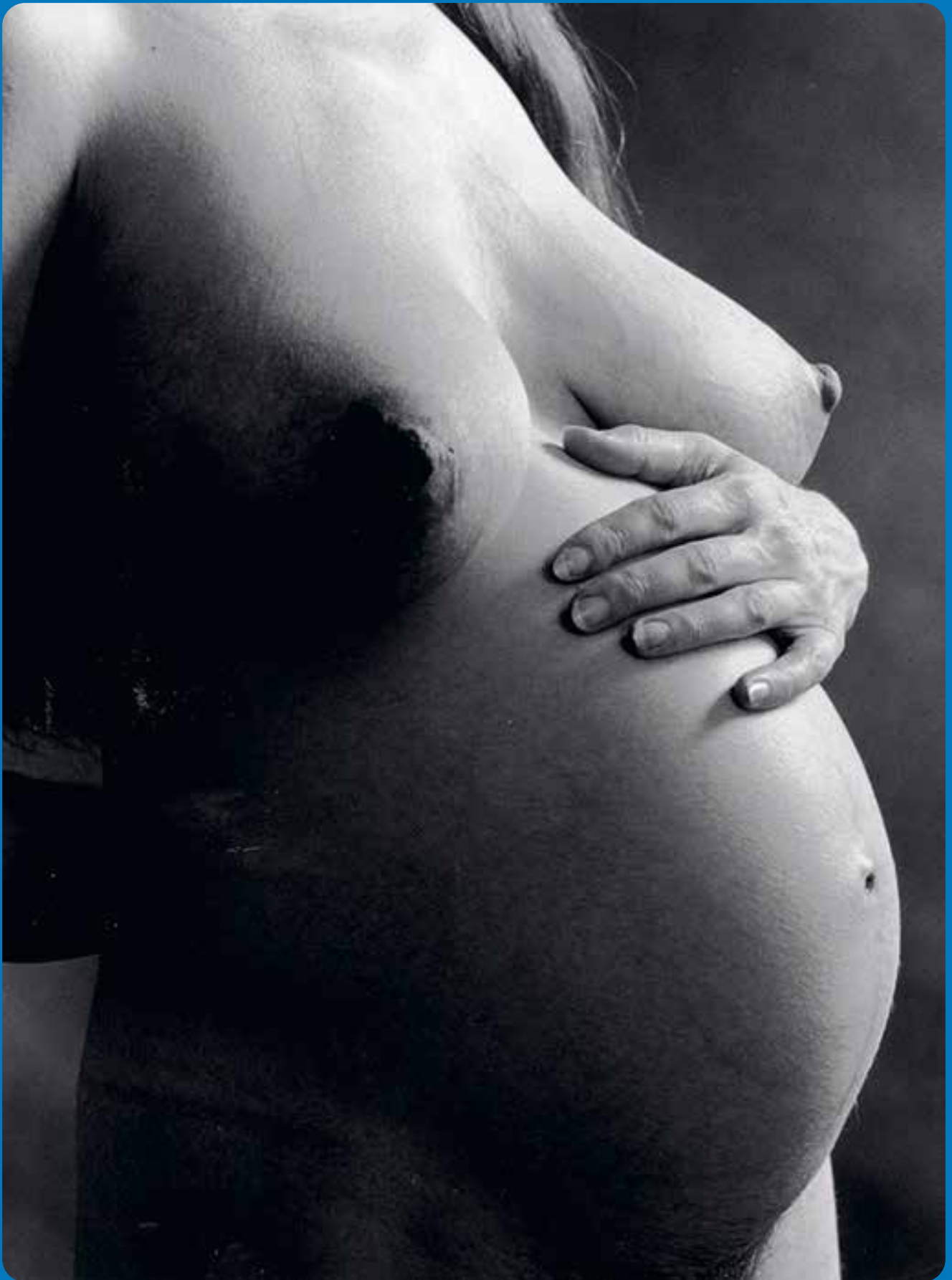
PODCASTS OVER HPV

In het najaar komen er podcasts waarin Patiëntenorganisaties Stichting Bekkenbodem4All (B4All) en Stichting Olijf de ervaringen van vrouwen met HPV bespreken. In elke aflevering praat een vast tafelhoofd, Ravi Vermeulen, met een specialist en een ervaringsdeskundige. De afleveringen richten zich vooral op jonge vrouwen tussen 20 en 40 jaar, waaronder ikzelf. Elke aflevering duurt ongeveer 30 minuten en onderwerpen die aan bod komen zijn onder andere:

1. Wat is HPV? Feiten en fabels.
2. Het eerste uitstrijkje: waarom is het belangrijk en wat kun je verwachten?
3. Wat gebeurt er na een afwijkend uitstrijkje? Hoe ga ik om met onzekerheid?
4. Zwangerschap, seksualiteit en de invloed van HPV op mijn relatie.

Houd de websites van Bekkenbodem4All en Olijf in de gaten voor meer informatie over deze podcasts!

Bron: kanker.nl Veelgestelde vragen





Weer zorgeloos genieten van het leven

Met betrouwbaar incontinentiemateriaal kun je je leven leiden zoals jij dat wilt.

Met ABENA ben je verzekerd van:

- ✓ Deense kwaliteit
- ✓ Bewezen huidvriendelijk met Dermatologisch getest label
- ✓ Bewezen milieuvriendelijk met FSC en Nordic Swan Ecolabel

Bel **0485 58 11 50** voor persoonlijk advies.

www.abena.nl | support@abena.nl



**Nederlandse Vereniging
voor Bekkenfysiotherapie**
Aangesloten bij NMGF

Waar heeft u last van > Klachten rondom zwangerschap & bevalling > Bekken(bodem)check

Controleer je bekken(bodem)

Ben je langer dan zes weken geleden bevallen? Vul dan deze vragenlijst in. Je kunt hiermee nagaan of je klachten hebt in en rond je bekken. Of dat je kans hebt die later te krijgen. Als je klachten hebt in en rond je bekken kun je daar veel aan doen. Ook om ze te voorkomen. We kijken naar de antwoorden die jij invult en geven je dan een advies dat bij jou past.

START DE BEKKEN(BODEM) CHECK
SCAN DE QR-CODE



Bekken en bekkenbodem

Je bekken vormt een van de belangrijkste onderdelen van je lijf. Het verbindt je ruggengraat met je benen. Ook draagt het bekken het gewicht van je bovenlijf en bepaalt hoe jij je beweegt. De bekkenbodem vind je aan de onderkant van je bekken. Het bestaat uit bindweefsel en spieren. Die dragen samen de organen in het bekken: je blaas, je baarmoeder met je schede en je darmen. Ze openen en sluiten het bekken aan de onderkant af.