

MANCHESTER PROCEDURE

Toolkit voor implementatie

Doel

De implementatie van nieuw beleid, in dit geval de Manchester procedure, kan in de praktijk best wat voeten in de aarde hebben. Om artsen hierbij te ondersteunen, hebben we deze compacte toolkit ontwikkeld. Hierin bieden we concrete handvatten voor de implementatie, zodat dit minder voorbereidingstijd kost en soepeler verloopt. De toolkit helpt u stap voor stap op weg, met praktische tips en hulpmiddelen die direct toepasbaar zijn in uw ziekenhuis. Deze toolkit is bedoeld voor gynaecologen die nog moeten starten met het aanbieden van de Manchester procedure of hun proces rondom de implementatie van de procedure willen verbeteren. De inhoud kan ook als voorbeeld dienen voor het invoeren van andere operaties of innovaties.

Inhoud

1. Checklist implementatie
2. Beschikbare mentoren
3. Onderwijsvideo
4. Links naar onderwijsmateriaal/cursussen
5. Standaard OK verslag
6. Materiaallijst
7. Voorbeeld patiëntinformatie
8. Standaardtekst counseling EPD
9. Flowchart indicatiestelling



Checklist voor implementatie

Implementatie voorbereiding		
Thema	Wie	Hulpmiddel toolkit beschikbaar?
Vorbereiding & Draagvlak <ul style="list-style-type: none"> • Creëer draagvlak binnen het team: bespreek voordelen, risico's en randvoorwaarden. • Verdelen verantwoordelijkheden: benoem een projectleider en projectteam. 	<p>Gynaecoloog</p> <p>Vakgroep</p>	
Scholing & training <ul style="list-style-type: none"> • Is er een 'trainer' beschikbaar om de operateurs te trainen? • Is er een OK dag gepland voor training (intern/extern)? • Is er aanvullend onderwijs(materiaal) nodig voor de operateurs? • Is er aanvullende scholing voor verpleegkundigen en OK-assistenten nodig? 	<p>Projectleider</p> <p>Projectleider + OK planning</p> <p>Operateurs / arts-assistenten</p> <p>Projectleider + OK assistenten + verpleegkundigen</p>	<p><i>Onderdeel 1: Beschikbare mentoren</i></p> <p><i>Onderdeel 2 en 3: Onderwijsvideo en aanvullende cursussen</i></p>
Logistiek & materiaal <ul style="list-style-type: none"> • Controleer of instrumentarium, materialen en het OK verslag beschikbaar zijn. • Betrek OK-team & anesthesie: bespreek praktische gevolgen van de techniek. Stel indien nodig een nieuw protocol op. • Vernieuw de patiënten folders met informatie over de nieuwe operatie. • Voeg eventueel een standaardtekst voor counseling toe aan het EPD. 	<p>Projectleider + OK-assistenten</p> <p>Projectleider + OK team + anesthesie</p> <p>Projectleider + administratie</p> <p>Projectleider</p>	<p><i>Onderdeel 4 en 5: OK verslag en materiaallijst</i></p> <p><i>Onderdeel 6: Patiëntfolders</i></p> <p><i>Onderdeel 7: Standaardtekst counseling</i></p>

Checklist voor implementatie (deel 2)

<p>Protocollen & beleidsvoering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is er een nieuw protocol nodig ten aanzien van: indicatiestelling, pre-/post-operatief beleid, complicatiemanagement? • Stem het project af met ziekenhuisbrede commissies (bijv. complicatieregistratie, infectiepreventie). • Zijn er financiële gevolgen van deze wijziging ? 	<p>Projectleider</p> <p>Projectleider + relevante commissies</p> <p>Projectleider + management</p>	<p><i>Onderdeel 8: Flowchart indicatiestelling</i></p>
<p><i>Uitvoering en evaluatie</i></p>		
<p>Vaardigheden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is de leercurve voldoende gewaarborgd? • Zijn er genoeg patiënten ingepland na de trainingsdag? 	<p>Projectleider / operateurs</p> <p>Projectleider / OK planning</p>	
<p>Monitoring & Evaluatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Start met pilotfase: evalueer na eerste X aantal procedures. • Plan evaluatiemomenten: bespreek complicaties, leercurve, patiënttevredenheid. 	<p>Vakgroep</p> <p>Vakgroep</p>	

Onderdeel 1: Beschikbare mentoren

De volgende gynaecologen hebben aangegeven beschikbaar te zijn als mentor voor het aanleren van de Manchester procedure. U kunt hen benaderen om de mogelijkheden te bespreken voor een dag meekijken op de operatiekamer of een andere vorm van supervisie.

Hugo van Eijndhoven, Isala Zwolle	E-mail: H.w.f.van.eijndhoven@isala.nl
Sanne van Leijsen, Maxima MC Veldhoven	E-mail: Sanne.van.Leijsen@mmc.nl
Mirjam Weemhof, Zuyderland Sittard	E-mail: M.weemhoff@zuyderland.nl
Diana Massop, Medisch Spectrum Twente	E-mail: D.Massop-Helmink@mst.nl
Astrid Vollebregt, Spaarne gasthuis Haarlem	E-mail: AVollebregt@spaarnegasthuis.nl
Marinus van der Ploeg, Martini Groningen	E-mail: JM.vd.Ploeg@mzh.nl
Jackie Stoutjesdijk, CWZ Nijmegen	E-mail: J.stoutjesdijk@cwz.nl
Wenche Klerkx, St. Antoniusziekenhuis Utrecht	E-mail: W.klerkx@antoniuziekenhuis.nl

Wilt u worden toegevoegd aan deze lijst? Mail naar lisa.stoter@radboudumc.nl.

Onderdeel 2: Onderwijsvideo

Via onderstaande link vindt u de onderwijsvideo voor het aanleren van de Manchester procedure. Deze video biedt een visuele toelichting op de operatietechniek en kan ter voorbereiding of nascholing worden gebruikt.

<https://www.youtube.com/watch?v=qT4X3ac3zGA>

Onderdeel 3: E-learnings & cursussen

- *E-learning Manchester repair* – Incision Academy: Modified Manchester Repair of Pelvic Organ Prolapse (account vereist, 1 gratis cursus bij aanmelden).
- *Jaarlijkse cursus 'Laparoscopische en vaginale bekkenbodenchirurgie'* – Health Academy Radboudumc. Meer informatie via Kirsten Kluivers: kirsten.kluivers@radboudumc.nl.

Heeft u zelf een cursus die binnen dit thema past? Meld deze dan aan:

Lisa.stoter@radboudumc.nl.

Onderdeel 4: Standaard OK verslag Manchester procedure (deel 1)

Ingreep Manchester procedure

Indicatie: <xxx>

Antibiotica: Kefzol/Flagyl. <spinale/algehele> anesthesie. Gepositioneerd in steensnedeliggig. Desinfectie dmv <xxx>. Steriel afdekken. <1-malige catheterisatie/inbrengen verblijfskatheter>.

Pre-incision time-out.

Manchester: Inbrengen achterwandspeculum. Aanhaken van de portio. <wel / geen hydrodissectie met NaCl xxxx>. Circumcisie portio, inknippen septum vesico- cervicale en afschuiven blaas van de cervix. Afschuiven van het epitheel rondom, zodat aan de dorsale zijde van de cervix de sacro-uteriene ligamenten zichtbaar worden. De sacro-uteriene ligamenten worden extraperitoneaal gereefd met <3 / 4 Vicryl/oplosbaar multifilament dikte 1 hechtingen>. <Optioneel: Hiervan gaat de laatste hechting door sacro-uteriene ligamenten ook door het vagina- epitheel van de fornix posterior startend en uitkomend in de vagina. > Hechtingen worden lang gelaten.

Voorwandplastiek: Vaginawand oppakken met kochers. Ondermijnen vaginavorwand vanuit apicale incisie, inknippen in mediaanlijn met Metzenbaum tot 2 cm onder de urethra. Vrijprepareren blaas van de vaginawand naar lateraal tot onder symfyse en ramus inferior os pubis. Plaatsen van <aantal en type > reefhechtingen ter approximatie van de vesicovaginale fascie en knopen hechtingen. Vervolgens worden de ligamenta cardinalia met een stevige bite in een reefhechting < Vicryl oplosbaar multifilament 1> op de voorzijde van de cervix geknoopt. Excisie overtollig vaginaepitheel. Doorlopend, <wel/niet> gefestonneerd, sluiten van vagina epitheel met <Vicryl oplosbaar multifilament 2-0>. >

Distaal van de cardinalia hechtingen wordt de portio <diathermisch/met mes> geamputeerd en <wel/niet> voor PA onderzoek aangeboden. Ligaturen van de sacro-uteriene ligamenten worden nu geknoopt, behoudens de hechting die begint en eindigt in de vagina. Vervolgens wordt een tweetal Sturmdorfhechtingen gelegd (anterior en posterior) waarmee de cervix wordt bedekt en waarbij het ostium van de cervix vrij blijft. Er zijn nog <aantal> hechtingen nodig om de vaginatop verder te sluiten. De laatste hechting door de sacro-uteriene ligamenten (die begint en eindigt in de vagina) wordt nu geknoopt.

Onderdeel 4: Standaard OK verslag Manchester procedure (deel 2)

<**Achterwandplastiek** [wordt aangeraden om laagdrempelig uit te voeren]: Op basis van rectaal toucher wordt geoordeeld dat een combinatie met vagina achterwandplastiek nuttig is.> Kochers plaatsen op perineum, <ruit- of driehoekvormige> excisie van het epitheel van vestibulum en distale vagina achterwand. Incisie in de mediaanlijn tot top van de rectocèle. Afprepareren rectocèle van vagina-epitheel, waarna plaatsen <aantal> reefhechtingen ter approximatie perirectale fascie met <Vicryl oplosbaar multifilament hechting dikte 2-0>. Trimmen overtollig vagina-epitheel, en doorlopend sluiten met < Vicryl oplosbaar multifilament hechting dikte 2-0>.>

Plaatsen van een <verblijfskatheter en> vaginale tampon.

Alle gazen en instrumentarium en naalden zijn compleet.

Urine: <helder/troebel/bloederig>.

Bloedverlies: <xxx> ml.

Snijtijd OK: <xxx> min.

Complicaties peroperatief: <geen/ xxx >

Bijzonderheden:

Postoperatief:

- Tampon verwijderen om: <xxx>
- CAD verwijderen om: <xxx>
- Na verwijderen CAD uitvoeren mictie-trial: geplast volumen en residu noteren.
Acceptabel residu: <xxx>mL. (volgens lokaal protocol)

Onderdeel 5: Materiaallijst

Onderstaand vindt u een overzicht van de minimaal benodigde instrumenten voor de Manchester procedure. Uiteraard kan hiervan worden afgeweken op basis van persoonlijke voorkeur of specifieke klinische omstandigheden.

Aantal	Instrument
2	VAGINAALSPECULEM BREISKY diverse maten (voorwandspeculum)
2	VAGINAALSPECULUM DOYEN diverse maten (achterwandspeculum)
2	CHIRURGISCH PINCET STANDAARD 1+2 TAND 200MM of <i>CHIRURGISCH PINCET GILLIES 1+2 TAND GEGROEFD 155MM</i>
2	ATRAUMATISCH PINCET DE BAKEY RECHT 200MM BEK 2,8MM
2	DEPERTANG FOERSTER BALLINGER RECHT 180MM
4	DARM/WEEFSEL PAKTANG ALLIS 190MM 5+6 TAND
4	ATRAUMATISCHE HYSTERECTOMIE KLEM HEANEY GEBOGEN 220MM
2	HAAKTANG SCHROEDER 250MM
2	ARTERIE KLEM KOCHER RECHT 140MM 1+2 TAND
2	DUROGRIP NAALDVOERDER WERTHEIM 240MM
1	PREPAREER SCHAAR MAYO HARRINGTON GEBOGEN 230MM
1	PREPAREER SCHAAR NELSON METZENBAUM GEBOGEN 230MM
1	UTERUSSONDE SIMS 330MM DIAMETER 4MM BUIGBAAR
1	CHIRURGISCHE SCHAAR RECHT STOMP/SPITS 145MM STANDAARD MODEL
1	SCALPELHOUDER

Afdekmaterialen:

Conform vaginale uterusextirpatie / sacrospinale fixatie.

Extra benodigdheden:

- Hechtdraad: Vicryl 1, Vicryl 2-0
- Gynaecologisch tampon
- Deppers
- Optioneel diathermie
- Katheter (eenmalig of verblijfskatheter) + installagel + 10 cc aqua dest bij verblijfskatheter.
- Optioneel 20 cc NaCl 0.9% met <xxx> voor hydrodissectie

Onderdeel 6: Voorbeeld patiëntinformatie

In onderstaande bronnen vindt u enkele patiëntfolders voor de Manchester procedure ter naslag:

- <https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/behandelingen/manchester-fothergill-operatie>
- <https://webshare.zenya.work/t25004jn9vryq9ss/Document.aspx?websharedocumentid=cc856e29-416f-4869-808a-10bce0614eb7>

Voorbeeld tekst voor informatiefolder:

Uw behandelend arts heeft vastgesteld dat u een verzakking heeft van de baarmoeder. Meestal gaat dit samen met een verzakking van de blaas en/of darm.

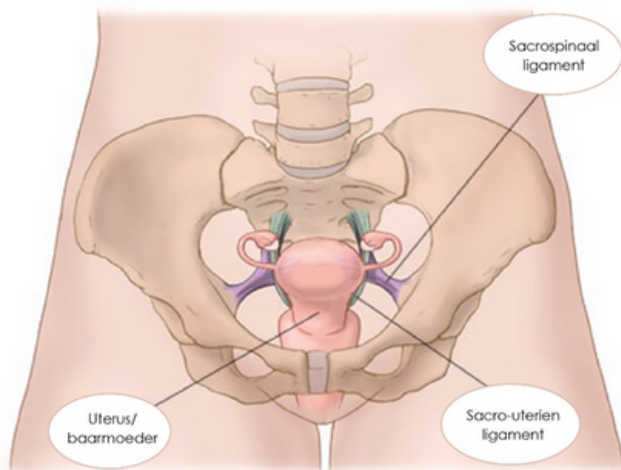
Bij ongeveer 40% van alle Nederlandse vrouwen komt een verzakking voor. Een verzakking ontstaat door een verzwakking van de spieren en het bindweefsel die samen de bekkenbodem vormen. Als gevolg van deze verzwakking kan de positie van de blaas, baarmoeder, schede en endeldarm veranderen waardoor verzakkingsklachten ontstaan. Deze klachten bestaan uit: een zwaar gevoel of balgevoel in de schede, problemen met het ophouden van urine, problemen met plassen, problemen met de stoelgang en/of problemen met seksueel functioneren.

U gaat mogelijk samen met uw behandelend arts kiezen voor een operatie om de verzakking te behandelen. De verzakte organen (blaas, baarmoeder en/of darm) worden weer op de juiste plaats teruggebracht. In sommige gevallen kunnen deze organen als een balletje uit in de opening van de schede. Deze operatie wordt bij een eerste operatie bijna altijd vaginaal uitgevoerd. De operatie bestaat uit het ophangen van de baarmoeder met hechtingen of het verwijderen van de baarmoeder. Het verwijderen van de baarmoeder heeft geen voordeel voor u, tenzij er problemen met de baarmoeder zijn anders dan de verzakking. Een baarmoedersparende verzakkingsoperatie kan op twee manieren:

- De eerste manier is de Manchester procedure (ook wel Manchester Fothergill procedure genoemd), waarbij de baarmoedermond wordt verwijderd. Vervolgens worden de banden van de baarmoeder zelf, die de baarmoeder verbinden met het heiligbeen en meestal uitgerekt zijn door de verzakking, ingekort en naar elkaar toe gehecht om de baarmoeder op te trekken (de sacro-uteriene ligamenten, groen in de afbeelding).

Onderdeel 6: Voorbeeld patiëntinformatie (deel 2)

- De andere manier is de sacrospinale fixatie, waarbij met 2 onoplosbare hechtingen de baarmoedermond wordt vastgezet aan een stevige band aan de zijkant in het bekken (het sacrospinale ligament, paars in de afbeelding).



Uw behandelend arts heeft met u besproken of er ook tegelijkertijd een operatie moet plaatsvinden voor een blaas- of darmverzakking. Dit bestaat dan uit een correctie met oplosbare hechtingen en lichaamseigen weefsel (zogenaamde vagina voor- en/of achterwandplastiek). Er wordt hierbij geen kunststof of bekkenbodemmatje gebruikt. Soms wordt ook pas tijdens de operatie duidelijk of het nodig is om ook gelijk een operatie voor een blaas- of darmverzakking te doen.

Effectiviteit: Het succespercentage na vijf jaar is ongeveer 82%. Er is dus wel een kans dat in de toekomst een verzakking terugkomt waarvoor weer een behandeling nodig is. Vijf jaar na de operatie ervaart 85% van de patiënten hun situatie als beter dan vóór de operatie.

Complicaties: Een infectie of bloeding kan voorkomen. Er is een zeer klein risico op onbedoelde beschadiging van andere organen zoals blaas of darm. Dit heeft aanvullende behandelingen en een langere herstelduur tot gevolg. Plassen en ontlasting kunnen veranderen, dat is vaak tijdelijk. Enkele dagen (zelf)katheterisatie van de urine is soms nodig. Zogenaamde gemaskeerde stressincontinentie (urine incontinentie) kan voorkomen doordat de weerstand in de plasbuis af kan nemen als de verzakking verdwijnt. Dan kan een aanvullende behandeling nodig zijn. Onbegrepen pijnklachten komen voor en er is een risico op pijn bij het vrijen (tot 10%).

Onderdeel 7: Standaardtekst counseling EPD

Gesproken met: (...)

Besproken ingreep: Manchester procedure (met eventueel achterwandplastiek)

Gewezen op schriftelijke uitleg op de website, link meegegeven.

Alternatieven:

- Geen behandeling
- Bekkenfysiotherapie
- Pessarium
- Sacrospinale fixatie of vaginale uterusextirpatie met topfixatie

Uitleg procedure:

- Vaginale ingreep met eigen weefsel, instulpen blaas, amputeren van de cervix, naar elkaar toe hechten van de eigen bindweefselbanden van de uterus.
- Duur ingreep 60 minuten
- Kennismaking met anesthesioloog preoperatief dan keuze spinale of algehele anesthesie
- Blaaskatheter tijdens en na de ingreep

Succes en complicatierisico's

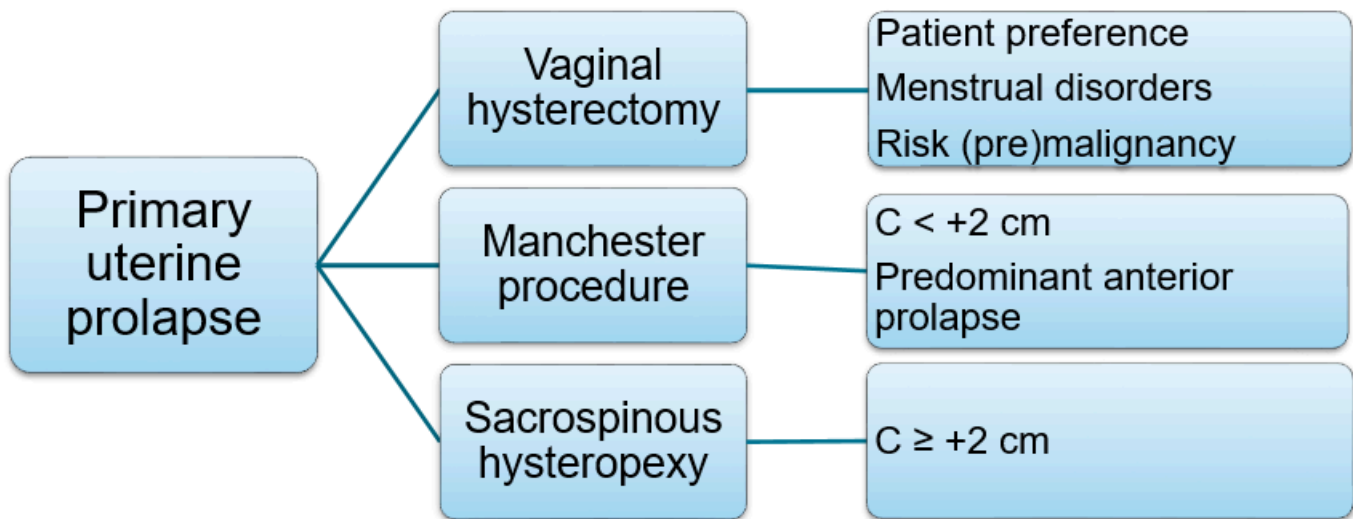
- Succespercentage na vijf jaar is ongeveer 82%, kans op heroperatie is aanwezig
- Algemene complicatie: (na)bloeding of (blaas)infectie erg klein
- Risico op schade aan de blaas of darm nihil.
- Mictieproblemen postoperatief, mogelijkheid van zelfkatherisatie
- Stress urine-incontinentie, 8% TVT operatie in tweede instantie
- De novo dyspareunie of pijnklachten tot 10%
- Afsluiting van de baarmoeder door littekenvorming

Na de ingreep

- Opnameduur: 1 nacht
- Blaas/katheter en vaginaal tampon postoperatief
- Leefregels: activiteiten oppakken na 2 weken; vermijd tot 6 weken coitus, fietsen, persen, zwaar tillen.

Geïnformeerd en akkoord mee-opereren aios/differentiant/fellow: (ja / nee)

Onderdeel 8: Flowchart beslisondersteuning prolapsoperaties



Bron: Flowchart operatieve behandeling van uterus prolaps op basis van uitkomsten van de SAVE-U en SAM studie.