

PERCUTANE ABLATIE VAN LEVERTUMOREN

INHOUD

01	Percutane ablatie van levertumoren	4
02	Wat is een percutane leverablatie?	4
03	Verloop van de behandeling	4
04	Aandachtspunten voor de behandeling	5
05	Na de procedure	6
06	Mogelijke risico's	6
07	Vragen?	6

01 PERCUTANE ABLATIE VAN LEVERTUMOREN

Je ondergaat binnenkort mogelijk een percutane tumorablatie. In deze brochure geven we je meer informatie over die behandeling en de mogelijke gevolgen. Stel gerust bijkomende vragen aan je behandelende arts.

02 WAT IS EEN PERCUTANE LEVERABLATIE?

Thermische ablatie is een minimaal invasieve techniek voor de behandeling van goedaardige en kwaadaardige levertumoren (hepatocellulair carcinoom, cholangiocarcinoom, metastasen ...). Met verschillende soorten naalden kunnen we de tumor vernietigen, door verhitting (zoals bij radiofrequentieablatie (RFA) en microgolfablatie (MWA)) of door bevriezing (cryoablatie). Een interventieradioloog plaatst de naalden rechtstreeks in de leverkanker via een heel klein sneetje in de huid en onder beeldbegeleiding. Afhankelijk van het type, de grootte en het aantal levertumoren is deze behandeling een goed alternatief voor een meer invasieve operatie.

03 VERLOOP VAN DE BEHANDELING

De interventieradioloog voert de ingreep uit onder totale verdoving. Daarvoor voorzien we een opname van één of twee nachten.

Beschermingsmaatregelen

Om eventuele schade door de ablatie aan omliggende organen te vermijden (maag, darm, galblaas ...) kan de interventieradioloog beslissen om eerst bijkomende beschermingsmaatregelen te treffen (thermoprotectie). Voor een veilige ablatie injecteren we dan met een naald vocht op de gewenste plaats. Zo houden we de gezonde kritische structuren op een voldoende grote afstand van de ablatie-zone. Soms is een ablatie niet mogelijk, omdat het risico op schade aan omliggende organen te groot is. In dit geval overlegt je behandelende arts met de interventieradioloog of er andere mogelijkheden zijn.

In kaart brengen van de tumoren

Het onderzoek begint met een katheterangiografie (contrastonderzoek), waarbij we een fijn buisje (katheter) via de slagader in de lies tot in de leverslagader brengen. Vervolgens maken we een gedetailleerde contrastscan (Cone-beam CT) van de lever. Dit laat toe om de levertumoren (aantal, grootte, ligging ...) exact in kaart te brengen.

Om de levertumoren doeltreffend en veilig te behandelen maken we een 3D-planning op voor de naaldpositionering. Vaak stellen we eerst een weefseldiagnose met een biopsienaald.

Procedure

Daarna brengen we de ablatienaald(en) via de huid uiterst precies (stereotactisch) tot in het letsel met behulp van navigatiesoftware. We controleren nog even de naaldpositie en ableren het letsel dan thermisch (door hitte of bevrozing). Naast het letsel zelf wordt ook het omliggende leverweefsel in een straal van 5 tot 10 mm vernietigd (afhankelijk van het type kanker). Deze marge is nodig om ook de kwaadaardige cellen die mogelijk op enige afstand liggen en niet zichtbaar zijn, uit te roeien.

Behandeling beoordelen

Op het einde van de procedure beoordelen we de doeltreffendheid van de behandeling via een contrastonderzoek (Cone-Beam CT), waarbij we de ablatiezone en de marge t.o.v. het letsel in 3D registreren. Deze evaluatie bepaalt of een bijkomende ablatie nodig is, die we dan in dezelfde procedure uitvoeren. Daarna verwijderen we de katheter uit de lies en plaatsen we een drukverband om een nabloeding te voorkomen.

04 AANDACHTSPUNTEN VOOR DE BEHANDELING

- ▲ Heb je een pacemaker of ICD (implanteerbare cardioverter-defibrillator)? Laat dit dan zo snel mogelijk weten aan je behandelende arts en aan de anesthesioloog. Een RFA-behandeling kan namelijk storing veroorzaken met hartritmestoornissen tot gevolg. In dit geval kiezen we beter voor een andere ablatietechniek.
- ▲ Breng je behandelende arts zeker op de hoogte van de medicijnen die je gebruikt. Neem daarom een recente lijst (maximaal 14 dagen oud) mee naar de consultatie. Breng je medicijnen ook mee bij opname voor behandeling.
- ▲ Neem je bloedverdunners (bijvoorbeeld Aspirine®, Marevan®, Marcoumar®, Clopidogrol®, Xarelto®, Plavix®, Eliquis®, Pradaxa® enz.)? Dan moet je daar enkele dagen voor de procedure mee stoppen. Je arts en de arts die de procedure uitvoert bespreken wanneer en hoelang je de inname van bloedverdunners precies moet stopzetten. Dat is afhankelijk van het type medicatie dat je neemt. Na de procedure wordt de inname van bloedverdunners hervat.
- ▲ Lijd je aan chronisch nierfalen, dan moet je dat eveneens melden aan je arts. Bij een (te) slechte nierfunctie zijn extra voorbereidende maatregelen nodig.
- ▲ Ook allergieën moet je vooraf doorgeven, zeker als je overgevoelig bent voor contrastvloeistoffen.
- ▲ Verwittig ons tijdig als je de afspraak niet kan nakomen.

05 NA DE PROCEDURE

Na de procedure volgen we jou enkele uren op in de ontwaakzaal. Daar blijf je onder controle van de anesthesist en een team gespecialiseerde verpleegkundigen tot de verdoving helemaal uitgewerkt is. Als er zich geen problemen stellen ga je weer naar je kamer en kan je de volgende ochtend het ziekenhuis verlaten na toestemming van de interventieradioloog. We raden aan om het de eerste weken na de procedure rustig aan te doen. Verder zijn er geen specifieke richtlijnen waar je rekening mee moet houden.

Twee weken na de behandeling plannen we een klinische opvolging. Na drie maanden voeren we een controlescan uit om de doeltreffendheid van de behandeling na te gaan en om eventuele nieuwe letsels tijdig op te sporen.

06 MOGELIJKE RISICO'S

Aan elke medische ingreep zijn risico's en bijwerkingen verbonden. De meest voorkomende klacht na de procedure is **pijn** in de bovenbuik. Andere klachten die kunnen optreden zijn misselijkheid, braken, spierpijn of temperatuursverhogingen. Deze verschijnselen verdwijnen meestal na één tot twee weken vanzelf. Je krijgt advies over medicijnen die kunnen helpen tegen deze bijwerkingen. Treden er hevige klachten op, neem dan contact op met je behandelende arts of huisarts.

Ernstige complicaties zijn bij deze behandeling zeldzaam. De belangrijkste complicaties die kunnen voorkomen zijn: bloedingen rondom de lever, beschadiging van aangrenzende darmstructuren, infecties en gallekkage. Tijdens de procedure nemen we nauwgezette voorzorgsmaatregelen om die risico's te minimaliseren. Treedt er toch een complicatie op, dan bespreekt je behandelende arts met jou of en hoe die complicatie kan worden behandeld.

07 VRAGEN?

Voor de start van de procedure heb je een gesprek met de interventieradioloog. Bij dringende vragen op een ander moment kan je binnen de kantooruren contact opnemen met de dienst Vasculaire en interventionele radiologie (VINRAD) via tel. 09 332 29 37.

NOTA'S

Vasculaire en interventionele radiologie (VINRAD)

Ingang 12, route 1206

T Algemene informatie: +32 (0)9 332 29 37

Afspraken: +32 (0)9 332 69 62

E info@fertiliteitspreservatie@uzgent.be

www.uzgent.be/vinrad

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent

C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent

T +32 (0)9 332 21 11 | **E** info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op

