

CHIRURGIE BIJ ENDELDARMKANKER

RECTUMCARCINOOM



INHOUD

01	Welkom op de dienst Gastro-Intestinale Heelkunde	4
02	Endeldarmkanker	4
03	Voorbehandeling	5
04	Levensstijlaanpassingen voor de operatie	5
05	Preoperatieve anesthesieconsultatie	6
06	Visie op herstel	6
07	Vorbereidingen thuis	7
08	Vorbereiding in het ziekenhuis	9
09	Verloop van de operatie	10
10	Gevolgen van de operatie	13
11	Verloop na de operatie	15
12	Microscopisch onderzoek van de tumor	17
13	Het ontslag	17
14	Wanneer contact opnemen	18
15	Verwikkelingen na een darmoperatie	18
16	Veelgestelde vragen	20
17	Nuttige telefoonnummers	20

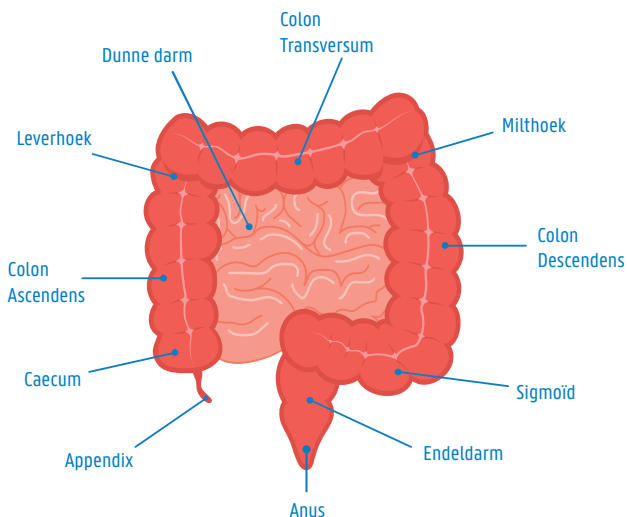
01 WELKOM OP DE DIENST GASTRO-INTESTINALE HEELKUNDE

Binnenkort word je geopereerd aan de endeldarm. Die ingreep voeren we zeer vaak uit in het UZ Gent. Een team van gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen staat klaar om je te begeleiden.

In deze brochure krijg je meer informatie over de ingreep. Neem rustig de tijd om ze volledig te lezen. Aarzel niet om je behandelende arts of de verpleegkundige aan te spreken als je nog vragen hebt.

We doen er alles aan om je verblijf in ons ziekenhuis zo aangenaam mogelijk te laten verlopen. Je kan het ziekenhuis meestal binnen de week verlaten.

02 ENDELDARMKANKER



De endeldarm is de **laatste 15 centimeter van de dikke darm**, net boven de sluitspier. Eventuele **symptomen** van een kwaadaardige tumor kunnen zijn: slijm- of bloedverlies, valse stoelgangdrang en een veranderd stoelgangpatroon.

Vooraleer de arts de behandeling(en) aan je kan voorstellen, moet we eerst nagaan in **welk stadium** de ziekte zich bevindt. Via verschillende onderzoeken gaan we na hoever de ziekte zich in het lichaam heeft uitgebreid. Het stadium waarin de ziekte zich bevindt, wordt vastgelegd met de **TNM-classificatie**:

- ▲ De grootte van de tumor en de mate van doorgroei in de verschillende lagen van de dikke darm (T van tumor)
- ▲ De aanwezigheid van uitzaaiingen in lymfeklieren (N van node ofwel lymfeklieren)
- ▲ De aanwezigheid van uitzaaiingen in andere organen (M van metastasen ofwel uitzaaiingen)

De voorbehandeling, het type chirurgie en de nabehandeling verschillen afhankelijk van het stadium en de ligging van de tumor (in de bovenste, middelste of onderste 5 cm van de endeldarm).

Het definitieve stadium van endeldarmkanker wordt pas vastgesteld nadat de **patholoog** de tumor onder de microscoop heeft onderzocht.

03 VOORBEHANDELING

Mogelijk heb je reeds een aantal weken chemotherapie in combinatie met bestraling gekregen om de tumor en de omgevende lymfeklieren te verkleinen. Na afloop van die voorbehandeling kan het zijn dat de onderrand van de tumor verder van de sluitspier loskomt. Zo kan de chirurg meer sluitspiersparende ingrepen uitvoeren en een definitief stoma vermijden. Daarnaast vermindert een voorbehandeling de kans op een lokaal herval. Meer info hierover lees je verder in de brochure.

04 LEVENSTIJLAANPASSINGEN VOOR DE OPERATIE

Stoppen met roken

Probeer zo snel mogelijk te stoppen met roken. Hoe sneller je stopt met roken, hoe meer tijd je longen krijgen om zich te herstellen. Zo is er een kleinere kans op ademhalingsproblemen en fluïmen na de operatie. Je lichaam zal bovendien sneller herstellen.

Probeer liefst vier weken vóór de operatie al te stoppen.

Als je moeite hebt om te stoppen met roken, kan je contact opnemen met je huisarts of met de rookstopconsulent van ons ziekenhuis via tel. 09 332 95 00.

Dagelijkse beweging

Probeer afhankelijk van je toestand dagelijks wat te bewegen. Dat kan je helpen om je fitter te voelen voor de operatie en kan ervoor zorgen dat je sneller herstelt na de operatie.

Een half uur per dag wandelen kan al helpen.

Mogelijke andere activiteiten zijn:

- ▲ De hond uitlaten
- ▲ Trappen doen
- ▲ Fietsen
- ▲ Zwemmen
- ▲ Dansen

Voeding

Mogelijk ben je als gevolg van de ziekte vermagerd. Toch is het van belang dat je goed eet om vlot van een ingreep te kunnen herstellen. Een heelkundige ingreep is een zware inspanning voor het lichaam en het is sterk aan te raden om die in de beste conditie te ondergaan. Als je meer dan 5-10% van je gewicht bent kwijtgeraakt de laatste maanden, bespreek dat met de arts of verpleegkundig consulent. In dat geval kan een diëtiste ingeschakeld worden die samen met jou een evenwichtig dieet samenstelt om aan te sterken.

05 PREOPERATIEVE ANESTHESIECONSULTATIE

Enige tijd vóór je operatie kom je op consultatie bij de anesthesist (de arts die je onder narcose brengt). De anesthesist overloopt je ziektegeschiedenis, eventueel allergieën, medicatiegebruik enz. Indien nodig kan dit consult worden aangevuld met een bloedonderzoek en een electrocardiogram. De anesthesist kan je ook doorverwijzen naar je huisarts of naar een specialist voor bijkomende onderzoeken. Zo nodig zal de anesthesist je medicatie aanpassen (bv. medicatie die je bloedstolling beïnvloeden) of andere zaken regelen die voor een vlot en veilig verloop van de anesthesie zullen zorgen. Als je een slaapmiddel neemt of wil nemen, bespreek dat dan zeker met de anesthesist.

Preopnamecentrum: ingang 50, route 560, tel. 09 332 11 53

06 VISIE OP HERSTEL

Wij werken volgens het **ERAS-protocol (Enhanced Recovery After Surgery)** waarmee wij je herstel na de operatie willen verbeteren en versnellen. Op die manier willen wij je in staat stellen om zo snel mogelijk terug te keren naar je normale activiteiten. De zorgverleners van het ziekenhuis zullen je daarin zoveel mogelijk proberen te begeleiden. Een deel van het herstel kan je zelf doen. **Wij vragen graag je actieve inbreng in je herstel.** In deze brochure sommen we op wat je zelf kunt doen.

07 VOORBEREIDINGEN THUIS

Bij voorkeur word je de ochtend van de operatie opgenomen. Zo kan je de darmvoorbereiding rustig thuis uitvoeren.

Eten en drinken

De dagen voor de ingreep moet je je dieet aanpassen.

Wanneer?	Wat mag je eten en drinken?
De 3de en 2de dag voor de ingreep	Vezelarm dieet: wit brood, fruit zonder vezels en pitten, geen rauwkost
De dag voor de ingreep	Enkel vloeibare voeding en heldere dranken of yoghurt zonder fruit of granen
Tot 2 uur voor de ingreep	Enkel nog heldere dranken drinken: ▲ Water ▲ Helder appelsap ▲ Koffie/thee zonder melk of suiker ▲ Aquarius ▲ Geen sinaasappelsap of andere vruchtensappen

Darmvoorbereiding

Voor een darmoperatie wordt soms een darmvoorbereiding voorgesteld. De chirurg zal de noodzaak daarvan samen met je bepalen. Mogelijk weet je al wat dat inhoudt als je al een colonoscopie hebt ondergaan.

Benodigheden

- ▲ Plenvu®: zonder voorschrift te verkrijgen in de apotheek. Een doos bevat dosis 1 en 2: zakje A en B.

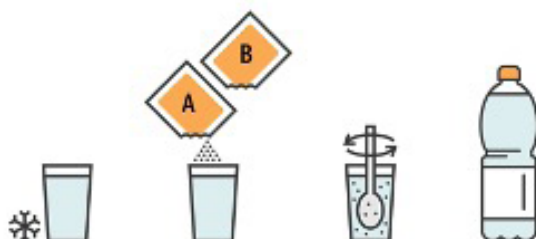
Richtlijnen voor Plenvu®

De avond voor de ingreep drink je **rond 17 uur** een eerste dosis Plenvu®:

- ▲ Los de dosis op in 500 ml koud water en roer goed.
- ▲ Drink de dosis en een extra halve liter water (of heldere vloeistof zonder prik of suiker) op **binnen 2 uur**. Drink aan een rustig tempo elke 15 minuten een glas: afwisselend een glas Plenvu®, dan een glas heldere vloeistof. Je mag de extra halve liter water gebruiken om Plenvu® te verdunnen als je de smaak te geconcentreerd vindt. Ook met een rietje drinken kan helpen.



Begin om **21 uur** met de **tweede dosis Plenvu® (zakje A en B)**. Volg de instructies van de eerste dosis, enkel gaat het nu om zakjes A en B.



Blijf in de buurt van een toilet.

08 VOORBEREIDING IN HET ZIEKENHUIS

Wat breng je mee naar het ziekenhuis?

- ▲ Slaapkledij, pantoffels, kamerjas
- ▲ Toiletbenodigdheden
- ▲ Gemakkelijke kledij om te dragen op de afdeling en om mee naar huis te gaan
- ▲ Je thuismedicatie. Normaal gezien voorziet het ziekenhuis in je thuismedicatie tijdens je verblijf, maar soms heeft onze apotheek niet alle verschillende merken van bepaalde geneesmiddelen onmiddellijk beschikbaar.

Opname in het ziekenhuis

In de meeste gevallen word je verwacht de ochtend van de ingreep. De opnamedienst opent om 6.15 uur. Uitzonderlijk zal de chirurg met je afspreken om de dag voordien binnen te komen.

Meld je aan op het afgesproken uur aan het centraal onthaal aan ingang 11. Je wordt **opgenomen op de afdeling Gastro-intestinale heilkunde** en naar de kamer gebracht. Het UZ Gent heeft twee verpleegafdelingen die gespecialiseerd zijn in de zorg voor patiënten die een darmresectie hebben ondergaan.

Voorbereiding net voor de operatie

De verpleegkundige neemt bij jou de maat voor de antitrombosekousen (TED-kousen®) op. Als je al dergelijke witte steunkousen hebt van bij een vorige ingreep, breng je die het best mee naar het ziekenhuis.

Alle juwelen, contactlenzen en tandprotheses moet je af- of uitdoen. Je kan ze opbergen in de lade van je nachtkastje. Gelnagels en nagellak moeten ook verwijderd worden.

Voordat je naar het operatiecomplex wordt gebracht, moet je nog even wachten in de bedhold-omgeving van het operatiecomplex. Daar wordt jouw identiteit nog eens gecontroleerd en plaatst de verpleegkundige of anesthesist een infuus. Vervolgens word je naar de operatiezaal gebracht.

09 VERLOOP VAN DE OPERATIE

Het type ingreep hangt af van de ligging en het stadium van de tumor.

Vroegtijdige of kleine rectumtumoren

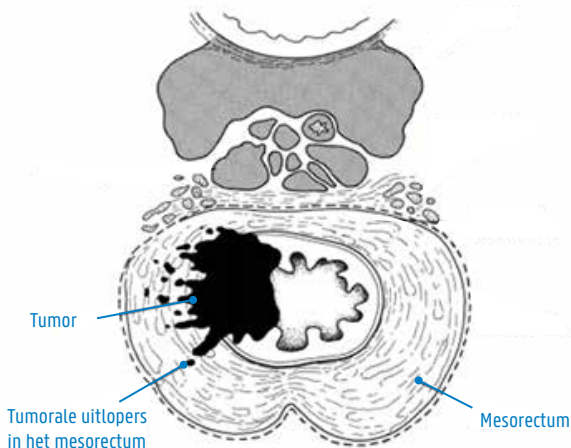
Voor vroegtijdige letsels kunnen we **een insnede in de buik vermijden** en een **operatie doorheen het aarskanaal** uitvoeren (TAMIS). Daarvoor wordt een buisvormig toestel (rectoscoop) in de aars geplaatst, waardoor letsels tot ongeveer 15 cm hogerop weggenomen kunnen worden. Afhankelijk van de aard en de grootte van het letsel wordt enkel het aangetaste slijmvlies of de volledige darmwand weggenomen en wordt de darmwand opnieuw gesloten. Omdat de endeldarm nagenoeg intact blijft, is deze ingreep veel minder zwaar en zijn er op lange termijn minder bijwerkingen.

Mogelijk moet je na de ingreep nog enkele dagen antibiotica nemen. De arts zal dit bij ontslag met je bespreken en hiervoor een voorschrift meegeven.

Meer gevorderde letsels

Meestal gaat het om een meer gevorderd letsel. Bij deze operatie van de endeldarm wordt niet alleen het darmsegment (met de tumor) verwijderd maar **ook het vetweefsel (vetschort) rondom de endeldarm**, het 'mesorectum', dat de aan- en afvoerende bloedvaten en lymfebanen bevat. De ingreep wordt ook **totale of partiële mesorectale excisie genoemd (TME of PME)**.

Het is belangrijk om de lymfeklieren in het omliggende weefsel mee te verwijderen. Uit onderzoek blijkt dat met het verwijderen hiervan de kans op lokaal herval (opnieuw een tumor op dezelfde plaats) vermindert. De chirurg probeert om zoveel mogelijk zenuwen te sparen, zeker de zenuwen die belangrijk zijn voor de werking van de blaas en de geslachtsorganen.



Kijkoperatie of niet?

Een endeldarmoperatie kan laparoscopisch (via een kijkoperatie) of laparotomisch (via een open snede) uitgevoerd worden. Het is aangetoond dat een kijkoperatie even veilig is als een open operatie. Bij een kijkoperatie heb je minder pijn en herstel je sneller. Voor een aantal indicaties heeft robotchirurgie een meerwaarde. De chirurg zal in ieder geval steeds met je bespreken hoe de operatie zal verlopen. De meeste operaties in het UZ Gent worden via een kijkoperatie uitgevoerd. Daarbij worden een aantal kleine sneetjes in de buik gemaakt en één iets grotere insnede ter hoogte van de rechteronderbuik of boven het schaambeen om de tumor te verwijderen.

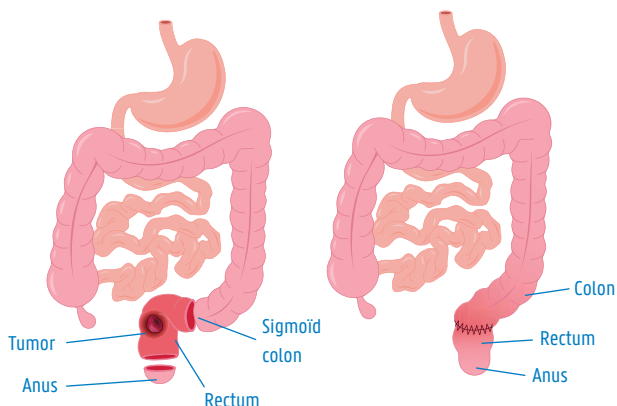
De sluitspier

Bij de wegname van een rectumtumor moet de darm onder de tumor doorgesneden worden op een zekere afstand van de tumor ('vrije marge'). De vrije marge onder de tumor (naar de sluitspier) hoeft niet meer dan 1-2 cm te bedragen. Afhankelijk van de beschikbare marge kunnen we al dan niet de sluitspier of sfincter sparen.

Sfinctersparende ingreep (Lage anterieure resectie)

Door de eventuele voorbehandeling met bestraling (en chemo) kan de onderrand van de tumor verder van de sluitspier komen te liggen. Daardoor is het mogelijk om een sfinctersparende ingreep uit te voeren bij lage rectumtumoren.

Het is belangrijk dat de randen waar de chirurg gesneden heeft geen tumor bevatten. Dit wordt gecontroleerd met een vriescoupe tijdens de ingreep zelf. Het weggenomen stuk tumor wordt dan bevroren, waardoor een fijn stukje weefsel onder de microscoop kan. Dat is een snellere techniek om te evalueren of de snijranden van het stuk geen tumor bevatten.



Hoge rectumtumoren

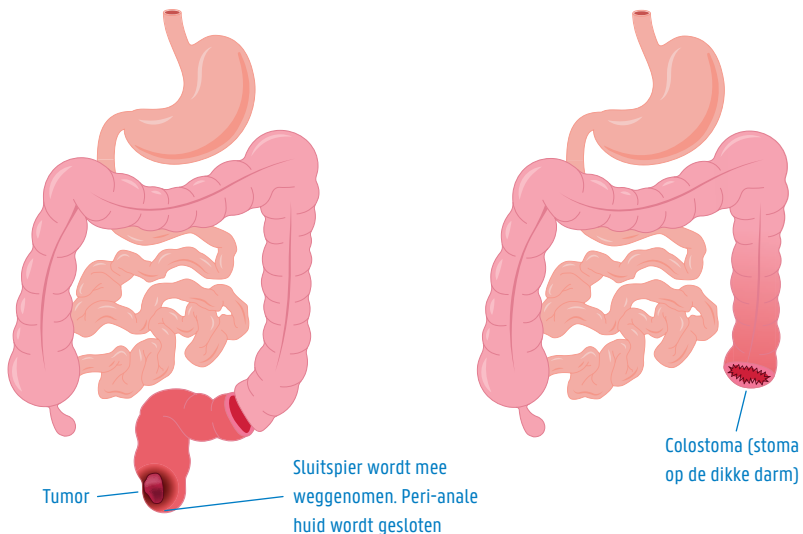
Bij hooggelegen rectumtumoren wordt doorgaans ook het volledige sigmoid weggenomen. Na het doorhalen van de het voedende bloedvat (arteria mesenterica inferior) en het mesorectum, wordt de darm doorgesneden onder de tumor. Daarna wordt het colon descendens verbonden met de resterende endeldarm via een circulaire stapler (soort nietjesmachine) die langs de aars wordt ingebracht. De verbindingsnaad (anastomose) wordt mechanisch met een hechtapparaat gemaakt. Bij hogere rectumtumoren wordt de endeldarm meestal maar gedeeltelijk verwijderd en kan de chirurg het onderste gedeelte sparen.

Lage rectumtumoren

Bij lage rectumtumoren bevindt de tumor zich op 0 tot 5 cm van de sluitspier. Bij deze ingreep voeren twee verschillende chirurgenteams de operatie uit. De operatie heet een TransAnale Totale Mesorectale Excisie (TaTME). Een team gaat werken via de buik (kijkoperatie), terwijl een ander team de ingreep verder uitvoert via de aars.

Rectumamputatie (APRA)

Als de vrije marge te klein is of als de tumor is ingegroeid in de sluitspier, dan voeren we een **rectumamputatie (APRA)** uit. De endeldarm wordt dan via de buikholte zo laag mogelijk vrijgemaakt, tot op de bekkenbodem. Tegelijk wordt de aars met de hele sluitspier verwijderd. De darm en sluitspier worden dus in een geheel verwijderd. Daarna wordt de darm in de linkeronderbuik aan de huid bevestigd als colostoma. De ontlasting komt dan in een zakje terecht. Deze stoma is definitief.



10 GEVOLGEN VAN DE OPERATIE

Beide operaties (lage anterieure resectie versus rectumamputatie) kunnen een invloed hebben op je levenskwaliteit:

- ▲ Bij een lage anterieure resectie kan je een tijdelijk stoma hebben en/of last krijgen het laag anterior resectie syndroom (LARS).
- ▲ Bij een rectumamputatie wordt er een definitief stoma aangelegd.

Beide operaties kunnen een invloed hebben op je seksualiteit of urinaire functie. Als je moeilijkheden ondervindt na de operatie, kan je dat steeds bespreken met je chirurg of verpleegkundig specialist. Zij kunnen naast het bieden van een luisterend oor ook helpen zoeken naar een mogelijke oplossing.

Een tijdelijk stoma op de dunne darm



Wanneer de darm terug aan elkaar kan worden gezet, is er een **risico op naadlekkage** van de nieuwe verbinding (anastomose).

- ▲ De risicofactoren voor een naadlekkage zijn:
- ▲ Lage naad
- ▲ Bestraling vooraf
- ▲ Obesitas
- ▲ Small bekken
- ▲ Roken

Om deze anastomose (verbinding) tussen het colon en de rectumstomp rustig te laten herstellen, beslist de chirurg soms om een tijdelijk, beschermend stoma aan te leggen, meestal op de dunne darm. Zo passeert de stoelgang niet via de verse en fragiele naad. De operatie om de tijdelijke stoma later weer weg te nemen is doorgaans veel minder ingrijpend. Er wordt dan enkel rond de stoma gesneden en de hele buik moet niet meer geopend worden.

De tijdelijke stoma moet in principe **6-8 weken** blijven zitten om de naad te beschermen. Als je na de operatie nog chemotherapie krijgt, verwijderen we de stoma pas daarna. Vóór de operatie krijg je nog meer informatie van de stomaverpleegkundige.

Het is belangrijk dat er voor de operatie voldoende aandacht gaat naar de **plaatsbepaling** van de stoma. De stomaverpleegkundige of de afdelingsverpleegkundige zoekt naar de beste locatie en houdt daarbij rekening met je kledij (bv. draag je je broek hoog of laag). We vermijden littekens, huidplooien, dichtbij de ribbenboog en de heupkam. Om de beste plaats op je buik te bepalen, moet je rechtstaan, liggen en zitten. Patiënten met overgewicht, rolstoelpatiënten en patiënten met een uitgesproken sedentair leven krijgen bij voorkeur de stoma hoog aangebracht.

Leven met het lage anterieur resectiesyndroom (LARS)

Wanneer de endeldarm, of een deel ervan, wordt weggenomen tijdens de operatie, is daarmee ook de signaalfunctie weg die zorgt voor het gevoel van aandrang om naar het toilet te gaan. Daarnaast kan de functie van de sluitspier verminderd zijn door zowel de operatie, de bestraling en/of chemotherapie. Daardoor is het mogelijk dat er na de operatie minder of geen ontlasting meer kan worden opgeslagen in het darmreservoir.

Tijdens de operatie wordt de darm opnieuw aan elkaar gehecht. De plaats van de aanhechting zal ook een invloed hebben op de werking van de darm. Wanneer de **aanhechting dicht bij de sluitspier** zit, kan dit meer **klachten** veroorzaken. Tussen de 25% en 80% van de patiënten die een endeldarmoperatie ondergaan ontwikkelen LARS. De symptomen verschillen van patiënt tot patiënt, in ernst en in duur.

Volgende symptomen kan je ondervinden:

- ▲ Frequentie: vaker naar het toilet voor ontlasting, soms meer dan 20 keer per dag, ook 's nachts
- ▲ Clustering: in een korte tijd (1,5 tot 2 uur) meerdere keren na elkaar naar het toilet moeten
- ▲ Ledigingsstoornissen
- ▲ Soms dunne (tot waterdunne) ontlasting (diarree)
- ▲ Constipatie
- ▲ Wisselende stoelgang
- ▲ Urgentie: een sterke aandrang van ontlasting die moeilijk uit te stellen is, waardoor er altijd een toilet in de buurt moet zijn
- ▲ Incontinentie voor wind en/of stoelgang

In de eerste maanden na de operatie kan het stoelgangspatroon nog wat verbeteren maar het wordt niet meer zoals het was vóór de operatie. De eerste drie tot zes maanden na de operatie zijn de moeilijkste. Nadien kunnen de klachten verbeteren, maar bij sommige mensen zijn de klachten blijvend.

Meer informatie vind je in de brochure over LARS of op de website: www.uzgent.be/lar-syndroom-na-endeldarmchirurgie. De artsen en de verpleegkundig specialist staan klaar om je hierin te begeleiden. Aarzel niet om contact op te nemen met hen.

Leven met een definitief stoma

Als de tumor zeer laag ligt of ingroeit in de sluitspier, is het onmogelijk om de darm terug aan elkaar te zetten en zal de chirurg bij de operatie een definitief stoma aanleggen op de dikke darm. Die bevindt zich onderaan de buik aan de linkerkant.

Voor sommige patiënten hebben de klachten van het LARS een té grote impact op hun leven. Dan bespreekt de chirurg met jou om op termijn eventueel alsnog een definitief stoma aan te leggen. De stomaverpleegkundige geeft je daarover meer informatie voor de operatie. Na de operatie begeleidt ze je daarin ook verder samen met de thuisverpleegkundige.

Gestoorde seksuele functie

Bij de man zijn erectiestoornissen of retrograde ejaculatie (droog orgasme) mogelijk. Sommige vrouwen slagen er niet meer in om een orgasme te hebben en hebben last van vaginale droogte. Het risico is groter na bestraling en bij grote tumoren die de ingreep moeilijk maken. Soms treedt er spontane recuperatie op na verloop van enkele maanden. Bespreek eventuele moeilijkheden zeker met de chirurg of verpleegkundig specialist. Zij kunnen je indien nodig ook doorsturen naar de uroloog, gynaecoloog of seksuoloog.

11 VERLOOP NA DE OPERATIE

Opnameduur

De meeste endeldarmoperaties gebeuren via een kijkoperatie. Zelden is het nodig om een grote insnede te maken. Door zelf actief mee te werken aan je herstel kan je het ziekenhuis meestal binnen een week verlaten en thuis je herstel verderzetten in je vertrouwde omgeving. Neem gerust contact op met de verpleegkundig specialist (contactgegevens achteraan) als je nog vragen hebt of problemen ervaart thuis.

Pijnstilling

De eerste dagen wordt de pijn onder controle gehouden met pijnstilling via een **inфуus**. Soms wordt er een epidurale pijnpomp geplaatst voor extra pijnstilling. Die geeft continu een ingestelde hoeveelheid pijnstilling vrij. Door op een knop te drukken kan je ook zelf nog pijnstilling toevoegen als je te veel pijn hebt. De anesthesist stelt wel vooraf een maximale dosis in zodat je jezelf nooit te veel pijnstilling kunt geven. Als de pijn relatief goed onder controle is, verwijderen we de pijnpomp.

De volgende dagen na de operatie kan je zelf pijnstilling vragen aan de verpleegkundige. Aarzel niet om dit ook te als je te veel pijn hebt.

Infuus

Gedurende de eerste dagen heb je een infuus om wat vocht en pijnstilling toe te dienen. Vanaf het moment dat je goed kan eten en/of drinken wordt dit afgebouwd. Soms wordt er de eerste dagen ook nog voeding opgestart via het infuus.

Blaassonde

Tijdens de operatie wordt er, terwijl je in slaap bent, een blaassonde geplaatst. Die wordt na enkele dagen verwijderd.

Voeding

- ▲ Tijdens de operatie wordt er, terwijl je in slaap bent, een maagsonde geplaatst. Dat is een buisje dat via de neus tot in de maag loopt. Onmiddellijk na de operatie wordt deze maagsonde al terug verwijderd.
- ▲ Dezelfde dag van de operatie mag je al wat water drinken en waterijsjes eten.
- ▲ De ochtend na de operatie mag je al starten met yoghurt.
- ▲ De middag na de operatie mag je in principe al licht verteerbare voeding eten, tenzij je chirurg dit anders beslist.

Drain

In sommige gevallen wordt er nog een drain geplaatst in de buik. Via dat buisje vloeit het wondvocht af. De drain blijft een paar dagen ter plaatse.

Mobilisatie

Na uw operatie word je aangespoord om zo snel mogelijk uit bed te komen en geleidelijk aan steeds langer in de zetel te zitten. Geleidelijk aan win je zo weer snel je zelfstandigheid terug. Een actieve deelname zorgt ervoor dat dat sneller gebeurt, wat cruciaal is om de longen snel weer optimaal te laten functioneren. Zo is er minder kans op een infectie van de luchtwegen en neemt het risico op bloedklonters in de benen ook af.

Enkele uren na de operatie helpt de verpleegkundige of de kinesist je om op de rand van je bed te gaan zitten en word je gevraagd om je benen heen en weer te bewegen.

De dag na de operatie proberen we je al twee keer in de zetel te helpen en eventueel korte afstanden te laten stappen onder begeleiding. Vanaf dag twee proberen we om korte afstanden te wandelen op de gang onder begeleiding van een kinesist of verpleegkundige.

Vanaf dan kan je alleen of met begeleiding van een familielid wandelingen maken op de afdeling. Geleidelijk aan zal je zo weer snel je zelfstandigheid terugwinnen.

Psycholoog

De diagnose van kanker kan je lichamelijke en mentale draagkracht sterk ondermijnen. Jij en je naasten kunnen daarom kosteloos en vrijblijvend een beroep doen op psychologische ondersteuning. Er zijn twee psychologen beschikbaar die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van kankerpatiënten.

12 MICROSCOPISCH ONDERZOEK VAN DE TUMOR

De uitslag van het microscopisch onderzoek van het verwijderde weefsel is na ongeveer 14 dagen bekend. De arts bespreekt de uitslag met je tijdens de consultatie. Afhankelijk van het resultaat kan de oncoloog een bijkomende chemotherapiebehandeling voorstellen.

13 HET ONTSLAG

Criteria

De gemiddelde opnameduur is drie tot vijf dagen. De artsen laten je enkel naar huis gaan als je lichaam daar klaar voor is.

Algemeen zijn er **een aantal criteria** waarop het team zich baseert:

- ▲ Je mag geen tekenen van ontstekingen hebben zoals koorts, verhoogde waarden in het bloed enz.
- ▲ De pijn moet onder controle zijn, eventueel met pijnstillers.
- ▲ Je moet voldoende calorieën kunnen opnemen.
- ▲ Je moet zelfstandig en veilig kunnen bewegen.
- ▲ Je ontslag moet thuis haalbaar en geregeld zijn.

Opvolging

Na het ontslag uit het ziekenhuis zet het genezingsproces zich verder. Afhankelijk van je leeftijd, conditie, de soort ingreep en de eventuele nabehandeling, kan het herstel enkele weken duren. Als stelregel geldt: luister naar je lichaam, doe enkel wat je denkt aan te kunnen. Bij het ontslag krijg je een afspraak mee voor de poliklinische controle na drie weken.

We geven de volgende adviezen mee bij ontslag:

- ▲ Je moet gedurende 30 dagen spuitjes in de buik krijgen om trombose (klontertjes in de benen) tegen te gaan. Daar zorgt een thuisverpleegkundige voor. Het ziekenhuis kan de aanvraag regelen.
- ▲ De hechtingen moeten verwijderd worden na een tiental dagen door de thuisverpleegkundige. Die zal ook om de twee dagen de wonden controleren.
- ▲ Om de wonde goed te laten genezen mag je tot zes weken na de operatie geen lasten heffen van meer dan vijftien kilogram. Na die zes weken is dat geen probleem.

14 WANNEER CONTACT OPNEMEN?

Het is belangrijk om bij de volgende symptomen contact op te nemen met je behandelende specialist, huisarts of met het ziekenhuis:

- ▲ Bij koorts boven de 38,5°C
- ▲ Bij aanhoudend braken, niet kunnen eten, misselijkheid en gewichtsverlies (meer dan 5 kg sinds je ontslag)
- ▲ Bij aanhoudende pijn in de buik
- ▲ Bij diarree (meer dan 5 maal per dag dunne, waterige ontlasting)
- ▲ Bij obstipatie (meer dan 4 dagen geen stoelgang)
- ▲ Bij nabloeding, roodheid of zwelling in het geopereerde gebied

15 VERWIKKELINGEN NA EEN DARMOPERATIE

Hoewel een darmingreep een veilige operatie is dankzij de vorderingen in de anesthesie, de chirurgische technieken en de intensieve zorg, kunnen tijdens of na de ingreep verwikkelingen optreden.

Tijdens de ingreep

Verwikkelingen tijdens een darmoperatie komen weinig voor.

Mogelijke verwikkelingen kunnen zijn:

- ▲ Bloeding
- ▲ Letsel van de urineweg (ureter)
- ▲ Letsel van de milt, waardoor de milt verwijderd moet worden

- ▲ Accidenteel letsel van de dunne darm, blaas of andere organen: Bij grote tumoren wordt soms met opzet een stuk van de blaas of dunne darm weggenomen als de tumor te diep in die organen zit. Die verwikkelingen zijn zeldzaam en kunnen bijna altijd volledig hersteld worden tijdens de ingreep.

Tijdens de opname

Een darmingreep wordt beschouwd als een grote operatie, waarbij verwikkelingen kunnen voorkomen. Verwikkelingen na de operatie komen voor in 5 tot 20% van de gevallen, maar zijn meestal niet ernstig en goed te behandelen. Onderstaande lijst is niet volledig, maar omvat 99% van de vastgestelde verwikkelingen.

Ernstige verwikkelingen

- ▲ Naadlek: Als na gemiddeld 3-5 dagen koorts en pijn optreden, kan dat wijzen op een buikvliesontsteking als gevolg van stoelgang die in de buikholte lekt. Een dringende nieuwe ingreep is dan steeds nodig om de naad te herstellen of soms af te breken en een tijdelijke stoma ('zakje') aan te leggen. Bij een vlot herstel kan de darm na 8-12 weken opnieuw aan elkaar worden gezet.
- ▲ Nabloeding met nood aan een nieuwe operatie.
- ▲ Verwikkelingen van hart of longen: infarct, hersentrombose, ritmestoornissen, vocht op de longen (longoedeem).
- ▲ Klontervorming in de benen met of zonder longembolen.
- ▲ Abscesvorming in de buikholte. Deze verwikkeling wordt meestal door de radioloog behandeld. Die plaatst een katheter in het abces om de etter te laten aflopen.
- ▲ Overlijden: Maximaal één op duizend, voornamelijk hoogbejaarde patiënten of patiënten met vooraf bestaande ernstige hart- of longaandoeningen.

Minder ernstige verwikkelingen

- ▲ Ontsteken of openen van de wondnaad
- ▲ Blaasontsteking
- ▲ Longontsteking

Verwikkelingen op lange termijn

- ▲ Ontstaan van een breuk op het litteken (hernia): Je voelt in dat geval een opening in de spierwand waar de buikinhoud doorheen puilt. Die breuk kan operatief hersteld worden met een prothese (netje of matje). Het risico op een breuk is groter als je cortisone gebruikt, suikerziekte hebt, een wondontsteking heeft doorgemaakt of na de operatie overmatig hebt gehoest en/of getild.
- ▲ We raden dan ook aan om na een buikoperatie, gedurende 1 à 2 maanden geen zware lasten te tillen of de buikspieren overmatig te belasten.

16 VEELGESTELDE VRAGEN

Moet ik achteraf een dieet volgen?

Je hoeft geen dieet te volgen. Onze diëtiste kan je helpen bij problemen of vragen rond voeding.

Is er een nabehandeling nodig?

Een eventuele nabehandeling hangt af van het resultaat van het microscopisch onderzoek, dat pas 10-14 dagen na de operatie bekend is. Als de klieren aangetast zijn door de tumor, stelt de arts je wellicht een chemokuur voor. De chemotherapie wordt toegediend door de oncoloog en duurt meerdere maanden. In een aantal zeldzame gevallen krijg je bestraling (radiotherapie) na de operatie.

Is thuiszorg noodzakelijk?

De thuisverpleegkundige komt drie weken lang dagelijks bij je thuis om je spuitjes te geven in de buik en om de twee dagen om de wonde te controleren. De thuisverpleegkundige kan ook helpen met de toiletzorg als dat nodig is. Meestal wordt de wonde gesloten met een verteerbare draad en worden er SteriStrips (kleine pleisters) op de wonde gekleefd die zeven dagen droog moeten blijven. Na zeven dagen kan de thuisverpleegkundige de strips verwijderen. Als de wonde dicht is, hoeft ze niet meer afgedekt te worden met een verband. Als de wonde met haakjes of hechtingen gesloten is, mag de thuisverpleegkundige of de huisarts die na 10 tot 14 dagen verwijderen. Een gesloten wonde die er niet geïnfecteerd uitziet, hoeft niet ontsmet te worden.

17 NUTTIGE TELEFOONNUMMERS

Polikliniek BAS

09 332 95 00

Verpleegafdeling digestieve heelkunde 1

Ingang 12, route 1248

09 332 27 80

Verpleegafdeling digestieve heelkunde 2

Ingang 12, route 1396

09 332 33 20

Diëtiste Kankercentrum

- ▲ Stefanie Mortier 09 332 19 93

Psychologen Kankercentrum

- ▲ An Lievrouw 09 332 01 98
- ▲ Elien Storms 09 332 18 80
- ▲ Charlotte Kerstens 09 332 20 24

Stomaverpleegkundigen

- ▲ Bea Van Malderen 09 332 94 00
- ▲ Jens De Waepenaere

Sociale dienst

09 332 41 44

Verpleegkundig consulenten digestieve oncologie

- ▲ Ann Annaert 09 332 19 50
- ▲ Evelien Michels vpc.digestieve@uzgent.be
- ▲ Gino Verhaeghe

Meer informatie vind je op onze website: www.uzgent.be/gastro-intestinale-heelkunde.

NOTA'S

Polikliniek BAS

Ingang 12, route 1325

T +32 (0)9 332 95 00

E polibas@uzgent.be

www.uzgent.be/gastro-intestinale-heelkunde

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelelvoudigd, 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