

CHIRURGIE BIJ MAAGKANKER



INHOUD

01	Inleiding	4
02	Multidisciplinair team	4
03	De maag	5
04	Voorbehandeling	6
05	Wat kunt u zelf doen vóór de operatie?	6
06	Preoperatieve anesthesieconsultatie	8
07	Vorbereiding op de operatie	9
08	Verloop van de operatie	10
09	De dag van de operatie	13
10	Na de operatie	13
11	Microscopisch onderzoek van de tumor	18
12	Ontslag	18
13	De eerste weken na het ontslag	19
14	Wanneer moet u uw het ziekenhuis of uw huisarts contacteren?	19
15	Verwikkelingen na de operatie	20
16	Veelgestelde vragen	21
17	Nuttige telefoonnummers	23

01 INLEIDING

Binnenkort wordt u geopereerd aan de maag. Deze ingreep voeren we in het UZ Gent zeer vaak

uit. Een team van gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen staat klaar om u te begeleiden. De operatie wordt steeds uitgevoerd door een vast staf lid.

We werken volgens het ERAS-protocol (enhanced recovery after surgery). Dat kwaliteitsprogramma helpt ons om het herstel na de operatie te verbeteren en versnellen. De meeste patiënten kunnen na 7 tot 10 dagen het ziekenhuis verlaten. We zijn ervan overtuigd dat u vlotter herstelt in uw eigen omgeving, op voorwaarde dat u geen verdere medische zorgen nodig heeft. De zorgverleners in het ziekenhuis begeleiden u na de ingreep en leggen u uit wat u zelf kunt doen om sneller en beter te herstellen. We vragen dus om uw actieve medewerking.

In deze brochure krijgt u informatie over de ingreep en het herstel achteraf. Neem rustig de tijd om ze volledig te lezen. Aarzel niet om uw behandelende arts of de verpleegkundige aan te spreken als u nog vragen hebt.

02 MULTIDISCIPLINAIR TEAM

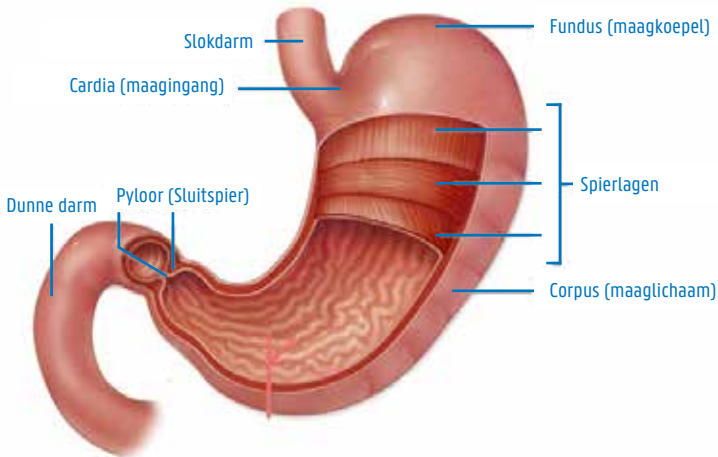
In het UZ Gent wordt u door een multidisciplinair team behandeld.

De verpleegkundig consulent digestieve oncologie fungeert als de rode draad doorheen uw traject. U kunt hem/haar iedere dag bereiken tijdens de werkuren (tel. 09 332 19 50).

03 DE MAAG

De maag bestaat uit verschillende delen:

- ▲ De maagmond/ingang (cardia): Hier mondt de slokdarm uit in de maag.
- ▲ De maagkoepel (fundus): Het gedeelte dat tegen het middenrif aanligt.
- ▲ Het middelste deel van de maag/maaglichaam (corpus).
- ▲ De maaguitgang (antrum) met de sluitspier (pylorus): Hier verlaat het voedsel de maag en komt het in de twaalfvingerige darm terecht.
- ▲ De maagwand bestaat uit een slijmvlieslaag, drie spierlagen, zenuwen en bloedvaten. De maag wordt bekleed door het buikvlies. Rondom de maag bevinden zich een groot aantal lymfeklieren. Aan de onderzijde van de maag 'hangt' een vetschort. Die vetschort bedekt een groot deel van de darmen.



04 VOORBEHANDELING

Mogelijk hebt u reeds een aantal weken chemotherapie eventueel in combinatie met bestraling gekregen om de tumor en de omgevende lymfeklieren te verkleinen. Meer informatie over deze voorbehandeling vindt u in de brochure over chemotherapie (en bestraling).

05 WAT KUNT U ZELF DOEN VÓÓR DE OPERATIE?

Er zijn een aantal zaken die u vóór de operatie kunt doen om het herstel nadien te verbeteren.

Stoppen met roken

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



Probeer liefst vier weken vóór de operatie al te stoppen. Als u moeite hebt om te stoppen met roken, kunt u contact opnemen met uw huisarts of met de rookstopconsulent van ons ziekenhuis via tel. 09 332 95 00.

Dagelijkse beweging

Probeer afhankelijk van uw toestand dagelijks wat te bewegen. Dat kan u helpen om u fitter te voelen voor de operatie en kan ervoor zorgen dat u 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



Preoperatieve (ademhalings-)kinesitherapie



Uw behandelend arts-specialist kan u ook aanraden om enkele sessies preoperatieve (ademhalings-)kinesitherapie te volgen.

Uw kinesitherapeut:

- ▲ leert u ademhalingsoefeningen om uw longvolume te vergroten. De oefeningen voert u uit met een incentive spirometer.
- ▲ leert u hoest- en puftechnieken om eventuele slijmen na de operatie beter op te kunnen hoesten.
- ▲ leert u technieken om de postoperatieve wonde beter te ondersteunen.
- ▲ kan u, indien nodig, oefeningen geven om uw ademspieren te trainen.
- ▲ kan u oefeningen geven om uw algemene conditie te onderhouden of te verbeteren.

Aan de hand van dit pakket preoperatieve oefeningen proberen wij om uw herstel na de operatie te versnellen.

Voor meer informatie kunt u steeds contact opnemen met een kinesitherapeut in uw buurt of met de dienst Kinesitherapie van het UZ Gent: tel. 09 332 29 84.

Voeding



Veel patiënten met een maagtumor hebben minder eetlust of problemen met eten of drinken. Probeer toch om uw gewicht stabiel te houden voor de operatie. In uitzonderlijke gevallen moeten we met sondevoeding starten.

De oncologisch diëtiste kan u daarin verder begeleiden.

U kunt steeds contact met haar opnemen: Stefanie Mortier, tel. 09 332 19 93.

06 PREOPERATIEVE ANESTHESIECONSULTATIE

Vóór de operatie komt u op consultatie bij de anesthesist (de arts die u in slaap brengt). Hij overloopt uw ziektegeschiedenis, eventuele allergieën, medicatiegebruik enz. Indien nodig gebeurt ook een bloedonderzoek en wordt een electrocardiogram afgenomen. De anesthesist kan u doorverwijzen naar uw huisarts of naar een specialist voor bijkomende onderzoeken. Als dat nodig is, past de anesthesist uw medicatie aan (bv. medicatie die uw bloedstolling beïnvloedt). Als u een slaapmiddel neemt of wil nemen, bespreek dit dan zeker.

De anesthesist overloopt met u de voor- en nadelen van de verschillende anesthesietechnieken en het gebruik van een epidurale katheter voor pijnstilling (pijnpomp) na de ingreep. Een pijnpomp wordt via een katheter in de rug geplaatst en houdt de pijn zeer goed onder controle. Deze techniek geeft ook minder neveneffecten, zoals sufheid of misselijkheid, die wel vaak voorkomen bij standaardpijnstilling via een infuus. De anesthesist komt na de operatie elke dag bij u langs om de pijnpomp na te kijken.

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

07 VOORBEREIDING OP DE OPERATIE

Thuis (als u de dag van de operatie wordt opgenomen)

- ▲ De namiddag voor of de dag van de operatie wordt u opgenomen op de afdeling Gastro-intestinale Heelkunde. Kom op het afgesproken uur naar de aanmeldzuilen aan ingang 12. Daarna komt u naar een van de twee verpleegafdelingen die patiënten verzorgen na een maagresectie. We laten u op voorhand weten op welke afdeling u opgenomen wordt.
- ▲ Scheer uw buik ten laatste twee dagen vóór de operatie met een scheermes. Als u bv. Geopeerd wordt op woensdag, moet u uw buik op maandag scheren. Als u dit vergeten bent, zorgt de verpleegkundige op de afdeling ervoor. Belangrijk: scheer u zeker NIET meer zelf als de operatie de volgende dag al plaatsvindt.
- ▲ Tot middernacht mag u eten en drinken. Daarna mag u tot twee uur voor de ingreep helder appelsap drinken. Het is belangrijk dat u GEEN andere dranken drinkt tussen middernacht en twee uur voor de operatie.
- ▲ Meestal is er geen darmvoorbereiding nodig vóór de operatie.

In het ziekenhuis

De verpleegkundige neemt de maat voor de TED-kousen® (antitrombosekousen). Als u deze witte steunkousen al hebt van een vorige ingreep, breng ze dan mee naar het ziekenhuis.

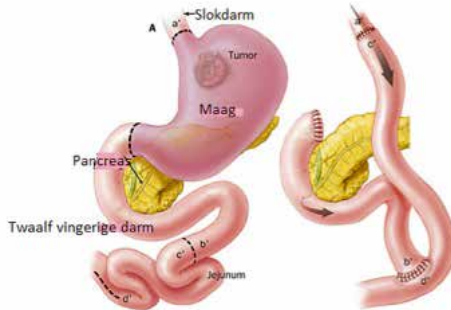
Wat brengt u mee?

- ▲ Slaapkleedij, pantoffels, kamerjas
- ▲ Toiletbenodigdheden
- ▲ Gemakkelijke kledij om te dragen op de afdeling en om mee naar huis te gaan
- ▲ Uw thuismedicatie (de ziekenhuisapotheek heeft niet alle merken van geneesmiddelen onmiddellijk beschikbaar)

08 VERLOOPVAN DE OPERATIE

De techniek die gebruikt wordt, is afhankelijk van de plaats en de uitgebreidheid van de tumor.

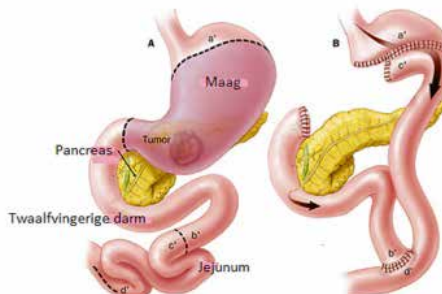
Totale gastrectomie (de volledige maag wordt verwijderd)



Bij deze techniek, ook wel de Roux-en-Y-reconstructie genoemd, wordt de volledige maag verwijderd. Ook de lymfeklieren in de omgeving worden verwijderd. De slokdarm (a) wordt op de dunne darm aangesloten (c). De twaalfvingerige darm (b) wordt omgeleid en op een andere plek op de dunne darm (d) vastgehecht. Dat gebeurt om ervoor te zorgen dat de gal- en pancreassappen nog steeds in de dunne darm terechtkomen. Die sappen zijn namelijk noodzakelijk om het voedsel te verteren.

Partiële gastrectomie (een gedeelte van de maag wordt verwijderd)

Tumoren van de maaguitgang (antrum, pylorus)



De maaguitgang wordt samen met het maagcorpus verwijderd. Ook de lymfeklieren in de omgeving worden mee verwijderd. Het overgebleven gedeelte van de maag (a) wordt op de dunne darm (c) aangesloten. De twaalfvingerige darm (b) wordt losgekoppeld, omgeleid en op een andere plaats op de dunne darm (d) vastgehecht. Zo kunnen de gal- en alvleeskliersappen nog steeds in de dunne darm terechtkomen. Dat is nodig om het voedsel te kunnen verteren. Deze techniek wordt een distale maagresectie of Billroth 2-maagresectie genoemd.

Tumoren van de maagingang (cardia) en koepel (fundus)

De overgang van de slokdarm naar de maag wordt samen met een deel van de slokdarm en een deel van maag verwijderd. Afhankelijk van de plaats en grootte van de tumor van de maagingang (cardia) kunnen verschillende ingrepen noodzakelijk zijn.

Gedeeltelijke slokdarm en maag resectie volgens Ivor Lewis

Voor cardiatumoren die uitpuilen in de slokdarm wordt de overgang van de slokdarm naar de maag samen met het onderste 2/3de van de slokdarm en het bovenste 1/3de van maag verwijderd. De rest van de maag wordt als een soort buis in de borstholte opnieuw aan de slokdarm gehecht. Deze techniek wordt een Ivor Lewis-resectie genoemd.

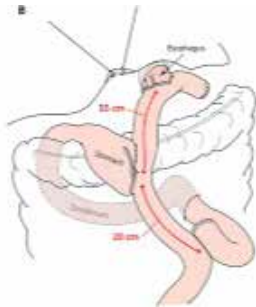


Proximale maag of transhiatale (THE) maagresectie

Voor cardiatumoren die uitpuilen in de maag wordt de overgang van de slokdarm naar de maag samen met het onderste 1/3de van de slokdarm en het bovenste 2/3de van maag verwijderd. Als de rest van de maag voldoende lengte heeft, wordt die aan de slokdarm gehecht. Deze techniek wordt een proximale maagresectie met singletractreconstructie genoemd. Als de rest van de maag te klein is, wordt de dunne darm aan de slokdarm gekoppeld. Dat noemen we een dubbeltractreconstructie.



De proximale maagsectie met singletractreconstructie



De proximale maagsectie met dubbeltractreconstructie

09 DE DAG VAN DE OPERATIE

- ▲ Verwijder alle juwelen, contactlenzen en tandprotheses. U kunt ze opbergen in de lade van uw nachtkastje. Waardevolle voorwerpen kunt u in bewaring geven aan de inschrijfbalie (ingang 12).
- ▲ Verwijder ook gelnagels en nagellak.
- ▲ Voor u naar de operatiekamer wordt gebracht, moet u nog even wachten in de bedhold. Daar plaatst de verpleegkundige of anesthesist een infuus. Vervolgens wordt u naar het operatiecomplex gebracht.

10 NA DE OPERATIE

Bezoek

De eerste dag na de operatie ligt u op de afdeling Intensieve zorg of op de Post-anesthesie zorgafdeling (ontwaakzaal) van het operatiecomplex. Op deze afdeling is bezoek (van max. 2 personen) toegelaten van 15 tot 16 uur en van 20 tot 21 uur.

Op de verpleegafdeling zijn bezoekers welkom van 14.30 tot 20 uur.

Opnameduur

Normaal blijft u ongeveer 14 dagen in het ziekenhuis. Door zelf actief mee te werken aan uw herstel kunt u meestal na tien dagen het ziekenhuis verlaten en thuis verder herstellen.

Pijnstilling

Operatie – dag 4

De eerste dagen wordt de pijn onder controle gehouden met een epidurale pijnpomp. Die geeft continu een ingestelde hoeveelheid pijnstilling vrij. Door op een knop te drukken kunt u ook zelf nog pijnstilling toevoegen als u te veel pijn hebt. De anesthesist stelt wel vooraf een maximale dosis in zodat er geen risico bestaat dat u zichzelf te veel pijnstilling geeft. Als de pijn relatief goed onder controle is, verwijderen we de pijnpomp na een viertal dagen.

De eerste dagen krijgt u naast pijnstilling via de epidurale pijnpomp ook nog pijnstilling via uw infuus.

Dag 5 – dag 7

Vanaf de vijfde dag krijgt u pijnstilling onder de vorm van pilletjes. Als u daarnaast nog te veel pijn hebt, kunt u dit steeds bespreken met uw verpleegkundige.

Vanaf dag 8

Vanaf dag acht kunt u zelf extra pijnstilling vragen aan de verpleegkundige. We dienen dan niet langer standaard pijnstilling toe.

Voeding

Operatie – (ongeveer) dag 4

Tijdens de operatie plaats de chirurg een maagsonde (terwijl u in slaap bent). Dit is een buisje dat via de neus tot in de maag loopt. De maagsonde dient om de maag- en darmsappen te hevelen. Uw maag en darmen hebben na de operatie tijd nodig om op gang te komen.

Dag 1

U mag de eerste dag na de operatie al water drinken, ondanks de maagsonde.

Dag 2-3

De tweede en derde dag (en eventueel de vierde dag) na de operatie mag u heldere suikerhoudende dranken zoals appelsap drinken. Daarnaast mag u ook waterijsjes eten.

Dag 3-4

Als de maagsonde werd verwijderd, mag u starten met yoghurt, beschuit en bouillon.

Dag 4-5

Op dag vier of vijf komt de diëtist langs om u informatie te geven over uw voeding in het ziekenhuis en thuis. Ze volgt u nadien ook telefonisch op als u thuis bent.

Dag 5-6 – dag 10

Vanaf de vijfde of de zesde dag na uw operatie mag u starten met het GASTREC-dieet. Dat is een dieet dat speciaal ontwikkeld werd voor patiënten na een maagresectie.

Andere katheters en drains

Centrale katheter

De anesthesist plaatst deze katheter vóór de operatie (terwijl u slaapt). De katheter zit in een bloedvat, in de hals of onder het sleutelbeen en dient voor de toediening van vocht en eventueel voeding.

Jejunostomie

Patiënten waarbij de volledige maag werd verwijderd, krijgen tijdens de operatie een voedingssonde in de dunne darm. Langs die weg dienen we vanaf dag één water en vanaf dag twee sondevoeding toe. De hoeveelheid wordt langzaam opgebouwd. Vanaf dag 7 krijgt u enkel 's nachts sondevoeding zodat u overdag mobieler bent. We bouwen de hoeveelheid sondevoeding af naarmate u beter via de mond kunt eten en voldoende voeding kunt opnemen. De voedingssonde en de nachtelijke bijvoeding blijven minstens tot de eerste controleafspraak behouden. Dan evalueert de arts of de sonde moet blijven of kan verwijderd worden. Als u geen voedingssonde hebt, krijgt u speciale voeding via het infuus, rechtstreeks in de bloedbaan.

Blaassonde

Deze sonde wordt in de blaas geplaatst terwijl u slaapt en blijft een drietal dagen zitten.

Eén of meerdere drains

Een drain is een buisje waarlangs wondvocht wordt afgevoerd na de operatie. Dit vocht wordt opgevangen in een zakje. Afhankelijk van de hoeveelheid bepaalt de arts wanneer de drain wordt verwijderd.

Eventueel een thoraxdrain

Dit is een buisje dat uit de rechterborstkas komt. Het zuigt de overtollige lucht en het vocht weg uit de rechterborstkas. De thoraxdrain wordt na enkele dagen verwijderd als de foto van de longen goed is. Een thoraxdrain wordt enkel geplaatst bij de operatie waarbij men in de borstkas het resterende stuk maag naar boven trekt.

Mobilisatie

Na uw operatie sporen we u aan om zo snel mogelijk uit bed te komen en beetje bij beetje steeds langer in de zetel te zitten. Geleidelijk aan zal u zo weer uw zelfstandigheid herwinnen. Hoe actiever u meewerkt, hoe sneller dat gaat. Snelle mobilisatie is cruciaal om de longen terug optimaal te laten functioneren. Zo loopt u minder kans op een infectie van de luchtwegen en neemt het risico op bloedklonters in de benen af. Enkele uren na de operatie helpt de verpleegkundige of de kinesist u om op de rand van uw bed te gaan zitten. U krijgt de opdracht om te 'bengelen' met uw benen.

Dag 1 - dag 4

De dag na de operatie proberen we u al twee keer in de zetel te helpen en eventueel korte afstanden te laten stappen onder begeleiding. Vanaf dag twee proberen we om u korte afstanden te laten wandelen op de gang, onder begeleiding van een kinesist of verpleegkundige. Vanaf dag drie mag u korte wandelingen maken onder begeleiding van een hulpverlener of van uw familie.

Dag 5 – dag 10

Vanaf dag vijf kunt u alleen of onder begeleiding van een familielid korte wandelingen maken op de afdeling. Beetje bij beetje zal u uw zelfstandigheid herwinnen.

Psycholoog

Een kankerdiagnose kan de lichamelijke en mentale draagkracht sterk ondermijnen. U en de mensen uit uw omgeving kunnen daarom gratis en vrijblijvend een beroep doen op psychologische ondersteuning.

11 MICROSCOPISCH ONDERZOEK VAN DE TUMOR

De uitslag van het microscopisch onderzoek van het verwijderde weefsel is na ongeveer 14 dagen bekend. De arts bespreekt ze met u tijdens de consultatie. De uitslag is bepalend voor het eventuele verdere verloop van de behandeling.

12 ONTSLAG

De gemiddelde opnameduur is tien tot veertien dagen. De artsen laten u enkel naar huis gaan als uw lichaam er klaar voor is.

Het team baseert zich op deze criteria:

- ▲ De pijn moet onder controle zijn met pijnstillers
- ▲ U moet voldoende calorieën kunnen opnemen (eventueel in combinatie met sondevoeding)
- ▲ U moet zelfstandig en veilig kunnen bewegen
- ▲ De terugkeer naar huis moet haalbaar en goed geregeld zijn

Na het ontslag uit het ziekenhuis zet het genezingsproces zich verder. Afhankelijk van uw leeftijd, conditie, de soort ingreep en de eventuele nabehandeling, kan het herstel enkele weken tot maanden duren. Als stelregel geldt: luister naar uw lichaam, doe enkel wat u denkt aan te kunnen.

Bij het ontslag krijgt u een afspraak mee voor de poliklinische controle na drie weken.

Volg deze adviezen na ontslag:

- ▲ De diëtist geeft u voedingsadvies mee.
- ▲ U moet drie weken 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.
- ▲ Er moeten geen hechtingen verwijderd worden maar de thuisverpleegkundige zal wel om de twee dagen de wonden controleren.
- ▲ Om de wonde goed te laten genezen, mag u tot zes weken na de operatie geen lasten heffen van meer dan vijf kilogram. Na die zes weken is dat geen probleem.
- ▲ Als het eten niet goed lukt en u krijgt geen sondevoeding kan de arts tijdelijk ondersteunende voeding via een infuus voorzien thuis. De dienst Patiëntenbegeleiding van het ziekenhuis regelt dit.

13 DE EERSTE WEKEN NA HET ONTSLAG

De eerste weken na het ontslag kunnen nog lastig zijn. Neem zeker de tijd om rustig te recupereren. De zorgcoördinator van het ziekenhuis zal u ongeveer één week na het ontslag opbellen om na te gaan hoe u zich voelt. We raden aan om ongeveer **één week na het ontslag** een afspraak te maken bij uw **huisarts**.

Ongeveer drie weken na uw ontslag komt u op controle bij de chirurg. Die kijkt na in hoeverre alles functioneel in orde is op dat moment.

Wanneer u voor de operatie werd doorverwezen uit een ander centrum wordt na de consultatie bij de chirurg in het UZ Gent een afspraak voorzien bij de arts van het verwijzende centrum.

14 WANNEER MOET U UW HET ZIEKENHUIS OF UW HUISARTS CONTACTEREN?

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

15 VERWIKKELINGEN NA DE OPERATIE

Hoewel een maagresectie 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

- ▲ Bloeding
 - ▲ Letsel van de milt met noodzaak tot verwijderen van de milt
- Deze verwikkelingen zijn zeldzaam en bijna altijd volledig te herstellen tijdens de ingreep.

Tijdens de opname

Verwikkelingen na de ingreep komen in 5-20% van de gevallen voor. Deze zijn meestal niet ernstig en goed te behandelen. Onderstaande lijst is niet volledig, maar omvat 99% van de vastgestelde verwikkelingen.

Ernstige verwikkelingen:

- ▲ Naadlek: het maagsap lekt in de borstholte en veroorzaakt temperatuursverhoging en algemene malaise (gemiddeld vijf dagen na de ingreep). Om deze verwikkeling vroegtijdig op te sporen, nemen we bij alle patiënten op dag vijf een slikfoto. Stellen we een naadlek vast, dan is een dringende heringreep noodzakelijk. Naadlekken komen voor bij 2-5% van de patiënten.
- ▲ Nabloedingen komen zelden voor maar kunnen leiden tot een heringreep.
- ▲ Hartcomplicaties: deze complicaties komen zelden voor en ze te vermijden voorzien we bij patiënten met hartklachten vóór de ingreep een nazicht bij de hartspecialist.
- ▲ Longcomplicaties: de meest frequente longcomplicaties na een stokdarmresectie zijn vocht op de longen, een infectie op de luchtwegen, lucht tussen de long en de borstkas (pneu). Deze complicaties komen voor bij ongeveer 30% van de patiënten. Er worden tijdens de hospitalisatie maatregelen getroffen om deze verwikkelingen zoveel mogelijk te vermijden (kine, puffers, regelmatig longfoto's) en op te vangen (antibiotica,...). Deze verwikkelingen zijn zelden levensbedreigend en kunnen meestal zonder heringrepen opgelost worden.
- ▲ Overlijden: maximaal 1-2%.

Minder ernstige verwikkelingen

- ▲ Klontervorming
- ▲ Wondinfectie
- ▲ Blaasontsteking

16 VEELGESTELDE VRAGEN

Moet ik na de ingreep een dieet volgen?

Na een maagoperatie starten we in samenspraak met de diëtist een dieet op. Zij begeleidt u na de ingreep. De eerste weken moet u vooral voedsel met een zachte textuur eten. U eet ook zes kleine maaltijden per dag in plaats van de drie standaardmaaltijden. Het schema wordt samen met de diëtist langzaam opgebouwd naarmate uw maag opnieuw wat uitzet. U krijgt de dieetrichtlijnen mee bij ontslag. U kunt de diëtist ook na uw ontslag contacteren tijdens de kantooruren (Stefanie Mortier, tel. 09 332 19 93).

Is een nabehandeling nodig?

Dat hangt af van het resultaat van het microscopisch onderzoek. Dat is pas 10 tot 14 dagen na de operatie bekend. De chirurg zal dit met u bespreken tijdens de eerste consultatie, 2 tot 3 weken na het ontslag. Als u reeds voorbehandeling kreeg, is er meestal nabehandeling nodig.

Is thuiszorg noodzakelijk?

De thuisverpleegkundige komt drie weken lang dagelijks bij u thuis langs om u spuitjes te geven in de buik en om de twee dagen om de wonde te controleren. Ze kan ook helpen met de toiletzorg als dit nodig zou zijn.

Meestal wordt de wonde gesloten met een verteerbare draad en worden er SteriStrips (kleine pleisters) op de wonde gekleefd. Die moeten zeven dagen droog blijven. Na zeven dagen kan de thuisverpleegkundige de steristrips 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 huisarts die na 10 tot 14 dagen verwijderen. Een gesloten wonde die er niet geïnfecteerd uitziet, moet niet ontsmet worden.

Na het eten, begin ik te zweten of krijg ik diarree. Wat moet ik doen?

Dumpingklachten kunnen voorkomen na een totale of bijna totale maagresectie.

- ▶ **Vroege dumpingklachten** (tot 30 minuten na de maaltijd) ontstaan doordat voedsel in grote hoeveelheden in de dunne darm terechtkomt. Dat uit zich in klachten zoals buikkrampen, misselijkheid, braken en opgeblazen gevoel maar kan ook hartkloppingen, transpiratie en duizeligheid teweeg brengen. Ten slotte kan diarree ontstaan.
- ▶ **Late dumpingklachten** (één tot twee uur na de maaltijd) ontstaan als gevolg van te snel opgenomen koolhydraten (suikers) en geven klachten gelijkaardig aan een hypoglycemie zoals beven, zweten, hartkloppingen.

Volg deze adviezen om klachten te beperken:

- ▶ Een voeding rijk aan eiwit, energie onder de vorm van vetten en vezels kunnen de klachten doen verminderen.
- ▶ Beperk snelle suikers (fruitsappen, frisdrank, zoet broodbeleg, snoep maar ook appelmoes of ander fruit bij de warme maaltijd), geraffineerde graanproducten (wit brood, witte pasta, witte rijst) en fel bewerkte aardappelproducten (puree) of combineer dit product met een eiwit-, vezel-, of vetrijk voedingsmiddel.
- ▶ Verdeel de totale vochtinname over de dag. Eet rustig en kauw goed, eet zes tot negen keer per dag een kleine portie.

17 NUTTIGE TELEFOONNUMMERS

Maagchirurgen



Prof. dr. P. Pattyn



Dr. E. Van Daele



Dr. H. Vanommeslaeghe

Polikliniek BAS

Ingang 12, route 1325

Tel. 09 332 95 00

Verpleegafdeling Digestieve heekunde 1

ingang 12, route 1248

Hoofdverpleegkundige: Nathalie Ghys

Tel. 09 332 27 80

Verpleegafdeling Digestieve heekunde 2

Ingang 12, route 1396

Hoofdverpleegkundige: An Den Haese

Tel. 09 332 33 20

Diëtist Kankercentrum

Stefanie Mortier

Tel. 09 332 19 93

Iedere werkdag bereikbaar

van 8 tot 16.30 uur

Psychologen Kankercentrum

An Lievrouw, tel. 09 332 01 98

Elien Storms, tel. 09 332 18 80

Iedere werkdag bereikbaar van 8 tot 16.30 uur

Verpleegkundig consulenten digestieve oncologie

Ann Annaert, tel. 09 332 19 50

Evelien Michels

vpc.digestieve@uzgent.be

Verpleegkundig specialist digestieve oncologie

Eva Pape, tel. 09 332 19 33

Dienst Patiëntenbegeleiding

09 332 41 44

Iedere werkdag bereikbaar van 8 tot 16.30 uur

Meer informatie vindt u op onze website:
www.uzgent.be > gastro-intestinale heelkunde.

Polikliniek BAS

Polikliniek BAS
Ingang 12, route 1325
T +32 (0)9 332 95 00
www.uzgent.be/gihk

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

