

Buismaagoperatie



Inhoud

Ligging en functie van de maag	3
Slokdarmkanker	4
Symptomen	4
Diagnose en onderzoek	5
De behandeling	5
Pre-operatieve screening en anesthesie	6
De opname	7
Voorafgaande aan de operatie (preoperatief)	7
De operatie	7
Na de operatie (postoperatief)	8
Verzorging van de jejunostomiekatheter	10
Mogelijke complicaties	10
Na de operatie	11
Weer naar huis	11
Wanneer neemt u direct contact op?	12
Meer informatie	12
Vragen	12
Contactgegevens	12

Buismaagoperatie

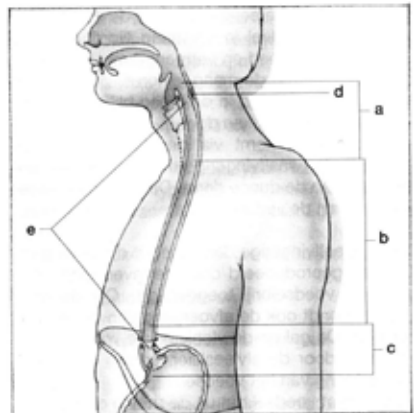
U wordt binnenkort onderzocht of behandeld vanwege slokdarmkanker. In deze folder vindt u informatie over de gebruikelijke gang van zaken rondom een buismaagoperatie.

Het is goed u te realiseren dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan is beschreven.

Ligging en functie van de maag

De slokdarm (oesophagus) is een onderdeel van het spijsverteringskanaal, dat zich tussen de keel en maag bevindt. De wand van de slokdarm bestaat uit een aantal lagen: een slijmvlieslaag, een spierlaag en een ondersteunende bindweefsellaag. De slokdarm is een buisvormig orgaan van 25-30 cm, dat bestaat uit drie delen:

- het halsdeel: het bovenste deel dat onder de keelholte begint;
- het borstdeel: het middendeel dat in de borstholte ligt;
- het buikdeel: het laatste deel dat in de buikholte ligt, waarna de slokdarm overgaat in de maag

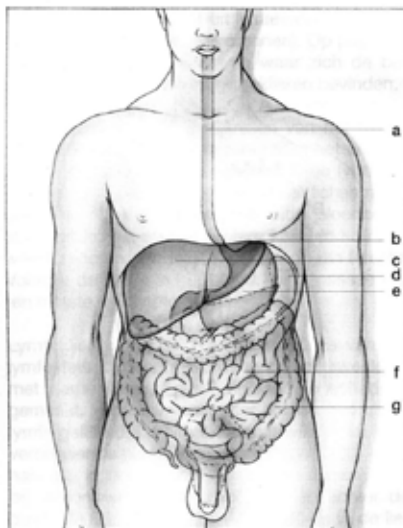


a. halsdeel
b. borstdeel
c. buikdeel
d. slokdarmmond
e. sluitspiieren

De tekening toont de ligging van de slokdarm. Vlakbij de slokdarm bevinden zich een groot aantal organen: de luchtpijp, het hart, de grote vaten en de longen. Langs de slokdarm lopen bloedvaten en lymfevaten.

Slokdarmkanker

In Nederland wordt bij ongeveer 1000 mensen per jaar slokdarmkanker vastgesteld, waarvan ongeveer 70% mannen. Er bestaan verschillende soorten slokdarmkanker, de meest voorkomende zijn het plaveiselcelcarcinoom en het adenocarcinoom. De laatste jaren lijkt slokdarmkanker toe te nemen, dit geldt met name voor het adenocarcinoom type.



a. slokdarm
b. middenrif
c. lever
d. milt
e. maag
f. dunne darm
g. dikke darm

Een tumor in de slokdarm kan op verschillende manieren groeien. Afhankelijk van de ligging van de tumor (bovenste of onderste deel)

kan de tumor doorgroeien via de wand van de slokdarm van boven naar beneden of dwars door de slokdarmwand heen in de omringende weefsels of organen. Via de lymfe (lichaamsvloeistof bestaande uit weefselvocht en witte bloedcellen) kunnen de kankercellen in de lymfeklieren rondom de slokdarm komen. Via het bloed kunnen de kankercellen worden verspreid naar bijvoorbeeld lever en longen.

Symptomen

Slokdarmkanker geeft in een vroeg stadium meestal geen klachten. Later kunnen één of meer van de volgende klachten ontstaan:

- slikproblemen en het gevoel dat er iets in de keel zit, eerst bij vast voedsel en later mogelijk ook bij vloeibare voeding;
- passageklachten waarbij het voedsel niet goed wil zakken;
- klachten tijdens het eten zoals hoesten, opgeven van voedsel of hikken;
- verminderde eetlust;
- gewichtsverlies doordat men te weinig voedingsstoffen binnenkrijgt;
- een pijnlijk of vol gevoel achter het borstbeen.

Deze klachten zijn echter niet typisch voor slokdarmkanker en hoeven niet altijd op te treden.

Diagnose en onderzoek

Om de behandeling vast te stellen moeten eerst de nodige onderzoeken plaatsvinden. Uw internist of Maag-Darm-Lever-arts bepaalt welke onderzoeken dit zijn. Het doel van deze onderzoeken is te weten te komen waar de aandoening precies zit, wat de aard en de eventuele uitbreiding is.

Zo wordt er meestal een gastroscopie verricht. Hierbij wordt met een dunne, flexibele buis in uw slokdarm gekeken, waarbij vaak weefselmonsters (biopten) worden genomen voor onderzoek. Ook kan er een röntgenfoto met contrastvloeistof van de slokdarm worden gemaakt. Tevens wordt er een CT-scan (soort driedimensionale röntgenfoto) verricht om te bepalen of de tumor verwijderbaar is en of er uitzaaiingen zijn. Daarnaast is er nog meer onderzoek nodig (zoals een longfoto, hartfilmpje en bloedonderzoek) om te kijken hoe uw algemene conditie is. Op grond van de resultaten van deze onderzoeken kunnen de artsen het stadium van uw ziekte en de hieruit voorkomende behandeling bepalen. Dit is afhankelijk van de grootte van de tumor, de mate van doorgroei in de omringende organen en de aanwezigheid van uitzaaiingen.

De behandeling

Wanneer een behandeling is gericht op het genezen van een patiënt, wordt dat een curatieve behandeling genoemd. Bij een behandeling bedoeld om de ziekte te remmen en om de klachten te verminderen, spreekt men van een palliatieve behandeling. Deze folder gaat over de curatieve fase. In deze fase geeft chirurgie, ofwel een operatieve behandeling, de grootste kans op genezing.

Een operatie kan worden uitgevoerd wanneer uit onderzoek is gebleken dat de tumor waarschijnlijk niet is ingegroeid in- of uitgezaaid naar andere organen. Dit is niet altijd duidelijk vóór de operatie. Het komt dus voor, dat de chirurg tijdens de operatie vaststelt dat de tumor niet geheel te verwijderen is of dat er uitzaaiingen zijn. Op dat moment

kan worden besloten van verder opereren af te zien. Er zijn dan verschillende mogelijkheden tot palliatieve behandeling. Palliatieve behandeling wordt in deze folder verder niet besproken. Uw arts bespreekt met u welke behandeling voor u het meest geschikt lijkt.

Soms wordt vóór of ná de operatie een aanvullende behandeling geadviseerd, bijvoorbeeld als de tumor verder dan de slijmvlieslaag is gegroeid. Het gaat hier om een combinatie van een operatie met radiotherapie (bestraling), chemotherapie (behandeling met celdodende medicijnen) of beiden. Deze behandelingen zijn niet standaard en vinden alleen plaats als onderdeel van wetenschappelijk onderzoek.

Pre-operatieve screening en anesthesie

U wordt geopereerd en bent daarom doorverwezen naar de polikliniek Pre-operatieve screening. Op deze polikliniek bekijkt de anesthesioloog of de operatie voor u extra gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Dit noemen we pre-operatieve screening. Tijdens dit gesprek komen een aantal onderwerpen aan bod. Dit zijn onder andere de soort verdoving (anesthesie) en pijnstilling. Ook bespreekt u waarop u moet letten met eten, drinken en roken op de dagen rondom de operatie. Daarnaast maakt u afspraken over hoe u op die dagen uw medicijnen gebruikt. Dit geldt ook voor bloedverdunners. Bespreek het gebruik van bloedverdunners ook altijd met uw behandelend arts. Als u medicijnen gebruikt, neem dan een actueel medicijnoverzicht of medicijnpaspoort mee.

Op de polikliniek Pre-operatieve screening kunt u alleen op afspraak terecht. De polikliniek is telefonisch bereikbaar van maandag t/m vrijdag tussen 08.00 en 17.00 uur via telefoonnummer 040 - 239 85 01.

Meer informatie over pre-operatieve screening en verdoving vindt u in de folder 'Anesthesie'.

De operatie vindt plaats onder algehele anesthesie (narcose).

De opname

U wordt een dag vóór de operatie opgenomen op verpleegafdeling Chirurgie. Op de dag van de opname kunt u zich melden aan de balie van deze afdeling. Een verpleegkundige brengt u vervolgens naar uw kamer en informeert u over de verdere gang van zaken op de afdeling. Neemt u de medicijnen die u thuis gebruikt mee naar het ziekenhuis.

Voorafgaande aan de operatie (preoperatief)

Nadat de verpleegkundige u heeft geholpen met het installeren op de kamer, voert deze een aantal controles bij u uit zoals het meten van uw temperatuur en polsslag. Verder bestaat de voorbereiding op de operatie uit het toedienen van een injectie om trombose te voorkomen. Tenslotte komt er nog een laborant bloed bij u afnemen. Voor de nacht krijgt u premedicatie (medicijnen) zoals afgesproken met de anesthesist.

Het verwijderen van de tumor in de slokdarm is een grote operatie. De diëtiste wordt dan ook vóór de operatie om advies gevraagd om zorg te dragen voor een optimale voedingstoestand.

De operatie

De verpleegkundige zorgt dat u op de ochtend klaar bent voor de operatie. Zodra u aan de beurt bent, wordt u in bed door de verpleegkundige naar de voorbereidingskamer gebracht. Zodra de operatiekamer klaar is, haalt de operatieassistent u hier op. Als dit is afgesproken, brengt de anesthesist eerst een slangetje in de rug in voor de pijnstilling, waarna u de narcose krijgt toegediend.

Tijdens de operatie wordt de slokdarm met een deel van het omringende weefsel en de lymfeklieren verwijderd (slokdarmresectie). Als de tumor laag in de slokdarm ligt, gebeurt dit via de buikholte. Als de tumor in het midden van de slokdarm ligt of in de buurt van de luchtpijp, vindt verwijdering plaats via de borstkas. Dit kan met een kijkoperatie of door het openen van de borstkas. Uw chirurg zal de meest geschikte behandeling met u bespreken. De slokdarm wordt, samen met het begin van de maag, tot het halsdeel verwijderd. Daarom is in de hals ook een opening, meestal aan de linkerzijde.

Nadat de tumor en (een deel van) de slokdarm is verwijderd, moet het overgebleven deel van de slokdarm weer met de maag worden verbonden. Hierbij wordt van de resterende maag een buis gemaakt, ook wel buismaag genoemd, die in de Hals aan de slokdarm wordt gehecht. Bij deze operatie spreken we dan ook vaak over een buismaagoperatie.

Soms is het niet mogelijk om van de maag een nieuwe verbinding te maken. Dit kan bijvoorbeeld als een deel van de maag in het verleden is verwijderd. In dit geval wordt gebruik gemaakt van een deel van de dikke darm.

De tekeningen op deze pagina geven een beeld van wat er tijdens de operatie gebeurt. Uw behandelend arts legt u dit verder uit.



Na de operatie (postoperatief)

Na deze operatie verblijft u meestal een tot twee dagen op de Intensive Care om daarna terug te gaan naar de verpleegafdeling Chirurgie voor verder herstel. Direct na de operatie bent u door een aantal slangen verbonden met apparaten. Dat kunnen zijn:

- een infuus in de hals voor toediening van vocht en medicatie;
- een dun slangetje in uw rug voor pijnbestrijding (epiduraal katheter);
- een slangetje (sonde) in uw neus, dat via de slokdarm in de (resterende) maag ligt en ervoor zorgt dat het overtollige maagsap af kan lopen;
- een dun, flexibel slangetje in de buik (jejunostomiekatheter) voor toediening van voeding;
- één of meer slangetjes (drains) in uw buik voor afvoer van eventueel bloed en inwendig wondvocht;
- eventueel één of meer drains in uw longen voor afvoer van eventueel bloed en inwendig wondvocht;
- een slangetje via uw plasbuis in uw blaas (blaaskatheter) voor afloop van urine.

Naarmate u verder herstelt na de operatie, worden al deze hulpmiddelen verwijderd.

De buikwond bevat na de operatie een pleister die de verpleegkundige er de eerste dag na de operatie afhaalt. Vervolgens wordt de wond dagelijks verbonden met een absorberend verband totdat deze droog is. Meestal wordt de buikwond onderhuids gehecht. Er worden dan hechtpleisters (steristrips) op de huid geplakt die vijf dagen moeten blijven zitten. In enkele gevallen wordt de wond gesloten met nietjes, die de verpleegkundige na de tiende dag verwijderd. De chirurg bekijkt welke toepassing voor u geschikt is.

Na een buismaagoperatie mag u de eerste dagen niet eten of drinken. Dit is om de inwendige littekens goed te laten genezen. Na vijf dagen wordt een zogenaemde slikfoto gemaakt (röntgenfoto's die worden gemaakt tijdens het slikken van een vloeistof, waarop te zien is of de littekens goed aan elkaar vastgegroeid zijn, zodat er geen lekkage kan ontstaan). Als de littekens goed zijn vastgegroeid, mag u weer voorzichtig beginnen met het drinken van helder vocht. Dit wordt, in overleg met de arts, langzaam opgebouwd naar vloeibaar en uiteindelijk gewoon eten.

Aangezien u de eerste tijd onvoldoende voedingsstoffen binnenkrijgt, is het belangrijk dat u op een andere manier voeding krijgt. Tijdens de

operatie wordt dan ook een dun slangetje bij u in de buik ingebracht, een zogenoemde jejunostomiekatheter. Deze jejunostomiekatheter zit in de dunne darm (het jejunum) vastgehecht. Deze inwendige hechting lost na 6 weken vanzelf op. Aan de buitenkant wordt de jejunostomiekatheter op de huid vastgezet met een huidplaatje. Dit is een siliconen plaatje dat met hechtingen aan de buik wordt vastgezet. Als u weer gewoon kunt eten, worden deze hechtingen en de jejunostomiekatheter verwijderd op de polikliniek.

Verzorging van de jejunostomiekatheter

De insteekopening van de jejunostomiekatheter (daar waar de sonde de buik in gaat) moet goed worden verzorgd om infectie te voorkomen. Als zich viezigheid rond de insteekopening bevindt, moet dit worden verwijderd met een gaasje natgemaakt met kraanwater.

De jejunostomiekatheter moet minstens zes keer daags worden doorgespoten met kraanwater. Dit is om dichtzitten van het slangetje te voorkomen. Het doorspuiten vindt bij voorkeur plaats op vaste tijden en in ieder geval:

- vóór en na de toediening van een pak sondevoeding;
- bij elke verwisseling van een pak sondevoeding;
- vóór en na afloop van toediening van medicijnen via de sonde;
- bij het afkoppelen van een pak sondevoeding.

De verpleegkundige bespreekt de verzorging van de jejunostomiekatheter met u.

Mogelijke complicaties

Geen enkele operatie is zonder risico. Zo is ook bij een buismaagoperatie de normale kans op complicaties aanwezig, zoals nabloeding, wondinfectie, trombose of longontsteking. Daarnaast bestaat het risico op complicaties die specifiek voor deze operatie gelden. Deze worden onderverdeeld in vroege en late complicaties.

Onder vroege complicaties worden complicaties verstaan die zich in de eerste tien tot veertien dagen na de operatie voordoen.

Een vervelende vroege complicatie is als er een lekkage optreedt bij de aanhechting van de buismaag doordat de littekens nog niet voldoende

zijn dichtgegroeid. Zolang de lekkage niet in de borstkas optreedt, geneest deze spontaan. Als de lekkage echter wel optreedt in de borstkas, is er sprake van een levensbedreigende situatie die meestal tot een hernieuwde operatie leidt.

Daarnaast kan een (tijdelijke) heesheid optreden door beschadiging aan de stembandzenuw die tussen de luchtpijp en de slokdarm loopt. Gelukkig herstelt deze heesheid zich spontaan.

Met late complicaties worden complicaties bedoeld die pas op langere termijn kunnen ontstaan, zoals een vernauwing bij de naad (de aanhechting van de buismaag in de hals) in de hals, wat slikklachten kan geven. Deze vernauwing kan door de gastro-enteroloog tijdens een endoscopie worden opgerekt. Soms moet dit meerdere malen gebeuren.

Na de operatie

Een buismaagoperatie is een complexe operatie met uiteenlopende gevolgen op lange termijn. Dit kan zowel lichamelijk als psychisch veel gevolgen hebben voor u en uw familie en kan dan ook veel vragen en onzekerheden oproepen. Na de operatie ontvangt u van de verpleegkundige dan ook een pakket met daarin verschillende folders die u zo goed mogelijk informeren over wat u te wachten staat na uw ontslag. U heeft dan ook de mogelijkheid om al tijdens uw opname uw vragen te stellen.

Weer naar huis

Als alles goed gaat kunt u over het algemeen ongeveer veertien dagen na de operatie het ziekenhuis verlaten. Bij ontslag krijgt u een afspraak mee voor de poliklinische controle.

Als u weer thuis bent zult u merken dat u nog snel moe bent en minder eetlust heeft. Dit duurt vaak lang, soms een half jaar. Wanneer u weer helemaal hersteld bent van de operatie is moeilijk aan te geven, dit verschilt van persoon tot persoon.

Wanneer neemt u direct contact op?

- Bij roodheid rondom de wond, zwelling of koorts hoger dan 38.5°C.
- Bij acute benauwdheid.
- Bij ernstig gewichtsverlies.

Neem tijdens kantooruren contact op met de polikliniek Chirurgie.
Buiten kantoor tijden kunt u contact opnemen met de Spoedeisende Hulp.

Meer informatie

Bij onderstaande regionale en landelijke organisaties kunt u terecht voor meer informatie:

- Voorlichtingcentrum KWF (Koningin Wilhelmina Fonds)
Kankerbestrijding: 0800 - 022 66 22
- IKZ (Integraal Kankercentrum Zuid): 040 - 297 16 16
- Stichting Doorgang (patiëntenvereniging voor mensen met een vorm van kanker in het spijsverteringskanaal): 020 - 570 05 45

Vragen

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, neem dan contact op met de polikliniek Chirurgie.

Contactgegevens

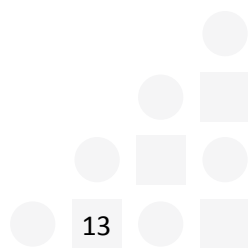
Catharina Ziekenhuis
Telefoon 040 - 239 91 11
www.catharinaziekenhuis.nl

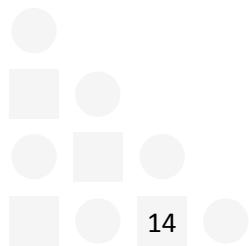
Spoedeisende Hulp
040 - 239 96 00

Polikliniek Chirurgie
040 - 239 71 50

Verpleegafdeling Chirurgie
040 - 239 79 50

Routennummer(s) en overige informatie over de afdeling Chirurgie kunt u terugvinden op www.catharinaziekenhuis.nl/chirurgie.









Altijd als eerste op de hoogte?

Meld u dan aan voor onze nieuwsbrief:

www.catharinaziekenhuis.nl/nieuwsbrief

Michelangelolaan 2 – 5623 EJ Eindhoven
Postbus 1350 – 5602 ZA Eindhoven