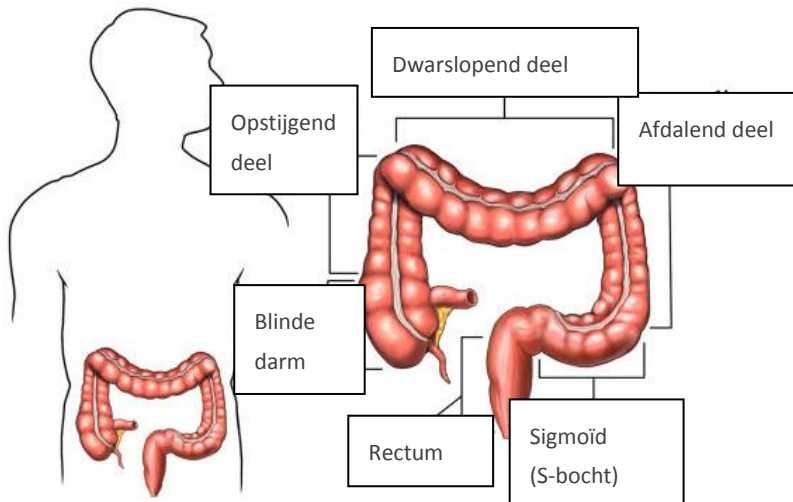


Dikke darmoperatie

Inleiding

In deze brochure wordt de gebruikelijke gang van zaken rond een dikke darmoperatie beschreven. Ook wordt u geïnformeerd over de aandoeningen waarbij een dikke darmoperatie als behandelingsmethode mogelijk is. Het is goed u te realiseren dat bij het vaststellen van een aandoening en de behandeling ervan, de situatie voor iedereen weer anders kan zijn. Meestal worden deze operaties uitgevoerd als een ontsteking (diverticulitis, Morbus Crohn en colitis ulcerosa), een kwaadaardige afwijking of een grote poliep wordt waargenomen. Ook bij complicaties van dikkedarmafwijkingen, zoals een perforatie (gat in de darm) of vernauwing van de darm met passagebelemmering, is een operatie nodig.

Anatomie en functie van de dikke darm



Ons voedsel komt via slokdarm, maag en dunne darm terecht in de dikke darm. De dikke darm is het laatste deel van ons spijsverteringskanaal. In de dikke darm worden vitamines en vocht weer geresorbeerd, dat wil zeggen teruggegeven aan de bloedbaan. Daardoor dikt de inhoud tot normale ontlasting in. In totaal is de dikke darm ongeveer 150 cm lang. Bij de dikke darm onderscheidt men een aantal delen. Rechtsonder in de buik ligt de blindedarm (het coecum). De dunne darm mondt hierop uit. Aan de blindedarm zit het wormvormig aanhangsel (de appendix). Rechts in de buik, tot aan de lever, loopt het opstijgende deel van de dikke darm (colon ascendens). Bij de lever maakt de dikke darm een bocht en loopt onder de maag naar links. Dit heet het dwarslopende deel (colon transversum). Vervolgens maakt de dikke darm opnieuw een bocht en loopt links in de buik naar beneden: het dalende deel (colon descendens). Dit gaat over in een S-bochtig (sigmoïd). Het laatste deel van de dikke darm bestaat uit de endeldarm (rectum), die eindigt met de sluitspier (anus).

Darmaandoeningen

Goedaardige aandoeningen

- Een veel voorkomende afwijking in de dikke darm is diverticulose waarbij het slijmvlies door de wand uitpuilt door drukverhoging, zoals de binnenband van een fiets door een gat in de buitenband kan uitpuilen. Zijn deze divertikels (=uitstulping) ontstoken, dan spreekt men van diverticulitis. Bij diverticulitis kunnen er aanvallen van pijn en koorts optreden en de darm kan vernauwd raken. Een operatie is dan aangeraden.
- Grote goedaardige poliepen kunnen ook in alle delen van de darm voorkomen. Als poliepen nog klein zijn kunnen ze doorgaans via een coloscoop verwijderd worden door de maagdarmlever-arts. Een operatie is dan niet nodig. Bij grote poliepen moet wel een operatie gedaan worden. Het is van belang goedaardige poliepen te verwijderen, omdat ze kwaadaardig kunnen worden als ze langer blijven bestaan.
- Colitis ulcerosa is een ontsteking van de hele dikke darm, die meestal met medicijnen goed te behandelen is. Als de ontsteking niet goed reageert op medicijnen moet soms de hele dikke darm verwijderd worden. Ook in dit geval krijgt de patiënt een stoma of wordt de dunne darm op de anus aangesloten.
- Bij de ziekte van Crohn kan een deel van de dikke darm aangedaan zijn, die alleen geopereerd wordt als medicijnen geen uitkomst meer bieden.
- Polyposis coli is een erfelijke aandoening van de dikke darm, waarbij honderden goedaardige poliepen voorkomen. Als deze poliepen niet worden verwijderd, ontaarden enkele op den duur in dikke darmkanker. Bij ongeveer één procent van de patiënten met dikke darmkanker is deze ziekte het gevolg van polyposis coli. In verband met het hoge risico op dikke darmkanker kan het, uit voorzorg, nodig zijn om de hele dikke darm te verwijderen.

De patiënt krijgt dan een kunstmatige uitgang voor de ontlasting, een zogeheten stoma (zie folder 'Stoma'), of een constructie waarbij de dunne darm op de anus wordt aangesloten, en geen blijvend stoma nodig is.

Kwaadaardige aandoeningen

- Dikke darmkanker kan voorkomen in alle delen van de dikke darm. Het meest komt het voor in het colon descendens, het sigmoïd en het rectum.

Naast deze aandoeningen zijn er ook nog andere zeldzame ziektes die een dikke darm operatie nodig maken.

Klachten

De klachten die bij dikke darmafwijkingen optreden, zijn sterk afhankelijk van de aard en de plaats van de afwijking. Als deze zich in het laatste deel bevindt, dus in het sigmoïd of in de endeldarm, zal de patiënt andere klachten hebben dan bij een afwijking in het begin van de dikke darm. In het laatste deel van de dikke darm is het voedselrestant al ingedikt als het moet passeren. De afwijking zit de ontlasting als het ware in de weg. Mede daardoor kunnen een of meer van de volgende klachten optreden:

- Veranderingen in het ontlastingspatroon, bijvoorbeeld veel verstopping of afwisselend verstopping en diarree,
- Rood bloed en/of slijm bij de ontlasting door beschadiging,
- Loze aandrang.

Bij afwijkingen in het eerste deel van de dikke darm kunnen ook verstoppingen voorkomen. De bloedingen die hierbij optreden laten meestal een vermenging zien van het bloed door de ontlasting heen. Bloedarmoede komt vaak voor.

Behandelingsmogelijkheden

Het soort operatie is afhankelijk van de oorzaak van de afwijking en de plaats van de afwijking in de dikke darm. In het algemeen zal getracht worden de continuïteit weer te herstellen nadat het zieke deel verwijderd is. De omvang en de duur van de operatie hangen af van de plaats, de grootte en de mate van plaatselijke uitbreiding van de tumor of ontsteking.

Het lymfklierweefsel in de dikke darm is nauw verweven met de bloedvaten die de dikke darm van bloed voorzien. Daarom is het noodzakelijk dat een flink deel van de dikke darm, samen met de lymfeklieren en bloedvaten worden weggenomen. De twee overblijvende uiteinden van de dikke darm worden daarna weer aan elkaar gehecht. Een dergelijke verbinding noemt men een 'anastomose'. Zo mogelijk wordt de kwaadaardige tumor of het ontstekingspakket tijdens een operatie verwijderd. Als er doorgroei in omringende weefsels is, kan een omvangrijker operatie nodig zijn. Indien de tumor niet te verwijderen blijkt en dientengevolge de kans bestaat dat de dikke darm wordt afgesloten, zal de chirurg het zieke deel van de darm buiten werking stellen door het aanleggen van een kunstmatige darmuitgang in de buikwand ('stoma'). Er zijn twee operatiemethoden om de darmoperatie uit te voeren, de laparoscopische darmoperatie (kijkoperatie) en de 'open' (klassieke) darmoperatie. Uw behandelend arts zal met u bespreken wat in uw geval de mogelijkheden zijn. In deze folder worden beide methoden besproken.

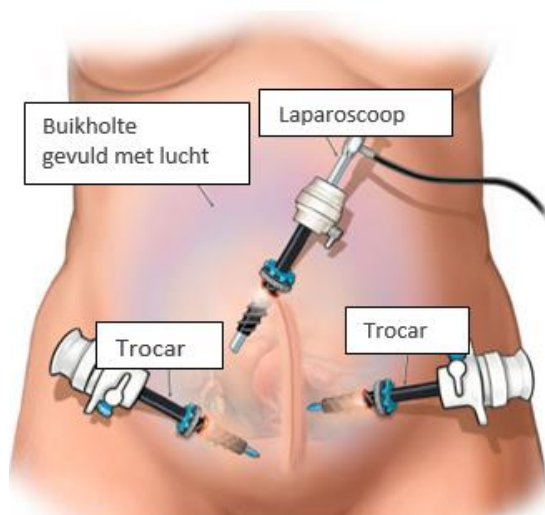
- **Laparoscopische chirurgie**

Met een kijkoperatie kan de buikinhoud niet alleen geïnspecteerd worden, maar kan ook de daadwerkelijke operatie uitgevoerd worden. Door deze manier van opereren is het chirurgische letsel aanzienlijk kleiner. Er zijn geen grote wonden, waardoor er na de operatie minder pijn ervaren wordt. De patiënt kan snel zijn bed uit en rondlopen, waardoor de lichaamsfuncties gestimuleerd worden.

Al na twee tot drie dagen kunnen de meeste patiënten alweer normaal eten en het ontslag uit het ziekenhuis kan in veel gevallen al binnen een week na grote darmoperaties gerealiseerd worden. Aandoeningen die op laparoscopische wijze geopereerd worden zijn onder andere:

- diverticulitis
- rectumprolaps
- ziekte van Crohn (zowel in dunne als dikke darm)
- volvulus van het simoïd
- kanker van de dikke darm
- kanker van de endeldarm

Nadat met behulp van een dunne naald wat lucht is ingeblazen in de buikholte wordt de operatie via een aantal kleine sneetjes van 0,5 tot 1,2 cm uitgevoerd. Hierdoorheen wordt een aantal kleine buisjes (trocars) ingebracht. Het aantal trocars kan variëren van drie tot zes, afhankelijk van de aard van de operatie.



Met behulp van speciaal instrumentarium kan via de ingebrachte buisjes worden geopereerd. Via een videocamera wordt het inwendige beeld sterk vergroot afgebeeld op een videomonitor, waarop de chirurg zijn handelingen kan volgen. Aan het einde van de ingreep wordt meestal een van de openingen in de lies of navelregio verlengd tot ongeveer 5-7 cm, om het geopereerde stuk darm te verwijderen.

De voordelen tijdens de operatie zijn:

- een uitstekend overzicht van alle delen van de buik
- een sterke vergroting van het inwendige beeld, waardoor zenuwen, bloedvaten en andere belangrijke structuren, optimaal gespaard kunnen worden
- doordat alle kleine bloedvaatjes direct dichtgeschroeid worden, is er tijdens de procedure sprake van minimaal bloedverlies. Waardoor er bijna nooit sprake hoeft te zijn van het geven van donorbloed. Het bloedverlies tijdens een laparoscopische darmoperatie is beduidend minder dan bij een vergelijkbare 'open' procedure
- door het ontbreken van een grote wond, is er tijdens de operatie minder verlies van lichaamswarmte en vocht. Doordat de patiënt tijdens de ingreep niet afkoelt, blijft de bloedstolling en afweer van de patiënt beter behouden
- een sneller herstel van de darmfunctie omdat de darm tijdens de operatie niet hoeft te worden weggehouden achter gazen en een retractor (spreider), zoals in de 'open' procedure. In bijna alle gevallen is een maagslang na de operatie niet noodzakelijk.

Andere voordelen die een kijkoperatie biedt:

- minder pijn na de ingreep
- kortere opname duur
- sneller kunnen hervatten van het normale dieet
- sneller kunnen hervatten van de dagelijkse activiteiten
- betere cosmetische resultaten

Lukt een dikke darm operatie altijd op laparoscopische wijze

In een aantal gevallen kan het noodzakelijk zijn tijdens de operatie over te gaan tot de 'klassieke' of 'open' procedure. De oorzaak hiervan kan verschillend zijn:

- Er zijn teveel verklevingen na eerdere buikchirurgie.
- De tumor blijkt te groot.
- Er kan te weinig ruimte in de buik gemaakt worden om veilig te kunnen opereren. Dat kan doordat er teveel vetweefsel in de buikholte aanwezig is.
- Er kunnen complicaties (zoals een ernstige bloeding) tijdens de operatie optreden die niet veilig laparoscopisch kunnen worden opgelost.

De 'open' of 'klassieke' operatie

Bij de 'open'-techniek wordt een snee van net boven het schaambeentot boven de navel gemaakt. Soms ook een dwarse snee in de flank. De rest van de ingreep verloopt hetzelfde als bij de laparoscopische techniek. De snee wordt meestal dichtgemaakt met nietjes.

Mogelijke complicaties bij een operatie

Geen enkele ingreep is vrij van de kans op complicaties. Zo zijn er ook bij dikke darmoperaties de normale risico's op complicaties van een operatie, zoals bijvoorbeeld trombose, longontsteking, nabloeding of een wondinfectie. Wondinfectie komt relatief vaak voor en geeft aanleiding tot een vertraagde wondgenezing. In acute situaties, waarbij de darm niet goed kan worden voorbereid, wordt de wond soms opengelaten om wondinfecties te voorkomen. Daarnaast zijn er nog enkele specifieke complicaties mogelijk. Zo is een ernstige complicatie lekkage van de darmnaad. Dit komt gelukkig weinig voor. Het geven van antibiotica en soms het aanleggen van een tijdelijk stoma zijn maatregelen om deze complicatie te voorkomen.

Ook kunnen er zich problemen voordoen bij het plassen.

Bij mannen die een uitgebreide endeldarmoperatie hebben ondergaan, treedt soms impotentie op. Soms is het niet te vermijden dat bij dit soort operaties de zenuwen naar de geslachtsdelen worden beschadigd.

De kans op complicaties bij een laparoscopische operatie zijn niet groter dan bij een operatie volgens de 'open' techniek.

Vorbereiding voor een darmoperatie

In de meeste gevallen is het niet meer noodzakelijk dat de darmen geheel leeg zijn. De voorbereiding hangt af van welk stuk darm verwijderd wordt en wat de oorzaak van de operatie is. In principe moet bij een operatie aan de linkerkzijde de darm helemaal leeg te zijn. De chirurg vertelt vaak al welke voorbereiding in uw geval nodig zal zijn.

Opname

De opname is meestal op de dag van de operatie. De dag van de operatie begint meestal al vroeg. U bent **nuchter vanaf zes uur voor de operatie**. Meestal is er voor de operatie nog de gelegenheid voor douchen en uw persoonlijke lichaamsverzorging. Het wordt afgeraden make-up en crème aan te brengen. Ook alle sieraden dient u af te doen (berg deze veilig op of geef ze de avond tevoren mee naar huis).

Nadat u uw operatiekleding aangetrokken hebt, krijgt u vaak al de eerste medicatie voor de operatie. Uw thuismedicatie wordt in overleg met uw arts zo nodig doorgegeven. Dan komt het moment dat u naar de operatiekamer gaat. In uw eigen bed wordt u naar de operatiekamer gebracht door twee verpleegkundigen. Daar wordt u opgevangen door de anesthesieverpleegkundige die gedurende de gehele operatie in uw nabijheid zal zijn. Hij of zij zal u vertellen welke handelingen verricht zullen worden om u in slaap te maken. Vaak zal alvast een infuus worden ingebracht. U wordt dan meegenomen naar de operatiekamer en op de operatietafel gelegd. De anesthesist zal u vervolgens in slaap brengen. Samen met de anesthesie-verpleegkundige zal hij of zij uw belangrijkste lichaamsfuncties zoals bloeddruk, ademhaling, temperatuur en diepte van de slaap, gedurende de gehele ingreep nauwkeurig in de gaten houden.

Na de operatie wordt u weer wakker in uw eigen bed op de uitslaapkamer. Sommige patiënten gaan naar de Intensive Care. Maar heel weinig mensen weten zich dit achteraf nog te herinneren. Vaak zullen de eerste herinneringen na de operatie weer op de afdeling terug komen.

Vanaf dan zal het allemaal weer snel vooruit gaan. De meeste slangetjes (drains) zullen na een of twee dagen verwijderd worden. Ook het slangetje uit uw blaas wordt zo snel als uw conditie het toe laat weer verwijderd. De dag na de operatie kunt u alweer op de rand van het bed zitten en de eerste dag na de operatie mag u alweer even in de stoel zitten. Vaak bent u dan ook al gestart met drinken en misschien ook al met het eten. Iedere dag gaat u snel vooruit. Afhankelijk van hoe snel u opknapt kunt het ziekenhuis weer verlaten. Dit kan soms al binnen vijf tot zeven dagen zijn.

Nabehandeling

Na de operatie krijgt u een afspraak mee voor de polikliniek waar u uw eigen arts zult treffen. Hoelang u poliklinisch moet worden gecontroleerd, hangt natuurlijk samen met de aard van uw ziekte. Bij sommige vormen van kanker is aanvullende behandeling in de vorm van radiotherapie of chemotherapie noodzakelijk. Hierover zult u in het ziekenhuis uitvoerig informatie ontvangen.

Tot slot

Heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen, naam dan contact op met de polikliniek van de chirurgen.

Telefoonnummers en adressen

Polikliniek Chirurgen

Locatie Deurne

T: 0493 – 32 89 21

Locatie Helmond

T: 0492 – 59 59 61

Locatie Helmond

Wesselmanlaan 25
5707 HA Helmond
T: 0492 – 59 55 55

Locatie Deurne

Dunantweg 16
5751 CB Deurne
T: 0493 – 32 88 88

Locatie Gemert

Julianastraat 2
5421 DB Gemert
T: 0492 – 59 55 55

