



● bloed, ademhaling & spijsvertering

Universitair Ziekenhuis Gent



Chirurgie bij endeldarmkanker (rectumcarcinoom)

Inhoud

01 Welkom	04
02 Endeldarmkanker	04
03 Voorbehandeling.....	05
04 Verloop van de operatie	05
05 Voorbereiding op de operatie.....	09
06 De dag van de operatie	10
07 Verloop na de operatie.....	11
08 Microscopisch onderzoek van de tumor	12
09 Verwikkelingen na een darmoperatie.....	13
10 Het ontslag.....	15
11 Wanneer moet u ons contacteren?.....	15
12 Veelgestelde vragen.....	16
13 Nuttige telefoonnummers	17

01. Welkom op de dienst Gastro-intestinale Heelkunde

Binnenkort wordt u geopereerd aan het rectum. Een team van gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen staat klaar om u te begeleiden.

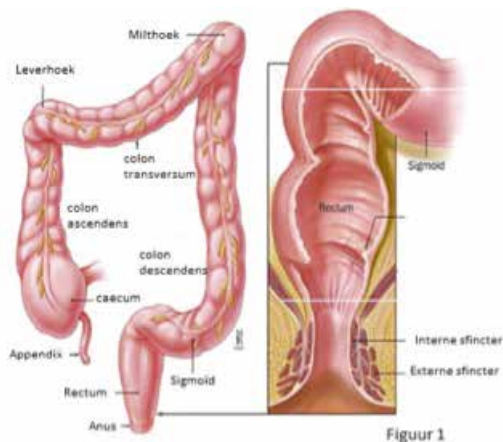
In deze brochure krijgt u meer informatie over de aandoening, de ingreep en de stappen ernaartoe. Neem rustig de tijd om ze volledig te lezen. Aarzel niet om uw behandelende arts of de verpleegkundige aan te spreken als u nog vragen hebt.

We doen er alles aan om uw verblijf in ons ziekenhuis zo aangenaam mogelijk te laten verlopen.

02. Endeldarmkanker

De endeldarm is de laatste 15 centimeter van de dikke darm, net boven de sluitspier (figuur 1). Eventuele symptomen van een kwaadaardige tumor kunnen zijn: slijm- of bloedverlies, valse stoelgangdrang en een veranderd stoelgangpatroon.

Vooraleer de arts de behandeling(en) aan u kan voorstellen, moeten 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 dan vastgelegd door middel van de TNM-classificatie.

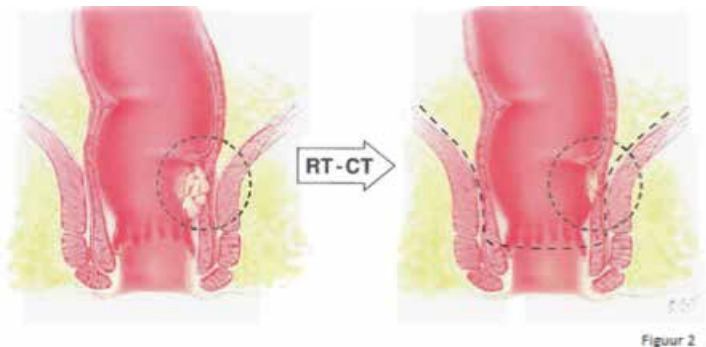
- ✓ De grootte van de tumor en de mate van doorgroei in de verschillende lagen van de dikke darm (T van tumor).
- ✓ De aanwezigheid van uitzaaiingen in lymfeklieren (N van node ofwel lymfeklieren).
- ✓ De aanwezigheid van uitzaaiingen in andere organen (M van metastasen ofwel uitzaaiingen).

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 dikkedarmkanker wordt pas vastgesteld nadat de patholoog de tumor onder de microscoop heeft onderzocht.

03. Voorbehandeling

Mogelijk hebt u reeds een aantal weken chemotherapie in combinatie met bestraling gekregen om de tumor en de omgevende lymfeklieren te verkleinen. Dat is van belang omdat na afloop van deze voorbehandeling de onderrand van de tumor verder van de sluitspier is komen te liggen. Zo kan de chirurg meer 'sfinctersparende ingrepen'¹ uitvoeren en een definitief stoma vermijden (figuur 2). Meer info hierover vindt u in de paragraaf 'lage rectumtumoren'.



04. Verloop van de operatie

Bij de operatie van de endeldarm wordt niet alleen het darmsegment (met de tumor) verwijderd maar ook het weefsel rondom de endeldarm, het 'mesorectum', dat de aan- en afvoerende bloedvaten en lymfebanen bevat (Totale Mesorectale Excisie, TME). Het is belangrijk om de lymfeklieren die in dit meso zitten, te verwijderen. Uit onderzoek blijkt dat met het verwijderen van het meso de kans op lokaal recidief vermindert. Recidief betekent dat er opnieuw een tumor verschijnt op de plaats waar de ingreep werd uitgevoerd.

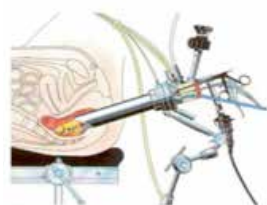
Zoals eerder gezegd, hangt het type ingreep af van de ligging en het stadium van de tumor.

¹ Sfinctersparende ingreep: ingreep waarbij de sluitspier niet verwijderd wordt en waarbij er dus geen definitief stoma geplaatst wordt.

Vroegtijdige of kleine rectumtumoren

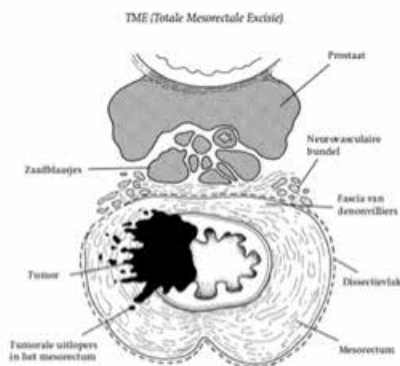
Voor vroegtijdige letsels, zoals een adenoom of poliep, kan een buikinsnede worden vermeden en een operatie doorheen het aarskanaal worden uitgevoerd. Daarvoor wordt een spreider in de aars geplaatst, waardoor letsels tot ongeveer 15 cm hogerop weggenomen kunnen worden. Afhankelijk van de aard en de grootte van het letsel wordt enkel het aangetaste slijmvlies of de volledige darmwand weggenomen. Omdat de endeldarm nagenoeg intact blijft, is deze ingreep veel minder zwaar en zijn er op lange termijn minder bijwerkingen.

Een variant hierop is de transanale endoscopische microchirurgie of TEM (figuur 3). Hierbij wordt een buisvormig toestel (rectoscoop) langs de aars ingebracht. Dat wordt afgesloten met een kunststof dop, waarna de endeldarm met lucht wordt gevuld. Door het gebruik van lange instrumenten die doorheen de kunststof afsluitdop gaan en een optiek, is een nauwkeurige ingreep mogelijk die te vergelijken is met een kijkoperatie.



Figuur 3

Meer gevorderde letsels



Figuur 4

Bij de meer gevorderde rectumtumoren wordt een totale mesorectale excisie of TME (figuur 4) uitgevoerd. De chirurg probeert om zoveel mogelijk zenuwen te sparen, zeker de zenuwen die belangrijk zijn voor de werking van de blaas en de geslachtsorganen.

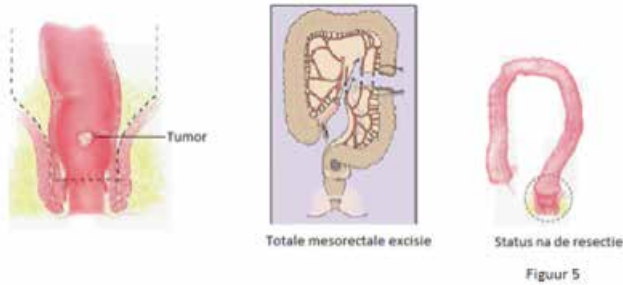
Bij de wegname van een rectumtumor moet de darm onder de tumor doorgesneden worden op een zekere afstand van deze tumor ('vrije marge'). De vrije marge onder de tumor hoeft niet meer dan 1-2 cm te bedragen. Door de eventuele voorbehandeling met bestraling (en chemo) kan

de onderrand van deze tumor verder van de sluitspier komen te liggen. Zo 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 vriescoupe² tijdens de ingreep zelf.

² Vriescoupe: het pathologisch stuk (weggenomen te onderzoeken stuk tumor) wordt bevroren waardoor een fijn stukje weefsel onder de microscoop kan worden bekeken. Dit is een snellere techniek om te evalueren of de snijranden van het stuk geen tumor bevatten.

Hoge rectumtumoren

Bij hooggelegen (10-15 cm van de anus) rectumtumoren wordt doorgaans ook het volledige sigmoïd weggenomen. Na het doorhalen van het voedende bloedvat (arteria mesenterica inferior) en het mesorectum, wordt de darm doorsneden onder de tumor. Hierna wordt het colon descendens verbonden met de resterende stomp van de endeldarm met een circulaire stapler (soort nietjesmachine), die langs de aars wordt ingebracht. De anastomose (verbindingsnaad) wordt mechanisch met een hechtapparaat gemaakt (figuur 5). Deze ingreep noemt men 'lage anterior resectie'.



Lage rectumtumoren

Bij lage rectumtumoren bevindt de tumor zich op 0 tot 5 cm van de sluitspier. Zolang een vrije (gezonde) marge onder de tumor van 1-2 cm bestaat, is een techniek mogelijk zoals hierboven beschreven. Die techniek wordt dan 'ultra lage anterior resectie' of ULAR genoemd. Bij zeer lage tumoren tot tegen de sluitspier wordt de resterende darm doorheen de sluitspier getrokken na de verwijdering van het stuk darm en transanaal (via de anus) aan het slijmvlies net boven de sluitspier gehecht.

Open, laparoscopische of robotingreep

Een darmoperatie 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 hebt u minder pijn en daardoor herstelt u sneller. Dit soort ingrepen vereist echter meer technische ervaring, en in sommige gevallen (vooral wanneer we verwachten dat de ingreep door andere factoren technisch moeilijker kan zijn) beslissen we om een open ingreep te doen. Voor een aantal indicaties heeft robotchirurgie een meerwaarde. De chirurg zal in ieder geval steeds met u bespreken hoe de operatie zal verlopen.

Plaatsen van een ileostoma (stoma op de dunne darm)



Figuur 6

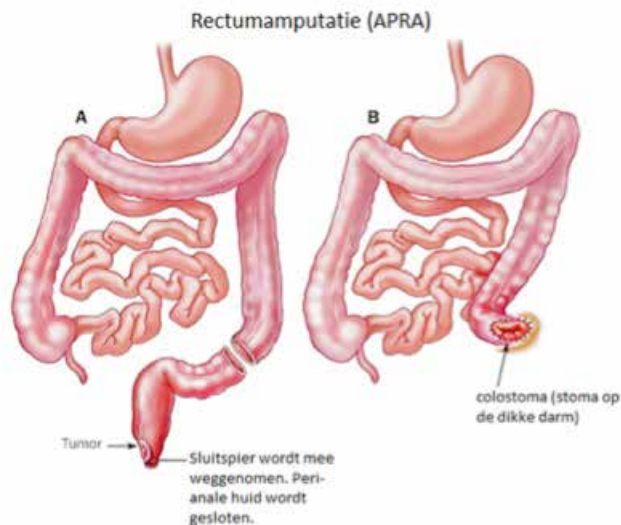
Het risico op naadlekkage is groter bij een zeer lage naad, voornamelijk als de patiënt vooraf werd bestraald. Om deze anastomose (verbinding) tussen het colon en de rectumstomp rustig te laten herstellen, wordt deze beschermd door een tijdelijk stoma, meestal op de dunne darm, zodat de stoelgang niet via de verse en fragiele naad passeert.

De stoma wordt geplaatst door de dunne darm zijdelings doorheen de buikwand in de rechteronderbuik te brengen, zodat de inhoud van de dunne darm in een zakje en niet verder in het colon terecht komt (figuur 6).

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.

Bij een lage naad vermijden we de aanleg van een blijvende stoma. Toch heeft deze techniek een nadeel: de reservoirfunctie van de endeldarm verdwijnt en door de gestoorde bezenuwing van de bekkenbodem hebben de meeste patiënten na de ingreep een gestoorde ontlasting. Deze stoornis, ook wel 'lage anterior resectiesyndroom' genoemd, kenmerkt zich door zeer regelmatige dunne ontlasting en incontinentie. Deze klacht verbeteren sterk ongeveer 3-6 maanden na de ingreep. De stoma moet in principe 6-8 weken blijven zitten om de anastomose (naad) te beschermen. Als u na de operatie nog chemotherapie krijgt, verwijderen we de stoma pas daarna.

Als de vrije marge te klein is of er is helemaal geen vrije marge, 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 het gehele sfincterapparaat (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 (figuur 7).



05. Voorbereiding op de operatie

- ✓ Bij de planning van de ingreep (meestal op de polikliniek van de chirurg of telefonisch) krijgt u uitleg over de behandeling. U krijgt dan ook de vraag of u na de hospitalisatie terug naar huis denkt te kunnen of verkiest om naar een hersteloord te gaan om een aantal weken te revalideren. Aangezien er wachtlijsten zijn voor opname in een hersteloord, geeft u die keuze best al snel door aan de sociaal verpleegkundige.
- ✓ Als u moeite hebt om te eten of vermagert, kan de diëtiste u voor de ingreep begeleiden zodat u goed gevoed bent op het ogenblik van de ingreep.
- ✓ De namiddag voor de operatie of de ochtend van de operatie wordt u opgenomen op de afdeling Gastro-intestinale Heelkunde (1e, 6e of 9e verdieping van gebouw K12). Het tijdstip van opname wordt vastgelegd bij het plannen van de ingreep.
- ✓ Uw buik wordt geschoren.
- ✓ Uw darmen moeten worden gereinigd. Hiervoor moet u twee liter darmvoorbereiding en twee liter heldere dranken zoals thee of koffie zonder melk, water, appelsap of heldere bouillon drinken. Dit kan in het ziekenhuis gebeuren, maar ook thuis. U krijgt dan een duidelijk schema mee.

- ✓ De verpleegkundige neemt de maat van de TED-kousen® (antitrombosekousen) op. Heeft u al dergelijke witte steunkousen van bij een vorige ingreep, breng die dan mee naar het ziekenhuis.
- ✓ De stomaverpleegkundige of afdelingsverpleegkundige tekent de plaats van uw tijdelijk of definitief stoma af op uw buik.
- ✓ De chirurg komt de avond vóór of de ochtend van de operatie nog eens langs bij u om alles te overlopen.
- ✓ Tot middernacht mag u heldere vloeistoffen drinken en eten. Daarna moet u nuchter blijven.
- ✓ Gelieve volgende zaken mee te brengen naar het ziekenhuis:
 - Een lijst van uw thuismedicatie.
 - De preoperatieve vragenlijst (die u meestal op de polikliniek krijgt).
 - Eventuele resultaten van bijkomende onderzoeken die de arts vraagt.
- ✓ De ingreep gebeurt onder algemene verdoving. Dit betekent dat u volledig in slaap wordt gebracht. Het is mogelijk dat u vooraf nog een consultatie krijgt bij de anesthesist. Als dit niet op voorhand gebeurt, komt de anesthesist de dag voor de ingreep langs. Hij/zij overloopt samen met u de resultaten van de vragenlijst over uw medische voorgeschiedenis die u vooraf heeft ingevuld. Tijdens dit gesprek geeft de anesthesist uitleg over de algemene verdoving en bespreekt hij/zij met u of er al dan niet een intraveneuze of epidurale pijnpomp wordt geplaatst. Een epidurale pijnpomp wordt in de rug geplaatst en een intraveneuze pijnpomp wordt op het centraal infuus aangesloten. Dankzij deze epidurale of intraveneuze pijnpomp wordt de pijn zeer goed onder controle gehouden. De anesthesist komt iedere dag langs om de pijnpomp na te kijken. Als u een slaapmiddel neemt of wil nemen, bespreek dit dan zeker met de anesthesist. Hij of zij bekijkt ook welke thuismedicatie u mag innemen op de dag van de ingreep.

06. De dag van de operatie

- ✓ Als u 's morgens als eerste geopereerd wordt, komt de nachtverpleegkundige u rond 6u wakker maken. U hebt dan tijd om u te wassen. Nadien krijgt u een operatiehemdje.
- ✓ Alle juwelen, contactlenzen en tandprotheses moeten verwijderd worden. U kan ze opbergen in de lade van uw nachtkastje.
- ✓ Gelnagels en nagellak moeten ook verwijderd worden.
- ✓ De verpleegkundige zal u vertellen welke medicatie u 's morgens mag innemen.
- ✓ 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 operatiekwartier gebracht.

07. Verloop na de operatie

Opnameduur

Bij een open ingreep blijft u ongeveer 10 à 14 dagen in het ziekenhuis, bij een kijk-operatie ongeveer 7 dagen.

Pijnstilling

De eerste dagen wordt de pijn onder controle gehouden met een pijnpomp. Die geeft continu een ingestelde hoeveelheid pijnstilling vrij. Door op een knop te drukken kan u ook zelf nog pijnstilling toevoegen als u teveel pijn hebt. De anesthesist stelt wel vooraf een maximale dosis in zodat er geen risico bestaat dat u zichzelf teveel pijnstilling geeft. Als de pijn relatief goed onder controle is, wordt de pijnpomp na een aantal dagen verwijderd en krijgt u andere pijnstilling toegediend.

Katheters en drains

Centrale katheter

De anesthesist plaatst deze katheter voor 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 voeding.

Maagsonde

Dit is een buisje dat via de neus tot in de maag wordt gebracht. Ook dit buisje wordt geplaatst terwijl u in slaap bent. De maagsonde dient om de maag- en darmsappen te hevelen omdat uw maag en darmen na de operatie tijd nodig hebben om op gang te komen.

Blaassonde

Deze sonde wordt in de blaas geplaatst terwijl u in slaap bent. De blaassonde blijft zitten zolang u een pijnpomp hebt.

Een of meerdere drains

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

Voeding

Zolang u een maagsonde hebt, mag u meestal niet eten en drinken. U krijgt voldoende vocht, voeding en medicatie toegediend via de bloedbaan. Na een aantal dagen wordt de voeding voorzichtig opgestart. U krijgt dan water, bouillon, koffie of thee, yoghurt en beschuit. Als u dat goed verdraagt, wordt de voeding in de volgende dagen opgedreven van licht verteerbaar naar normaal. Bij een kijkoperatie kan u sneller opnieuw beginnen eten.

Psycholoog

De diagnose kanker kan uw lichamelijke en mentale draagkracht sterk ondermijnen. Patiënten en de mensen uit hun omgeving kunnen daarom kosteloos en vrijblijvend een beroep doen op psychologische ondersteuning. Er zijn twee psychologes beschikbaar die gespecialiseerd zijn in oncologische problematiek.

08. 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 u tijdens de consultatie. De uitslag bepaalt het eventuele verdere verloop van de behandeling.

09. 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 zijn:

- ✓ Bloeding
- ✓ Letsel van de urineweg (ureter)
- ✓ Letsel van de milt met noodzaak tot verwijderen van de milt
- ✓ 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 in deze organen invreet.

Deze verwikkelingen zijn zeldzaam en kunnen bijna altijd volledig hersteld worden tijdens de ingreep.

Tijdens de hospitalisatie

Een darmoperatie is een zware ingreep waarbij in 5-20% van de gevallen verwikkelingen voorkomen. Deze 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 5 dagen, koorts en pijn optreden, kan dat wijzen op een buikvliesontsteking als gevolg van stoelgang die in de buikholte lekt. Een dringende heringreep is dan steeds nodig om de naad te herstellen of soms af te breken en een tijdelijke stoma (AP, 'zakje') aan te leggen. Bij een vlot herstel kan de darm na 8-12 weken opnieuw aan elkaar worden gezet.
- ✓ Nabloeding met nood tot heroperatie
- ✓ Verwikkelingen van hart of longen: infarct, CVA, 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. Hij of zij plaatst een katheter in het abces om de etter te laten aflopen.
- ✓ Overlijden: maximaal 1-3%; voornamelijk hoogbejaarde patiënten of patiënten met vooraf bestaande ernstige hart- of longaandoeningen.

Minder ernstige verwickelingen

- ✓ Ontsteken of open gaan van de wondnaad
- ✓ Blaasontsteking
- ✓ Longontsteking

Verwickelingen op lange termijn

- ✓ Ontstaan van een breuk op het litteken (hernia): U voelt in dit geval een opening in de spierwand waar de buikinhoud doorheen puilt. Zo'n breuk kan operatief hersteld worden met een prothese (netje of matje). Het risico op een breuk is groter als u cortisone gebruikt, suikerziekte heeft, een wondontsteking heeft doorgemaakt of na de operatie overmatig heeft 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.
- ✓ 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. Een bezoek aan de uroloog of gynaecoloog kan nuttig zijn.
- ✓ Gestoorde ontlasting: Na wegname van de endeldarm hebben patiënten 3 à 6 maanden lang een gestoorde ontlasting, gekenmerkt door zeer frequente stoelgang (tot 6-10 keer overdag en meerdere keren 's nachts), moeite hebben om stoelgang lang op te houden en onvolledige continentie (ongewild verlies van stoelgang, wind of beiden zowel overdag als 's nachts). Dit 'lage anterior resectiesyndroom' is het gevolg van het verdwijnen van de reservoirfunctie van de endeldarm en recupereert na verschillende maanden. Naast aangepaste voeding en medicatie wordt soms kinesitherapie voorgeschreven om de sluitspier en bekkenbodem te trainen.

10. Het ontslag

Na ontslag zet het genezingsproces zich voort. 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. Volgende adviezen worden meegegeven bij ontslag:

- ✓ De diëtiste 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.
- ✓ Wanneer de wonde gesloten is met nietjes of hechtingen moet de huisarts die tussen de 7de en de 10de dag verwijderen en de wonde controleren.
- ✓ Als er geen hechtingen moeten verwijderd worden, komt een thuisverpleegkundige de wonde om de twee dagen controleren.
- ✓ Tot 4 à 6 weken na de operatie heft u beter geen lasten als u bij het tillen pijn in de wonde voelt. Na deze periode kan u opnieuw werken en sporten.
- ✓ Als eten nog niet goed lukt, kan de arts tijdelijk ondersteunende voeding via een infuus voorzien thuis. Dit wordt via onze sociale dienst geregeld.

11. Wanneer moet u ons contacteren?

Het is belangrijk om bij de volgende verschijnselen contact op te nemen met uw behandelende specialist:

- ✓ 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

12. Veelgestelde vragen

Zal ik een stoma (zakje, anus praeter, AP) hebben na de endeldarmoperatie?

De reputatie van de chirurgen die in het UZ Gent zeer lage darmnaden uitvoeren is uitstekend. Ze slagen erin om bij een groot aantal patiënten een definitieve stoma te vermijden. De kans op een definitieve stoma hangt af van de plaats waar het gezwel zich bevindt ten opzichte van de sluitspier. Als de sluitspier zelf niet is aangetast, kan een definitieve stoma in principe worden vermeden door een ultra lage anterior resectie (zie boven) of intersfincterische resectie met coloanale anastomose. Hierbij wordt een deel van de sluitspier dat tot de darmwand behoort weggenomen waarna de gezonde darm doorheen de aars wordt gebracht en aan het slijmvlies van het anaal kanaal gehecht wordt. Als uit onderzoeken blijkt dat de sluitspier is aangetast, wordt een definitieve stoma en wegname van de sluitspier onvermijdelijk.

Dit alles wordt vooraf met u besproken. Als een stoma onvermijdelijk blijkt, komt de stomaverpleegkundige voor de ingreep bij u op de kamer om de juiste stomaplaats op de huid aan te duiden.

Moet ik achteraf een dieet volgen?

Na endeldarmoperaties is de stoelgang soms voor meerdere maanden ernstig verstoord (lage anterior resectie syndroom; zie hierboven). Meestal gaat het om frequente, dunne stoelgang die u moeilijk kan ophouden. U moet dan laxerende voeding vermijden en kan Imodium® (loperamide) innemen na elke losse stoelgang (tot 8 per dag). Onze diëtiste kan u ook helpen bij problemen of vragen rond voeding.

Is een nabehandeling nodig?

Dit hangt af van het resultaat van het microscopisch onderzoek, dat pas 10-14 dagen na de operatie bekend is. Als u vóór de operatie bestraling en chemo gekregen hebt, is de kans groot dat de arts na de operatie nog vier maanden chemotherapie voorstelt.

Als u geen voorbehandeling kreeg, hangt het van het resultaat van het microscopisch onderzoek af of er nog een nabehandeling volgt. Als de klieren aangetast zijn door de tumor, zal de arts u wellicht een chemokuur voorstellen. Deze chemotherapie wordt toegediend door de oncoloog en duurt meerdere maanden. In een aantal zeldzame gevallen wordt bestraling (radiotherapie) toegediend na de operatie.

Is thuiszorg noodzakelijk?

De thuisverpleegkundige komt drie weken lang dagelijks bij u thuis om u spuitjes te geven in de buik en om de twee dagen om de wonde te controleren. Zij 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 zeven dagen droog moeten 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.

13. Nuttige telefoonnummers

Colorectale chirurgen

Prof. dr. P. Pattyn

Prof. dr. Y. Van Nieuwenhove

Dr. D. Van De Putte

Polikliniek Bloed, ademhaling spijsvertering

Ingang 12 (gebouw K12E, 4de verdieping)

09 332 95 00 of 09 332 95 01

Verpleegafdeling Algemene, hepatobiliaire en gastro-intestinale heelkunde

Ingang 12 (gebouw K12B, 1ste verdieping)

09 332 27 80

Verpleegafdeling Algemene heelkunde en Neurochirurgie high care

Ingang 12 (gebouw K12A, 6de verdieping)

09 332 33 20

Verpleegafdeling Reumatologie, Algemene heelkunde, Orthopedie en Traumatologie

Ingang 12 (gebouw K12A, 9de verdieping)

09 332 60 44

Diëtiste Oncologisch centrum

Stefanie Mortier 09 332 19 93

ledere werkdag bereikbaar van 8u-16u30

Psychologen Oncologisch centrum

An Lievrouw 09 332 01 98

Jasmien Soetens 09 332 03 60

ledere werkdag bereikbaar van 8u-16u30

Verpleegkundig consulenten digestieve oncologie (trajectverpleegkundigen, oncocoaches)

Eva Pape 09 332 19 33

Marianne Martens 09 332 09 13

ledere werkdag bereikbaar van 8u-16u30

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

Vragen? Noteer ze hier

Polikliniek Bloed, Ademhaling en Spijsvertering

Ingang 12 (gebouw K12E, 4de verdieping)
Tel. 09 332 95 00 of 09 332 95 01

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

UZ Gent

Postadres

De Pintelaan 185

Toegang

C. Heymanslaan

B 9000 Gent

T: +32 (0)9 332 21 11

info@uzgent.be

www.uzgent.be

volg ons op  