

Waarom deze ingreep?

Ons voedsel komt via mond, slokdarm, maag en dunne darm terecht in de dikke darm (= **colon**), het laatste deel van ons spijsverteringskanaal. De dikke darm is in totaal ongeveer 150 cm lang en wordt onderverdeeld in verschillende delen. De dikke darm eindigt via de endeldarm (= **rectum**) in de aars (= **anus**). In de dikke darm dikt de ontlasting in, door het water uit de stoelgang te onttrekken. De functie van de dikke darm kan blijvend vervuld worden wanneer een (groot) deel van de dikke darm is verwijderd. De endeldarm dient als reservoir voor de ontlasting, vóór deze het lichaam verlaat via de aars.

Er zijn twee soorten aandoeningen van de dikke darm waarvoor een operatie nodig kan zijn: ontstekingen en gezwellen.

- De meest voorkomende ontsteking is diverticulitis, waarbij divertikels (=uitstulpingen van de darmwand, veroorzaakt door overdruk in de darm) ontsteken zoals bij een appendicitis. Bij ernstige gevallen van diverticulitis (met abces, buikvliesontsteking, fistel, vernauwing of bloeding) is meestal een operatie aangewezen.
- Een gezwel kan goedaardig (poliep, die niet via de normale weg (coloscopie of darmonderzoek) verwijderd kan worden) of kwaadaardig (darmkanker) zijn. Bij beide soorten aandoeningen moet het stuk dikke darm dat ziek is, verwijderd worden. Enkel de marge van verwijderd gezond weefsel verschilt naargelang de natuur van de aandoening (enerzijds goedaardig of ontsteking, anderzijds kwaadaardig).

Bij een kwaadaardig gezwel kan een darm operatie curatief/palliatief zijn:

- Curatief: het gehele gezwel wordt met een ruime marge verwijderd, met de intentie tot genezen.
- Palliatief: de ingreep brengt geen genezing met zich mee, maar enkel ongemakken of verwickelingen van de aandoening worden verlicht.

Naast deze aandoeningen zijn er ook nog andere zeldzame afwijkingen, waarvoor een dikke darm operatie nodig kan zijn: Ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa, Polyposis Coli,...

Vorbereiding

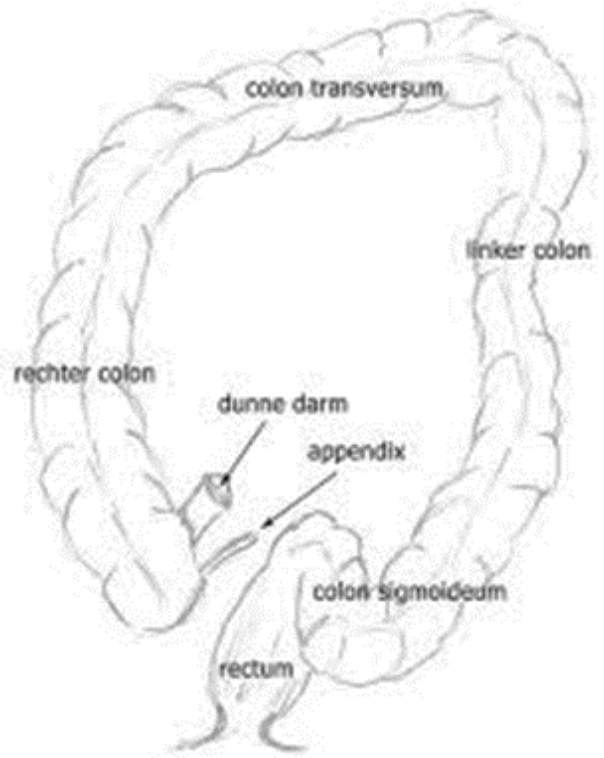
- Vóór een darmoperatie moet u opgenomen worden.
- U dient nuchter te zijn vanaf middernacht.
- Indien u dagelijks geneesmiddelen neemt, moet u dit melden aan uw chirurg of aan iemand van zijn team (u brengt ze best ook mee naar het ziekenhuis).
- Men kan vragen dat u bepaalde geneesmiddelen de ochtend van de operatie inneemt met een slok water.
- Indien u aspirine neemt, anticoagulantia (= geneesmiddelen die de bloedstolling vertragen) moet u hierover spreken met uw chirurg, dit om de datum te bepalen waarop u de geneesmiddelen tijdelijk stopzet.
- Afhankelijk van het type operatie en de voorkeur van de chirurg wordt vóór de operatie, de darm in min of meerdere mate leeg-gemaakt (vorbereiding). Dat kan met een endeldarmspoeling (clysma of lavement) waarbij enkel het laatste deel wordt geledigd of door het drinken van een krachtig laxeermiddel om heel de dikke darm te ledigen.

Ingreep

Er zijn verschillende soorten dikke darm operaties.

Naargelang de plaats van de aandoening spreekt men van een:

- Rechter hemicolectomie, linker hemicolectomie (**colectomie** = verwijderen van dikke darm, **hemi** = half).
- Sigmoidectomie (verwijderen van het voorlaatste deel van de dikke darm).
- Rectum resectie of amputatie (= verwijderen van de endeldarm zonder of met de aars).
- Totale colectomie (= verwijderen van de hele dikke darm).



Bij sommige ingrepen kan tijdelijk of definitief een stoma (kunstmatige anus) worden aangelegd.

Er bestaan twee manieren om de dikke darm te verwijderen:

- Via **kijkoperatie** (met gaatjes en een kleine insnede om de darm te verwijderen)
- Via een **openbuikoperatie** (met grote insnede).

Tegenwoordig wordt in het merendeel van de gevallen de kijkoperatie toegepast, dit heeft als voordelen: minder pijn, kleinere insneden, sneller herstel,... . De openbuikoperatie wordt

voornamelijk uitgevoerd wanneer een kijkoperatie niet mogelijk of veilig lijkt: bij vergroeiingen door vroegere ingrepen, bij een zwaar ontstoken darm of bij grote gezwollen. Uw chirurg zal u uitleggen welke soort operatie voor u het best aangewezen is, of na de operatie de nodige uitleg geven waarom de strategie is gewijzigd.

De operatie gebeurt onder algemene narcose (=verdooving), soms aangevuld met een epidurale verdooving (pijnstilling via prik in de rug).

Bij een laparoscopische darmoperatie maakt de chirurg gebruik van kleine insneden, speciale instrumenten en een laparoscoop. Dit is een lange rechte buis met een videocamera en lichtbron in. Om zicht te hebben en de videocamera te kunnen inbrengen, wordt ruimte gecreëerd. Hiervoor wordt eerst een soort "gasbel" aangelegd door de buik op te blazen met koolstofdioxide (CO₂), wat een onschadelijk gas is. Dit gas kan het middenrif na de operatie wel wat prikkelen en schouderpijn veroorzaken. Dit gaat meestal spontaan weg na enkele dagen of na inname van pijnstillers.

Wanneer de werkruimte is aangelegd, gebruikt de chirurg werkkanalen, d.w.z. holle kokertjes voorzien van kleppen, die het mogelijk maken het gas te behouden in de buik en die via kleine sneetjes van ongeveer 0,5 tot 1 cm in de buik gebracht worden. Via deze werkkanalen worden de videocamera en de chirurgische instrumenten binnengebracht. Zo gebeurt de operatie "met gesloten buik" want uw chirurg hanteert de instrumenten langs de buitenzijde van uw buik, en volgt de operatie in de binnenzijde van de buik op een televisiescherm.

Eerst wordt zo de dikke darm losgemaakt van zijn „omgeving“. Nadien wordt de dikke darm of endeldarm verwijderd via een kleine insnede (in de onmiddellijke buurt van het zieke stuk).

Tenslotte worden, indien het mogelijk is, de resterende darmdelen weer met elkaar verbonden. Een dergelijke verbinding of naad noemt men een anastomose, en kan met de hand (naald en draad) of met een nietjesapparaat worden vervaardigd. Indien een anastomose niet mogelijk is of de chirurg verwacht een mogelijk risico op lekkage van de naad, kan een definitief of tijdelijk stoma (kunstmatige anus) worden aangelegd.

Risico's en mogelijke alternatieven

Geen enkele operatie is zonder risico. Sommige verwickelingen kunnen zich voordoen tijdens de operatie:

- Een reactie op de algemene of epidurale anesthesie (verdooving).
- Een bloeding.
- Een verwonding aan een abdominaal orgaan (in de buik).
- De dikke darm is per definitie „niet proper“ (ondanks de voorbereiding) en een bezoedeling van de buik en/of wonde kan optreden tijdens de operatie.

Wanneer een verwikkeling wordt vastgesteld tijdens de operatie, kan zij worden behandeld ofwel via een kijkoperatie, ofwel via een openbuikoperatie.

Andere verwickelingen kunnen zich voordoen na de operatie :

- Een postoperatieve bloeding.
- Een verwonding aan de ingewanden.
- Een infectie van de littekens.
- Een infectie in de buik, in de longen, van de urine,...
- Flebitis of longembool, dit zijn klonters in de aders van respectievelijk de benen of de longen.
- Een ileus (verlamming) of obstructie (knoop) van de dunne darm.

Meer specifiek voor de darmoperatie:

- Een lekkage van de darmnaad (= anastomose); vaak moet in geval van deze ernstige complicatie een nieuwe operatie volgen, waarbij de anastomose wordt losgemaakt en een stoma wordt aangelegd, soms volstaat het plaatsen van een drain en toedienen van antibiotica.
- Na een endeldarm (= rectum) operatie kan soms een blaas-ledigingsstoornis, en impotentie bij de man optreden (door de, soms onvermijdelijke, beschadiging van de zenuwen naar de blaas en geslachtsdelen); deze problemen zijn vaak tijdelijk.

Deze lijst is niet volledig maar geeft een idee van de meest voorkomende verwikkelingen. De chirurg kan u hierover verder uitleg geven.

Resultaat en kans op succes

In het geval van darmkanker zal de uitslag van het microscopisch onderzoek (dit duurt 7 tot 10 dagen) van het verwijderde darmweefsel met u besproken worden.

Naar aanleiding van deze bevindingen kan een aanvullende behandeling zoals radiotherapie (bestraling) of chemotherapie ('baxters') worden geadviseerd.

Hierover zult u in het ziekenhuis of op de raadpleging uitvoerig informatie ontvangen.

Nazorg

- Het ziekenhuisverblijf duurt ongeveer 5 tot 10 dagen.
- De patiënt wordt aanbevolen om een lichte activiteit te hernemen, zodra hij het ziekenhuis heeft verlaten.
- De postoperatieve pijn (pijn na de operatie) is meestal licht, en meestal is de inname van een gewone pijnstiller voldoende.
- Het voedselregime van de patiënt wordt na de operatie tijdelijk aangepast: er wordt aangeraden om de eerste week na de operatie lichte voeding te eten. Er is meestal geen blijvend dieet na een dikke darm operatie.
- Meestal wordt de patiënt ontslagen uit het ziekenhuis met spuitjes (tegen flebitis) gedurende 10 tot 20 dagen na de operatie om het aanmaken van klonters, tegen te gaan. Deze kunnen toegediend worden door iemand van de thuisverpleging.
- Uw chirurg zal u informeren hoe u na verloop van tijd uw dagdagelijkse activiteiten weer mag hernemen.
- Bij volgende klachten dient u uw huisarts of chirurg te contacteren:
 - Aanhoudende koorts.
 - Rillingen.
 - Bloedingen.
 - Een toenemende zwelling van de buik of toenemende pijn.
 - Aanhoudende misselijkheid of aanhoudend braken.
 - Aanhoudende hoest of ademhalingsmoeilijkheden.
 - Aanhoudende pijn bij het inslikken van voedsel.
 - Het doorsijpelen van vloeistof uit om het even welke wonde.
 - Bloedverlies anaal met klonters (een weinig bloedverlies kan nog als normaal beschouwd worden).
 - Moeilijkheden om te plassen.

Contactgegevens

Dienst Algemene Heelkunde



Campus Aalst

Moorselbaan 164 - 9300 Aalst

- **Secretariaat:** tel 053 72 45 06 of fax 053 72 40 85
- Algemene.heelkunde@olvz-aalst.be

Campus Asse

Bloklaan 5 - 1730 Asse

- **Secretariaat:** tel 02 300 63 29 of fax 02 300 64 32
- Algemene.heelkunde@olvz-aalst.be

Campus Ninove

Biezenstraat 2 - 9400 Ninove

- **Secretariaat:** tel 054 31 20 62 of fax 054 31 20 64
- Algemene.heelkunde@olvz-aalst.be

Meer informatie?

www.olvz.be OF www.heelkunde-olv.be

Disclaimer

De informatie in deze brochure is van algemene aard en is bedoeld om u een globaal beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In iedere situatie, en dus ook de uwe, kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze brochure vervangt dus niet de informatie die u van uw behandelend arts reeds kreeg en die rekening houdt met uw specifieke toestand. Zijn er na het lezen van deze brochure nog vragen schrijf deze eventueel op en bespreek ze in ieder geval met uw behandelend arts.

Versie 19/11/2018

Goedgekeurd door dokter Yves Van Molhem