

Endeldarmoperatie

Deze brochure geeft u informatie over operaties aan de endeldarm vanwege een kwaadaardige afwijking. Het is goed u te realiseren dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan beschreven.

Functie en ligging van de endeldarm

De endeldarm is het laatste deel van onze dikke darm. Dit darmdeel heeft een reservoirfunctie voor de darminhoud, die als ontlasting het lichaam via de anus verlaat.

Reden van operatie

Meestal is er sprake van een rectumcarcinoom, een kwaadaardig gezwel aan de endeldarm. Maar soms is er een andere reden om te opereren. Een operatie is eigenlijk de enige mogelijkheid om van een rectumcarcinoom te genezen. Vaak wordt het gezwel voorafgaande aan de operatie eerst nog bestraald. In sommige gevallen volgt er na de operatie ook nog een behandeling met bestraling (radiotherapie) of met medicijnen (chemotherapie).

Klachten

Meestal komt men de diagnose op het spoor omdat het ontlastingspatroon is veranderd. Ook kan bloedverlies bij de ontlasting tot de diagnose leiden.

Diagnose

De diagnose kan worden gesteld aan de hand van één of meer van de volgende onderzoeken:

- Lichamelijk en inwendig onderzoek: naast het beluisteren en het bevoelen van de buik, verricht de arts ook een inwendig onderzoek via de anus, waarbij eventueel een gezwel in de endeldarm kan worden gevoeld.
- Endoscopie: met een flexibele kijkbuis wordt of een gedeelte van de darm (sigmoïdoscopie) of de gehele dikke darm bekeken. Hierbij worden vaak weefselmonsters (biopten) genomen voor onderzoek.
- Coloninloop foto: hierbij wordt via de anus contrastvloeistof ingebracht, waarmee het verloop en de contour van de dikke darm kunnen worden afgebeeld op röntgenfoto's en gezwellen zich afbeelden als een uitsparing in het contrast.
- CT-scan: met behulp van een computer worden in serie gemaakte röntgenfoto's bewerkt tot een speciaal beeld, vooral om te beoordelen of het gezwel verbonden is met andere organen.
- Echo: een eenvoudig onderzoek, waarbij gebruik gemaakt wordt van geluidsgolven, waarmee beeldvormend onderzoek kan worden verricht, soms in combinatie met een endoscopie.

Vorbereiding voor de operatie

Vóór de operatie komt de stomaverpleegkundige bij u langs om samen met u de voorkeursplaats van een (eventueel) stoma te kunnen bepalen.

Vaak wordt voor de operatie de endeldarm leeggemaakt. Dat kan met een endeldarmspoeling (klysm) al dan niet met laxeremiddelen. Ook kan het zijn dat de darm volledig gespoeld wordt (lavage).

Bezoekadressen:

Meander Medisch Centrum
Maatweg 3
3813 TZ Amersfoort

Locatie Baarn
Molenweg 2
3743 CM Baarn

Locatie Barneveld
(Medisch Centrum de Burgt)
Nederwoudseweg 17
3772 TD Barneveld

Locatie Nijkerk
(De Nije Veste)
Oranjelaan 104
3862 CX Nijkerk

Postadres:

Postbus 1502
3800 BM Amersfoort

Telefoonnummers:

Algemeen: 033 – 850 50 50
Afspraken: 033 – 850 60 70

KvK Gooi en Eemland:

32082917

www.meandermedischcentrum.nl

Als er een verstopping is, kan dit leegmaken van de darm niet plaatsvinden.

Bij een operatie aan de endeldarm krijgt u antibiotica om infecties zo veel mogelijk te voorkomen en soms wordt voor de operatie de beharing van de buik en de schaamstreek weggeschoren.

De operatie

Afhankelijk van de plaats van de rectumafwijking, de grootte en eerdere operaties kan worden gekozen om “laparoscopisch” of “open” te worden geopereerd. Laparoscopisch opereren betekent dat met een camera in de buik wordt gekeken. Met behulp van lange instrumenten die via drie of vier kleine sneetje in de buikwand worden ingebracht, wordt geopereerd.

Bij de operatie wordt het deel van de endeldarm waarin het gezwel zit met een zo ruim mogelijke marge weggenomen. Afhankelijk van de mogelijkheden zal men altijd proberen de uiteinden van de darm weer met elkaar te verbinden. Een dergelijke verbinding noemt men een anastomose.

Uit veiligheidsoogpunt wordt vaak een tijdelijk stoma aangelegd om de anastomose te laten genezen zonder dat er darminhoud langskomt. Zo’n tijdelijk stoma wordt in de regel na twee tot drie maanden weer opgeheven. Daar is dus een tweede, minder grote operatie voor nodig.

Het is alleen mogelijk om een anastomose te maken als het gezwel niet te dicht bij de anus is gelegen, met andere woorden als er genoeg gezonde endeldarm onder het niveau van het gezwel kan worden gespaard. Is dit niet het geval, dan zal de gehele endeldarm moeten worden weggenomen inclusief de anus. Dan spreekt men van een rectumamputatie. Bij een rectumamputatie is het onvermijdelijk dat er een blijvend stoma wordt aangelegd. Ongeacht welk type operatie bij u zal worden uitgevoerd, zal de chirurg behalve het aangedane deel van de endeldarm ook het omliggende vetweefsel - waarin zich lymfklieren bevinden - verwijderen om zodoende de kans op het terugkeren van het gezwel in het operatiegebied zo klein mogelijk te maken.

Dit principe wordt TME genoemd (Total Mesorectal Excision: het totale vette steunweefsel van de endeldarm wordt mee verwijderd). Juist achter dit vetweefsel lopen echter zenuwvezels die zorgdragen voor een aantal seksuele en urineblaasfuncties.

Tijdens de operatie worden deze zenuwvezels zoveel mogelijk gespaard. Dit principe wordt ANP genoemd (Autonome Zenuw (= Nerve) Preservatie).

Mogelijke complicaties

Geen enkele operatie is zonder risico’s. Zo is er ook bij een operatie aan de endeldarm de normale kans op complicaties aanwezig, zoals trombose, longontsteking, nabloeding of wondinfectie.

Bij operaties aan de dikke darm kan zich ook nog een specifieke complicatie voordoen, namelijk een lekkage van de darmnaad (de anastomose). Vaak moet in geval van zo’n ernstige complicatie een nieuwe operatie volgen, waarbij de anastomose wordt losgemaakt en een stoma wordt aangelegd.

Wondinfecties komen vaker voor dan gewoonlijk en geven aanleiding tot een vertraagde wondgenezing.

In acute situaties, waarbij de darm niet goed kan worden voorbereid, wordt de huid na de operatie opengelaten om wondinfecties te voorkomen.

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 en blaas worden beschadigd.

Ook kan als gevolg van enige zenuw schade een blaasontledigingsstoornis optreden. Gelukkig zijn dergelijke stoornissen op dit gebied ook wel eens van tijdelijke aard.

Na de operatie

Direct na de operatie bent u door een aantal slangen verbonden met apparaten. Dat kunnen zijn:

- Eén of twee infusen voor vochttoediening.
- Een dun slangetje in uw rug voor pijnbestrijding.
- Een slang (sonde) door uw neus, die via de slokdarm in de maag ligt en ervoor zorgt dat het overtollige maagsap wordt afgezogen.

- Een drain in uw buik voor afvoer van eventueel bloed en inwendig wondvocht.
- Een blaaskatheter voor afvoer van urine.

Al naar gelang uw herstel na de operatie worden al deze hulpmiddelen verwijderd.

In de loop van de dagen na de operatie gaat het drinken geleidelijk aan beter en gaat u via vloeibare voeding weer op vaste voeding over. Daar is geen vast schema voor.

Na de behandeling

De uitslag van het microscopisch onderzoek van het verwijderde darmweefsel is na zeven tot twaalf dagen bekend en wordt met u op de afdeling of poli besproken. Als u de aanwezigheid van een familielid bij het vernemen van de uitslag op prijs stelt, is het verstandig dat van tevoren met uw arts en/of verpleegkundige te bespreken. De uitslag van het weefselonderzoek zegt iets over de aard van de aandoening en de uitgebreidheid ervan.

Het houdt niet in dat aan de hand daarvan uw vooruitzichten precies kunnen worden voorspeld. Naar aanleiding van de bevindingen kan een aanvullende behandeling zoals radiotherapie of chemotherapie worden geadviseerd. Hierover zult u in het ziekenhuis of op de polikliniek uitvoerig informatie ontvangen.

Het ontslag

Als alles goed gaat, kunt u in het algemeen binnen vijf tot veertien dagen na de operatie het ziekenhuis verlaten. Bij ontslag krijgt u een afspraak mee voor de poliklinische controle. Wanneer speciale thuishulp (gezinszorg of wijkverpleging) nodig is, wordt deze hulp vanuit het ziekenhuis geregeld.

Wanneer u weer helemaal van de operatie hersteld zal zijn, is moeilijk aan te geven. Dat zal afhangen van de grootte van de operatie, de aard van de aandoening en hoe u zich op dat moment voelt.

Hoe lang u poliklinisch moet worden gecontroleerd, hangt natuurlijk samen met de aard van uw ziekte.

Wie kan ik bellen al ik thuis ben en er iets mis is?

Als u weer naar huis gaat kan het zijn dat u last krijgt van een verhoogde lichaamstemperatuur. Een temperatuur tot 38,0 graden Celsius is normaal. Maakt u zich daarover geen zorgen.

Heeft u andere problemen als gevolg van uw ziekenhuisopname dan belt u het algemene telefoonnummer van het Meander Medisch Centrum, 033 - 850 50 50.

Tot aan uw eerste controleafspraak:

- vraagt u **tijdens kantooruren** naar de polikliniek Chirurgie;
- vraagt u **buiten kantooruren** naar de afdeling waar u opgenomen was.

Na uw eerste controleafspraak:

- belt u **tijdens kantooruren** met uw huisarts;
- belt u **buiten kantooruren** met de huisartsenpost, telefoonnummer: 0900 - 331 12 33.

Als u een afspraak wilt maken of verzetten, belt u met het afsprakennummer: 033 - 850 60 70.

Heeft u nog vragen?

Heeft u voor, tijdens of achteraf vragen over uw behandeling, stelt u deze dan aan de specialist. Het is verstandig uw vragen van tevoren op te schrijven. Dan weet u zeker dat u niets vergeet.

1. _____?
2. _____?
3. _____?
4. _____?
5. _____?
6. _____?

Tot slot

Bent u van mening dat bepaalde informatie ontbreekt of onduidelijk is, dan vernemen wij dat graag.

26834_Endeldarmoperatie_chi_jan14