

Infobrochure van de maagbreuk



azherentals

U wordt weldra geopereerd o.w.v. uw ziekte van gastro-oesofagale reflux, o.w.v. uw hernia diaphragmatica (middenribsbreuk) en dit d.m.v. laparoscopie.

Dit document heeft tot doel u uit te leggen :

- wat de ziekte inhoudt;
- wat de methode van de laparoscopie inhoudt;
- welke de risico's zijn verbonden aan deze techniek, vooral i.v.m. uw operatie;
- welke complicaties zich kunnen voordoen.

Gastro-Oesofagale reflux (GOR)

Gastro-Oesopagale reflux wordt veroorzaakt door het terugkeren van de maaginhoud, meestal zuur, naar de oesofagus (slokdam), abnormaal vaak en in abnormale hoeveelheden. Iedereen heeft reflux maar wanneer dit zich zeer vaak en in zeer grote hoeveelheden voordoet, veroorzaakt de reflux een ontsteking van de slokdarm (oesofagitis) en symptomen zoals branderig gevoel, oprispingen, het gevoel van “zuur” dat terugkomt naar de mond. In bepaalde gevallen is de reflux zo erg dat zij symptomen veroorzaakt zoals ademhalingsmoeilijkheden, hoestbuien, astma, irritaties ter hoogte van de keel en irritaties ter hoogte van de mond.

Deze ziekte werd bij u vastgesteld: zij wordt veroorzaakt door de gebrekkige werking van wat wij de onderste sfincter (sluitspier) van de slokdarm noemen. Dit is een klep aan de verbinding tussen de slokdarm en de maag, die de overgang tussen deze twee controleert. Wanneer u iets inslikt opent deze klep zich om het eten door te laten. Wanneer u uw maaltijd beëindigd heeft en u zich bukt of voorover buigt zal deze klep verhinderen dat de maaginhoud terugkomt naar de mond.

Wanneer de klep slecht of onvoldoende werkt ontstaat er ontsteking van de slokdarm en verschijnen de symptomen.

U moet ook weten dat dit slecht functioneren zeer vaak gepaard gaat met een hernia diaphragmatica (middenribsbreuk).

De middenribsbreuk is een anatomische misvorming: het bovenste deel van de maag heeft de neiging om op te stijgen naar de borstkas, terwijl de volledige maag normaal in de buikholte moet blijven.

Omdat de slechte werking van de sluitspier zich zeer vaak samen voordoet met de middenribsbreuk, spreekt men vaak van een middenribsbreuk om eigenlijk een ziekte van gastro-oesofageale reflux te beschrijven.

De behandeling van gastro-oesofagale reflux

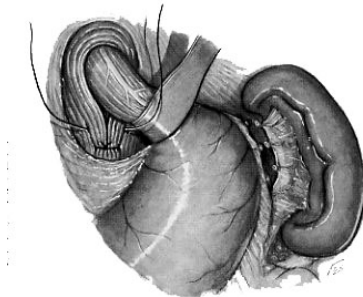
Sedert enkele maanden of jaren hebben uw artsen u behandeld met geneesmiddelen. Deze geneesmiddelen verminderen de productie van zuur door de maag. Zo is de reflux minder belangrijk en vooral minder irriterend voor de slokdarm. De symptomen verdwijnen dan min of meer, en de ontsteking van de slokdarm vermindert.

Spijtig genoeg herstellen deze geneesmiddelen de sluitspier van de slokdarm niet, en evenmin de middenribsbreuk. U heeft dan ook kunnen vaststellen dat uw symptomen terugkomen van zodra u ophoudt de geneesmiddelen in te nemen.

Het is na al deze pogingen dat uw dokters u hebben voorgesteld u te opereren om een goede klep te “reconstrueren”; dit is wat wij noemen: de “antireflux” chirurgie.

De “anti-reflux” chirurgie

De chirurgie van de gastro-oesofagale reflux bestaat erin de onderste sluitspier van de slokdarm te versterken door het bovenste deel van de maag te gebruiken. Dit deel wordt rondom het onderste deel van de slokdarm gefixeerd, daar waar zich de sluitspier bevindt. U kan het beschouwen als een soort das rondom de slokdarm. Deze techniek kan worden uitgevoerd door de bovenste helft van uw buik te openen. Sedert enkele jaren kan deze chirurgische techniek ook worden uitgevoerd d.m.v. laparoscopie, maar alleen indien uw heelkundige voorgeschiedenis en de preoperatieve onderzoeken geen tegenindicatie aantonen.



De chirurgie d.m.v. laparoscopie

Algemene inlichtingen die gelden voor alle technieken:

In normale toestand is de buikinhoud in nauw contact met de buikwand.

Om een ruimte te krijgen die het mogelijk maakt de videocamera naar binnen te brengen, moet er dus eerst een soort “luchtbel” worden aangelegd om in te werken, en dit gebeurt door de buik op te blazen.

Daarom begint de operatie met het inspuiten in de buik van koolzuurgas.

Deze werkruimte (de “luchtbel”) kan worden verwezenlijkt met behulp van een beschermde naald die wordt ingebracht doorheen de buikwand.

Wanneer de werkruimte is aangelegd, gebruikt de chirurg “trocars”, d.w.z. holle kokertjes voorzien van kleppen, die het mogelijk maken het gas te behouden in de buik.

Via deze trocars worden de videocamera en de chirurgische instrumenten binnengebracht. Deze kokers worden aangebracht door kleine sneden in de huid op de buikwand.

Vervolgens 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.

Bij het ontwaken kan u pijn voelen aan de schouders. Deze pijn wordt veroorzaakt door het feit dat de buik werd opgeblazen met koolzuurgas om de werkruimte aan te leggen, en dit koolzuurgas bij het einde van de operatie nooit volledig kan worden verwijderd. Dit overblijvende gas zal echter snel en zonder gevaar voor uw organisme worden geabsorbeerd. De pijn is tijdelijk en verdwijnt snel, binnen enkele dagen na de operatie.

De chirurgische instrumenten die worden gebruikt zijn niet dezelfde als de instrumenten die worden gebruikt bij de klassieke chirurgie, d.w.z. met “open buik”.

Sommige instrumenten zijn technologisch zo complex dat zij slechts kunnen worden gebruikt bij één enkele patiënt.

Deze instrumenten noemt men “disposables” (wegwerpbaar), d.w.z. dat men ze weggooit na de operatie.

Voor de operatie

De avond voor de operatie moet u nuchter blijven vanaf middernacht.

Indien u dagelijks geneesmiddelen inneemt, moet u dit melden aan uw chirurg of aan iemand van zijn werkgroep. 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) of anti-inflammatoire geneesmiddelen (tegen artritis, artrose, ...) moet u hierover spreken met uw chirurg, dit om de datum te bepalen waarop u de geneesmiddelen tijdelijk stopzet.

Vaak is preoperatieve toediening van geneesmiddelen noodzakelijk (geneesmiddelen die moeten ingenomen of ingespoten worden voor de operatie).

Voor de ingreep zal een lid van de medische ploeg een fijne naald of een katheter aanbrengen in uw aders om de geneesmiddelen die noodzakelijk zijn gedurende de operatie toe te dienen.

U zal zich gedurende de operatie, die meerdere uren kan duren, onder algemene anesthesie (verdooving) bevinden.

De duur van de hospitalisatie is variabel en hangt af van de beslissing van uw chirurg.

De risico's van de anti-reflux chirurgie d.m.v. laparoscopie

Bij deze operatie kunnen zich altijd bepaalde verwickelingen voordoen, zoals bij elke chirurgische ingreep.

Sommige verwickelingen kunnen zich voordoen TIJDENS de operatie. De meest frequente zijn, bij wijze van voorbeeld :

- een reactie op de algemene anesthesie;
- een bloeding;
- een verwonding aan een abdominaal orgaan (in de buik);
- een verwikkeling aan de longen;

Deze lijst is niet volledig.

Andere verwickelingen kunnen zich voordoen NA de operatie :

- een postoperatieve bloeding;
- een verwonding aan de ingewanden die pas nadien blijkt;
- een infectie aan de littekens;
- een infectie in de buik, in de longen, aan de urine,

Wanneer een verwikkeling wordt vastgesteld TIJDENS de operatie, kan zij worden behandeld ofwel d.m.v. laparoscopie, ofwel d.m.v. een open chirurgie.

De factoren die de mogelijkheid vergroten om van operatie met gesloten buik over te gaan naar de techniek van open buik (= conversie) zijn bij voorbeeld :

- obesitas (zwaarlijvigheid)
- een eerdere abdominale operatie, die zeer dichte vergroeiingen veroorzaakt.

Deze noodzaak is zeldzaam, maar u moet zich ervan bewust zijn dat dit mogelijk is en hierover spreken met uw chirurg.

In een bepaald aantal gevallen is de methode van de laparoscopie niet mogelijk o.w.v. de onmogelijkheid om de organen goed in zicht te brengen of te manipuleren.

Na de operatie

Na een anti-reflux ingreep zal u zeer snel vaststellen dat uw symptomen verdwijnen, zonder enig antizuur geneesmiddel.

Omdat uw anti-reflux klep werd versterkt, kan u moeilijkheden ondervinden om voedsel door te slikken. Wij noemen dit dysfagie (slikstoornis).

Deze dysfagie komt zeer vaak voor en verbetert meestal na 4 tot 6 weken. Uw chirurg zal u raad geven in verband met uw dieet.

Indien dit probleem na meer dan twee maanden blijft bestaan, of indien u te veel gewicht heeft verloren, moet u absoluut terug uw chirurg raadplegen.

Zo moet u ook opnieuw uw geneesheer of uw chirurg raadplegen indien u vaststelt dat uw symptomen van reflux terugkeren, of bij elke aanhoudende pijn in de buik of in de borstkas.

Na het vertrek uit het ziekenhuis

De patiënt wordt uitgenodigd om zich aan te bieden voor een postoperatieve raadpleging (na de operatie) de dag bepaald door de chirurg.

De patiënten worden aanbevolen om een lichte activiteit te hernemen, zodra zij het ziekenhuis hebben verlaten.

De postoperatieve pijn (na de operatie) is meestal licht, maar bij bepaalde patiënten is toch antipijn medicatie noodzakelijk.

Meestal zijn na de operatie geen antireflux geneesmiddelen nodig.

Het voedselregime van de patiënt wordt na de operatie aangepast : men begint met vloeibaar eten, dan halfvloeibaar en vervolgens geleidelijk aan met vast voedsel. Uw chirurg zal u informeren over

uw dieet en over de beperkingen die u onmiddellijk na de operatie moet naleven.

Uw chirurg zal u informeren over hoe u na een zeker verloop van tijd uw dagdagelijkse activiteiten weer mag hernemen, en welke activiteiten u moet vermijden.

Wanneer moet u uw chirurg contacteren ?

Naast de postoperatieve controle waarop u wordt uitgenodigd, moet u absoluut uw geneesheer contacteren wanneer u bij voorbeeld één van de volgende situaties vaststelt :

- een 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.

Wat mag men verwachten van de antireflux chirurgie?

Studies hebben aangetoond dat de meerderheid van de patiënten 10 tot 20 jaren na de operatie nog steeds geen symptomen vertonen. Het terugkeren van de symptomen is echter altijd mogelijk.

Bepaalde personen zullen ook nevenverschijnselen vertonen, “sequellen” van deze operatie zoals : vaker opzwellen van de buik, vaker opstapelen van buikgas, soms moeilijkheden om bepaalde veeleer harde, grote of droge etenswaren door te slikken.

Soms zullen bepaalde patiënten met aanhoudende dysfagie een verwijding kunnen ondergaan van de klep via een eenvoudige gastroscopie.

Tenslotte zullen enkele personen opnieuw dienen te worden geopereerd, ofwel omdat de symptomen terugkeren, ofwel omdat zij belangrijke problemen hebben om door te slikken.

Slotbemerking

Uw chirurg zal antwoorden op alle nuttige vragen in verband met de voor- en nadelen van deze chirurgie.

De huidige informatie heeft een algemeen karakter en is bestemd om de patiënt in de mate van het mogelijke in te lichten. Dit document kan echter niet alle aspecten van de bedoelde chirurgie bespreken.

Dienst algemene en abdominale heelkunde

dr. Karl De Pooter - dr. Paul Storms - dr. Eva Vangenechten

***Wij wensen u een aangenaam verblijf en
een spoedig herstel!***

Nuttige telefoonnummers

Onthaal	014 24 61 11
Spoedgevallen	014 24 60 03
Dienst afspraken	014 24 61 60
Afspraken radiologie	014 24 64 10
Ombudsdienst	014 24 64 93
Sociale dienst	014 24 61 80
Algemene directie	014 24 61 02
Directie verpleging	014 24 63 04

AZ St.-Elisabeth Herentals vzw
Nederrij 133
2200 Herentals
t 014 24 61 11
f 014 24 61 26
www.azherentals.be

versie november 2017