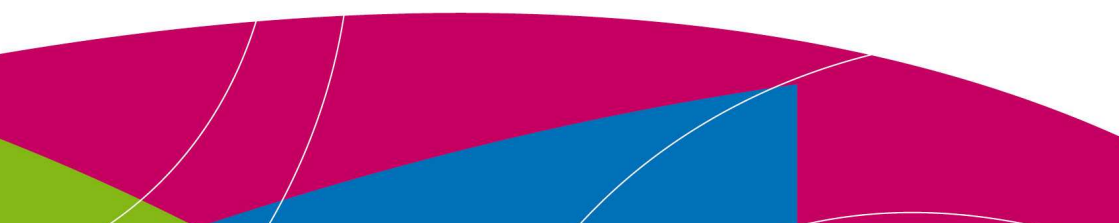


Rectumamputatie

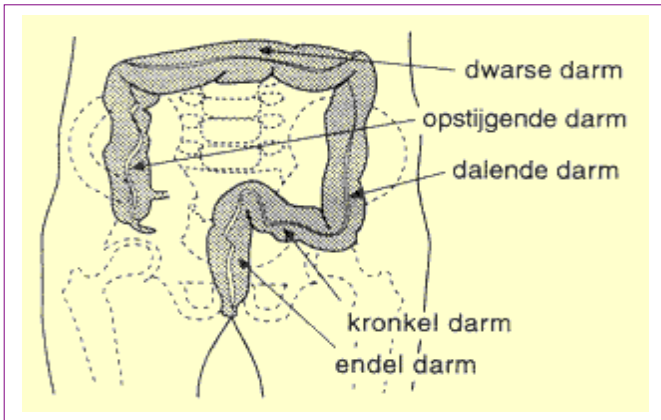
(Het verwijderen van de endeldarm)

Poli Chirurgie



Deze folder geeft u informatie over operaties aan de endeldarm wegens een kwaadaardig gezwel. 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 reservoir functie voor de darminhoud, die als ontlasting het lichaam via de anus verlaat.

Waarom een endeldarm operatie?

Bij u is 'rectumcarcinoom' vastgesteld, een kwaadaardig gezwel aan de endeldarm. Een operatie is eigenlijk de enige mogelijkheid om van de ziekte te genezen. Meestal moet worden voorbehandeld met radiotherapie (bestraling) of nabehandeld met medicijnen (chemotherapie).

Klachten

Meestal zijn verandering van het ontlastingspatroon of bloedverlies bij de ontlasting de klachten waarmee men naar de dokter gaat.

Diagnose en onderzoek

De diagnose kan worden gesteld aan de hand van één of meerdere 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 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 (coloscopie) bekeken. Hierbij worden vaak weefselmonsters (biopten) genomen voor onderzoek en ter bevestiging van de diagnose.

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.

MRI of 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 zich uitbreidt buiten de darm. Dit om te bepalen of patiënt kort of lang voor de operatie moet worden bestraald.

Echo

Een eenvoudig onderzoek, waarbij gebruik gemaakt wordt van geluidsgolven, waarmee beeldvormend onderzoek kan worden verricht, soms in combinatie met een endoscopie. Vaak ter opsporing van uitzaaiingen in de lever.

Vorbereiding voor de operatie

Voor de operatie wordt de darm gewoonlijk leeggemaakt met laxeermedelen al dan niet met een endeldarmspoeling (clysma) of door de darm volledig te spoelen (lavage). Als er een verstopping is, kan dit leegmaken van de darm niet plaatsvinden.

Bij een operatie aan de endeldarm krijgt u antibiotica om infecties van de wond en in de buik zo veel mogelijk te voorkomen.

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

De operatie

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 (meestal rechts boven in de buik) om de anastomose te laten genezen zonder dat er darminhoud langskomt en er geen lekkage zal optreden. Het uiteinde van de dikke darm wordt dan via een sneetje in de buik naar buiten gebracht. De ontlasting verlaat via deze kunstmatige uitgang het lichaam en wordt opgevangen in een speciaal luchtdicht zakje. Zo'n tijdelijk stoma wordt meestal na twee à 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 'rectum-amputatie'. Bij een 'rectum-amputatie' is het onvermijdelijk dat er een blijvend stoma (meestal links onder in de buik) 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: de totale vette ophangband van het rectum wordt meegenomen).

Juist achter dit vetweefsel lopen echter zenuwvezels die zorgdragen voor een aantal sexuele- 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, nabloeding, wondinfectie of longontsteking.

Daarnaast zijn er nog enkele specifieke complicaties mogelijk. Zo is een ernstige complicatie de lekkage van de darmnaad (de anastomose), met name indien er geen tijdelijk stoma is aangelegd. Vaak moet in dat geval een nieuwe operatie volgen, waarbij de anastomose wordt losgemaakt en alsnog 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. 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:

- Één 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 afloop 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. U krijgt de eerste dagen drinken en eten naarmate uw maag-darmstelsel dat kan verdragen.

Na de behandeling

De uitslag van het microscopisch onderzoek van het verwijderd darmweefsel is na een dag of tien bekend en wordt met u 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 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 poliklinisch uitvoerig informatie ontvangen.

Weer naar huis

Als alles goed gaat kunt u meestal binnen veertien dagen na de operatie het ziekenhuis verlaten. U krijgt een afspraak mee voor de poliklinische controle. Wanneer speciale thuishulp (gezinszorg of wijkverpleging) nodig is, wordt die 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.

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

Heeft u nog vragen?

Als u na het lezen van deze informatie nog vragen heeft kunt u, tijdens kantooruren, contact opnemen met de poli Chirurgie, telefoonnummer: 0495 – 57 22 76.

Wilt u meer weten over uw aandoeningen van de dikke darm dan kunt u ook contact opnemen met:

Maag Lever Darm Stichting

Infolijn: 0900 – 202 56 25 (op werkdagen van 14.00 – 17.00 uur)

Internet: www.mlds.nl

E-mail: info@mls.nl

