

## **DIKKE DARMOPERATIES**

---

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

## **Inhoud**

Inleiding .....	2
Dikke darm .....	2
Ligging en functie .....	2
Aandoening dikke darm .....	3
Dikke darmontsteking.....	3
Ziekte van Crohn .....	4
Colitis ulcerosa .....	4
Diagnostiek.....	4
Operatieve behandeling .....	5
Mogelijke complicaties .....	6
Naadlekkage .....	7
Wondinfectie .....	8
Voor de operatie .....	9
Goed voorbereid de operatie in .....	9
Opname .....	11
Na de operatie.....	11
Pijnbestrijding .....	12
Eten en drinken .....	12
Bewegen .....	12
Laxeermiddelen .....	13
Infuus .....	13
Optimale zorg na ontslag .....	14
Wanneer contact opnemen .....	14
Vragen?.....	15

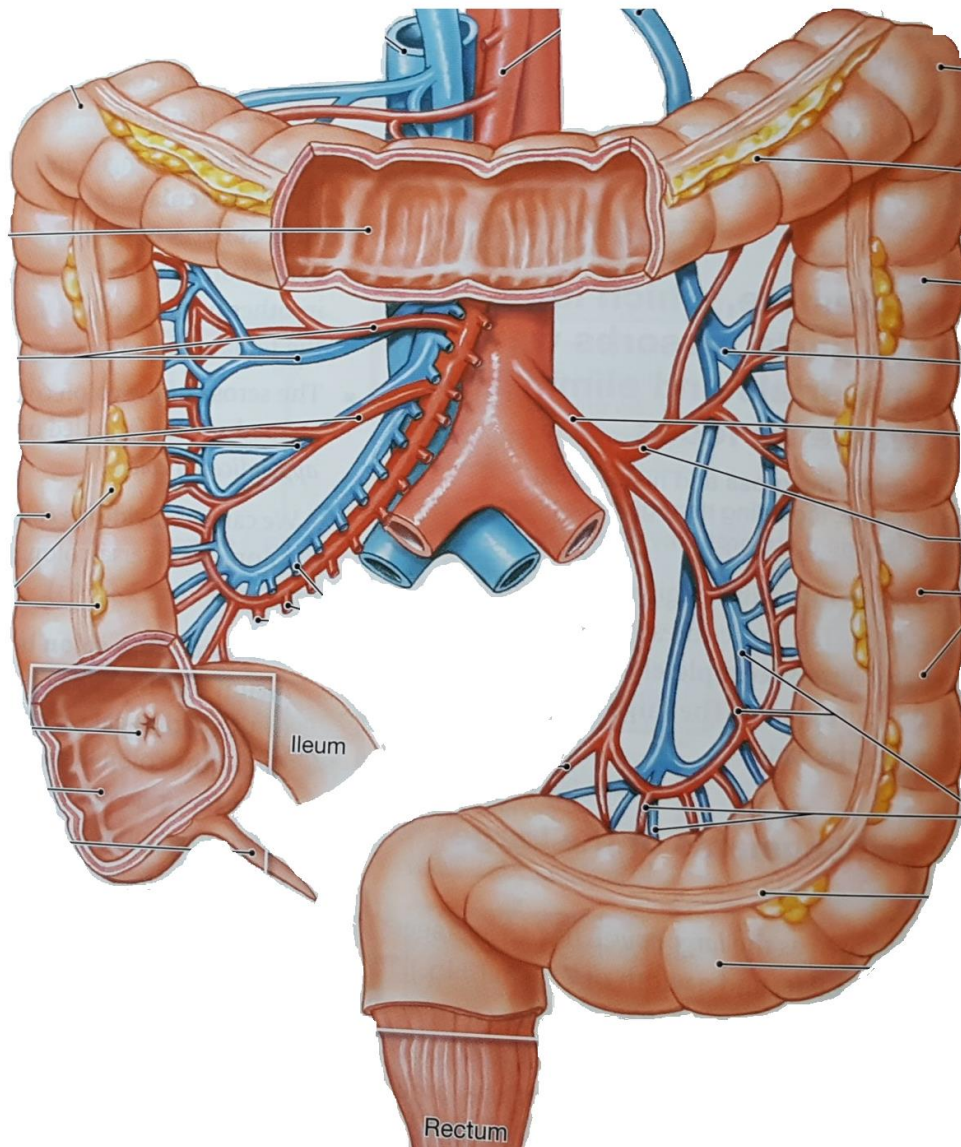
## **Inleiding**

Uw behandelend arts heeft samen met u gekozen voor een operatie aan de dikke darm. Deze folder geeft u informatie over deze operatie. Wij wijzen u erop, dat de situatie voor u anders kan zijn dan in deze folder is beschreven.

## **Dikke darm**

### Ligging en functie

Ons voedsel komt via de slokdarm en de maag in de dunne darm terecht waar voedingsstoffen in de bloedbaan worden opgenomen. Onverteerbare resten komen samen met bacteriën en afgestoten stukjes slijmvlies als ontlasting in de dikke darm, het laatste deel van ons spijsverteringskanaal. Hier vinden de laatste processen van de spijsvertering plaats, en hier dikt de ontlasting in, doordat er water en zouten worden onttrokken. Deze functie kan ook nog goed worden vervuld wanneer een groot deel van de dikke darm is verwijderd.



Bron: Figuur 24-24 Anatomy of the Large Intestine p 968 Fundamentals of Anatomy & Physiology (Martini, Nath, & Bartholomew, 2018)

## **Aandoening dikke darm**

### Dikke darmontsteking

Dikke darmontsteking, ook wel Colitis of samengevat inflammatory Bowel Disease (IBD) genoemd, kan verschillende oorzaken hebben, zoals infecties en auto-immuun reacties waarbij het afweer- of immuunsysteem antistoffen maakt tegen stoffen uit het eigen lichaam. In het laatste geval is er vaak

sprake van een chronische darmontsteking en kan het in wisselende mate klachten geven gedurende het gehele leven. Voorbeelden zijn de ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa. Wanneer hierbij geen goede reactie is op medicatie, kan een operatieve behandeling nodig zijn.

### Ziekte van Crohn

Bij de meeste patiënten met de ziekte van Crohn zijn de dunne darm, de dikke darm, en/of de endeldarm ontstoken, maar er kan ook sprake zijn van ontstekingen in de rest van het spijsverteringskanaal. De ziekte kan voorkomen vanaf de mond tot aan de anus. De behandeling is vaak levenslang nodig en gericht op het verkrijgen van remissie (een rustige fase zonder ontstekingen). Soms is helaas operatief ingrijpen noodzakelijk om deze remissie te bereiken. Voor meer informatie verwijzen wij u naar: <https://www.mlds.nl/chronische-ziekten/crohn-ziekte-van/>

### Colitis ulcerosa

Colitis ulcerosa betekent letterlijk een ontsteking van de dikke darm. Bij colitis ulcerosa is er sprake van een chronische, regelmatig terugkerende ontsteking van de dikke darm. De ontsteking beperkt zich tot het slijmvlies, dat de binnenkant van de dikke darm bekleedt. Bij colitis ulcerosa is de darm aaneengesloten ontstoken. De behandeling is bij colitis net als bij Crohn om de ziekte in een rustige fase zonder ontsteking te krijgen. Ook hierbij is helaas soms operatief ingrijpen noodzakelijk. Voor meer informatie over de colitis ulcerosa verwijzen wij u naar: <https://www.mlds.nl/chronische-ziekten/colitis-ulcerosa/>

## **Diagnostiek**

IBD wordt aan de hand van de locatie van de ziekte en het beloop van het ontstekingsproces in typen onderverdeeld. De symptomen bij eerste presentatie zijn vooral afhankelijk van de plaats en ernst van de ziekte en niet zo zeer van de diagnose

Ziekte van Crohn of Colitis Ulcerosa. De diagnose wordt gesteld middels een combinatie van klinische bevindingen en uitkomsten van aanvullend onderzoek. Als aanvullend onderzoek wordt een endoscopie verricht. Hierbij wordt er met een dunne flexibele slang via de anus in de gehele darm gekeken. Hierbij worden ook vaak weefselmonsters (biopten) afgenomen voor onderzoek. Wanneer er uit het weefselonderzoek sprake blijkt te zijn van een darmontsteking zal er verder onderzoek plaatsvinden, zoals een CT scan (een driedimensionale röntgenfoto) van de buik.

Aanwezigheid van bloedverlies, voorkomen van darmziekte in de familie en tekenen van ontsteking zijn tekenen die kunnen wijzen op IBD.

Alvorens is besloten tot operatieve behandeling heeft u dus een groot aantal onderzoeken ondergaan welke verlopen via de Maag- Darm- Leverartsen. Deze onderzoeken hebben als doel te weten te komen waar de aandoening precies zit en wat de aard en uitgebreidheid van de ziekte is.

IBD patiënten met een operatie indicatie worden besproken op het IBD multidisciplinair overleg (MDO). Na dit MDO wordt er gekeken wat de beste behandeling voor u zal zijn wanneer medicatie niet voldoende lijkt te helpen bij het ziekteproces.

## **Operatieve behandeling**

Samen met de chirurg is met u besloten tot operatieve behandeling waarbij het zieke stuk darm zal worden verwijderd. De soort operatie en het verwachte verloop van de operatie zal door de chirurg met u worden besproken.

In de meeste gevallen zal worden gekozen voor een kijkoperatie (laparoscopie). Hierbij wordt geopereerd via meerdere kleine gaatjes. Tijdens de operatie wordt er gebruik gemaakt van gas om zo ruimte en zicht te creëren om goed te

kunnen opereren. 1 grotere snede zal worden gemaakt om het zieke stuk darm uit het lichaam te kunnen verwijderen.

Een kijkoperatie is echter niet voor iedere patiënt geschikt. Wanneer u meerdere operaties in uw buik heeft gehad kan het zijn dat er ernstige en uitgebreide verklevingen zijn gevormd. Ook wanneer er bepaalde aandoeningen van uw hart en longen bestaan kan dit een reden zijn om niet via een kijkoperatie te opereren maar middels een traditionele open operatie. Hierbij wordt er een grotere snede in de buik gemaakt.

De voordelen van kijkoperaties kunnen groot zijn:

- Minder bloedverlies tijdens operatie;
- Minder pijn na de operatie;
- Minder kans op complicaties, zoals wondinfectie, longontsteking en zwakte van de buikwand;
- Fraaiere genezing wonden;
- Sneller herstel en dus sneller naar huis;
- Minder risico op later ontwikkelen van een littekenbreuk.

In het Franciscus Gasthuis & Vlietland is uitgebreide ervaring met deze manier van opereren.

Als een kijkoperatie tijdens de operatie niet mogelijk blijkt te zijn, wordt op de traditionele manier geopereerd. De traditionele (open) manier van opereren is nog steeds een goede operatie, waarbij de aandoening even goed kan worden verwijderd. Hersteltijd is hierbij alleen wel vaak langer.

## **Mogelijke complicaties**

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo is ook bij een operatie aan de dikke darm de normale kans op complicaties aanwezig zoals:

- Trombose;
- Longontsteking;
- Infectie;

- Nabloeding;
- Of problemen met het hart.

Bij een kijkoperatie bestaat er altijd een kans dat het alsnog een open operatie moet worden, bijvoorbeeld door verklevingen of littekenweefsel of een probleem dat niet met de kijkoperatie opgelost kan worden.

Als er complicaties optreden, kan uw verblijf in het ziekenhuis langer duren. Soms is een 2e operatie noodzakelijk. Meer informatie over de belangrijkste complicaties na een dikke darmoperatie vindt u hieronder.

### Naadlekkage

Als de 2 uiteinden van uw dikke darm aan elkaar worden gehecht, kan een lekkage op de aansluiting optreden, dit noemen we een naadlekkage. De inhoud van de darm lekt hierbij weg in de buik en kan voor een ontsteking van het buikvlies zorgen. De symptomen van naadlekkage zijn:

- Een bolle, gespannen buik;
- Misselijkheid en braken;
- Koorts;
- Buikpijn;
- Ernstig ziek zijn.

Patiënten die een naadlekkage hebben, kunnen ernstig ziek zijn en hebben soms zelfs een verhoogde kans op overlijden. Behandeling op de Intensive Care kan hierbij nodig zijn. Het opnieuw operatief ingrijpen is noodzakelijk om de lekkage op te zoeken en te herstellen. Hierbij is de kans zeer groot dat er een (tijdelijk) stoma wordt aangelegd. Een stoma is een kunstmatige uitgang; een opening van de darm in de huid van uw buik. Omdat deze uitgang geen sluitspier heeft, heeft u geen controle over uw ontlasting. Uw ontlasting komt terecht in een opvangzakje dat rond uw stoma wordt aangebracht. Dit om de nieuwe aansluiting (anastomose) rust te geven om te herstellen. Het tijdelijk stoma wordt in principe na 2 tot 6



maanden weer opgeheven. Daar is dus een 2e operatie voor nodig. In het geval u een stoma krijgt, zal u direct worden begeleid door de stomaverpleegkundige in het verkrijgen van de vaardigheid in de verzorging teneinde zelfredzaam te blijven.

### Wondinfectie

Een wondinfectie is een ontsteking van de huid op de plaats van de hechtingen. De symptomen zijn:

- Roodheid van de huid
- Lekken van wondvocht

Bij een wondinfectie worden de hechtingen verwijderd, zodat het pus kan worden uitgespoeld. U hoeft voor een wondinfectie niet in het ziekenhuis te blijven. Soms is wel thuiszorg nodig om u te ondersteunen bij de wondzorg.

### **Medisch specialisten**

Uw operatie zal worden uitgevoerd door een van onderstaande chirurgen:

- Drs. F.H. Beverdam
- Drs. R.Th.J. Kortekaas
- Drs. H.E. Lont
- Dr. M.M. Poelman
- Dr. M. Verseveld
- Dr. E.M. Deerenberg

Gedurende het traject van opname tot controles na ontslag kunt u, naast de chirurg, ook regelmatig te maken krijgen met de physician assistant. De physician assistant is een medisch zorgprofessional, die op een zelfstandige wijze medische taken overneemt van een medisch specialist. De physician assistant die u kunt zien is:

- Mw. L. de Bode

## **Voor de operatie**

Op de polikliniek krijgt u van de arts informatie over de operatie die gepland gaat worden en over het bijbehorend ERAS programma. ERAS is een afkorting van de Engelse woorden: Enhanced Recovery After Surgery, letterlijk vertaald: verbeterd herstel na operatie. Dit zal verderop verder worden toegelicht. Ook wordt er naar uw medicatie gekeken welke u op dit moment gebruikt in verband met de IBD. Dit is belangrijk om het risico op complicaties na de operatie te kunnen voorspellen.

Na het gesprek met de chirurg volgt, in overleg met u, een gesprek met de verpleegkundige die de gang van zaken rondom de opname en het ERAS programma op de afdeling toelicht. Tijdens dit gesprek kunnen de volgende punten met u worden besproken:

- Voeding, voor en na de operatie;
- Medicatie;
- Anesthesie en pijnbestrijding;
- Lastmeter (psychosociale ondersteuning);
- Bewegen;
- Thuiszorg;
- Wat u te wachten staat op de afdeling;
- Screening kwetsbare ouderen (+70jaar).

Alvorens een operatie ingepland kan worden dient u gekeurd te worden door de anesthesie. Zij kijken naar uw algehele conditie en zullen zo nodig nog aanvullende onderzoeken (longfoto, hartfilmpje, bloedonderzoek) doen om uw gehele gezondheidstoestand in kaart te brengen zodat zij u veilig onder narcose kunnen brengen.

### Goed voorbereid de operatie in

Een goede conditie voorafgaande aan de operatie zorgt ervoor dat u beter in staat bent om de operatie te doorstaan. Hierbij

komt dat uit studies is gebleken dat er een kleinere kans is op complicaties en het herstel sneller gaat.

Het is belangrijk dat u blijft bewegen. Blijf wandelen, fietsen en sporten zoals u gewend bent wanneer het lichaam dit toe laat. Probeer dit het liefst nog iets meer te doen dan voorheen om conditie op te bouwen.

Voeding speelt in voorbereiding op de operatie ook een belangrijke rol. Wanneer u ziek bent heeft het lichaam meer behoefte aan energie en voedingsstoffen. Wanneer de inname van voedsel hierbij onvoldoende is, krijgt u te weinig voedingsstoffen binnen welke nodig zijn om spieren en wonden te herstellen. Wat u kunt doen is veel eiwitrijke/volle producten te eten. Wanneer er uit de screening die tijdens de afspraak op de poli wordt afgenomen blijkt dat u ondervoed bent, kan de diëtiste worden ingeschakeld om met u te kijken hoe u het best gevoed de operatie in kan gaan.

Voor de algehele conditie en ook voor de wondgenezing na de operatie is het belangrijk dat u stopt met roken. Lukt dit niet op eigen kracht, kan u hulp vragen bij de "stoppen met roken poli".

Voor de operatie krijgt u van de colonicare verpleegkundige in totaal 4 flesjes PreOp mee naar huis. PreOp is een heldere drank met een frisse citroensmaak en is verpakt in flesjes van 200 ml. Deze niet koolzuurhoudende drank bevat koolhydraten (=suikers). De lage concentratie van de in de drank opgeloste stoffen (osmolariteit) zorgt ervoor dat deze drank de maag snel verlaat. De koolhydraten in preOp zorgen ervoor dat u:

- minder dorst, minder honger en minder angst heeft vóór de operatie;
- uw lichaamsreserves behoudt;
- zich beter voelt na de operatie.

De avond voor de operatie dient u 2 van de 4 flesjes PreOp te drinken (rond 20:00uur). De overige 2 flesjes drinkt u 3 uur voorafgaand aan de operatie. Doordat de drankjes de maag snel verlaten is het veilig om deze drankjes zo kort voor de operatie te drinken.

## **Opname**

De dag van de operatie zal u worden opgenomen op de afdeling. Vaak is er voor deze ingreep geen uitgebreide darmvoorbereiding nodig. Mocht dit voor u anders zijn hoort u dit via de chirurg. Tenzij u van uw arts of verpleegkundige andere voorschriften heeft gekregen, gelden op de dag van uw operatie de volgende dieetvoorschriften:

- Tot 6 uur voor uw operatie mag u normaal eten;
- Tot 2 uur voor uw operatie mag u nog streng vloeibaar drinken, dit betekent alleen thee/ koffie zonder melk en water.

Tijdens de opname op de afdeling chirurgie is de GE-chirurg de hoofdbehandelaar.

De behandelend MDL-arts wordt bij opname op de hoogte gesteld door de chirurg en wordt zo nodig tijdens of na de operatie geraadpleegd voor advies. In overleg met de MDL-arts wordt de IBD medicatie gecontinueerd, gestaakt of gestart.

De MDL- verpleegkundige of verpleegkundig specialist zal tijdens de opname bij u langs lopen.

## **Na de operatie**

Na de operatie komt u, als alles goed met u gaat, terug op uw eigen kamer. Dan start u ook, tenzij de operateur anders beslist, met het ERAS programma. Zoals eerder beschreven is ERAS een afkorting van de Engelse woorden: Enhanced Recovery After Surgery, letterlijk vertaald: verbeterd herstel na operatie. Wij spreken liever van beter en versneld herstel. Een

ERAS programma is een kwaliteitsprogramma rondom een operatie, waarin alle factoren die een positieve invloed kunnen hebben op uw herstel zijn samengebracht. De laatste jaren is er veel onderzoek naar hoe het herstel na een operatie kan worden verbeterd. Het blijkt dat herstel na een operatie kan worden verbeterd door:

- Een zo klein mogelijke operatiewond. Hoe minder schade aan het weefsel, des te sneller het herstel;
- Een optimale pijnbestrijding;
- Een zo kort mogelijke periode van bedrust, zodat verlies van spierkracht wordt beperkt en de ademhaling wordt gestimuleerd;
- Een zo kort mogelijke periode van voedselonthouding, zodat gewichtsverlies en daarmee verlies van spiermassa en spierkracht wordt tegengegaan.

### Pijnbestrijding

Na de operatie hebt u enige tijd nodig om te herstellen. Als blijkt dat u na de operatie niet voldoende hebt aan de pijnbestrijding, kan u dat aangeven bij de verpleging. Zij kunnen dan, in overleg met de anesthesioloog of de behandelend arts, kijken of de pijnbestrijding kan worden aangepast.

### Eten en drinken

In principe mag u na de operatie weer normaal eten en drinken waar u trek in heeft. Er wordt 3 dagen bijgehouden wat u eet en drinkt. Als dit niet voldoende is, komt de diëtiste bij u langs om energierijke bijvoeding voor u te regelen. Het is belangrijk om eiwitrijke voeding te eten. Mocht er sprake zijn van een verstopping in de darm (ileus) na de operatie kan het zijn dat u gevoed gaat worden via een voedingssonde welke in de maag ligt of via een infuus.

### Bewegen

Beweging is zeer belangrijk voor uw herstel. Bewegen kan:

- Trombose voorkomen;
- Verlies van spierkracht tegengaan;
- Ademhaling verbeteren, luchtweginfecties voorkomen en de zuurstofvoorziening naar de wond verbeteren.

Mobiliseren na de operatie is belangrijk om complicaties te voorkomen. Op de dag van de operatie wordt u 's avonds op het randje van het bed geholpen om met de benen te bungelen. Dit wordt de dagen erna steeds meer uitgebreid tot zelfstandig lopen op de gang. Geef hierbij wel duidelijk aan wanneer de pijn u belemmert om uit bed te komen. Bent u niet in staat om uit bed te komen, probeer dan zoveel mogelijk rechtop in bed te zitten.

### Laxeermiddelen

Ter bevordering van de werking van de dikke darm en om verstopping te voorkomen, krijgt u (zo nodig) gedurende de opname een maal per dag een laxeermiddel (Movicolon). Dit middel zorgt er meestal, samen met voldoende beweging, voor dat u binnen 3 dagen ontlasting heeft.

### Infuus

Tijdens de operatie hebt u een infuus in de arm gekregen. Als u weer normaal kan eten en voldoende kunt drinken, wordt dit infuus verwijderd.

Naast uw algehele conditie vóór de operatie bepaalt vooral de uitgebreidheid van de operatie of uw herstel voorspoedig zal verlopen. Meestal is het de eerste 2 dagen na de operatie al duidelijk hoe uw herstel zal verlopen en of vroeg ontslag mogelijk is. Wanneer alles naar wens verloopt, gaat u op de derde tot de 5e dag na de operatie weer naar huis.

Het is normaal dat de operatiewond nog enige tijd gevoelig is en dat uw buik enigszins is opgezet. Ook kan uw ontlasting nog onregelmatig zijn. U kunt zich thuis het beste aan de volgende richtlijnen houden:

- U kunt thuis normaal eten, wel verdient het aanbeveling om veel te drinken;
- Indien nodig gebruikt u pijnstillers;
- Vanaf de 2e dag na de operatie mag u normaal douchen. Tot de controleafspraak mag u niet in bad of zwemmen;
- Zorg voor voldoende lichaamsbeweging, zoals dagelijks wandelen. Voorzichtig traplopen is toegestaan. De eerste weken mag u geen zware voorwerpen tillen.
- U mag seks hebben;
- Zodra u zich daarin staat voelt, mag u weer autorijden;
- Meestal kunt u na enkele weken weer aan het werk, dit ligt aan het soort werk dat u doet. Overleg dit met uw chirurg en Arbo-arts.

## **Optimale zorg na ontslag**

Bij uw ontslag krijgt u een controleafspraak mee voor de polikliniek. De afspraak vindt 1 tot 2 weken na uw operatie plaats. Tijdens deze afspraak controleert de chirurg het herstel en de wondgenezing na de operatie. Na de operatie zal u opnieuw worden besproken in het IBD MDO.

4 tot 6 weken na de opname worden patiënten door de MDL-arts gezien op de polikliniek. De MDL-arts zal dan kijken of het nodig is om medicatie te starten/herstarten. Bij patiënten met de ziekte van Crohn is het belangrijk om 6 maanden na een darmresectie een kijkonderzoek van de dikke darm (colonoscopie) te verrichten om eventuele activiteit aan te tonen en dan ook medicatie te starten of aan te passen.

### Wanneer contact opnemen

Wanneer uw toestand thuis na enkele dagen achteruitgaat, bijvoorbeeld door:

- Koorts;
- Een bolle buik;
- Toename van de pijn;
- Braken;

- Toegenomen roodheid of zwelling van de wond of vocht uit de wond;
- Dunne ontlasting vaker dan 3x per dag gedurende 4 dagen of juist verstopping gedurende 3 à 4 dagen;
- Moeilijk plassen of pijn bij het plassen.

Dan is het belangrijk dat u contact opneemt met het ziekenhuis via hieronder benoemde gegevens.

## **Vragen?**

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, neem dan contact op met de coloncare verpleegkundige of de polikliniek Chirurgie.

### Franciscus Gasthuis (Rotterdam):

Tijdens kantooruren met de coloncare verpleegkundige, via telefoonnummer 010 - 461 6329.

Buiten kantooruren, via telefoonnummer 010 - 461 6161

Spoedeisende Hulp, via telefoonnummer 010 - 461 6720

### Franciscus Vlietland (Schiedam):

Tijdens kantooruren met de Polikliniek Chirurgie, via telefoonnummer 010 - 893 1820.

Buiten kantooruren, via telefoonnummer 010 - 893 9393

Spoedeisende Hulp, via telefoonnummer 010 - 893 0101