



Operatieve laparoscopie

Kijkoperatie in de buikholte

In deze brochure vind je algemene informatie over de operatieve laparoscopie. Wat er precies gebeurt tijdens deze operatie, verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis. De brochure geeft je toch al een idee van wat je mag verwachten als je een laparoscopische operatie moet ondergaan.

Het is belangrijk dat je zelf achter een ingreep staat. Bij een geplande ingreep heb je ruim de tijd om na te denken. Gebruik die tijd om goed te overleggen. Laat je pas opereren wanneer je voldoende weet over alle mogelijkheden om je probleem te onderzoeken of behandelen. Daartoe dient onder andere deze brochure.

Alle opties kun je natuurlijk ook best met de gynaecoloog, je vertrouwensarts, bespreken.



VVOG

Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Partner voor vrouw
én vrouwenarts

Operatieve laparoscopie

Deze patiëntenbrochure beschrijft een niveau van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Een gynaecoloog kan hiervan geargumenteed afwijken wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog moet tegemoet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënte.

Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing volgens de beschrijving in deze brochure niet mogelijk is.

Laparoscopie betekent letterlijk ‘in de buik kijken’. De gynaecoloog maakt twee tot drie kleine insneden van ongeveer één cm in de buikwand. Langs één van die sneetjes wordt een laparoscopus in je buik gebracht. Een laparoscopus is een lange dunne buis waar men met een kleine camera doorheen kijkt. Via de andere insneden brengt de gynaecoloog instrumenten in waarmee geopereerd wordt. Daarom wordt deze operatietechniek ook ‘sleutelgatchirurgie’ genoemd. De gynaecoloog kan de operatie via de laparoscopus op een beeldscherm volgen.

Er bestaan verschillende redenen om een operatie laparoscopisch uit te voeren. Bij de operatie zijn meestal de baarmoeder, de eileiders of de eierstokken betrokken. In deze brochure vind je eerst algemene informatie over die organen. Vervolgens wordt beschreven welke de meest voorkomende redenen voor een operatieve laparoscopie zijn, wat er tijdens de operatie gebeurt en welke risico’s eraan verbonden zijn.

BAARMOEDER, EILEIDERS EN EIERSTOKKEN

De baarmoeder, eileiders en eierstokken liggen niet los in je buik maar zitten met bindweefselbanden vast in het bekken. Een normale baarmoeder heeft de vorm en grootte van een peer. In het brede boven-deel van de baarmoeder monden de twee eileiders uit. Deze dunne, soepele buisjes zijn acht tot tien cm lang. Ze beginnen bij de baarmoeder en eindigen met een trechtervormige opening bij de eierstokken. Normale eierstokken hebben de vorm van een bol of een schijfje van ongeveer twee op drie op vier cm.

De eierstokken hebben een dubbele functie. Hier worden de geslachtshormonen aangemaakt en in deze organen zitten ook de eicellen van de vrouw. Per normale cyclus zal bij de eisprong in principe één eicel vrijkomen voor mogelijke bevruchting.

De baarmoeder dient als innestelingplaats voor de zwangerschap. Zolang geen zwangerschap optreedt, zal elke cyclus eindigen met een menstruatie. De eileiders zijn transportorganen voor het verkeer tussen baarmoeder en eierstokken.

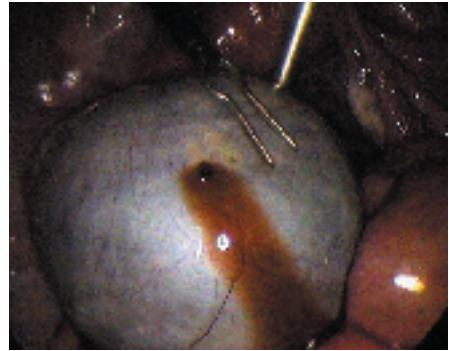
Bij een laparoscopische operatie ziet de gynaecoloog de eileiders, de eierstokken en het bovenste deel van de baarmoeder of het ‘baarmoederlichaam’. Het onderste deel van de baarmoeder, dat uitkomt in de vagina, wordt ‘baarmoedermond’ of ‘baarmoederhals’ genoemd en is niet zichtbaar vanuit de buikholte.

REDENEN VOOR EEN LAPAROSCOPISCHE OPERATIE

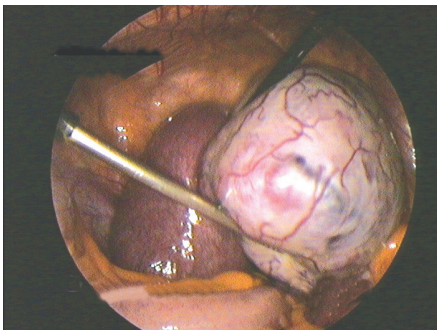
De aandoeningen waarvoor de gynaecoloog een laparoscopische operatie adviseert, zijn meestal goedaardig. Hieronder worden enkele van de aandoeningen beschreven die



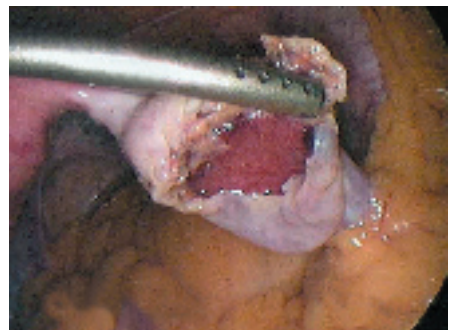
▣ Dermoidcyste ▣



▣ Bloeding in eierstokcyste ▣



▣ Eierstokgezwel ▣



▣ Follikelcyste ▣

aanleiding kunnen geven tot dergelijke ingreep. Het is echter niet uitgesloten dat de gynaecoloog een niet-operatieve behandeling verkiest.

Een cyste van de eierstok of een vergrote eierstok

Rond de eisprong vormt zich in de eierstok een kleine vochtholte met daarin een rijpende eicel. Dit noemt men een 'follikel'. Na de eisprong verdwijnt de follikel geleidelijk. Dit komen en gaan van follikels is een normaal cyclisch proces.

In de eierstok kan zich echter ook een gezwel vormen. Een gezwel dat gevuld is met

vocht, wordt een 'cyste' genoemd. Gezwellen die met vast weefsel gevuld zijn, noemt men 'solide gezwellen'. Wanneer geen normale eisprong plaatsvindt, kan een follikel verder groeien en een cyste gaan vormen. Dan spreekt men van een aanwezig blijvende follikel of een 'functionele cyste'. Dit type cysten verdwijnt meestal uit zichzelf en hoeft dus niet onmiddellijk geopereerd te worden. De gynaecoloog kan hiervoor een onderdrukkende hormoonbehandeling voorschrijven. Je moet dan bijvoorbeeld enkele maanden de pil nemen. Als een functionele cyste niet verdwijnt of gevaarlijk groot lijkt, wordt vaak een operatie geadviseerd omdat er

complicaties kunnen optreden. Mogelijke verwickelingen kunnen optreden wanneer er zich een bloeding in de cyste voordoet, wanneer de cystewand scheurt of wanneer de cyste zich om haar aanhechtingssteel draait. Meestal leidt dit tot zeer acute pijn.

Een andere aandoening is het 'cystadenoom', een gezwel van de eierstok dat deels uit vocht en deels uit vast weefsel bestaat. Dit soort gezwel verdwijnt niet vanzelf.

Je kan ook last hebben van 'endometriomen'. Deze afwijking treft men vaak aan naast andere endometriosehaarden in de onderbuikstreek. We komen later nog terug op deze zogenaamde 'chocoladecysten'.

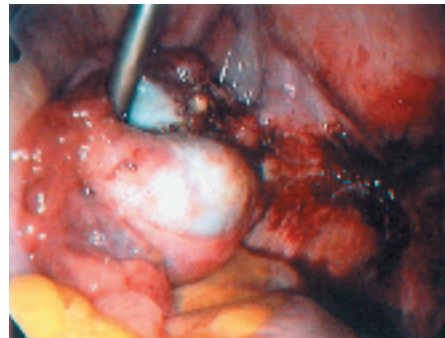
Een eierstok kan ook in zijn geheel aangetast en vergroot zijn. Soms is er dan sprake van een 'dermoïdcyste'. In zo'n 'wondergezwel' zitten allerlei soorten weefsel, zoals haren of bot.

Een cyste of een vergrote eierstok kan ontdekt worden bij toeval of bij klachten. Om je klachten te verhelpen of om die in de toekomst te voorkomen, zal de gynaecoloog een laparoscopische operatie adviseren. Voor de ingreep wordt met jou besproken of de hele eierstok of enkel de cyste verwijderd moet worden. Wanneer alleen de cyste verwijderd wordt, blijft een deel van de eierstok behouden. In veel gevallen kan pas tijdens de operatie beoordeeld worden welke optie de beste is. Met één eierstok kan je even vlot zwanger worden als met twee en kom je ook niet vroeger in de overgang.

Endometriose en 'chocoladecysten'

De binnenkant van de baarmoeder is bekleed met een slijmvlies dat 'endometrium' heet. Bij endometriose bevindt dergelijk slijmvlies zich ook buiten de baarmoeder, in de buikholte of in de eierstokken. Omdat deze letsels tijdens de maandstonden bloeden, breidt endometriose gemakkelijk uit. In de eierstok kan het bloed ophopen. Dit ingedikt bloed lijkt op chocolade, vandaar de benaming 'chocoladecysten'.

De typische symptomen van endometriose zijn pijnlijke maandstonden, pijn bij het vrijen en/of verminderde vruchtbaarheid. Endometriose kan met hormonen of met een operatie behandeld worden. De gynaecoloog zal met jou bespreken welke aanpak het meest geschikt is.



▣ Endometriose ▣

Tijdens een operatieve laparoscopie kan men ofwel een chocoladecyste leegmaken en weghalen uit de eierstok ofwel de hele eierstok verwijderen. Endometriosishaarden kunnen ook met laserstralen of elektrocoagulatie vernietigd worden.

Door ontstekingsreacties kan endometriose vergroeiingen veroorzaken. Bij ernstige vergroeiingen is een laparoscopische operatie vaak erg moeilijk of zelfs onmogelijk.

Het verwijderen van normale eierstokken

Bij sommige vormen van borstkanker adviseert de gynaecoloog gezonde eierstokken te verwijderen. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren als de kanker gevoelig is voor de vrouwelijke hormonen die door de eierstokken aangemaakt worden.

Hydrosalpinx

De eileider kan door een vroegere ontsteking beschadigd zijn. Wanneer vocht zich in die eileider ophoopt, spreken we van een 'hydrosalpinx'. Vaak ben je door een hydrosalpinx minder vruchtbaar.

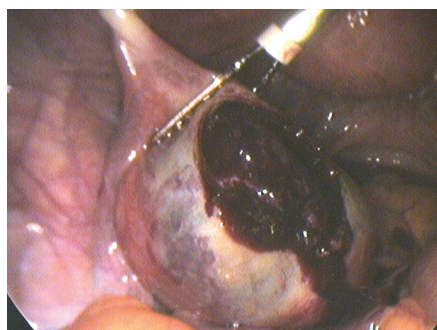
Afhankelijk van je klachten en kinderwens zal de gynaecoloog met jou bespreken welke oplossing de beste is.

Buitenbaarmoederlijke zwangerschap

Bij deze aandoening bevindt de zwangerschap zich niet in de baarmoeder, maar in één van de eileiders. Zeer jonge en dus kleine buitenbaarmoederlijke zwangerschappen sterven vaak vanzelf af. Witte bloedcellen



▣ Hydrosalpinx ▣



▣ Buitenbaarmoederlijke zwangerschap ▣

ruimen het weefsel dan op. Als de buitenbaarmoederlijke zwangerschap verder evolueert, kan de eileider zodanig zwellen tot hij barst. Dit leidt tot zeer zware inwendige bloedingen waarvoor een open buikoperatie of 'laparotomie' nodig kan zijn.

Bij een vroegere diagnose kan men het probleem meestal laparoscopisch oplossen. De gynaecoloog kan de hele eileider met de buitenbaarmoederlijke zwangerschap wegnemen. Meestal probeert de gynaecoloog de eileider te sparen en enkel de zwangerschap te verwijderen. Een andere behandeling is het inspuiten van medicijnen in de buiten-

baarmoederlijke zwangerschap.

De zwangerschap sterft dan vanzelf af.

Voor de operatie bespreekt de gynaecoloog de voor- en nadelen van deze methoden. Soms is pas tijdens de operatie duidelijk wat de beste behandeling is. Bij de keuze van de behandeling wordt er rekening gehouden met je toekomstige kinderwens, de mate van schade aan de eileider en de toestand van de andere eileider.

Fibromen of 'vleesbomen'

'Fibromen', 'myomen', 'fibromyomen' en 'vleesbomen' zijn allemaal synoniemen. Fibromen zijn goedaardige verdikkingen in de wand van de baarmoeder. De meeste fibromen leiden tot overmatig bloedverlies tijdens de menstruatie.

Alleen wanneer het fibroom snel groeit of wanneer je klachten hebt, is een behandeling nodig. Wanneer hormonale therapie niet helpt, adviseert de gynaecoloog een operatie. Of een laparoscopische operatie mogelijk is, hangt af van het aantal, de grootte en de plaats van de vleesbomen.



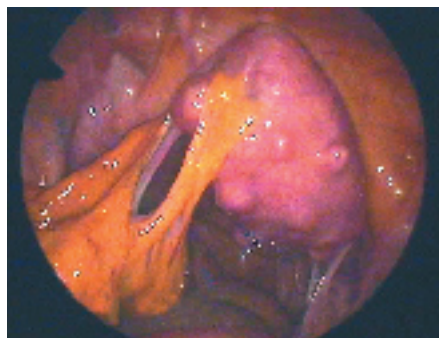
▣ Myomectomie ▣

Vergroeiingen of 'adhesies'

Vergroeiingen kunnen ontstaan door ontstekingen, vroegere operaties of endometriose. Meestal heb je geen pijnklachten en is een operatie niet nodig. Soms spelen adhesies een rol bij verminderde vruchtbaarheid. In zeer zeldzame gevallen kunnen vergroeiingen een darm gedeeltelijk of geheel afsluiten. Een operatie is dan wel noodzakelijk, maar hiervoor is veelal een open buikoperatie nodig.

Verwijdering van de baarmoeder of 'hysterectomie'

Bij een 'hysterectomie' kunnen verschillende operatieve technieken toegepast worden. De baarmoeder wordt eerst losgemaakt van de omringende structuren in de buik. Daarna kan ze in kleine stukjes weggehaald worden via de insteekopeningen of in haar geheel verwijderd worden via de schede. In de top van de schede blijft dan een litteken. De baarmoederhals kan al dan niet behouden blijven. Dit hangt af van de operatietechniek.



▣ Vergroeiingen ▣

DE LAPAROSCOPISCHE OPERATIE

Gynaecologen gebruiken laparoscopie al jaren als onderzoeksmethode om een diagnose te stellen bij klachten van pijn in de onderbuik of bij verminderde vruchtbaarheid. In dat geval spreken we van een 'diagnostische laparoscopie'.

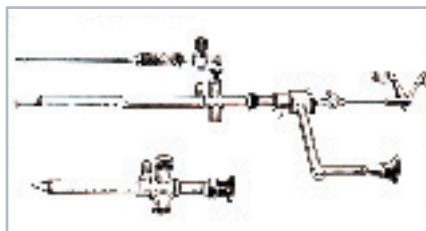
Bij een 'operatieve laparoscopie' gaat men verder dan kijken alleen en wordt er meer ingegrepen. Omdat de instrumenten steeds beter worden, kan men steeds uitgebreidere operaties via laparoscopie uitvoeren. Een laparoscopische operatie heeft veel voordelen. Je buikholte blijft tijdens de hele operatie afgesloten. De kleinere sneetjes veroorzaken bovendien minder pijn dan een grote insnede. In vergelijking met een open buikoperatie treedt er minder irritatie van het buikvlies op en werken de darmen na afloop sneller. Daarom moet je minder lang in het ziekenhuis blijven en zal je ook thuis sneller herstellen. Wel duurt de operatie soms langer, zodat je langer onder narcose bent.

Vorbereiding

Voor de operatie wordt je gezondheidstoestand gecontroleerd. Je kunt best het gebruik van geneesmiddelen, kruiden en eventueel genotsmiddelen vermelden. De gynaecoloog zal ook naar de belangrijkste aspecten van je medisch verleden en het voorkomen van allergieën informeren. Geef in ieder geval deze inlichtingen door, zelfs als er niet om gevraagd wordt. De gynaecoloog zal je bloed laten onderzoeken en een electrocardiogram - kortweg ECG - nemen. Afhankelijk van je

leeftijd, wordt er ook een foto van je longen genomen en kan je vooraf met de anesthesist over de verdoving spreken. In overleg met je gynaecoloog wordt de dag van opname beslist. Probeer op voorhand regelingen te treffen voor de periode na het ziekenhuisverblijf zodat je thuis rustig kunt herstellen.

Je moet ervoor zorgen dat je de dag van de operatie nuchter bent. Dit houdt in dat je vanaf middernacht niets meer mag eten of drinken, noch roken. Het is belangrijk dat je maag leeg is. Met een volle maag kan je bij het begin van de operatie of achteraf bij het ontwaken beginnen braken en je verslikken. De verpleegkundige zal je schaamhaar gedeeltelijk wegscheren. Je krijgt een infuus om vocht en eventueel medicijnen toe te dienen. Voor je in je bed naar de operatiezaal gebracht wordt, moet je een operatiehemd aantrekken. Een kunstgebit of contactlenzen moet je uitdoen. Tijdens de operatie mag je ook geen haarspelden, juwelen of make-up dragen.

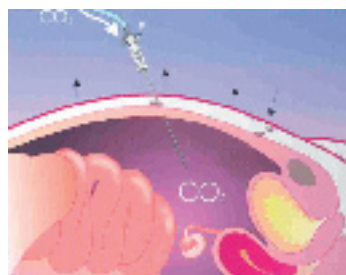
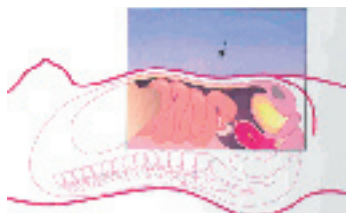


▣ Instrumentarium ▣

Verdoving

Een laparoscopische operatie gebeurt bijna altijd onder algemene verdoving of 'narcose'. Via het infuus dient de anesthesist het verdovende middel toe. De anesthesist zal een masker over je mond en neus zetten

waarlangs je zuurstof krijgt. Je zal snel suf worden en in slaap vallen. Terwijl je slaapt, brengt men een buisje in je luchtpijp om je te beademen. Tijdens een algemene verdoving voel je geen pijn. Je wordt pas terug wakker wanneer de operatie afgelopen is.



▣ Pneumoperitoneum ▣



▣ Laporoscoop en instrumentarium ▣

De operatie zelf

Een lege blaas biedt meer ruimte tijdens de ingreep. Daarom plaatst men een sonde in de blaas. Langs dit slangetje wordt de urine afgevoerd. Om de baarmoeder tijdens de operatie te kunnen bewegen, brengt

de gynaecoloog langs de vagina een instrument in de baarmoederholte.

De gynaecoloog maakt meestal een insnede van ongeveer één cm in de onderrand van de navel en brengt daardoor een dunne holle naald in de buikholte. De buikholte wordt via die naald gevuld met een onschadelijk koolzuurgas. Zo ontstaat er een werkruimte in de buikholte om de verschillende organen goed te kunnen zien en te kunnen manipuleren tijdens de operatie. Daarna brengt de gynaecoloog langs dezelfde insnede de laparoscoop in de buik. De baarmoeder, eileiders en eierstokken zijn dan zichtbaar op het beeldscherm.

Als men vermoedt dat er vergroeiingen zijn, zoals na voorgaande operaties, brengt de gynaecoloog de naald en de laparoscoop soms op een andere plaats in. De operatie-instrumenten worden ingebracht door een tweetal insneden in linker en rechter liesstreek.

Ook in de vagina kan een snede gemaakt worden achter de baarmoederhals. Hierdoor is het mogelijk om bijvoorbeeld een vergrote eierstok of een vleesboom uit de buikholte te verwijderen. De duur van dergelijke operaties verschilt volgens de uitgebreidheid van de ingreep.

Na de operatie

Na een algemene verdoving heb je soms even last van keelpijn door het buisje dat tijdens de operatie in de luchtpijp werd geplaatst. Vaak ben je misselijk en soms moet je ook overgeven. Het infuus blijft aanwezig tot deze klachten verdwenen zijn en je voldoende kunt drinken. De blaassonde kan

onaangenaam zijn omdat je voortdurend de indruk hebt dat je moet plassen. Afhankelijk van de ernst van de ingreep verwijderd de verpleegkundige het infuus en de blaassonde dezelfde of de volgende dag. Soms heb je naast buikpijn ook schouderpijn.

Die schouderpijn wordt veroorzaakt door het koolzuurgas dat tijdens de operatie in de buikholte wordt gebracht en het middenrif irriteert. Het koolzuurgas wordt geleidelijk opgenomen door het lichaam en uitgeademd via de longen. Afhankelijk van het type operatie en je gezondheidstoestand, moet je één of meerdere dagen in het ziekenhuis blijven.

Thuis

Een vlotter herstel is één van de grote voordelen van een laparoscopische operatie. Over het algemeen moet je voor de herstelperiode één tot twee weken rekenen. Bij een grotere operatie zoals een baarmoederverwijdering kan het wat langer duren, bij een kleine ingreep verloopt het herstel sneller. Vraag aan je gynaecoloog hoelang het in jouw geval gaat duren vooraleer je weer volledig op de been bent.

Het is normaal dat je na een operatie wat pijn hebt, ook al heb je geen groot litteken. Probeer thuis zoveel mogelijk te rusten, want je zal minder aankunnen dan je denkt. Hoeveel hulp je nodig hebt, is afhankelijk van het type operatie en van de situatie thuis. Langzaam maar zeker zal je al je gewone activiteiten kunnen hervatten.

Bij bepaalde operaties heb je na afloop vaginaal bloedverlies dat een paar dagen tot een

week kan aanhouden. Neem contact op met je gynaecoloog bij ernstige bloeding (meer dan bij een normale menstruatie), bij hevige buikpijn of koorts.

De hechtingsdraadjes die niet vanzelf vergaan, zullen na een week verwijderd worden door de gynaecoloog of de huisarts.

De eerste week kan je de wondjes best afdekken. Na sommige operaties is er een litteken in de vagina. Die snede werd gemaakt om de hele baarmoeder weg te halen of om weefsel via een opening achter de baarmoedermond te verwijderen. Om het litteken goed te laten genezen, moet je de eerste vier tot zes weken wachten met vrijen en gebruik je best geen tampons. Heb je geen litteken in de vagina, dan mag je vroeger gemeenschap hebben. Zolang je nog pijn hebt, kan je vrijen beter uitstellen.

Na iedere operatie wordt een afspraak gemaakt voor een controleonderzoek. Als er tijdens de operatie weefsel is weggehaald, krijg je dan ook de uitslag van het weefselonderzoek. De gynaecoloog zal met jou bespreken of verdere controle of behandeling nodig is.

VERWIKKELINGEN

Een operatie houdt altijd bepaalde risico's in, maar gelukkig zijn ernstige complicaties zeldzaam. Hieronder beschrijven we kort de verwikkelingen die bij een laparoscopische operatie kunnen voorkomen:

Laparotomie

Als er gedurende een laparoscopie overgeschakeld wordt naar een open buikoperatie,

mag je dit niet als een verwikkeling beschouwen. Soms is het gewoon te moeilijk om zorgvuldig te opereren met de laparoscopische methode en moet er toch een open buikoperatie of 'laparotomie' plaatsvinden. Dit kan gebeuren als je ernstige vergroeiingen hebt door endometriose of een eerdere buikoperatie. Een ander technisch probleem is dat de aandoeningen niet goed zichtbaar zijn. Hou er dus rekening mee dat je achteraf wakker kunt worden met een groter litteken dan verwacht. Het verblijf in het ziekenhuis en het herstel duren dan ook langer.

Beschadiging van urinewegen, darmen of bloedvaten

Het gebeurt slechts heel zelden dat de urinewegen, darmen of bloedvaten beschadigd worden tijdens een operatie. De tekenen die op dergelijke complicatie wijzen, treden meestal slechts op als je al thuis bent. Als je ernstige buikpijn, koorts of pijn in de nierstreek (aan de zijkant van de rug) hebt, neem je best meteen contact op met de gynaecoloog. Deze beschadigingen zijn meestal goed te behandelen, maar ze vragen extra zorg en het herstel duurt langer.

Blaasontsteking

Soms ontstaat er een infectie door de sonde die tijdens de operatie in de blaas gebracht wordt. De dokter zal je een antibioticum geven om die ontsteking tegen te gaan. Na het verwijderen van de sonde zal de urine gecontroleerd worden.

Nabloeding

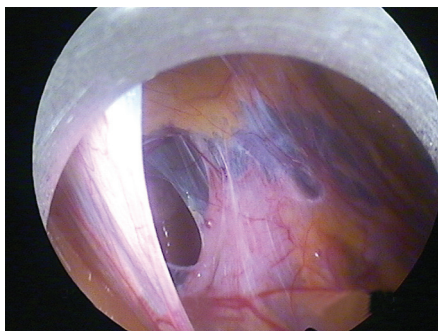
In de buikwand of in de vagina kan een nabloeding optreden. Meestal verwerkt het lichaam zelf een bloeditstorting, maar het herstel duurt dan langer. Bij een ernstige nabloeding kan een tweede operatie noodzakelijk zijn.

Infectie

De operatiewonde kan door bacteriën besmet raken. Om dit te voorkomen, zal je tijdens de ingreep soms een antibioticum krijgen.

Trombose

Bij een operatie is de kans op de vorming van bloedklonters in de aders groter. Daarom zal men een bloedverdunnend middel inspuiten.



▣ Adhesies van de darmen met de buikwand ▣

Als het herstel na de operatie langer duurt of anders verloopt dan verwacht, bespreek je dat best met de gynaecoloog. Als je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt, dan stel je die best aan je gynaecoloog.

Operatieve laparoscopie

Deze patiëntenbrochure kwam tot stand op initiatief van de "Commissie patiëntenvoorlichting", in opdracht van de wetenschappelijke Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en werd goedgekeurd door de Raad van Bestuur op 9 oktober 2004.

Commissievoorzitter: Johan Van Wiemeersch
Tekst: Anne Bellens en Geert Debruyne
Illustraties en foto's: Luc De Baene en Paul Defoort
Taalcorrectie: Hadewych De Prins

De geldigheid van deze brochure eindigt uiterlijk vijf jaar na uitvaardiging. Aanpassingen kun je lezen op de WOG-website: <http://www.vvog.be>. Deze brochure wordt gratis aangeboden door je gynaecoloog.



VLAAMSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Secretariaat: Azalealaan 10, bus 3, 9100 Sint-Niklaas
Tel. 03/776.03.64 Fax. 03/766.07.56
e-mail: vvog@online.be <http://www.vvog.be>