

Het verwijderen van de endeldarm – Rectumamputatie

Chirurgie



Beter voor elkaar

Inleiding

Deze folder geeft u informatie over operaties aan de endeldarm wegens 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 reservoïrfunctie voor de darminhoud, die als ontlasting het lichaam via de anus verlaat.

Waarom een endeldarm operatie?

Bij u is een 'rectumcarcinoom' vastgesteld, een kwaadaardig gezwel aan de endeldarm. Een operatie is eigenlijk de enige mogelijkheid om van de ziekte 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 radiotherapie (bestraling) 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 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 eventueel een gezwel in de endeldarm kan worden gevoeld.
- Endoscopie: met een flexibele kijkbuis wordt of een gedeelte van de darm (sigmoïdeoscopie) of de gehele dikke darm (colonoscopie) 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 (voor informatie zie de folder 'Darmstoma').

Vaak wordt voor de operatie de endeldarm leeggemaakt. Dat kan met een endeldarmspoeling (clysma), al dan niet met een laxeermiddelen.

Ook kan het zijn dat de darm volledig gespoeld wordt (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 zo veel mogelijk te voorkomen en soms wordt voor de operatie de beharing van de buik en de schaamstreek weggeschoren.

Nuchter

In verband met de operatie zijn er regels tot wanneer u eten en drinken mag. Dit staat beschreven in de folder die u krijgt op de POP (preoperatieve polikliniek).

Leest u dit alstublieft aandachtig door!

Scheren

Het operatiegebied moet u **NIET** zelf scheren. Dit gebeurt op de operatiekamer. Zo wordt voorkomen dat er misschien kleine wondjes ontstaan bij het scheren die infectie kunnen veroorzaken. Voor de operatie moet u zich goed wassen/douchen met water en zeep.

GEEN bodylotion / crème gebruiken! Voor de instructies over eten en drinken voor de operatie, zie folder 'Anesthesie' en de schriftelijke bevestiging voor de operatie.

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 onder in de buik) om de anastomose te laten genezen zonder dat er darminhoud langskomt (voor informatie zie de folder 'Darmstoma').

Zo'n tijdelijk stoma wordt in de regel na 2–3 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, m.a.w. 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.

Men spreekt dan van een 'rectumextirpatie'. Bij een 'rectumextirpatie' is het onvermijdelijk dat er een blijvend stoma (meestal links onder in de buik) wordt aangelegd (voor informatie zie de folder 'Darmstoma').

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 lymfeklieren 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 vettige 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 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 zenuwschade 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:

- 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 blaascatheter 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.

Na de behandeling

De uitslag van het microscopisch onderzoek van het verwijderde darmweefsel is na een dag of veertien bekend en wordt met u besproken. Als u de aanwezigheid van een familielid bij het vernemen van de uitslag op prijsstelt, 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.

Het ontslag

Als alles goed gaat kunt u in het algemeen binnen veertien dagen na de operatie het ziekenhuis verlaten. Bij ontslag krijgt u een afspraak mee voor de poliklinische controle. Wanneer wijkverpleging nodig is, wordt die vanuit het ziekenhuis in overleg met u geregeld. Huishoudelijke hulp moet u zelf bij de gemeente waar u woont aanvragen.

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.

Vragen

Heeft u nog vragen, stel ze gerust aan uw behandelend arts of huisarts. Bij dringende vragen of problemen vóór uw behandeling kunt u zich het beste wenden tot de afdeling waar de behandeling plaats moet vinden.

Wanneer zich thuis na de operatie problemen voordoen, neem dan contact op met de huisarts of het ziekenhuis.

Wilt u meer weten over uw aandoening van de dikke darm dan kunt u ook contact opnemen met de Maag Lever Darm Stichting, Richterslaan 62 3431 AK Nieuwegein, 030 605 58 81, of www.mlds.nl

Tot slot

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

Polikliniek chirurgie

T 010 297 52 20

De polikliniek is op werkdagen bereikbaar tussen 08.15 en 16.30 uur.



Ikazia Ziekenhuis
Montessoriweg 1
3083 AN Rotterdam
www.ikazia.nl

Rectumamputatie
800449-NL / 2012-12