

Galblaasoperatie

Algemene en Abdominale
heelkunde



Regionaal ziekenhuis
Heilig Hart Leuven

IN DEZE BROCHURE

1 Chirurgie van de galblaas: Laparoscopische cholecystectomie	4
1.1 De galsteenziekte	4
1.2 De behandeling van galstenen	5
2 Het verloop van de behandeling	6
2.1 Voorbereiding op de ingreep	6
2.2 De chirurgie van de galblaas	7
2.3 Na de ingreep	9
2.4 Na vertrek uit het ziekenhuis	10
2.5 Mogelijke verwickelingen	11
2.6 Wanneer moet je je chirurg contacteren?	12
3 Vragen	13
3.1 Kosten	13
3.2 Informed consent (geïnformeerde toestemming)	14
4 Contactgegevens	15

1 CHIRURGIE VAN DE GALBLAAS: LAPAROSCOPISCHE CHOLECYSTECTOMIE

Deze informatiebrochure biedt meer informatie over wat galsteenziekte en chirurgie van de galblaas inhoudt en welke risico's en verwikkelingen verbonden zijn aan deze techniek. Bespreek deze informatie met je arts om beter ingelicht te zijn over je persoonlijke situatie. Aarzel niet hem of haar al je vragen te stellen.

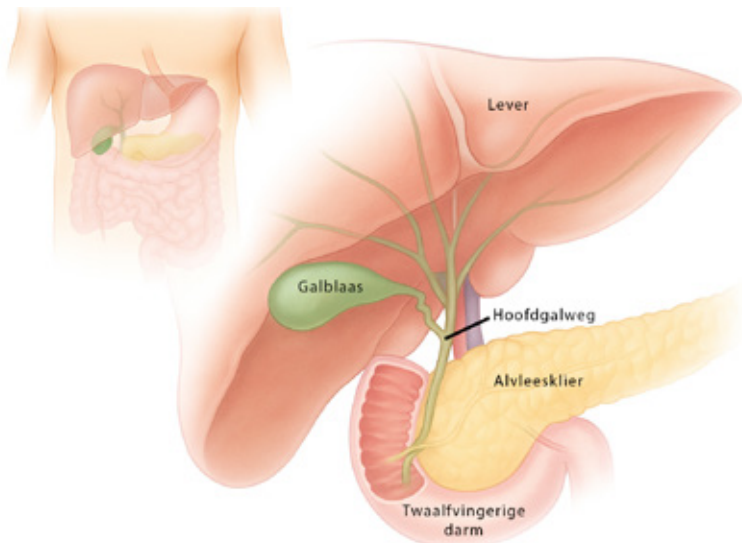
1.1 De galsteenziekte

De aanwezigheid van steentjes in je galblaas veroorzaakt pijn en/of aandoeningen, o.m. ernstige of chronische ontstekingen van de galblaas of het terechtkomen van een steentje vanuit de galblaas in de galweg. Dat kan op zijn beurt geelzucht, een infectie van de galwegen (cholangitis) of een ontsteking van het pancreas (alvleesklier) veroorzaken. Omdat het bestaan van galstenen dit soort aandoeningen kan veroorzaken, stelt de arts jou een chirurgische ingreep voor.

De toestand van de galblaas op het ogenblik van de chirurgische ingreep kan verschillen van patiënt tot patiënt, naargelang jouw klachten en eventuele verwikkelingen. Dit heeft een impact op de ingreep die dus al dan niet gemakkelijk kan verlopen. Meer in het bijzonder kan er een steentje in de galweg worden ontdekt voor of tijdens de chirurgische ingreep. Naast de ingreep aan de galblaas moet dit steentje dan eveneens worden verwijderd.

Deze verwijdering gebeurt ofwel door het steentje voor, tijdens of na de ingreep te verwijderen hetzij door de

gastro-enterologen d.m.v. een endoscopie (ERCP, ofwel endoscopische retrograde pancreaticoduodenoscopie), hetzij door een bijkomende behandeling tijdens de laparoscopische ingreep, bijvoorbeeld door een contrastonderzoek van de galwegen (cholangiografie).



1.2 De behandeling van galstenen

Tegenwoordig is de cholecystectomie (verwijdering van de galblaas) de behandeling bij uitstek voor galsteenziekte. Het is immers bewezen dat de methoden tot het oplossen van de steentjes of van de verbrijzeling van de steentjes door ultrageluid zeer weinig doeltreffend zijn. Deze methoden worden dan ook vrijwel niet meer toegepast.

Jouw galblaas zal samen met de galstenen worden verwijderd.

Indien de arts dit niet zou doen en enkel de galstenen zou verwijderen, dan loop je het gevaar om opnieuw galstenen te ontwikkelen, en dus opnieuw geopereerd te moeten worden.

2 HET VERLOOP VAN DE BEHANDELING

2.1 Voorbereiding op de ingreep

Nuchter

Je moet voor de operatie nuchter zijn om braken tijdens en na de operatie te voorkomen. Meer info over nuchter zijn voor een ingreep vind je op onze website: www.hhleuven.be/nuchter.

Medicatie

Deel je persoonlijke medicatie mee aan je arts. Hij of zij zal je zeggen welke medicatie gestopt moet worden voor de ingreep en welke medicatie je de ochtend van de operatie moet innemen met een klein slokje water. Vergeet niet te vermelden of je anticoagulantia (geneesmiddelen die de bloedstolling vertragen), aspirine of ontstekingsremmende medicatie tegen artrose neemt. Dergelijke medicatie verhoogt het risico op bloedingen tijdens en na de ingreep. Indien je overgevoelig (allergisch) bent voor bepaalde medicatie of stoffen (zoals jodium, aspirine, antibiotica, latex), dan moet je dat mededelen aan je arts.

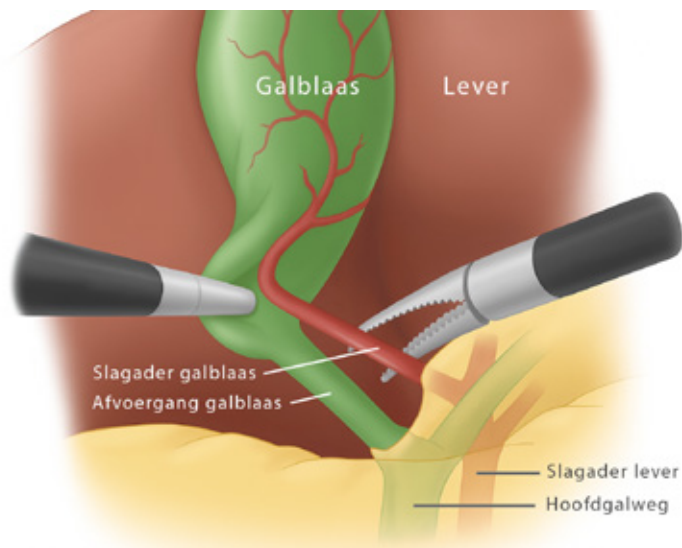
2.2 De chirurgie van de galblaas

Een ingreep op de galblaas vereist een algemene verdoving. Wanneer men je een chirurgische ingreep voorstelt, bestaan er twee mogelijkheden: hetzij een chirurgie ‘met open buik’ door middel van een **laparotomie** (of het openen van de buikwand ter hoogte van de galblaas), hetzij een chirurgie ‘met gesloten buik’ door middel van een **laparoscopie**.

Hoewel de meeste gevallen van galsteenziekte behandeld worden door middel van een laparoscopie, kunnen bepaalde ingewikkelde gevallen – vooral de ernstige acute of chronische ontstekingen van de galblaas – soms niet behandeld worden via deze methode.

In dat geval zal je chirurg veiligheidshalve opereren ‘met open buik’, hetzij van in het begin, hetzij tijdens de laparoscopische ingreep en gedurende dezelfde anesthesie (verdoving).

Het principe van een galblaasoperatie is identiek bij chirurgie door middel van een laparoscopie als bij chirurgie ‘met open buik’. Het bestaat erin dat de chirurg de galblaas verwijdert na de slagader en de afvoergang van de galblaas te hebben afgesloten met gebruik van afsluitclips of ligaturen (afbindingen). De galblaas wordt na verwijdering steeds opgestuurd voor weefselonderzoek.



Tijdens de chirurgische ingreep kan de chirurg indien nodig een radiografie maken van de galwegen (cholangiografie). Zelfs indien je allergisch bent aan jodium zal de inspuiting van de jodiumhoudende contraststof in de galwegen zeer zelden een probleem veroorzaken. Toch moet je je chirurg verwittigen van een eventuele overgevoeligheid.

In specifieke gevallen (doorgemaakte ernstige ontsteking, afwijkende anatomie, ...) kan je chirurg voorstellen om 15u voor de geplande operatie indocyanine groen (Verdeye®) toe te dienen via een ader om tijdens de operatie een beter zicht te krijgen op de hoofdgalgweg. In dat geval zal je mogelijk de avond voor de operatie reeds opgenomen worden in het ziekenhuis.

2.3 Na de ingreep

Direct na de ingreep verblijf je enkele uren op de ontwaakzaal. Je krijgt een infuus waarlangs onder andere pijnstillers kunnen worden toegediend. In zeldzame gevallen heb je een blaassonde of maagsonde.

Na een laparoscopie kan je pijn voelen aan de schouders. Die wordt veroorzaakt doordat de buik werd opgeblazen met koolzuurgas (CO₂) om werkruimte aan te leggen. Dit overblijvende gas zal snel en zonder gevaar voor je organisme worden geabsorbeerd. De pijn is tijdelijk en verdwijnt snel, enkele dagen na de operatie.

Misselijkheid en braken zijn niet uitzonderlijk. Indien je hiervan last had tijdens eerdere ingrepen, meld dit dan zeker vooraf aan je chirurg of anesthesist zodat deze laatste hiermee rekening kan houden tijdens de ingreep.

Soms is het noodzakelijk dat er op het einde van de ingreep een drain (een buisje in kunststof) wordt achtergelaten om afvloeien van wondvocht mogelijk te maken. Meestal wordt deze drain verwijderd voor je het ziekenhuis verlaat.

In zeldzame gevallen kunnen er tijdens de ingreep kleine galsteentjes uit de galblaas in de hoofdgalweg terecht komen. Dit kan ervoor zorgen dat je een galcrisis ontwikkelt na de ingreep. Meestal passeren deze steentjes spontaan tot in de darm. Af en toe moeten deze verwijderd worden door de gastro-enterologen door middel van een endoscopie (ERCP, ofwel endoscopische retrograde pancreaticoduodenoscopie).

Deze ingreep gebeurt vaak via dagopname of verblijf in het ziekenhuis gedurende één nacht. De duur van de hospitalisatie is echter variabel en hangt af van de beslissing van je chirurg. Dit wordt vooraf met je besproken.

2.4 Na vertrek uit het ziekenhuis

De postoperatieve opvolging, met onder andere wondcontrole, gebeurt vaak via de huisarts. In sommige gevallen word je uitgenodigd voor een postoperatieve raadpleging bij je chirurg. De afspraak hiervoor krijgt je mee bij je ontslag uit het ziekenhuis.

Het is aangewezen om in beweging te blijven na de ingreep, om het risico op tromboses in de benen te verkleinen. In sommige gevallen zal je arts ook preventief voor een korte periode bloedverdunners (LMWH, low molecular weight heparines, bijvoorbeeld Clexane®) voorschrijven die dagelijks onder de huid moeten worden ingespoten.

Na een laparoscopie wacht je best met sporten of tillen van gewichten boven 10 kg tot een 2tal weken na de operatie.

De pijn na de operatie is meestal licht en pijnstilling onder de vorm van paracetamol (bijvoorbeeld Dafalgan®) is vaak voldoende.

Na de operatie krijg je de raad om vetrijke voeding te mijden gedurende de eerste 2 à 3 weken. Dit aangezien inname van vetten na wegname van de galblaas soms gepaard kan gaan met een opgeblazen gevoel, winderigheid en diarree.

2.5 Mogelijke verwickelingen

Er bestaat geen ingreep zonder mogelijke verwickelingen. Na een ingreep op de galblaas kan er een flebitis (trombose in de benen), een postoperatieve bloeding, een diepe of oppervlakkige infectie (abces vorming) of een longontsteking optreden. Je algemene toestand is medebepalend voor het postoperatief verloop en voor de risico's verbonden aan de ingreep. Aarzel niet er met je arts over te spreken. Vermeld vorige ziekten en ondergane behandelingen. Het risico op complicaties is hoger bij rokers. Daarom benadrukken wij het belang van rookstop voor de operatie.

Enkele specifieke verwickelingen zijn mogelijk:

- Een verwonding aan een abdominaal orgaan (in de buik): het risico hierop is groter wanneer er vergroeiingen aanwezig zijn na bijvoorbeeld een eerdere operatie in de buik.
- Een verwonding aan de hoofdgalweg: het risico hierop is groter wanneer de chirurgische dissectie moeilijk is, bijvoorbeeld op moment van ontsteking van de galblaas of na een doorgemaakte ernstige ontsteking. Deze verwickeling komt niet alleen voor bij een laparoscopische ingreep en moet op een gepaste wijze worden behandeld. Soms is hiervoor een conversie naar een open ingreep nodig.

De factoren die de kans vergroten om van een operatie met gesloten buik over te gaan naar de techniek met open buik (= conversie), zijn bijvoorbeeld obesitas (zwaarlijvigheid) en vergroeiingen na een eerdere abdominale operatie.

Deze opsomming van mogelijke complicaties is onvolledig en vermeldt enkel de meest frequente verwickelingen.

2.6 Wanneer moet je je chirurg contacteren?

Je neemt het best contact op met je chirurg wanneer je bijvoorbeeld één van de volgende situaties vaststelt:

- aanhoudende koorts
- rillingen
- bloedingen
- toenemende zwelling van de buik of toenemende pijn
- aanhoudende misselijkheid of aanhoudend braken
- aanhoudende hoest of ademhalingsmoeilijkheden
- aanhoudende pijn bij het inslikken van voedsel
- doorsijpelen van vloeistof uit om het even welke wonde
- gele verkleuring van de huid of het wit van de ogen

3 VRAGEN

De informatie in dit document 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 chirurgische ingreep bespreken. Indien je nog andere vragen hebt, stel deze dan gerust aan je arts of chirurg tijdens de consultatie of op de afdeling waar je opgenomen bent.

3.1 Kosten

Inlichtingen over de kosten van de ingreep, van de onderzoeken, van de raadplegingen en van de ziekenhuisopname kunnen verkregen worden bij de financiële dienst van het ziekenhuis. Je kan je daar ook informeren over het deel van de kosten dat je zelf moet betalen en niet gedekt wordt door het ziekenfonds.

Alle artsen van de dienst algemene en abdominale heekunde voeren de operaties uit volgens de RIZIV tarieven. Supplementen worden enkel op een eenpersoonskamer aangerekend en bedragen 150%. Het RIZIV nomenclatuurnummer van je ingreep is 242454 (dagopname) – 242465 (hospitalisatie). De kost van toediening van indocyanine groen (Verdeye®) bedraagt 100€.

3.2 Informed consent (geïnformeerde toestemming)

Voor de aanvang van een medische behandeling is het noodzakelijk dat je als patiënt je toestemming geeft. Je dient dan op voorhand door je arts voldoende geïnformeerd te zijn over onder meer het verloop en eventuele risico's die verbonden zijn aan de behandeling.

Je arts zal je na het gesprek over de behandeling vragen om een document te ondertekenen waarin je erkent in te stemmen met de behandeling na voldoende te zijn ingelicht. Je geeft hiermee te kennen deze informatie begrepen te hebben. Dit document wordt het “informed consent” genoemd.

4 CONTACTGEGEVENS

Abdominaal chirurgen

Dr. Karel Mulier	016 20 98 85
Dr. Paul Haers	016 20 99 15
Dr. Sabri Sagaama	016 20 90 78
Dr. Vicky Drubbel	016 20 92 30
Dr. Klara Bury	016 20 92 63
Dr. Sander Ovaere	016 20 93 38

Secretariaat

016 20 99 07

secretariaat.heelkunde@hhleuven.be

Verpleegafdelingen

Daghospitaal 1 (route 138)	016 209 254
Heelkunde 1 (route 145)	016 209 311
Heelkunde 2 (route 119)	016 209 257

Spoeedgevallendienst

016 209 280

Afsprakendienst

016 209 209

Facturatiedienst

016 209 312

facturatie@hhleuven.be

Opnamedienst

016 209 359

Algemeen nummer

016 209 211

NOTITIES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bron: De inhoud van deze patiënten informatiebrochure is gebaseerd op het Formulier van de BGES (www.bges.net).

Deze publicatie is een uitgave van de dienst(en) Algemene en abdominale chirurgie, in samenwerking met de dienst Communicatie van het Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven.

- Versienummer: HHL-00026-NL
- Datum van laatste aanpassing: 23-09-2025
- Auteur: Vicky Drubbel
- Alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag worden gekopieerd en/of verspreid zonder schriftelijke toestemming van de eigenaar, aan te vragen via communicatie@hhleuven.be.

Aarzel niet er ons op te wijzen indien er belangrijke tekortkomingen zijn in deze informatiebrochure of indien er onduidelijke paragrafen zijn.

Heb je na het lezen van deze folder nog vragen,
stel ze dan gerust aan je behandelend arts of een
verpleegkundige.



Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven
Naamsestraat 105 - 3000 Leuven
www.hhleuven.be