

Sigmoïdectomie bij diverticulitis

Algemene en Abdominale
heelkunde



Regionaal ziekenhuis
Heilig Hart Leuven

IN DEZE BROCHURE

1 Heelkundige behandeling van diverticulitis	4
1.1 Wat is diverticulitis?	4
1.2 Wanneer is een operatie nodig?	6
2 Het verloop van de behandeling	8
2.1 Voorbereiding op de ingreep	8
2.2 De ingreep (sigmoïdectomie)	10
2.3 Na de ingreep	12
2.4 Mogelijke verwickelingen	14
3 Vragen	16
3.1 Kosten	16
3.2 Informed consent (geïnformeerde toestemming)	17
4 Contactgegevens	18

1 HEELKUNDIGE BEHANDELING VAN DIVERTICULITIS

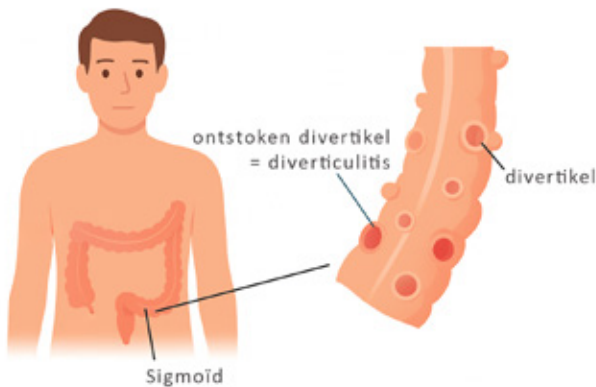
Dit document bevat algemene informatie over de ingreep die bij jou voorzien is. Bespreek deze informatie met je arts om beter ingelicht te zijn over je persoonlijke situatie. Aarzel niet hem of haar alle nodige vragen te stellen.

1.1 Wat is diverticulitis?

De voeding passeert de slokdarm, de maag en de dunne darm om uiteindelijk aan te komen in de dikke darm. In de dikke darm vinden de laatste fasen van de spijsvertering plaats, evenals het indikken van de stoelgang (fecaliën) door resorptie van water. Deze functie blijft nog mogelijk na wegname van een groot deel van de dikke darm.

Een divertikel is een zakvormige uitstulping in de darmwand. Divertikels kunnen zich op iedere plek in het maagdarmkanaal voordoen, maar ontstaan meestal in het laatste deel van de dikke darm (het sigmoïd) omdat de druk in de darm hier het hoogst is.

De aanwezigheid van divertikels in de darm wordt diverticulose genoemd. Het risico is verhoogd bij mensen met overgewicht die een dieet rijk aan vetten en rood vlees en arm aan vezels volgen. Roken en regelmatig gebruik van ontstekingsremmers (NSAIDs) verhoogt het risico op complicaties door divertikels.



Enkele gevolgen zijn mogelijk bij diverticulose:

- Raakt een divertikel ontstoken dan is er sprake van diverticulitis. Het meest voorkomende symptoom van diverticulitis is buikpijn. Daarnaast kunnen koorts, rillingen, misselijkheid, diarree of braken en obstipatie optreden. In 75% van de gevallen gaat het om een ongecompliceerde diverticulitis die kan worden behandeld met medicatie.
- Een ernstige diverticulitis kan gecompliceerd worden door een abces (= ophoping van etter), een fistel (= een abnormale verbinding) naar de blaas of een ander orgaan, een stenose (= obstructie of blokkering van de dikke darm) of een perforatie waarbij lekkage van darmvocht uit de darm een peritonitis (= buikvliesontsteking) veroorzaakt. Een gecompliceerde diverticulitis komt voor in 25% van de gevallen.
- Een diverticulaire bloeding: als er een bloedvaatje bij een divertikel verzwakt en knapt, ontstaat er een bloeding waarbij bloed in de stoelgang te zien is.

Ongecompliceerd verloop



Stadium 1



Stadium 1a

Gecompliceerd verloop



Stadium 1b



Stadium 2



Stadium 3



Stadium 4

Verschillende stadia van diverticulitis volgens Hinchey Classificatie

1.2 Wanneer is een operatie nodig?

Diverticulose vergt geen medicamenteuze behandeling. Er wordt wel aangeraden vezelrijke voeding te gebruiken, voldoende te drinken en frequent te bewegen. Rood vlees, alcohol en snelle suikers worden bij voorkeur zoveel mogelijk vermeden.

Wanneer er sprake is van een ongecompliceerde diverticulitis, kan dit meestal behandeld worden met dieetaanpassingen en medicatie.

Indien de diverticulitis echter gecompliceerd verloopt, is er vaak een operatie nodig. Dit kan dringend

zijn, bijvoorbeeld bij een buikvliesontsteking of bloedvergiftiging. In dit geval is het vaak nodig een tijdelijk stoma (ileostoma of colostoma) aan te leggen. Omdat het hierbij niet gaat om een geplande operatie, wordt deze situatie niet verder besproken.

Soms bestaat er een indicatie voor een electieve (= geplande) operatie, waarbij het aangetaste darmsegment (sigmoïd) wordt weggenomen. Deze ingreep wordt ook wel een sigmoïdectomie genoemd. Dit is bijvoorbeeld het geval bij herhaalde bloedingen, bij aanwezigheid van een fistel of een stenose of wanneer er een abces werd vastgesteld ten tijde van de diverticulitis opstoot.

Het voorkomen van frequente opstoten van ongecompliceerde diverticulitis is geen strikte indicatie voor een geplande sigmoïdectomie. Het voordeel van een operatie moet hier goed afgewogen worden ten opzichte van de mogelijke nadelen zoals bijvoorbeeld loslating van de darmsutuur. Je arts zal dit op voorhand uitgebreid met je bespreken.

Vooraleer over te gaan tot een electieve sigmoïdectomie, zal je arts er zich van vergewissen dat er geen argumenten zijn voor onderliggende darmkanker. Daarom wordt er steeds een volledige coloscopie gepland indien dit niet recent gebeurd is.

Aangezien het risico op complicaties verhoogd is bij rokers en bij overgewicht (BMI > 25), zal je arts je vragen te stoppen met roken en zo nodig te vermageren.

2 HET VERLOOP VAN DE BEHANDELING

Het is belangrijk te weten dat verschillende specialisten betrokken zijn bij je behandeling. Op die manier kunnen we je een optimale behandeling aanbieden, dankzij de samenwerking van verschillende artsen, onder meer de chirurg, de anesthesist, de gastro-enteroloog, het verplegend personeel en de kinesisten, die indien nodig zullen tussenkomen naargelang de evolutie. Je zal dus tijdens je behandeling met verschillende artsen en paramedici in contact komen.

2.1 Voorbereiding op de ingreep

Medicatie

Deel al je persoonlijke medicatie mee aan je arts. Hij of zij zal je vertellen 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 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 melden aan je arts.

Anesthesie

Voor de operatie word je meestal verwezen naar de preoperatieve anesthesieraadpleging. Hier kunnen een aantal onderzoeken worden verricht en kan de anesthesist op je vragen over de algemene verdoving antwoorden. Zorg ervoor dat je de preoperatieve vragenlijst volledig hebt ingevuld.

Darmvoorbereiding

Meestal moet voor de ingreep de darm worden gereinigd met lavementen (spoelingen) of door inname van laxativa. Deze darmreiniging zal herhaald worden zolang het nodig is.

Stoma

Indien nodig zal je arts of één van zijn medewerkers van de afdeling 'stomatherapie' (kunstmatige anus) voor de ingreep de beste plaats op de buikwand bepalen voor het aanleggen van een kunstmatige anus (colostomie of ileostomie). Bij een geplande operatie is een stoma meestal niet noodzakelijk en de arts zal je hier vooraf over informeren.

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en prehabilitatie

Het ERAS-programma is een kwaliteitsprogramma rond een operatie waarin alle factoren die een positieve invloed hebben, zijn samengebracht. Deze bevorderen het herstel na de operatie en verkleinen het risico op complicaties, waardoor het herstel na een operatie versneld kan verlopen.

Zo is het onder meer van belang om zo fit mogelijk aan een operatie te starten. Hierbij is preoperatieve prehabilitatie van belang, waarbij er onder de loep genomen wordt in welke mate je fitheid nog kan verbeterd worden in de weken voor de operatie. Het is daarom aangewezen om je fysieke activiteit een drietal weken voor de geplande operatie te verhogen en om dagelijks ademhalingsoefeningen te doen.

Ook geef je best de voorkeur aan een dieet rijk aan vitamines, mineralen en eiwitten en arm aan vetten en suikers. We raden daarom aan dat je vanaf een week voor de operatie start met de extra inname

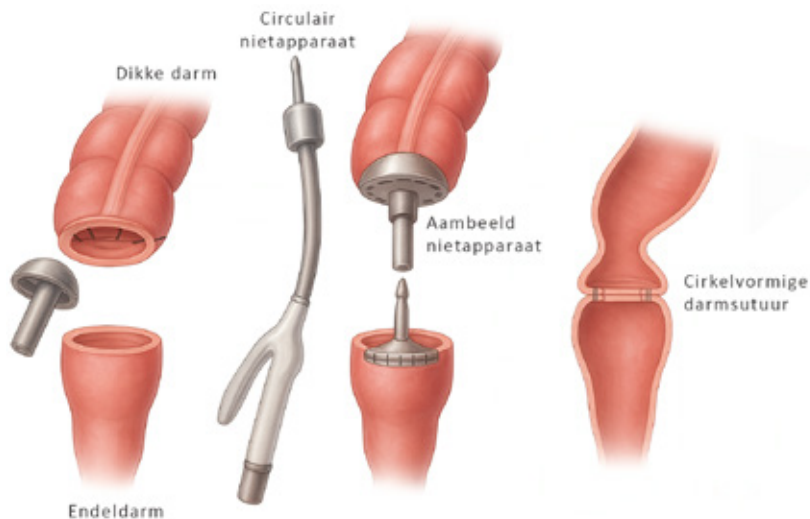
van 1 eiwitrijke bijvoeding per dag (bv. Fresubin® of Fortimel®). Indien een darmvoorbereiding voor de operatie nodig is, verminder je de inname van vezels vanaf vijf dagen voor je opname.

Het is bewezen dat roken en een alcoholinname van meer dan tien eenheden per week een verhoogd risico op complicaties inhoudt. Let daarom op je alcoholinname en stop zo snel mogelijk met roken.

2.2 De ingreep (sigmoïdectomie)

Een sigmoïdectomie vereist een hospitalisatie en een algemene verdoving. Deze ingreep kan worden uitgevoerd via een mediane insnede of via laparoscopie (sleutelgatoperatie). In het laatste geval kan het weggesneden stuk dikke darm via een veel kleinere insnede verwijderd worden. Je arts zal de techniek uitvoeren die voor jouw specifiek geval het beste past. Het is echter steeds mogelijk dat er tijdens een laparoscopische operatie toch beslist wordt over te gaan tot een klassieke ingreep via een mediane insnede.

Tijdens de ingreep zal het aangetaste stuk van de dikke darm (sigmoïd) weggenomen worden. Hierbij is het niet nodig alle divertikels te verwijderen. Wel wordt het deel dat ontstoken geweest is weggenomen. De twee darmstukken worden dan weer aan elkaar gezet door middel van manuele hechtingen of een automatische suture met een ‘staple’ toestel (nietjesapparaat). Een darmsuture wordt ook wel ‘anastomose’ genoemd.



Het aanleggen van een darmsutuur met een 'staple' toestel

Om de bloedtoevoer naar de darm beter te kunnen bekijken kan het zijn dat er indocyanine groen (Verdeye®) toegediend wordt tijdens de operatie. Tijdens en na de ingreep zal je antibiotica krijgen (via een infuus of via de mond) om infectie van de operatiewonden te voorkomen.

Het sigmoïd wordt na verwijdering steeds opgestuurd voor weefselonderzoek.

In zeldzame gevallen zal de ingreep beëindigd worden met het plaatsen van een kunstmatige anus (colostomie of ileostomie). Een tijdelijk stoma kan meestal na 2 à 3 maanden gesloten worden. Het sluiten van een stoma is een tweede, maar lichtere ingreep.

2.3 Na de ingreep

Sondes en katheters

Na de ingreep verblijf je enkele uren op de ontwaakzaal. In sommige gevallen is het mogelijk dat je één of meerdere dagen op de afdeling 'Intensieve zorgen' verblijft. Je zal een infuus hebben waarlangs medicatie wordt toegediend en een blaassonde om de urine te verzamelen. Soms heb je een maagsonde via de neus om het overvloedige maagsap te draineren of een drain (een buisje in kunststof) die uit de buik komt om afvloeien van wondvocht mogelijk te maken. Indien de ingreep via een mediane insnede gebeurt, wordt er net voor de operatie vaak door de anesthesist een katheter in de rug geplaatst voor pijnbestrijding na de operatie. Na verloop van tijd zullen deze sondes en katheters verwijderd worden.

Mobilisatie

Voor een vlot herstel is het belangrijk dat je voldoende beweegt om verlies van spiermassa te vermijden, de darmwerking te stimuleren en het risico op tromboses te verkleinen. Je zal daarom zo snel mogelijk uit bed worden gehaald en gestimuleerd worden om te stappen met de hulp van de verpleegkundigen of een kinesist(e). Ook zal je aangemoedigd worden om opnieuw ademhalingsoefeningen te doen om het ophoesten van eventuele slijmen te bevorderen.

Voeding

Ook de voeding wordt zo snel mogelijk herstart om gewichtsverlies te beperken en je herstel te bevorderen. Na de operatie mag je water of thee drinken van zodra je dorst hebt. Indien je niet misselijk bent zal de voeding geleidelijk worden opgestart de ochtend na de operatie.

Ontslag uit het ziekenhuis

Als alles naar wens verloopt, dan mag je naar huis vanaf de 4e dag van zodra je licht verteerbare voeding verdraagt en je darmen terug in werking getreden zijn. Indien er verwikkelingen optreden, zal je langer in het ziekenhuis moeten blijven. De beslissing of je naar huis mag, wordt steeds in overleg met je arts genomen.

Bij het ontslag uit het ziekenhuis krijg je een afspraak mee voor een eerste controleonderzoek op de raadpleging en de nodige medicatievoorschriften.

Herstel na de ingreep

Het is moeilijk te voorspellen wanneer je volledig hersteld zal zijn van de ingreep. Dit hangt af van de omvang van de ingreep en van je algemene toestand.

Na een sigmoïdectomie kan de darmtransit tijdelijk verstoord zijn, met diarree, frequente stoelgang of moeilijke stoelgang tot gevolg. Deze transitstoornissen zijn meestal van voorbijgaande aard.

2.4 Mogelijke verwikkelingen

Er bestaat geen ingreep zonder mogelijke verwikkelingen. Na een ingreep op de dikke darm kan er een flebitis (trombose in de benen), een postoperatieve bloeding, een diepe of oppervlakkige infectie (abcesvorming) of een longontsteking optreden.

Je algemene toestand is mede bepalend voor het postoperatief verloop en voor de risico's verbonden aan de ingreep. Het risico op complicaties is tevens verhoogd bij mensen met overgewicht (BMI > 25) en bij rokers. Aarzel niet er met je arts over te spreken. Vermeld vorige ziekten en ondergane behandelingen.

Enkele specifieke verwikkelingen zijn mogelijk.

Wondinfectie

Na een ingreep op de dikke darm treden vaker wondinfecties op, wat leidt tot vertraagde wondheling.

Loslating van de darmsutuur (anastomose)

Een ernstige complicatie is een loslating van de darmsutuur. Dit kan voorkomen wanneer het darmweefsel niet goed aan elkaar groeit en er lekkage van darmvocht optreedt via een perforatie. Dit evolueert naar een peritonitis (buikvliesontsteking) en vereist een dringende heringreep waarbij de darmsutuur afgebroken of hersteld wordt en er vaak ook een kunstmatige anus (colostomie of ileostomie) wordt aangelegd. Dit stoma is meestal tijdelijk. Het risico op anastomose lekkage is hoger bij rokers. Daarom benadrukken wij het belang van een rookstop voor de operatie.

Letsel aan aangrenzende organen

Het is ook mogelijk dat tijdens het vrijleggen van de dikke darm, vergroeiingen met aangrenzende organen het werk van de chirurg bemoeilijken en dat er inscheuringen van deze aangrenzende organen optreden, bijvoorbeeld een miltscheur die een bloeding kan veroorzaken. Elke inscheuring zal hersteld worden. Voor een miltscheur is soms de wegname van de milt (splenectomie) noodzakelijk. Na wegname van de milt zijn bepaalde voorzorgsmaatregelen nodig. Je arts zal hier met jou over spreken wanneer dit zich voordoet.

Deze opsomming van mogelijke complicaties is onvolledig en vermeldt enkel de meest frequente en meest ernstige verwikkelingen. Een ingreep op het sigmoïd (sigmoïdectomie) is een majeure ingreep, met een vitaal risico tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Het operatieve risico wordt bepaald door meerdere factoren:

- de uitgebreidheid van de ontsteking,
- eventuele verwikkelingen,
- je algemene toestand,
- enz...

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 243062. 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

Spoedgevallendienst
016 209 280

Afsprakendienst
016 209 209

Facturatiedienst
016 209 312
facturatie@hhleuven.be

Opnamedienst
016 209 359

Algemeen nummer
016 209 211

Bron: De inhoud van deze patiënten informatiebrochure is gedeeltelijk gebaseerd op het Formulier van de BSCRS (www.belsurg.org).

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-00035-NL
- Datum van laatste aanpassing: 14-10-2025
- 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