

# Colectomie voor Darmkanker

Patiënteninformatie



Algemene en Abdominale heelkunde



## Inhoudstafel

1. Heelkundige behandeling van tumoren van de dikke darm .....	3
1.1. Functie en ligging van de dikke darm .....	3
1.2. Waarom het colon opereren? .....	4
2. Het verloop van de behandeling.....	5
2.1. Voorbereiding op de ingreep .....	6
2.2. De ingreep (colectomie).....	7
2.3. Mogelijke verwickelingen .....	10
2.4. Na de ingreep.....	12
3. Vragen .....	14
3.1. Kosten .....	14
3.2. Informed consent (geïnformeerde toestemming).....	14
4. Contactgegevens .....	15
5. Persoonlijke notities .....	16

*Deze publicatie is een uitgave van de dienst abdominale heelkunde, in samenwerking met de dienst communicatie van het Regionaal ziekenhuis Heilig Hart Leuven.*

*Versienummer: 1.3*

*Datum van afwerking: februari 2017*

*Auteur: dr. 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](mailto:communicatie@hhleuven.be)*

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

*Bron: De inhoud van deze patiënten informatiebrochure is gebaseerd op het Formulier van de BSCRS ([www.belsurg.org](http://www.belsurg.org)).*

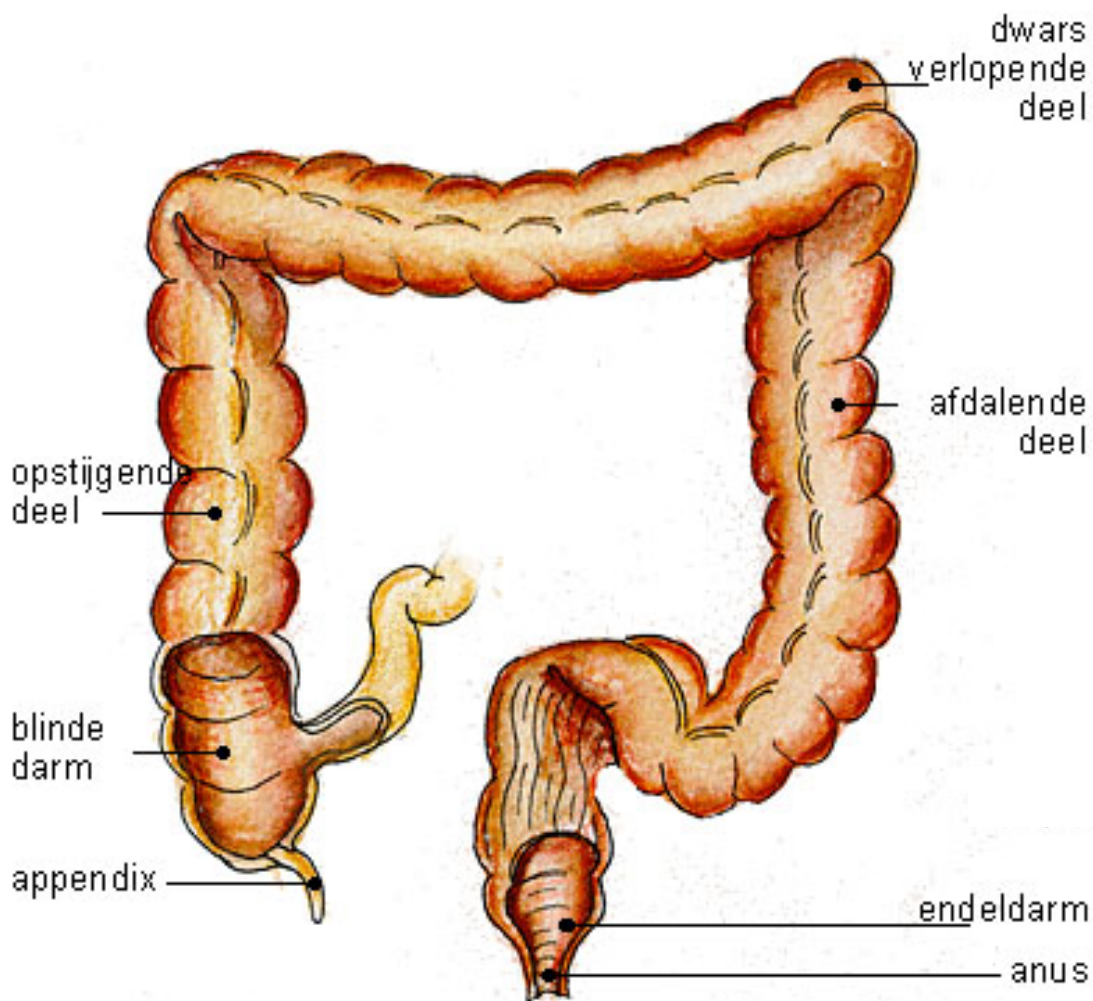
# 1. Heelkundige behandeling van tumoren van de dikke darm (colon)

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. Functie en ligging van de dikke darm

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 wegnahme van een groot deel van de dikke darm.

De totale lengte van de dikke darm is ongeveer 1,5 m, en hij is onderverdeeld in verschillende segmenten (zie afbeelding). In het rechter gedeelte van de buikholte bevindt zich het opstijgende segment van de dikke darm (colon ascendens), waarin de dunne darm uitmondt. In dit gedeelte bevindt zich ook een wormvormig aanhangsel, de appendix. Ter hoogte van de lever neemt de dikke darm een bocht naar links en vervolgens loopt hij dwars onder de maag door (colon transversum). Ter hoogte van de milt daalt de dikke darm af als 'colon descendens' waarna een S-vormig segment volgt, het sigmoïd. In het kleine bekken volgt, na het sigmoïd, het rectum of de endeldarm, die afgesloten wordt door een sluitspier, de anus.



## 1.2. Waarom het colon opereren?

Er werd bij jou een gezwel van de dikke darm vastgesteld, dat kwaadaardig is of in de toekomst risico inhoudt om kwaadaardig te worden. Alleen door een heelkundige ingreep kan je genezen. Soms moet er na de ingreep ook chemotherapie gegeven worden.

## 2. Het verloop van de behandeling

Het is belangrijk te weten dat verschillende specialisten betrokken zijn bij je behandeling (multidisciplinaire behandeling). Op die manier kunnen we je een optimale behandeling aanbieden, dankzij de samenwerking van verschillende experts, onder meer de chirurg, de anesthesist, de gastro-enteroloog/oncoloog, de radiotherapeut, 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.

De keuze van de behandeling en kans op genezing worden bepaald door de uitgebreidheid en het evolutieve stadium van het kankergezwel. Is alleen het slijmvlies aangetast of is gans de darmwand ingenomen? Is er uitbreiding naar de aangrenzende weefsels of zijn er uitzaaiingen op afstand (kliermetastasen, lever- of longmetastasen)? Over welk type van kankergezwel gaat het? Wat zijn de afmetingen? Hoe is je gezondheidstoestand? Om dat alles te bepalen, zullen er bijkomende onderzoeken uitgevoerd worden, zoals een longfoto, een scan van het abdomen (buikholte) en van het kleine bekken, een colonoscopie, bloedanalyses,...

Na multidisciplinair overleg zal je arts je inlichten over de resultaten en het verdere verloop van je behandeling. Indien gewenst, kan je iemand van je familie of een vertrouwenspersoon meebrengen tijdens dit informatieve gesprek. De uitslag van de onderzoeken informeren ons over de aard en de uitgebreidheid van het kwaadaardig gezwel.

## 2.1. Voorbereiding op de ingreep

### **Medicatie**

In eerste instantie deel je 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 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.

### **Anesthesie**

De avond voor de ingreep zal je bezoek krijgen van de anesthesist. Hij of zij zal je voor de operatie doen inslapen en op je vragen over de anesthesie (algemene verdoving) antwoorden. Het is ook mogelijk dat dit onderzoek vooraf wordt gepland via de preoperatieve anesthesieraadpleging.

### **Darmvoorbereiding**

In sommige gevallen moet voor de ingreep de darm worden gereinigd met lavementen (spoelingen) of door inname van laxativa. Deze darmreiniging zal herhaald worden zolang het nodig mocht blijken.

### **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). Een stoma is vaak niet noodzakelijk en de arts zal je hier vooraf over informeren.

## 2.2. De ingreep (colectomie)

Een ingreep op de dikke darm vereist een hospitalisatie en een algemene verdoving. Deze ingreep kan worden uitgevoerd via een mediane insnede of via laparoscopie (sleutelgatoperatie). In dat 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. Er zijn verschillende soorten ingrepen op de dikke darm. Je arts zal met jou het soort ingreep bespreken dat hij of zij plant uit te voeren.

Tijdens en na de ingreep zal je antibiotica krijgen (via een infuus of via de mond) om infectie van de operatiewonden te voorkomen.

Tijdens de ingreep zal het stuk van de dikke darm dat het kwaadaardige gezwel bevat, weggenomen worden met een zo breed mogelijke veiligheidsmarge. 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.

Naast het wegnemen van een stuk van de dikke darm, zal de chirurg ook het aangrenzende vetweefsel, waarin lymfeklieren en bloedvaten zitten, wegnemen. Op die manier willen we de kans op het terugkeren van het gezwel tot een minimum herleiden. Deze vetweefsel-resectie en klieruitruiming zijn mede bepalend voor de lengte van het weg te snijden dikke darmsegment.

Soms is het nodig tijdens de ingreep een stuk of de totaliteit van een ander orgaan dat aangetast is door het kwaadaardige gezwel (lever, dunne darm, nieren en urinewegen, eierstokken of baarmoeder, milt) mee weg te nemen. Dit is niet altijd voorspelbaar vóór de ingreep.

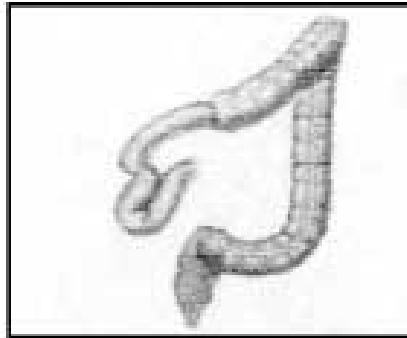
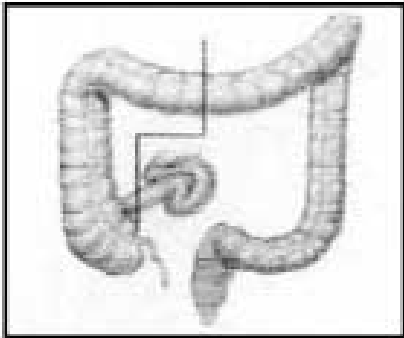
In zeldzame gevallen zal de ingreep op de dikke darm beëindigd worden met het plaatsen van een kunstmatige anus (colostomie of ileostomie). Een tijdelijk stoma kan meestal na 2 à 3 maanden gesloten worden. Het sluiten van een stoma is een tweede, maar lichtere ingreep.

In geval van een vergevorderd kwaadaardig gezwel, wordt de ingreep 'palliatief'. Dit betekent dat de ingreep geen genezing met zich meebrengt, maar enkel de ongemakken of verwikkelingen van het gezwel wil verlichten.

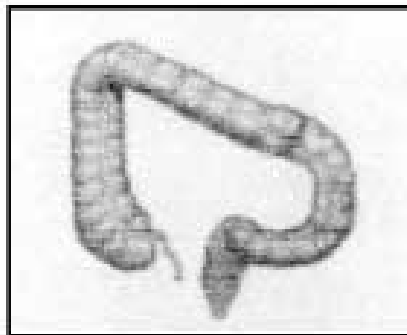
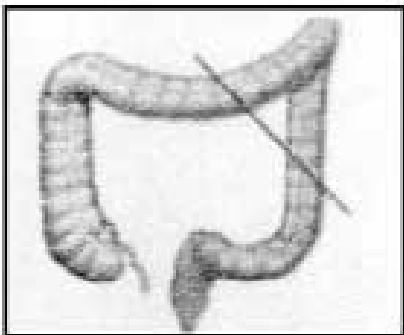


## Schematische voorstelling van de verschillende colonresecties

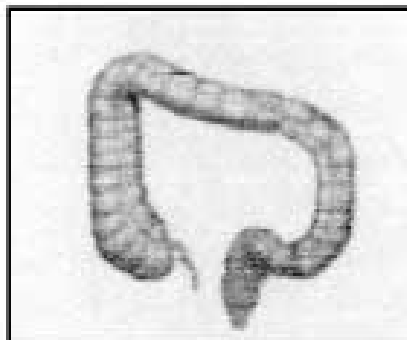
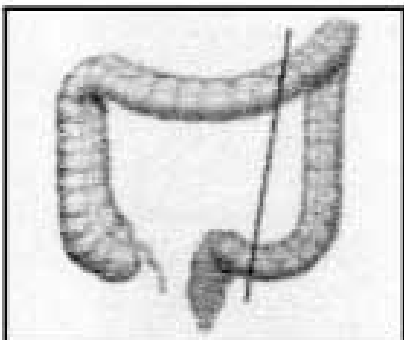
### Rechter hemicolectomie



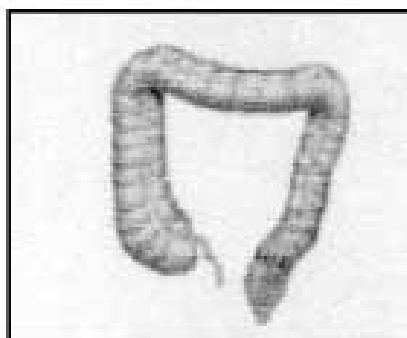
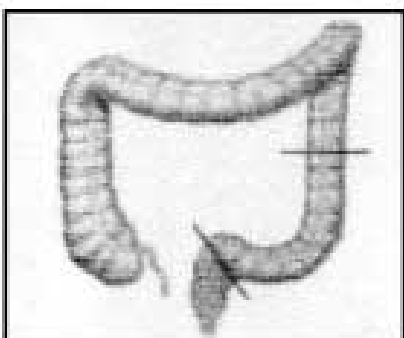
### Segmentaire colon resectie



### Linker hemicolectomie



### Voorste resectie (anterior resectie of sigmoïd resectie)



### 2.3. Mogelijke verwickelingen

Er bestaat geen ingreep zonder mogelijke verwickelingen. Na een ingreep op de dikke darm kan er een flebitis (trombose in de benen), een postoperatieve bloeding, een diepe of oppervlakkige infectie (abscesvorming) 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). Aarzel niet er met je arts over te spreken. Vermeld vorige ziekten en ondergane behandelingen.

Enkele specifieke verwickelingen 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 verwickeling 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 verwikkelingen.** Een ingreep op de dikke darm (colectomie) is een ernstige ingreep, met een vitaal risico tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Het operatieve risico wordt bepaald door meerdere elementen:

- de plaats en de afmeting van het kwaadaardige gezwel,
- ingroei of uitzaaiing in andere organen,
- eventuele verwikkelingen,
- je algemene toestand,
- enz...

## 2.4. Na de ingreep

### **Sondes en katheters**

Direct 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. Daar word je geobserveerd via een reeks verbindingen naar toestellen, bijvoorbeeld één tot twee infusen, een maagsonde via de neus om het overtollige maagsap te draineren, een blaassonde om de urine te verzamelen en soms 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 ook een katheter in de rug geplaatst voor pijnbestrijding na de operatie. Na verloop van tijd zullen al deze sondes en katheters verwijderd kunnen worden.

### **Voeding**

Na de ingreep zal je stap voor stap opnieuw vocht mogen innemen (drinken) en daarna ook lichte voeding. Hiervoor bestaat echter geen vast tijdschema. Het hernemen van de voeding hangt af van het opnieuw in werking treden van de spijsvertering.

### **Ontslag uit het ziekenhuis**

Als alles naar wens verloopt, dan kan je na ongeveer één week het ziekenhuis verlaten. Bij het ontslag uit het ziekenhuis, krijg je een afspraak voor een eerste controleonderzoek op de raadpleging, bij zowel je behandelend chirurg als bij je behandelend gastro-enteroloog.

### **Herstel na de ingreep**

Het is moeilijk te voorspellen wanneer je volledig hersteld zult zijn van de ingreep. Dit hangt af van de omvang van de ingreep, van de aard van het gezwel en van je algemene toestand.

Na bepaalde ingrepen op de dikke darm kan de darmtransit

tijdelijk verstoord zijn, met diarree, frequente stoelgang of moeilijke stoelgang tot gevolg. Deze transitstoornissen zijn meestal van voorbijgaande aard en na enkele maanden verloopt alles weer normaal. In zeldzame gevallen zijn de stoelgangproblemen hardnekkig en vereisen ze een medicamenteuze behandeling.

### **Weefselonderzoek**

De uitslag van het microscopisch onderzoek van het kwaadaardige gezwel is gekend na ongeveer 10 werkdagen. Het resultaat van het histologische weefselonderzoek zal je meegedeeld worden van zodra dit bekend is. Indien je dit wenst, kan hierbij een vertrouwenspersoon aanwezig zijn.

Het resultaat van het weefselonderzoek geeft informatie over de aard en de uitbreiding van het kwaadaardige gezwel. Het brengt geen definitief uitsluitsel over het verdere verloop en over de evolutie op lange termijn. In functie van het histologische onderzoeksresultaat kan een aanvullende chemotherapie aangewezen zijn. Ondanks de volledige en radicale wegname van al het kwaadaardige weefsel, kunnen bepaalde patiënten een recidief (nieuw kwaadaardig gezwel) ontwikkelen.

De frequentie van controleonderzoeken wordt bepaald door de aard van het kwaadaardige gezwel en door zijn evolutie in de tijd.

## 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 zijn geconventioneerd en werken volgens de RIZIV tarieven. Supplementen worden enkel op een eenpersoonskamer aangerekend en bedragen 150%. Het RIZIV nomenclatuurnummer van je ingreep is 243062 (colonoperatie) – 244042 (rectumoperatie).

### 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: 016/209.885

Dr. Paul Haers: 016/209.915

Dr. Vicky Drubbel: 016/209.230

### **Secretariaat Algemene Heelkunde**

Patricia Vanlangendonck: 016/209.571

patricia.vanlangendonck@hhleuven.be

### **Verpleegafdeling Algemene Heelkunde (3A)**

016/209.257

### **Spoedgevallendienst**

016/209.280

### **Afspraken dienst**

016/209.209

### **Facturatiedienst**

016/209.312

facturatie@hhleuven.be

### **Opnamedienst**

016/209.243

016/209.253

### **Algemeen nummer**

016/209.211











