

Brochure reflux en maaghernia

Algemene en abdominale
heelkunde



Regionaal ziekenhuis
Heilig Hart Leuven

IN DEZE BROCHURE

1 Inleiding	4
2 Reflux	5
3 Een maaghernia of maagbreuk	6
4 Mogelijke behandelingen	8
5 Bronvermelding	18

1 INLEIDING

In deze brochure vind je meer informatie over reflux en maaghernia en welke behandelingen mogelijk zijn. Heb je na het lezen van deze brochure nog vragen? Aarzel dan niet om je behandelend arts te contacteren.

2 REFLUX

Het antirefluxmechanisme laat enerzijds voeding door van de slokdarm naar de maag en houdt anderzijds de terugvloeï van maagzuur naar de slokdarm tegen. Het mechanisme is een samenspel van de spieren tussen de slokdarm en de maag, het slijmvlies van de slokdarm en de ademhalingspïer. Wanneer dat systeem niet goed werkt, kan de inhoud van de maag terugstromen richting de slokdarm (reflux).

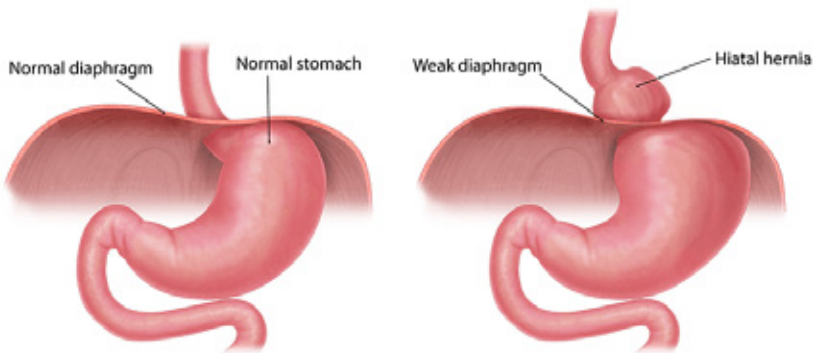
2.1 Oorzaken van maagzuur/reflux

De meest voorkomende oorzaak van maagzuur/reflux is een maagbreuk. Toch zijn er ook andere aandoeningen die gelijkaardige klachten kunnen veroorzaken zoals slokdarmspasmen, vertraagde maaglediging, bewegingsstoornis van de slokdarm (achalasie), hypersensitieve slokdarm of maaginfectie. Je behandelend arts zal onderzoeken uitvoeren om de oorzaak van je klachten vast te leggen.

3 EEN MAAGHERNIA OF MAAGBREUK

Als het om een maaghernia of een maagbreuk gaat, bevindt een deel van de maag of de volledige maag zich niet in de buik maar in de borstkas. Dat gebeurt wanneer de opening in het middenrif voor de slokdarm te groot is. Dan kan de maag naar boven glijden richting de borstkas.

De onderliggende oorzaken van een maagbreuk zijn nog onvoldoende bekend. In tegenstelling tot een aangeboren maagbreuk bij kleine kinderen, is een maagbreuk bij volwassenen een verworven aandoening. De breuk heeft zich dus over een langere periode ontwikkeld. In westerse landen heeft 15-20% van de volwassenen een maaghernia.



Afbeelding: Middenrifbreuk (hiatale Hernia)

3.1 Symptomen

In veel gevallen geeft een kleine maagbreuk geen klachten en is een behandeling niet nodig. Wanneer er zich toch symptomen voordoen, krijg je klachten over:

- een brandend gevoel ter hoogte van het borstbeen (zuurbranden);
- oprispingen of teruggeven van voedsel;
- boeren;
- sliklast (dysfagie);
- slikpijn (odynofagie);
- keelpijn (globus);
- heesheid;
- slecht ruikende adem;
- maagbloeding;
- verstrengelde maag;
- zure en niet-zure reflux.

Het is mogelijk dat je geen klachten hebt van brandend maagzuur, maar dat je slokdarm toch ontstoken is. Een gastroscopie kan daar uitsluitsel over bieden.

Wanneer het slijmvlies van de slokdarm zodanig is aangetast dat de ceileigenschappen veranderen, is er sprake van een Barrett-slokdarm (metaplasie). Dat is niet kwaadaardig maar verhoogt wel het risico op kanker. Je arts bespreekt de mogelijke behandeling met jou.

4

MOGELIJKE BEHANDELINGEN

4.1 Aanpassing van leefgewoonten

Bepaalde voeding of dranken kunnen maagzuur of reflux uitlokken. Deze kun je best vermijden:

- chocolade;
- koffie;
- pikante of gepeperde maaltijden;
- ui;
- look;
- vette maaltijden;
- koolzuurhoudende dranken.

Ook je houding tijdens de maaltijd is belangrijk. Bij voorkeur zit je rechtop en praat je niet veel. Meerdere kleine porties per dag zijn beter dan grote porties.

NSAID ontstekingsremmers zoals ibuprofen, naproxen, diclofenac en meloxicam kunnen ook maagzweer en maagklachten veroorzaken. Die vermijd je dus best.

Bij een maagbreuk kun je ook klachten krijgen wanneer je fysiek werk (heffen en tillen) verricht of wanneer je vooroverbuigt. Dan verhoogt de druk in je buikholte.

4.2 Medicatie

Wanneer een aanpassing van je levensstijl onvoldoende of niet werkt, zal je arts je medicatie voorschrijven. Protonpomp inhibitoren (PPI's) zoals omeprazole, esomeprazole, pantoprazole of lansoprazole remmen de maagzuursecretie. Ze verminderen het gevoel van zuurbranden maar werken ook beschermend in geval van maagirritatie bij de inname van bepaalde ontstekingsremmers. Ze worden ook gebruikt bij de behandeling van maagzweren of bepaalde infecties van de maag. De protonpomp inhibitoren zijn veilig en hebben beperkte nevenwerkingen zoals hoofdpijn, duizeligheid, buikpijn of misselijkheid. Je kunt ze alsook langdurig innemen.

4.3 Antirefluxoperatie

Soms kunnen maagzuur, reflux of eetmoeilijkheden zo hardnekkig zijn dat het niet voldoende is om je levensstijl aan te passen of om medicatie in te nemen. In dat geval kan een operatie aangewezen zijn. Ook dat zal je behandelend arts met je bespreken.

4.3.1 Vooronderzoeken

Om na te gaan of je in aanmerking komt voor een operatie, onderzoekt je arts de onderliggende oorzaak van het maagzuur of de maagklachten. Afhankelijk van jouw situatie kunnen volgende onderzoeken worden uitgevoerd:

- Gastroscopie: met een camera in de maag kijken
- pH-metrie of impedantiemeting: zuurmeting van slokdarm en maag

- RX SMD: contrastonderzoek van het slokdarm-maag-duodenum (SMD)
- Manometrie of endoFLIP: de spierkracht van de slokdarm meten
- Test op infectie van helicobacter pylori: een bacterie die ontstoken maagslijmvlies kan veroorzaken

Het is mogelijk dat je arts je doorverwijst naar een anesthesist, cardioloog, pneumoloog of een andere specialist om een preoperatieve analyse uit te voeren. Indien je aan overgewicht of obesitas lijdt, kan je chirurg vragen om voor de operatie een vermageringstraject te starten.

4.3.2 Voorbereiding op de ingreep

Als je in aanmerking komt voor een operatie, plan je die samen met je chirurg in op een geschikte datum.

Het is aangewezen om je persoonlijke medicatie mee te delen aan je arts. Die zal je vertellen met welke medicatie je moet stoppen voor de ingreep en welke medicatie je de ochtend van de ingreep moet innemen. Als je medicatie inneemt die de bloedstolling vertraagt (anticoagulantia) zoals aspirine of ontstekingsremmers, dien je dat zeker te vermelden. Zulke medicatie verhoogt namelijk het risico op bloedingen tijdens en na de ingreep. Geef ook aan of je allergisch bent voor bepaalde stoffen (zoals jodium, aspirine, antibiotica, latex ...).

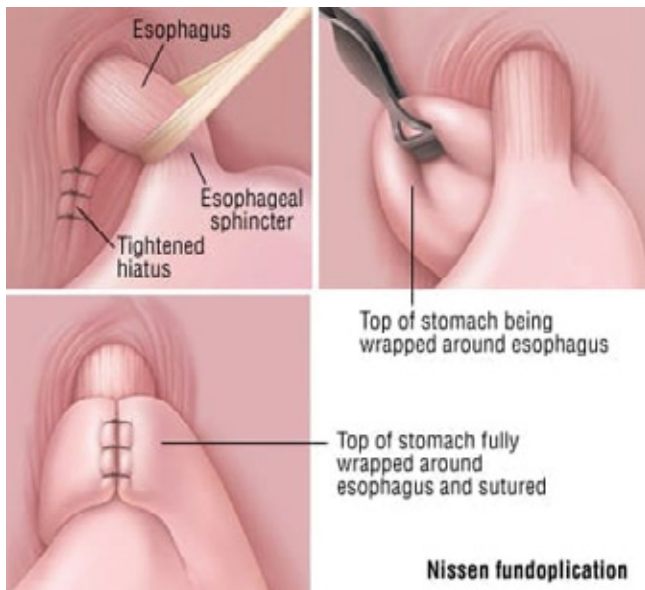
Om braken tijdens en na de operatie te voorkomen, dien je voor de ingreep nuchter te blijven. Dat betekent dat je vanaf 6 uur voor de ingreep niet meer mag eten. Je mag nog melk of fruitsap met pulp drinken tot 4 uur voor de ingreep. Heldere vloeistoffen zoals water, thee, koffie, frisdrank mag je zelfs nog innemen tot 1 uur voor de ingreep. Let wel op, doe dit best met mate. In specifieke gevallen is een licht ontbijt (zonder melkproducten) de ochtend van de operatie toegestaan. Indien dat bij jou van toepassing is, zal je chirurg dat op voorhand met je bespreken.

Omdat het risico op complicaties verhoogd is bij rokers, zal je arts je vragen om te stoppen met roken.

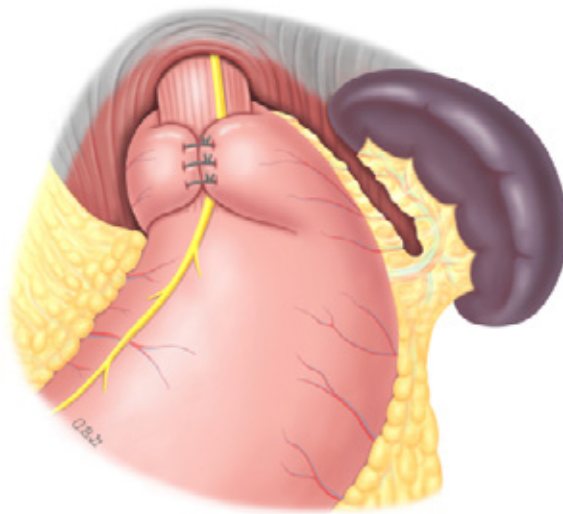
4.3.3 Verloop van de ingreep

De operatie gebeurt onder volledige verdoving. Je buik wordt opgeblazen met lucht (CO₂) om zo voldoende werkruimte te creëren in de bovenbuik. Je chirurg maakt een vijftal kleine insneden. Langs de insteekgaatjes worden een camera en werkinstrumenten in de buikholte ingebracht. Via de camera krijgt je chirurg zicht op de organen. De operatie bestaat doorgaans uit drie delen:

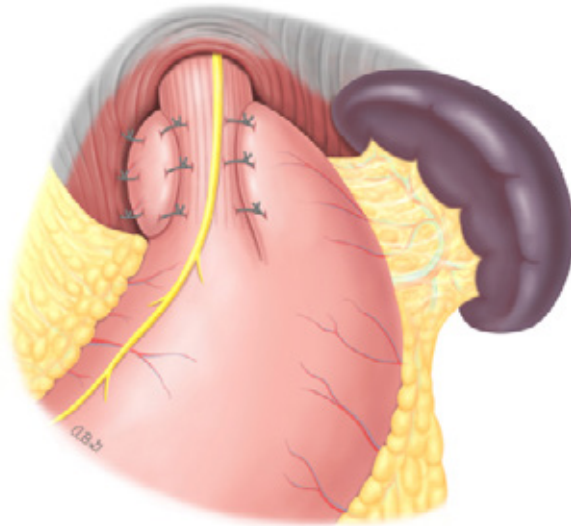
- Eerst wordt de maag terug op zijn plaats gelegd, in de buik.
- Dan wordt de opening in het middenrif verkleind. Dat kan met behulp van een netje.
- Ten slotte wordt de maag als 'kraag' rondom de slokdarm gebracht om zo een antirefluxmechanisme te creëren. Die kraag kan volledig (nissen) of gedeeltelijk (toupet, dor) rond de slokdarm liggen.



Afbeelding: Nissen fundoplicatie



Afbeelding: Nissen fundoplicatie



Afbeelding: Toupet fundoplicatie

4.3.4 Na de ingreep

Meteen na de ingreep verblijf je enkele uren in de ontwaakzaal tot je wakker bent, de pijn onder controle is en je lichaamsparameters (bloeddruk, puls ...) gunstig zijn. Het is mogelijk dat je wakker wordt met een maagsonde via je neus, waarlangs overtollige lucht en maagsappen kunnen ontsnappen. Na de ingreep mag je een beetje water drinken. De bedoeling is dat je zoveel mogelijk uit bed komt en rechtop zit of wandelt.

De dag na de operatie wordt de maagsonde verwijderd indien die werd geplaatst. Je kan dan in de ochtend yoghurt of pudding eten. Als het ontbijt goed verliep, krijg je 's middags zachte, gepureerde voeding. Geleidelijk aan wordt die voeding uitgebreid. Je diëtist komt langs om uitleg te geven over je voeding tijdens je ziekenhuisbezoek en na je ontslag. Je verpleegkundige

controleert de wondjes en de parameters. De bedoeling is dat je snel uit bed komt en mobiliseert.

De tweede dag na de operatie ben je in staat het ziekenhuis te verlaten. Dat kan als de pijn onder controle is, je lichaamsparameters goed zijn en het je lukt om te eten. In sommige gevallen gebeurt er een bloedafname. Je krijgt de nodige documenten mee van je arts en ook een afspraak voor een controleraadpleging. Vergeet zeker niet tijdig je verzekerings-documenten af te geven.

We proberen je ontslag uit het ziekenhuis steeds in de voormiddag te plannen.

4.3.5 Weer thuis

4.3.5.1 Algemene adviezen

Het is belangrijk om thuis niet meer dan vijf kilogram te heffen, minstens tot aan de eerste raadpleging. Heffen zet namelijk druk op de buikholte waardoor er een probleem kan ontstaan met de wondjes of met de constructie ter hoogte van de maag.

Tien dagen na de ingreep moet de wonde gecontroleerd worden. Ook de verbanden moeten dan verwijderd worden. Daarvoor maak je best een afspraak met je huisarts.

Doorgaans wordt toegestaan om lichte arbeid of bureauwerk na drie of vier weken te hervatten. Zware arbeid waarbij je veel moet heffen is na zes weken toegestaan.

4.3.5.2 Medicatie

Na de operatie neem je minstens tot de controleraadpleging één keer per dag een maagbeschermer in. Omdat de pijn meestal licht is, is pijnstilling in de vorm van paracetamol (bijvoorbeeld Dafalgan®) vaak voldoende.

Het is aangewezen om in beweging te blijven na de ingreep om het risico op bloedklonters (tromboses) in de benen te verkleinen. In sommige gevallen zal je arts preventief voor een korte periode bloedverduuners (LMWH, low molecular weight heparines zoals Clexane®) voorschrijven die je dagelijks onderhuids inspuit.

4.3.5.3 Voeding

De eerste week na de operatie eet je vloeibare voeding. In de tweede en derde week na de operatie mag je zachte of halfvaste voeding eten. Je krijgt hierover adviezen mee van onze diëtisten.

De eerste dagen kan je het gevoel hebben dat je eten niet goed zakt. Zit dan goed rechtop, neem je tijd en kauw goed. Soms kan een slokje water helpen, maar drink niet te veel. Ook een waterijsje kan de postoperatieve zwelling ter hoogte van de slokdarm en maag doen afnemen.

Drie weken na je operatie kan je geleidelijk aan opbouwen naar een normaal en gevarieerd dieet. Vermijd voeding en dranken die je maag kunnen irriteren zoals pikante voeding, chocolade, munt, koolzuurhoudende dranken, citrusvruchten of vette maaltijden.

4.4 Resultaten en mogelijke complicaties

Na een antirefluxoperatie 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 postoperatieve verloop en voor de risico's verbonden aan de ingreep. Houd je arts daarom zeker op de hoogte van 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 complicaties zijn mogelijk:

- vochtcollectie rond de slokdarm, een abces, lekkage;
- moeilijkheden met slikken, soms de eerste weken na de operatie door de postoperatieve zwelling ter hoogte van slokdarm en maag;
- opgeblazen gevoel van de buik (*bloating*) en winderigheid;
- nervus vagus letsel.

Op lange termijn kan de aangelegde kraag richting de borstkas glijden en opnieuw klachten veroorzaken. Soms is er dan een nieuwe operatie nodig.

Soms kunnen er na enkele maanden of jaren terug zuurklachten ontstaan. Die zijn vaak te behandelen met een proton pomp inhibitor zoals omeprazole of pantoprazole.

5 BRONVERMELDING

Afbeelding 1: Embody Health Chiropractic

(www.embodyhealth/nl/hiatal-hernia)

Afbeelding 2: JourneyLite

(www.journeylite.com/gerd-treatments/laparoscopic-nissen-fundoplication)

Afbeelding 3: UpToDate

(www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PI/72609#)

Afbeelding 4: UpToDate (www.uptodate.com/contents/)

NOTITIES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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-00173-NL
- Datum van laatste aanpassing: 11-09-2024
- Auteur:
- 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