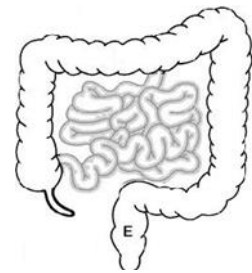


Operatie van de endeldarm

Uw arts heeft een afwijking aan uw endeldarm vastgesteld. Hoe stelt de arts de diagnose? Wat is de behandeling? Hoe gaat de operatie? Dat en meer leest in u in deze brochure.

De endeldarm

De endeldarm is het laatste deel van de dikke darm. In deze dikke darm komt voedsel terecht nadat het door de slokdarm, maag en dunne darm is gekomen. Hier verandert het eten uiteindelijk in ontlasting. De dikke darm is ongeveer anderhalve meter lang en begint bij de dunne darm, waar ook het wormvormig aanhangsel zit. Dit noemen we ook wel de blindedarm of appendix. Verderop gaat de dikke darm over in de endeldarm (E) ofwel het rectum. Dit deel van de darm dient als reservoir voor de darminhoud. Deze darminhoud verlaat als ontlasting het lichaam, via de sluitspier (anus).



Rectumcarcinoom

Bij u is een kwaadaardig gezwel aan de endeldarm vastgesteld, een rectumcarcinoom. Alleen een operatie helpt om van de ziekte te kunnen genezen. Vaak wordt het gezwel voor de operatie eerst nog bestraald. Soms krijgt u na de operatie ook nog een behandeling met radiotherapie (bestraling) of met medicijnen (chemotherapie).

Onderzoek en diagnose

Vaak is de regelmaat van de stoelgang anders geworden. Ook bloedverlies bij de ontlasting kan een aanleiding zijn om nader onderzoek te doen. De diagnose kan worden gesteld door één of meer van de volgende onderzoeken:

- *Lichamelijk en inwendig onderzoek:* de arts beluistert en bevoelt de buik. Ook doet hij een inwendig onderzoek via de anus. Hij kan dan eventueel een gezwel in de endeldarm voelen.
- *Rectoscopie:* de arts bekijkt met een flexibele kijkbuis een gedeelte van of de hele dikke darm (colonografie). Hij doet daarbij ook een endo-echo: met een echoapparaat dat gebruikmaakt van geluidsgolven, maakt hij beelden van de dikke darm. Hierbij worden vaak weefselmonsters (biopten) genomen voor onderzoek.
- *Colonoscopie:* de maag-darm-leverarts bekijkt het slijmvlies (de binnenbekleding) van de dikke darm met een flexibele bestuurbare slang, de endoscoop, ook wel colonoscoop genoemd. Zo kan hij bepaalde afwijkingen, zoals ontstekingen, divertikels (darmuitstulpingen), poliepen of gezwellen opsporen. Ook kan hij via de endoscoop stukjes weefsel wegnemen voor nader onderzoek (biopsie).

- *Radiologisch onderzoek*, zoals een CT-scan, MRI-onderzoek, echografie van de lever, röntgenfoto van de longen.
- Soms kan er ook voor gekozen worden om voor de operatie mensen te behandelen met radiotherapie of chemotherapie. De arts bespreekt dit dan met u.

De operatie

Vorbereiding voor de operatie

- Meestal is het nodig dat de darm voor de operatie leeg is. Dat kan met laxeermiddelen, een spoeling van de endeldarm (klysmas), of door de darm volledig te spoelen (lavage). Als u een verstopping van de darm heeft, kan dit leegmaken van de darm niet.
- Bij een operatie aan de dikke darm krijgt u antibiotica om infecties zo veel mogelijk te voorkomen. Dit gebeurt vlak voor, tijdens en vlak na de operatie. Soms is antibiotica langer nodig.
- Sommige patiënten krijgen tijdelijk een stoma (darmuitgang op de buik). Als dat bij u het geval is, heeft u voor de operatie een afspraak met een consulent stomazorg. Tijdens dit gesprek krijgt u algemene informatie over een stoma. Ook bespreekt u dan uw voorkeursplaats voor de stoma. Meer informatie staat in de folders 'De verpleegkundig consulent stomazorg' en 'Aanleggen van een stoma op de darm'.

De operatie

Bij de operatie verwijdert de arts het deel van de endeldarm waarin het gezwel zit met een zo groot mogelijk deel er omheen. De arts probeert de uiteinden van de darm weer met elkaar te verbinden. Deze verbinding noemt men een *anastomose*. De anastomose kan beter genezen als er geen darminhoud langskomt. Daarom legt de arts soms een stoma aan, meestal rechts onder op de buik. Dit stoma kan meestal na 3 tot 6 maanden weer verwijderd worden. U moet dan nog een keer geopereerd worden. Dit is een minder grote operatie. Het is alleen mogelijk om een anastomose te maken als het gezwel niet te dicht bij de anus ligt, en er genoeg gezonde endeldarm onder de plaats van het gezwel achterblijft.

Als de arts geen anastomose kan maken, moet hij de hele endeldarm met de anus wegnemen. Dan spreekt men van een *rectumextirpatie*. Bij een rectumextirpatie is het onvermijdelijk dat u een blijvend stoma krijgt, meestal links onder op de buik. De chirurg verwijdert ook altijd het vetweefsel rondom de endeldarm. Hierin zitten lymfklieren. Daardoor wordt de kans op het terugkeren van het gezwel in het operatiegebied zo klein mogelijk. Juist achter dit vetweefsel lopen echter zenuwvezels die zorgen voor een aantal seksuele en urineblaasfuncties. Tijdens de operatie worden deze zenuwvezels zoveel mogelijk gespaard.

Na de operatie

- Na de operatie kunt u voorzichtig weer gaan drinken en eten. Daar is geen vast schema voor.
- De uitslag van het microscopisch onderzoek van het verwijderde darmweefsel is na ongeveer 14 dagen bekend. De arts bespreekt dit met u in aanwezigheid van uw naasten. De uitslag van het weefselonderzoek zegt iets over de aard en de grootte van de aandoening. De arts kan niet precies voorspellen hoe de ziekte verder verloopt. Afhankelijk van de uitslag adviseren wij soms een aanvullende behandeling zoals radiotherapie of chemotherapie. Als dat bij u het geval is, bespreekt de arts dit met u.

- Als er sprake is van een stoma, dan betreft de consulent stomazorg u vanaf de eerste dag na de operatie bij de stomazorg. Voor verdere begeleiding kunt u terecht bij de consulent stomazorg en de afdelingsverpleegkundige.

Risico's van de operatie

- Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo is ook bij een operatie aan de endeldarm de kans op complicaties aanwezig, zoals trombose, longontsteking, blaasontsteking, nabloeding of wondinfectie.
- Bij operaties aan de dikke darm kan zich ook nog een specifieke complicatie voordoen: lekkage van de darmnaad (de anastomose). Vaak moet in geval van deze ernstige complicatie een nieuwe operatie volgen, waarbij de arts de anastomose losmaakt en een stoma aanlegt.
- 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 door zenuwschade een stoornis bij het plassen ontstaan. Gelukkig gaan deze stoornissen ook wel eens over.

Naar huis

- Als alles goed gaat kunt u binnen 5 tot 10 dagen na de operatie het ziekenhuis verlaten.
- U krijgt een afspraak mee voor controle op de polikliniek. Hoe lang u poliklinisch moet worden gecontroleerd, hangt af van de aard van uw ziekte.
- Wanneer speciale thuishulp (gezinszorg of wijkverpleging) nodig is, regelen wij die vanuit het ziekenhuis.
- Het is moeilijk aan te geven wanneer u weer helemaal van de operatie hersteld zal zijn. Dat hangt af van de grootte van de operatie, de aard van de aandoening en hoe u zich op dat moment voelt.
- Alleen bij ernstige spoed kunt u contact opnemen met de afdeling Spoedeisende Hulp.

Bij complicaties en/of vragen naar aanleiding van het lezen van deze folder, kunt u contact opnemen met de verpleegafdeling waar u bent geopereerd.

Operatie/ingreep

- Het is altijd mogelijk dat een operatie uitgesteld wordt door onvoorziene omstandigheden. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt die spoedeisende hulp nodig heeft. Hij krijgt om medische redenen altijd voorrang. Uiteraard stellen wij dan alles in het werk om u zo snel mogelijk te opereren/te behandelen.
- OLVG is een opleidingsziekenhuis. Dat betekent dat de specialist altijd geassisteerd wordt door een arts-assistent in opleiding tot specialist. Ook kan het zo zijn dat een arts-assistent de operatie/ingreep of delen daarvan uitvoert.

Vragen?

U kunt ons gewoon bellen

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen? Neem dan contact op of kijk op www.olvg.nl Heeft u vragen over de vergoeding of betaling? Neem dan contact op met uw zorgverzekeraar of kijk op www.olvg.nl/zorgnota

Meer informatie online

- www.olvg.nl/chirurgie
- www.mlds.nl (Maag Lever Darm Stichting)
T 0900 202 56 25 (0,15 euro p/m)
E voorlichting@mls.nl

Contact

polikliniek Chirurgie, locatie Oost

T 020 599 30 58 (ma t/m vrij 8.15 – 16.15 uur)
E chirurgie@olvg.nl
P3

polikliniek Chirurgie, locatie West

T 020 510 88 80 (ma t/m vrij 8.15 – 16.15 uur)
Route 06

verpleegafdeling Chirurgie B5, locatie Oost (dag en nacht bereikbaar)

T 020 599 25 03 (B5)

verpleegafdeling Chirurgie A4, locatie West

T 020 510 84 14 (dag en nacht bereikbaar)
Route 41
Bezoek 11.00 - 12.00 uur en van 16.30 - 19.30 uur

afdeling Spoedeisende Hulp (SEH), locatie Oost

T 020 599 30 16 (dag en nacht bereikbaar)

afdeling Spoedeisende Hulp (SEH), locatie West

T 020 510 89 11 (dag en nacht bereikbaar)

Oost
Oosterpark 9
1091 AC Amsterdam

West
Jan Tooropstraat 164
1061 AE Amsterdam

Spuistraat
Spuistraat 239 A
1012 VP Amsterdam

Onze Algemene Voorwaarden zijn van toepassing: www.olvg.nl/algemene-behandelvoorwaarden

Klacht of opmerking: www.olvg.nl/klacht

Redactie en uitgave: Marketing en Communicatie, 30 april 2020, foldernr.0033