

Laparoscopie: Kijkbuisoperatie via de buik



Geachte Mevrouw,

In deze brochure vind je algemene informatie over kijkoperatie. Wat de redenen kunnen zijn voor deze ingreep, wat er precies gebeurt tijdens de operatie, welke risico's eraan verbonden zijn en wat je erna kan verwachten.

Laat je pas opereren wanneer je voldoende weet over alle mogelijkheden om je probleem te onderzoeken of te behandelen. Daartoe dient onder andere deze informatiebrochure.

Alle opties worden natuurlijk met de gynaecoloog, je vertrouwensarts, vooraf besproken.

Deze infobrochure is grotendeels gebaseerd op de infobrochure opgemaakt door de Vlaamse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (VVOG). Bij vragen kan u zich steeds richten tot uw gynaecoloog.



Dr. Anne-Sophie Boes
Dr. Geertje Callewaert
Dr. Ann-Sofie Peeters
Dr. Katrien Schurmans
Dr. Ingrid Thijs

INLEIDING, DE INWENDIGE VROUWELIJKE ORGANEN

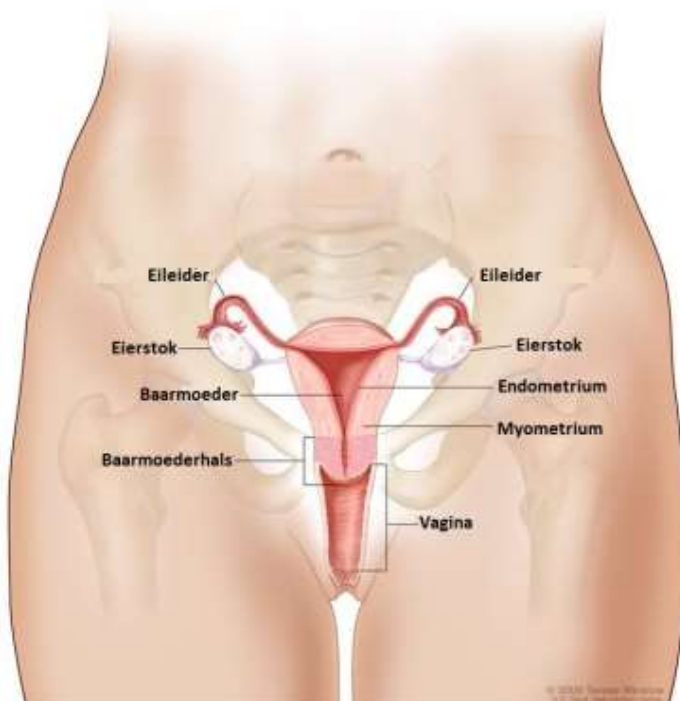
De baarmoeder, de eileiders en de eierstokken liggen niet los in je buik, maar zitten met bindweefselbanden vast in het bekken.

Een normale baarmoeder heeft de vorm en grootte van een peer. Het brede bovendeeel is het baarmoederlichaam. Het onderste, smalle gedeelte heet de baarmoedermond of baarmoederhals en komt uit in de vagina. Tijdens een gynaecologisch onderzoek kan de dokter de baarmoederhals bekijken met behulp van een speculum, een instrument dat de wanden van de vagina open spreidt. De baarmoederwand bestaat uit verschillende lagen en dient als innestelingplaats voor de zwangerschap. De binnenkant is bedekt met een slijmvlies dat men het endometrium noemt. Tijdens de zwangerschap groeit de foetus in de baarmoeder die daarbij flink zal uitzetten. Op het einde van de zwangerschap trekken de spieren van de baarmoederwand samen. Door deze weeën wordt de baby geboren.

In het baarmoederlichaam monden de twee eileiders uit. Deze dunne, soepele buisjes zijn 8 tot 10 cm lang. Ze beginnen bij de baarmoeder en eindigen met een trechtervormige opening bij de eierstokken.

Normale eierstokken hebben de vorm van een bol of een schijfje van +/- 2 op 3 op 4 cm. Ze hebben een dubbele functie. De eerste is het aanmaken van de vrouwelijke hormonen. Die hormonen zorgen ervoor dat baarmoederslijmvlies klaar is voor een zwangerschap. Elke maand opnieuw wordt in de baarmoeder een slijmvlies opgebouwd. De geslachtshormonen bepalen ook hoeveel zin je hebt om te vrijen en ze houden de vagina stevig en soepel. De tweede functie is het regelen van de eisprong of ovulatie. Dan komt een eikel vrij uit één van de eierstokken

en belandt in de trechter van de eileider. De zaadcellen gaan via de baarmoeder doorheen de eileiders richting eierstokken. Als de eicel bevrucht wordt, zal ze zich in de baarmoeder gaan innestelen. Als er geen zwangerschap optreedt, eindigt de cyclus met een menstruatie. Dit maandelijks proces vindt plaats bij vrouwen vanaf ongeveer 12 jaar tot ongeveer 51 jaar. De menstruatiecyclus verloopt vrij regelmatig. De maandstonden beginnen gemiddeld om de 28 dagen en duren 3 tot 7 dagen. Als de menopauze nadert, worden de maandstonden onregelmatig en uiteindelijk blijven ze uit. De menopauze treedt in wanneer de eierstokken geen hormonen meer aanmaken en er geen eicel meer vrijkomt.



WAT IS EEN OPERATIEVE LAPAROSCOPIE?

Een operatieve laparoscopie is een kijkoperatie waarbij de gynaecoloog de organen van de onderbuik bekijkt en tegelijk bepaalde ziekten of problemen (zoals cysten, fibromen, vergroeiingen, ...) kan verwijderen of herstellen.

Voor deze ingreep maakt de gynaecoloog kleine insneden (meestal 2 tot 4) van ongeveer één cm in de buikwand. Langs één van die sneetjes wordt een kijkbuis in je buik gebracht. Aan deze kijkbuis is een camera verbonden. Langs de andere insneden brengt de gynaecoloog instrumenten in waarmee geopereerd wordt.

In deze folder wordt beschreven wat de meest voorkomende redenen voor een operatieve laparoscopie zijn, wat er tijdens de operatie gebeurt en welke risico's er aan verbonden zijn.

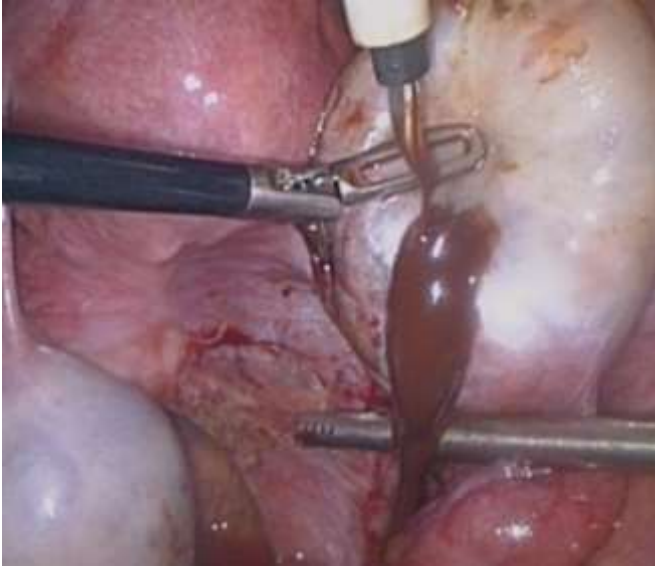


WAAROM EEN OPERATIEVE LAPAROSCOPIE?

Er bestaan verschillende redenen om een operatie laparoscopisch uit te voeren. Bij de operatie zijn meestal de baarmoeder, de eileiders of de eierstokken betrokken. In deze brochure wordt beschreven welke de **meest voorkomende redenen voor een operatieve laparoscopie** zijn, wat er tijdens de operatie gebeurt en welke risico's eraan verbonden zijn. Sommige specifieke operaties zijn hier niet vermeld, voor meer uitleg daaromtrent kan u uiteraard bij uw gynaecoloog terecht.

Endometriose en 'chocoladecysten'

De binnenkant van de baarmoeder is bekleed met een slijmvlies dat 'endometrium' heet. Bij endometriose bevindt dergelijk slijmvlies zich ook buiten de baarmoeder, in de buikholte of in de eierstokken. Omdat deze letsels tijdens de maandstonden bloeden, breidt endometriose gemakkelijk uit. In de eierstok kan het bloed ophopen. Dit ingedikt bloed lijkt op chocolade, vandaar de benaming 'chocoladecysten'. De typische symptomen van endometriose zijn pijnlijke maandstonden, pijn bij het vrijen en/of verminderde vruchtbaarheid. Endometriose kan met hormonen of met een operatie behandeld worden. De gynaecoloog zal met jou bespreken welke aanpak het meest geschikt is.

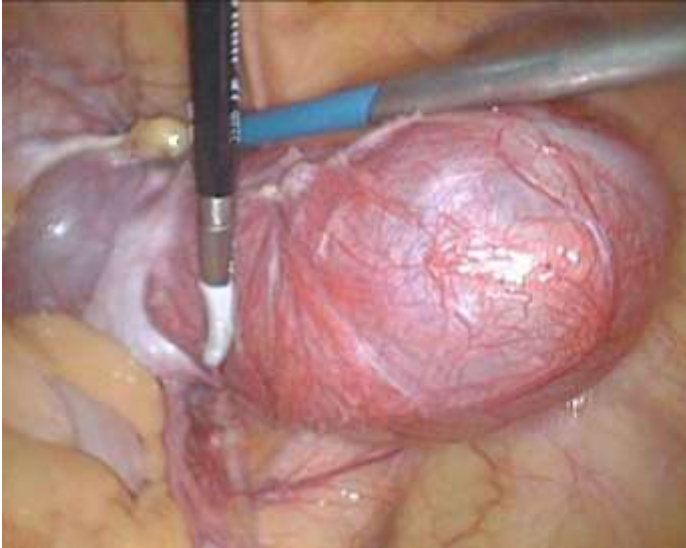


Tijdens een operatieve laparoscopie kan men ofwel een chocoladecyste leegmaken en weghalen uit de eierstok ofwel de hele eierstok verwijderen. Endometriosishaarden kunnen ook met laserstralen of elektrocoagulatie vernietigd worden. Door ontstekingsreacties kan endometriose vergroeiingen veroorzaken. Bij ernstige vergroeiingen is een laparoscopische operatie vaak erg moeilijk of zelfs onmogelijk.

Andere cysten van de eierstok

Rond de eisprong vormt zich in de eierstok een kleine vochtholte met daarin een rijpende eicel. Dit noemt men een 'follikel'. Na de eisprong verdwijnt de follikel geleidelijk. Dit komen en gaan van follikels is een normaal cyclisch proces. In de eierstok kan zich echter ook een gezwel vormen. Een

gezwel dat gevuld is met vocht, wordt een 'cyste' genoemd. Gezwellen die met vast weefsel gevuld zijn, noemt men 'solide gezwellen'.



Een cyste kan ontdekt worden door klachten, maar een cyste kan ook toevallig ontdekt worden. Wanneer geen normale eisprong plaatsvindt, kan een follikel verder groeien en een cyste gaan vormen. Dan spreekt men van een aanwezig blijvende follikel of een 'functionele cyste'. Dit type cysten verdwijnt meestal uit zichzelf en hoeft dus niet onmiddellijk geopereerd te worden.

Niet alle cysten verdwijnen. Cysten die niet te groot zijn, een goedaardig uitzicht hebben en geen klachten veroorzaken hoeven niet verwijderd te worden.

Soms is er sprake van een 'dermoïdcyste', ook wel 'wondergezwel' genoemd. Dit is een cyste die gevuld is met allerlei soorten weefsel, zoals haren of bot.

Als een cyste sterk vergroot is of klachten veroorzaakt wordt vaak een operatie geadviseerd omdat er complicaties kunnen optreden. Mogelijke verwickelingen kunnen optreden wanneer er zich een bloeding in de cyste voordoet, wanneer de cystewand scheurt of wanneer de cyste zich om haar aanhechtingssteel draait. Meestal leidt dit tot zeer acute pijn.

Als de cyste een eigenaardig aspect heeft op echo kan ook voorgesteld worden om deze te verwijderen zodat ze onder een microscoop kan onderzocht worden.

Voor de ingreep wordt met jou besproken of de hele eierstok of enkel de cyste verwijderd moet worden. Wanneer alleen de cyste verwijderd wordt, blijft een deel van de eierstok behouden. In sommige gevallen kan pas tijdens de operatie beoordeeld worden welke optie de beste is. Met één eierstok kan je even vlot zwanger worden als met twee en kom je ook niet vroeger in de overgang.



Het verwijderen van normale eierstokken

Bij sommige vormen van borstkanker adviseert de gynaecoloog gezonde eierstokken teverwijderen. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren als de kanker gevoelig is voor de vrouwelijke hormonen die door de eierstokken aangemaakt

worden. Dit kan eventueel ook aangewezen zijn bij vrouwen die, op genetische gronden, een uitzonderlijk hoog risico lopen op eierstokkanker.

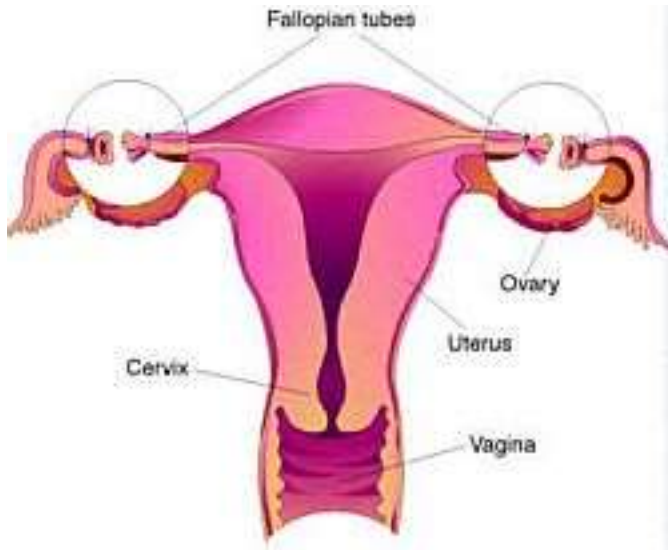
Sterilisatie

Sterilisatie is een operatie die je onvruchtbaar maakt. Daardoor geraken zaadcellen niet meer tot bij de rijpe eicel en kunnen bevruchte eicellen niet meer afdalen tot in de baarmoeder. Een sterilisatie bij een vrouw verloopt via kijkoperatie onder algemene narcose. Sterilisatie bij een man is een ingreep onder lokale verdoving.

Sterilisatie van de man of vrouw is een definitieve vorm van anticonceptie, dit betekent dat je blijvend onvruchtbaar wordt. Je moet dus heel zeker zijn dat je geen kinderen (meer) wilt. Het voordeel is natuurlijk je moet nooit meer aan anticonceptie denken. Er is echter geen 100% garantie. De kans op zwangerschap na sterilisatie bedraagt 2-5/1000 vrouwen. Belangrijk om te weten is dat er langwerkende alternatieven zijn voor sterilisatie, zoals bvb een spiraaltje. Neem de beslissing tot sterilisatie weloverwogen, als het kan samen met je partner.

Sterilisatie heeft geen invloed op je libido of seksleven. Sterilisatie heeft bij vrouwen geen invloed op de cyclus of op de menstruatie.

De methodes van sterilisatie die wij toepassen zijn: geheel of gedeeltelijke verwijdering van de eileiders.



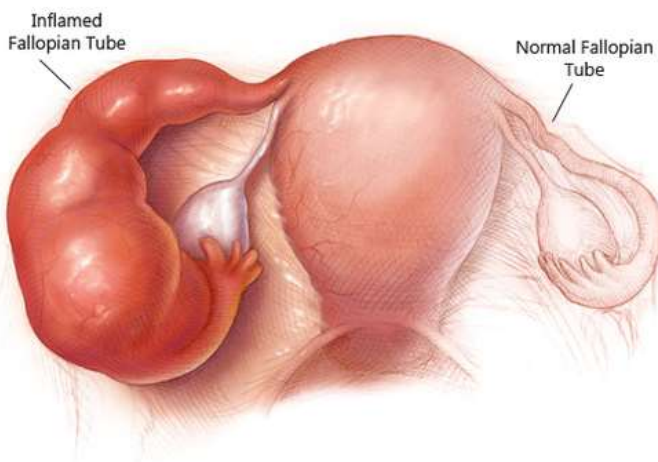
Ovariële drilling

Sommige vrouwen hebben een heel onregelmatige cyclus op basis van het zogenaamde PCO-syndroom. In het kader van de behandeling van de vruchtbaarheidsproblemen die daarmee gepaard kunnen gaan kan er eventueel beslist worden om in de (vergroete) eierstokken van deze vrouwen gaatjes te gaan boren. Deze behandeling heet een 'ovariële drilling'.

Hydrosalpinx

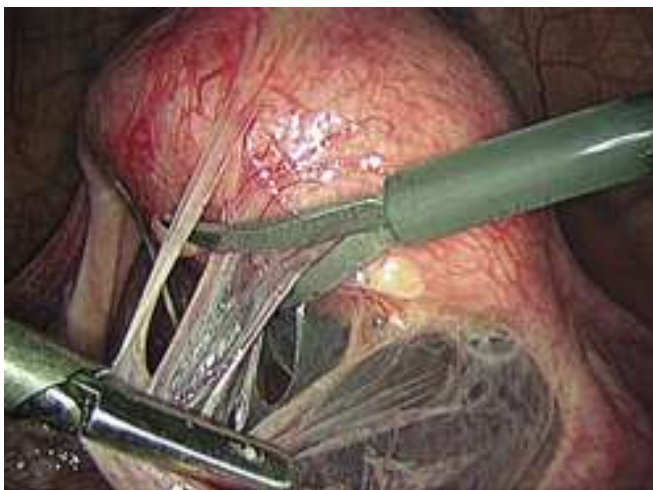
De eileider kan door een vroegere ontsteking beschadigd zijn. Wanneer vocht zich in die eileider ophoopt, spreken we van een 'hydrosalpinx'.

Vaak ben je door een hydrosalpinx minder vruchtbaar. Afhankelijk van je klachten en kinderwens zal de gynaecoloog met jou bespreken welke oplossing de beste is. In het kader van een infertiliteitsbehandeling kan een dergelijke hydrosalpinx de kans op zwangerschap verkleinen, in die gevallen wordt soms beslist om deze eileiders te verwijderen of af te sluiten door middel van clips.



Vergroeiingen of 'adhesies'

Vergroeiingen kunnen ontstaan door ontstekingen, vroegere operaties of endometriose. Meestal heb je geen pijnklachten en is een operatie niet nodig. Soms spelen adhesies een rol bij verminderde vruchtbaarheid. In zeer zeldzame gevallen kunnen vergroeiingen een darm gedeeltelijk of geheel afsluiten.



Buitenbaarmoederlijke zwangerschap

Bij deze aandoening bevindt de zwangerschap zich niet in de baarmoeder, maar in één van de eileiders. Zeer jonge en dus kleine buitenbaarmoederlijke zwangerschappen sterven vaak vanzelf af. Witte bloedcellen ruimen het weefsel dan op. Als de buitenbaarmoederlijke zwangerschap verder evolueert, kan de eileider zodanig zwellen tot hij barst. Dit leidt tot zeer zware inwendige bloedingen.

Dit probleem kan meestal laparoscopisch opgelost worden. De gynaecoloog probeert de eileider te sparen en enkel de zwangerschap te verwijderen. Soms kan de buitenbaarmoederlijke zwangerschap enkel weggenomen worden door de volledige eileider te verwijderen. Deze beslissing kan pas tijdens de operatie genomen worden.



Bij een zeer vroegtijdige diagnose kan een behandeling mogelijk zijn met het inspuiten van het medicijn methotrexaat. De zwangerschap sterft dan vanzelf af. Een operatie kan dan vermeden worden. Bij de keuze van de behandeling wordt er rekening gehouden met je toekomstige kinderwens, de mate van schade aan de eileider en de toestand van de andere eileider. Elke behandeling heeft specifieke voor en nadelen, die de gynaecoloog met jou zal overlopen.

De Ingreep

Vorbereiding

In overleg met je gynaecoloog wordt over de dag van opname beslist. Voor de ingreep wordt je algemene gezondheidstoestand gecontroleerd. Het is in je eigen belang het gebruik van geneesmiddelen, kruiden en eventueel rook/alcohol/druggebruik te vermelden. De gynaecoloog zal ook naar de belangrijkste aspecten van je medisch verleden en het voorkomen van allergieën informeren.

In functie van je leeftijd zal de gynaecoloog je vragen je bloed te laten onderzoeken en een electrocardiogram te laten nemen. Dit kan gebeuren bij je huisarts.

Afhankelijk van het soort ingreep kan het zijn dat de gynaecoloog instructies geeft over darmvorbereiding.

Voor je naar het ziekenhuis gaat is het belangrijk om de navel goed te reinigen en eventuele navelpiercings te verwijderen. De avond voor de ingreep scheer je het al schaamhaar op je schaambeem.

U wordt meestal de dag voor de operatie verwittigd van het uur van opname.

Verdoving

Een laparoscopische operatie gebeurt bijna altijd onder algemene verdoving of 'narcose'. Via het infuus dient de anesthesist het verdovende middel toe. De anesthesist zal een masker over je mond en neus zetten waarlangs je

zurstof krijgt. Je zal snel suf worden en in slaap vallen. Terwijl je slaapt, brengt men een buisje in je luchtpijp om je te beademen. Tijdens een algemene verdoving voel je geen pijn. Na de operatie word je terug wakker in de ontwaakkamer.

HET IS UITERST BELANGRIJK DAT U HIERVOOR NUCHTER BENT!!! Dit houdt in dat je vanaf middernacht niets meer mag eten, drinken of roken. Het is belangrijk dat je maag leeg is. Met een volle maag kan je bij het begin van de operatie of achteraf bij het ontwaken beginnen braken en je verslikken.

De operatie zelf

Een lege blaas biedt meer ruimte tijdens de laparoscopie. Daarom plaatst men een sonde in de blaas. Langs dit slangetje wordt de urine afgevoerd. De gynaecoloog maakt meestal een insnede van ongeveer één cm in de onderrand van de navel. Hierlangs wordt de buikholte gevuld met onschadelijk koolzuurgas (CO₂). Zo ontstaat er een werkruimte in de buikholte om de verschillende organen goed te kunnen zien en te kunnen manipuleren tijdens het onderzoek.

Als men vermoedt dat er vergroeiingen zijn, zoals na voorgaande operaties, brengt de gynaecoloog de naald en de laparoscoop soms op een andere plaats in.

Daarna brengt de gynaecoloog langs dezelfde insnede de kijkbuis in de buik. De operatie-instrumenten worden ingebracht door een 3-tal insneden in de onderbuik. Om de baarmoeder tijdens de operatie te kunnen bewegen, brengt

de gynaecoloog langs de vagina vaak nog een instrument in de baarmoederholte.



NA DE INGREEP

Na een algemene verdoving heb je soms even last van keelpijn door het buisje dat tijdens de operatie in de luchtpijp werd geplaatst. Soms ben je ook wat misselijk en heel af en toe moet je ook overgeven. Het infuus blijft aanwezig tot deze klachten verdwenen zijn en je voldoende kunt drinken. Soms heb je naast buikpijn ook schouderpijn. Die schouderpijn wordt veroorzaakt door het koolzuurgas dat tijdens de operatie in de buikholtte wordt gebracht en het middenrif irriteert. Het koolzuurgas wordt geleidelijk opgenomen door het lichaam en uitgeademd via de longen.

Een heel aantal ingrepen via laparoscopie gebeuren in dagkliniek. Dit wil zeggen dat je opgenomen wordt en weer naar huis gaat op de dag van de operatie. Afhankelijk van het soort ingreep is er soms een opname van 1 of enkele nachten nodig.

Voor de herstelperiode moet je toch een paar dagen (tot soms enkele weken) rekenen. Probeer thuis zoveel mogelijk te rusten. Als je nog kinderen hebt, is gezinshulp geen overbodige luxe. Over het algemeen kan je binnen één tot twee weken je beroepsactiviteiten hervatten, uiteraard hangt dit af van het type ingreep. Enkele dagen na de ingreep kan je wat bloedverlies hebben. Dat komt omdat men soms tijdens de operatie de baarmoederhals met een tangetje vast neemt. Neem contact op met je gynaecoloog bij ernstige bloeding (meer dan bij een normale menstruatie), bij hevige buikpijn of koorts. Indien de hechtingsdraadjes niet vanzelf vergaan kunnen ze na een week tot 10 dagen verwijderd worden door de huisarts. De eerste week kan je best de wondjes afdekken en een douche gebruiken om je te

wassen. Na 2 weken is baden of zwemmen geen probleem. Ook vrijen is meestal snel weer toegelaten.

VERWIKKELINGEN

Een operatie houdt altijd bepaalde risico's in, maar gelukkig zijn ernstige complicaties zeldzaam. Hieronder beschrijven we kort de verwikkelingen die bij een laparoscopie kunnen voorkomen:

Bloeding tijdens of na de operatie

De operatie gaat altijd gepaard met wat bloedverlies. Als je te veel bloed verloren hebt, kan een ijzertherapie of een bloedtransfusie nodig zijn.

In de buikwand of in de vagina kan een nabloeding optreden. Meestal verwerkt het lichaam zelf een bloeduitstorting, maar het herstel duurt dan langer. Bij een ernstige nabloeding kan een tweede operatie noodzakelijk zijn.

Infectie

Het inwendig en het uitwendig litteken kunnen door bacteriën besmet worden. Om dit te voorkomen, zal je tijdens de ingreep soms een antibioticum krijgen.

Blaasontsteking

Soms ontstaat er een infectie door de sonde die tijdens de operatie in de blaas gebracht wordt. De dokter zal je een antibioticum geven om die ontsteking tegen te gaan.

Trombose

Bij een operatie is de kans op de vorming van bloedklonters in de aders groter. Daarom zal men na de ingreep een bloedverdunnend middel inspuiten. Steunkousen verminderen de kans op trombose. Het voordeel van laparoscopie is dat je minder pijn hebt, waardoor je sneller na de operatie wat kan rond te lopen en actief kan zijn. Dit vermindert de kans op trombose.

Vergroeiingen

Operaties maken littekens. Je ziet uitwendig een litteken op de huid waar de chirurg heeft ingesneden. Ook inwendig ontstaan er littekens, waardoor er vergroeiingen kunnen ontstaan tussen organen die normaal los van elkaar liggen. Meestal geeft dit geen klachten. Soms blijven mensen dit wel voelen na de operatie. Zeer zeldzaam kan dit plots hevige buikpijn veroorzaken door inklemming van een darm. Littekens kunnen buikoperaties in de toekomst moeilijker maken.

Beschadiging van de urinewegen, darm, bloedvaten of zenuwen

Het gebeurt slechts heel zelden dat urinewegen, darmen of bloedvaten beschadigd worden. Bij ernstige vergroeiingen komt een dergelijke complicatie meer voor. Deze complicaties zijn meestal goed te behandelen maar ze vragen extra zorg en het herstel duurt langer.

Neem contact op met je gynaecoloog als je last hebt van toenemende buikpijn, koorts, een bloeding of een afscheiding met een onaangename geur.

Als je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt, dan stel je die best aan je gynaecoloog.

Deze brochure beschrijft een niveau van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Een gynaecoloog kan hiervan geargumenteed afwijken wanneer specifieke omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog moet tegemoet komen aan de noden en/of behoeften van een individuele patiënte. Dit betekent dat het mogelijk is dat een (volledige) lokale toepassing volgens de beschrijving in deze brochure, in specifieke gevallen niet mogelijk is.