

Maagoperatie

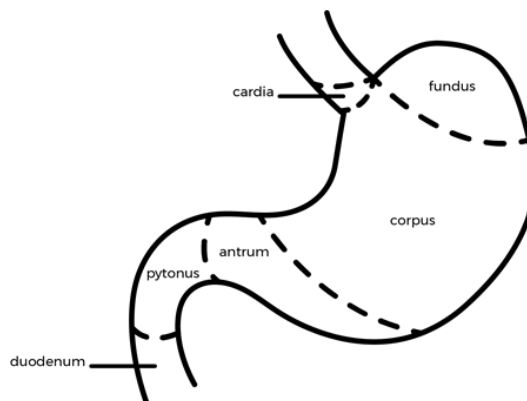
Minimaal invasieve (sub)totale maagverwijdering

1. Inleiding

Binnenkort komt u naar het ziekenhuis voor een maagoperatie. Uw chirurg heeft met u besproken waarom deze operatie nodig is. In deze folder wordt beschreven hoe de praktische gang van zaken rondom de operatie is en krijgt u uitleg over de gevolgen van de operatie. Als u na het lezen van de folder nog vragen heeft, kunt u deze stellen aan uw chirurg of een verpleegkundige van de verpleegafdeling. Zie ook uw zorgkaart Maagoperatie voor extra informatie rondom uw operatie.

2. De maag

De maag is een belangrijk orgaan van het spijsverteringskanaal. De maag is een rekbaar orgaan dat boven in de buikholte ligt en vlak onder het middenrif. Tussen de slokdarm en de maag bevindt zich een sluitspier, zodat voedsel vanuit de maag niet terug de slokdarm kan instromen. De maag zorgt ervoor dat ons voedsel wordt voorbereid op de vertering en dat het fijn gekneet wordt zodat het in kleine stukjes naar de darmen kan. Daarnaast vermengt de maag het voedsel met sappen die zorgen voor een goede vertering en het onschadelijk maken van bacteriën. De maag bestaat uit de cardia (maagingang), de fundus (maagkoepel), het corpus (middelste deel van de maag), het antrum (het laatste deel van de maag) en de pylorus (maaguitgang met sluitspier).



Afbeelding: Frisius MC

3. De behandeling

Voordat u en uw behandelend arts tot een maagoperatie besluiten, vinden eerst onderzoeken plaats. Het doel van deze onderzoeken is te weten te komen waar de tumor precies zit en hoe groot de tumor is. De behandeling hangt af van uw leeftijd en algehele conditie. De meest toegepaste behandeling bij maagkanker is een operatie en chemotherapie. In de meeste gevallen wordt chemotherapie gegeven voor en na de operatie. Het heeft als doel om hele kleine, onzichtbare uitzaaiingen te behandelen en/of de tumor al voor de operatie te verkleinen. Hierdoor wordt de kans groter dat de chirurg de gehele tumor goed kan verwijderen.

Voordat de behandeling begint is er soms eerst een kijkoperatie nodig. De chirurg onderzoekt dan of en hoever de tumor is doorgegroeid in de weefsels om de maag heen en

onderzoekt de buikholte om te zien of er uitzaaiingen zijn. Deze operatie heet een diagnostische laparoscopie.

Palliatieve operatie bij maagkanker

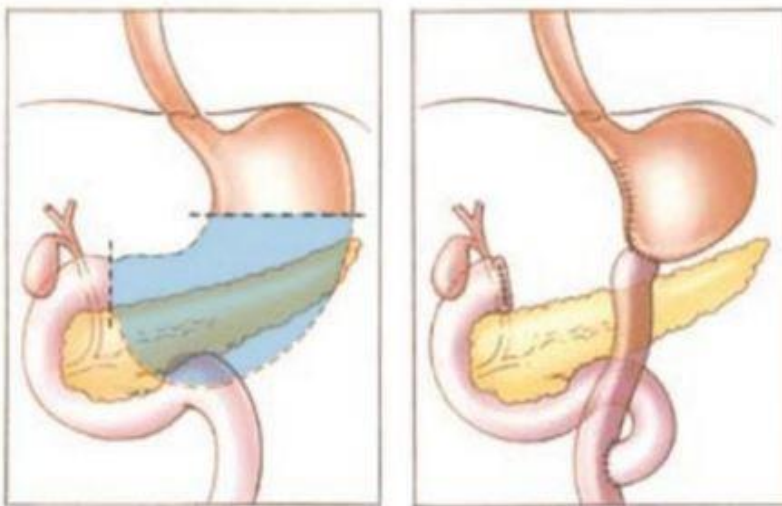
Als een genezende operatie niet meer mogelijk is, kan de arts met u besluiten om een palliatieve (= klachten verminderende) operatie uit te voeren. Hierbij maakt de arts bijvoorbeeld een verbinding tussen de maag en de dunne darm. Deze verbinding zorgt ervoor dat het voedsel via een omweg (bypass) de darmen kan bereiken. Een ander woord voor zo'n verbinding is een overloopje of bypassoperatie. Bij deze operatie wordt de tumor niet verwijderd. Vaak duurt het een poos voordat deze omleiding werkt en het eten weer goed gaat (gemiddeld zes tot acht weken).

4. De operatie

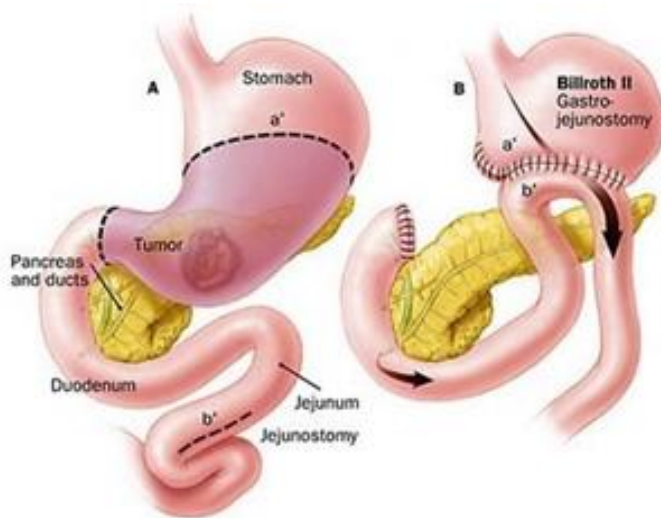
Bij maagkanker zijn verschillende operaties mogelijk, dit is afhankelijk van de plaats en grootte van de tumor.

Subtotale maagresectie (gedeeltelijke maagverwijdering)

Wanneer de tumor zich in het onderste gedeelte van de maag bevindt, wordt er in de meeste gevallen een subtotale maagresectie uitgevoerd. De chirurg verwijdert het onderste deel van de maag, het omgevende vet en alle omliggende lymfeklieren. Hierna wordt het resterende deel van de maag aangesloten op de dunne darm door middel van een Billroth II-reconstructie, maar meestal met een Roux-Y-reconstructie (zie afbeelding). Zo komen de gal- en alvleeskliersappen in de dunne darm terecht waar ze nodig zijn voor de vertering van voedsel.



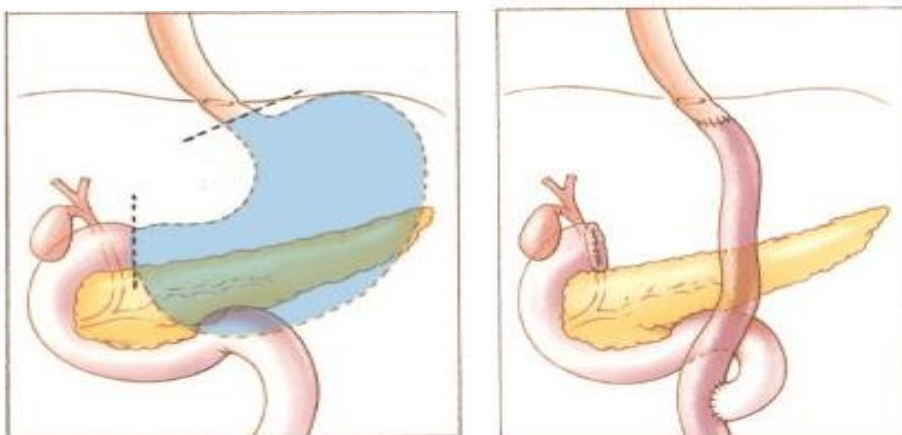
Subtotale maagresectie met Roux-Y-reconstructie Bron: KWF kankerbestrijding



Subtotale maagresectie volgens Billroth II-reconstructie Bron: med-info.nl

Totale maagresectie (volledige maagverwijdering)

Wanneer de tumor zich in het bovenste gedeelte of in het midden van de maag bevindt, wordt er in de meeste gevallen een totale maagresectie uitgevoerd. Bij deze operatie verwijdert de chirurg de gehele maag met de maaguitgang en ook worden het begin van de twaalfvingerige darm, het omgevende vet en alle omliggende lymfeklieren meegenomen. Er wordt een nieuwe verbinding gemaakt tussen de slokdarm en een stuk dunne darm dat verder ligt. Dit heet een Roux-Y reconstructie. Tijdens deze operatie wordt er ook een voedingskatheter (jejunostomie-katheter) ingebracht. Deze voedingskatheter gaat door de buikwand rechtstreeks in de dunne darm (jejunum). Hierdoor krijgt u de eerste tijd sondevoeding, omdat u dan nog onvoldoende zelf kunt eten. U gaat met deze voedingskatheter naar huis. Als u naar huis gaat krijgt u informatie over voeding via deze voedingskatheter.



Totale maagresectie met Roux-Y-reconstructie Bron: KWF Kankerbestrijding



5. Complicaties

Iedere operatie kan complicaties geven, zoals trombose, longontsteking, nabloeding of een wondinfectie. Daarnaast zijn er nog enkele specifieke complicaties mogelijk na een maagoperatie, bijvoorbeeld:

Naadlekkage

Soms geneest de nieuwe verbinding tussen uw maag en darmen niet goed. Hierdoor kunnen maag- of darmsappen in uw buikholte komen. Dit veroorzaakt een buikvliesontsteking. U heeft dan hoge koorts en een ziek gevoel. Meestal kan dit behandeld worden met een drain of met een tweede operatie. Het kan zijn dat u hier heel ziek van wordt, waardoor u tijdelijk op de intensive care opgenomen moet worden.

Maagverlamming (gastroparese)

Na de operatie kan het voorkomen dat voedsel zeer langzaam of niet door het spijsverteringskanaal gaat. Dit kan soms enkele dagen duren. Een maagverlamming geeft klachten zoals misselijkheid, braken en een vol gevoel. In veel gevallen is het verlichten van symptomen voldoende en herstelt het lichaam zichzelf.

Na de operatie kunt u klachten of problemen krijgen met het eten. Welke klachten hangt onder andere af van het soort operatie die u heeft gehad. De meest voorkomende klachten zijn dumping, diarree, zuurbranden of gallige reflux. Dit wordt verder uitgelegd in hoofdstuk 8 onder het kopje Voeding.

6. Voor de opname

Verpleegkundig consulent

Voor uw operatie krijgt u een afspraak bij de verpleegkundig consulent. Zij geeft u informatie over uw behandeling, de opnameperiode en de eerste maanden thuis na ontslag. Als u daar behoefte aan heeft kan zij u doorverwijzen naar bijvoorbeeld maatschappelijk werk of een psycholoog.

Preoperatief Anesthesiologisch Spreekuur (PAS)

De anesthesioloog maakt een inschatting van het operatierisico en moet goedkeuring geven voor de geplande ingreep. Ook krijgt u hier informatie over de gang van zaken rondom de operatie, o.a. over de narcose en de pijnbestrijding. Als de anesthesioloog het nodig vindt kunnen er nog aanvullende onderzoeken afgesproken worden. Wanneer uw lichamelijke conditie zeer slecht is, kan dit soms een reden zijn om u niet te opereren. Soms wordt dan een extra afspraak (PAS plus) gemaakt met de anesthesioloog, de arts van de intensive care en de chirurg om samen met u de risico's in te schatten.

Fysiotherapie

U krijgt een afspraak bij de fysiotherapeut voor een conditietest. Daarmee beoordeelt de fysiotherapeut uw fitheid. Als dat nodig is bespreekt de fysiotherapeut met u een trainingsschema, zodat u in een goede conditie bent voor de operatie. Uit onderzoek blijkt dat u sneller herstelt na de operatie als u in een goede conditie bent. U krijgt ook instructies over de ademhalingstechniek na de operatie.

Eten en drinken

De dag voor de operatie mag u nog gewoon eten en drinken.





7. De opname

Ondergaat u een subtotale maagresectie, dan wordt u nuchter opgenomen op de dag van de operatie. Ondergaat u een totale maagresectie, dan meldt u zich om 19.30 uur op de verpleegafdeling op de dag voor de operatie. Als u op een andere tijd moet komen, hoort u dit van de secretaresse van de arts. Voor de ingreep is het noodzakelijk dat u nuchter bent. Dit betekent dat u vanaf middernacht (12 uur 's nachts) niet meer mag eten en drinken. De anesthesioloog geeft u hierover meer informatie. De avond voor de operatie en een paar uur voor de operatie krijgt u een koolhydratendrankje. Dat krijgt u niet als u diabetes hebt. De anesthesioloog heeft met u besproken welke medicatie u de ochtend van de operatie nog in mag nemen. Gebruikt u bloedverdunnende middelen? Overleg met uw behandelend arts of u hier voor de operatie mee moet stoppen. Neem de medicatie die u thuis gebruikt mee naar het ziekenhuis, liefst in de originele verpakking.

8. Na de opname

Na de operatie belt de arts uw contactpersoon om te vertellen hoe de operatie gegaan is. Direct vanuit de operatiekamer gaat u naar de uitslaapkamer. Daar blijft u gemiddeld anderhalf uur, afhankelijk van uw conditie. Daarna gaat u weer terug naar de verpleegafdeling. Soms is het nodig vanwege uw voorgeschiedenis (hart- en/of longproblemen) dat u na de operatie naar de intensive care gaat voor extra observatie. Als de situatie het toelaat gaat u weer terug naar de verpleegafdeling. U kunt zelf meehelpen aan uw herstel. Daarom is het belangrijk dat u weet wat u wel en niet mag doen na de operatie. De verpleegkundige legt u dit uit.

Een aantal zaken is alvast goed om te weten:

Pijnstilling

Een operatie doet pijn. Goede pijnstilling is daarom belangrijk voor uw herstel. De eerste dagen krijgt u pijnstilling in de vorm van tabletten (gemalen), morfinepomp of een epiduraal katheter (dit is een slangetje in de rug). Goede pijnstilling is van belang om goed door te kunnen ademen, op te hoesten en te bewegen. Geef daarom duidelijk aan wanneer u pijn heeft.

Bewegen

Voor uw herstel is het belangrijk om snel te starten met bewegen. De verpleegkundige en fysiotherapeut helpen u daarbij. Op de avond van de operatie gaat u al even op de rand van het bed of stoel zitten. Dit wordt in de dagen daarna uitgebreid. Daarna gaat u oefenen met lopen, zodat u zich zo snel mogelijk weer zelfstandig kunt redden.

Voeding

Na een subtotale maagresectie mag u na de operatie helder vloeibaar drinken en de dagen daarna uitbreiden naar vloeibaar eten en vervolgens mag u beginnen met gemalen voedsel. Na een totale maagresectie mag u de dag na de operatie voorzichtig beginnen met het drinken van slokjes water en de dagen daarna geleidelijk uitbreiden naar helder vloeibaar drinken, gemalen voedsel en vervolgens mag u beginnen met vast voedsel. De sondevoeding wordt na de operatie gestart.

Dumping

Door de operatie aan uw maag komt het voedsel sneller in de darm. Daardoor hebt u veel eerder een vol gevoel en kan uw eten te snel worden opgenomen (dumpingklachten).





Daarom kunt u het beste verdeeld over de dag kleine hoeveelheden eten, langzaam eten en goed kauwen. De diëtiste begeleidt u hierbij.

Diarree

Na de operatie gaat uw voedsel sneller door het spijsverteringskanaal. Soms wordt het eten hierdoor minder goed met gal en vloeistof van de alvleesklier vermengd. Hierdoor verteert uw eten minder goed en kunt u diarree krijgen.

Gallige reflux / zuurbranden

De inhoud van de dunne darm kan terugstromen naar de maag of slokdarm wanneer de sluitspier van de maag verwijderd is, dit noemt men gallige reflux. De voedselbrij is dan al vermengd met galvloeistof en alvleeskliersap. Dit geeft een branderig, drukkend of krampachtig gevoel achter het borstbeen. Dit komt met name voor bij plat liggen en bukken. U kunt dus beter niet meer plat in bed liggen, maar de hoofdsteen van uw bed iets omhoog doen of een kussen onder de matras leggen, zodat uw bovenlichaam iets hoger ligt. Ook kunt u beter niet veel meer eten of drinken vlak voor u naar bed gaat.

Sondevoeding

Tijdens de totale maagresectie heeft u een jejunostomie-katheter gekregen, waardoor u sondevoeding krijgt tot u zelf weer voldoende kunt eten. Als u weer voldoende kunt eten en uw gewicht stabiel blijft, kan de jejunostomie-katheter verwijderd worden. Dit kan op de polikliniek of door uw huisarts gedaan worden.

Weefselonderzoek

Al het weefsel dat tijdens de operatie verwijderd is, wordt opgestuurd en onderzocht door de patholoog. Het duurt één week tot tien dagen voor de uitslag bekend is. U krijgt de uitslag van de arts tijdens het eerste polikliniekbezoek of tijdens de opname.

9. Naar huis

Als u voldoende hersteld bent kunt u weer naar huis, gemiddeld is dat na vier tot zeven dagen. Uw arts bespreekt dat met u. Soms hebt u thuis ondersteuning van de thuiszorg nodig of is het beter dat u eerst naar een revalidatiecentrum gaat om verder te herstellen. De verpleegkundige bespreekt dit met u en regelt het ontslag. Voordat u naar huis kan is het belangrijk dat:

- > U goede pijnstilling heeft met tabletten.
- > U weet hoe u de jejunostomie-katheter moet doorspoelen, zie ook de folder 'Met jejunostomie-katheter naar huis'.
- > Als de thuiszorg, sondevoeding en voedingspomp geregeld zijn. Uw huisarts krijgt bericht van de opname, het verloop van de operatie en uw ontslag.

10. Problemen na ontslag

Bij de volgende klachten moet u contact opnemen:

- > koorts
- > pijn
- > nabloeding uit de wond
- > pus uit de wond

De eerste 5 dagen na het ontslag kunt u contact opnemen met de verpleegafdeling. Na 5 dagen kunt u contact opnemen met uw huisarts of de dokterswacht.





11. Weer thuis

Na uw ontslag uit het ziekenhuis kunt u thuis verder herstellen. U kunt in uw eigen tempo uw dagelijkse bezigheden weer oppakken. Houdt u er rekening mee dat uw lichaam tijd nodig heeft om te herstellen, u mag daarom de eerste twee weken geen zware activiteiten verrichten, daarna mag u weer opbouwend beginnen. Voor uw herstel is het belangrijk om voldoende rust te nemen. Soms is het daarom verstandig om afspraken te maken over bezoek of bezoektijden in te stellen.

Weer aan het werk

Zodra u zich daartoe in staat voelt, kunt u weer aan het werk. Wanneer dat is hangt af van uw herstel en van het werk dat u doet. Dit gebeurt meestal in overleg met uw leidinggevende of de arbo-arts. Soms valt de terugkeer naar uw werk tegen door praktische of emotionele zaken. Voor informatie over begeleiding kunt u contact opnemen met de verpleegkundig consulent.

Vermoeidheid

Het is normaal dat u na de ziekte en operatie vermoeid bent. Als u voldoende rust neemt, gaat de vermoeidheid meestal weer over. Soms gaat de vermoeidheid echter niet over en belemmert deze u bij het dagelijks functioneren. De vermoeidheid kan dan invloed hebben op (de relatie met) uw partner en/of gezin, uw sociale contacten of de terugkeer naar uw werk. Bespreekt u dit vooral met uw behandelend arts of huisarts.

In de folder 'Vermoeidheid na kanker' van het KWF vindt u meer informatie en tips.

Vervolgtraject

In principe wordt u vervolgd op de polikliniek. In het eerste jaar komt u elke drie maanden bij de chirurg, in het tweede jaar elk halfjaar en daarna elk jaar. Er wordt geen standaard aanvullend onderzoek verricht bij deze controles, behalve bij de controle van het bloed op vitamines en bloedgehalte. Als er tijdens het polibezoek klachten naar voren komen kan daar gericht onderzoek naar gedaan worden.

Vitamine B-12

Een operatie waarbij (een gedeelte van) de maag verwijderd is, kan invloed hebben op de opname vitamine B12. Het vitamine B12-gehalte in uw bloed wordt na de operatie regelmatig gecontroleerd door uw chirurg. Wanneer het gehalte in het bloed te laag is, schrijft de arts u tabletten voor.

12. Informatie op internet

Op internet is veel informatie te vinden over kanker en alles wat daarbij komt kijken. Niet alle informatie is betrouwbaar of is op u van toepassing. Uw situatie kan anders zijn dan wat op internet beschreven is.

Betrouwbare websites zijn:

- > www.kwf.nl (informatie over kanker)
- > www.ipso.nl (overzicht van inloophuizen en therapeutische centra in Nederland)
- > www.oncosupport.nl (inloophuizen in Leeuwarden)
- > www.revalidatie-friesland.nl (informatie over revalidatiemogelijkheden)
- > www.kanker.nl (betrouwbaar digitaal platform over kanker)
- > www.spks.nl (stichting voor patiënten met kanker aan het spijsverteringskanaal)





- > www.kankerspoken.nl (site voor kinderen/jongeren met een ouder met kanker; ook voor hulpverleners)

13. Tot slot

Heeft u nog vragen naar aanleiding van deze folder, dan kunt u contact opnemen met de verpleegkundig consulent MDL-oncologie of uw behandelend arts.

