

Antireflux ingreep Nissen

Laparoscopisch



AZ Voorkempen

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Inhoud

1. De maag en haar werking.....	4
2. Preoperatieve onderzoeken	4
3. Voorbereiding voor de operatie.....	5
4. De ingreep.....	5
5. Pijnmeting.....	6
6. Verwikkelingen.....	7
7. Na de operatie.....	7
8. Ontslag.....	8
9. Contactgegevens bij vragen.....	9
10. Persoonlijke notities.....	9

Graag duiden wij je op het belang van goede informatie voorafgaand aan je ingreep. Wij raden je dan ook ten eerste aan deze folder grondig door te nemen. Hebben jij of je familie nog bijkomende vragen, aarzel dan niet om je behandelende arts aan te spreken of neem contact op met de dienst heekunde 2 (zie contactgegevens verder in deze folder).

Het is belangrijk om **je thuismedicatie** mee te brengen naar het ziekenhuis. Gelieve ook deze brochure mee te brengen. Je hebt ze nodig om je pijn goed op te volgen.

Tijdens de dagelijkse verzorging en tijdens de zaalronde van de arts, krijg je uitleg over het verdere verloop van je verblijf.

1. De maag en haar werking

De maag is een reservoir waarin ons voedsel terechtkomt nadat het door de keel en de slokdarm is gegaan. In de maag wordt het voedsel tot een brij gekneet en vermengd met maagsappen. Dat is het begin van de vertering. De maag geeft haar inhoud vervolgens via een sluitspier (pylorus) in telkens kleine porties door aan de twaalfvingerige darm. Wanneer een deel van de maaginhoud (zuur) terugvloeit naar de slokdarm spreken we van gastro-oesofagale reflux. Door die reflux kunnen slokdarm-letsels ontstaan, bijvoorbeeld een ontsteking.

Wanneer is een ingreep nodig?

De beslissing om een heelkundige ingreep uit te voeren, wordt bepaald door de vraag of de zuurreflux naar de slokdarm chronisch is of niet en door het resultaat van de gastroscopie (inwendig onderzoek van de maag) en van de RX-opname van slokdarm en maag.

2. Preoperatieve onderzoeken

Indien nodig heeft de arts preoperatieve onderzoeken voorgeschreven. Deze onderzoeken moeten zijn gebeurd voor de opname en de uitslagen moeten ter beschikking zijn in het ziekenhuis bij de opname.

Belangrijk: 6 uren voor de operatie mag je niet meer eten of drinken en tot 24 uur voor de operatie mag je niet meer roken. Belangrijke thuismedicatie mag je **na overleg met de behandelend arts** 's morgens innemen met een slokje water.

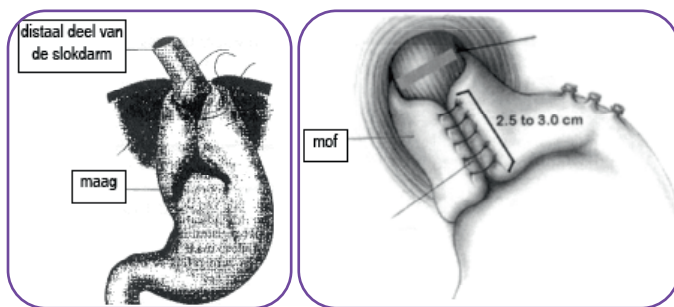
3. Voorbereiding voor de operatie

Bij opname wordt gevraagd om een anamneseblad in te vullen. Het anamneseblad wordt samen met de opnameverpleegkundige overlopen en er wordt informatie gegeven over de ingreep en het verdere verloop.

Op de kamer krijg je een operatiehemd aan. De operatiestreek wordt onthaard. Alle juwelen moeten worden uitgedaan evenals eventuele tandprotheses, bril, lenzen en make-up. Minstens één vingernagel moet gellak vrij zijn (ook geen gelnagel). Voor je naar de operatiekamer vertrekt, probeer je nog te plassen. Je wordt met het bed naar de operatiezaal gebracht.

4. De ingreep

Er zijn twee methoden om de ingreep uit te voeren: een laparoscopie of kijkoperatie ofwel een klassieke insnede. Je chirurg zal met je bespreken wat in jouw geval het beste is.



De techniek van deze ingreep (Nissen-Rosetti of 360° fundoplastie) bestaat erin de voorwand van het bovenste deel van de maag (de maagdundus) los te maken, rond de slokdarm te draaien en vast te hechten. We spreken van een "mof" rond de slokdarm die dienst doet als klep om te beletten dat er nog maaginhoud naar de slokdarm kan vloeien. Indien de patiënt een maagbreuk heeft, wordt ook die hersteld. De ingreep duurt ongeveer twee uur.

De laparoscopie

Als voorbereiding op de ingreep word je onder algemene verdoving (narcose) gebracht en krijg je een sonde in de maag en de blaas. Het inbrengen en weer verwijderen van de sondes gebeurt terwijl je onder narcose bent.

Bij deze operatie maakt de chirurg gebruik van een videocamera en speciale instrumenten en hoeft hij geen grote insnede te maken. In plaats daarvan maakt hij enkele (vijf) kleine insneden. De buikholte wordt opgevuld met gas (kooldioxide) om een goed overzicht van de buikorganen te krijgen. De chirurg kan met behulp van een speciaal instrument (laparoscoop) in de buik kijken via de videomonitor. Elke insnede wordt gebruikt om een bepaald instrument in de buikholte in te brengen en ermee te werken.

De klassieke methode

Bij deze operatie maakt de chirurg een insnede in de lengte, dit wil zeggen van boven naar beneden in de bovenbuik. De ingreep gebeurt onder algemene verdoving.

5. Pijnmeting

Op de afdeling zal de verpleegkundige naar je pijn vragen. Het is belangrijk dat je zelf aangeeft hoeveel pijn je ervaart. Denk hierbij aan; kan ik goed slikken, doorademen, hoesten, bewegen, stappen ... Dit zijn activiteiten die van belang zijn voor een spoedig herstel.

Om een duidelijk beeld te krijgen van je pijn maakt de verpleegkundige gebruik van een score die gaat van 0 tot 10 (al dan niet gebruikmakend van een latje).

- 0 = geen pijn, ook niet bij hoesten, bewegen, stappen en ademen
- 3 = normale pijn na een operatie
- 5 = pijnmedicatie om comfort te verbeteren bij hoesten, bewegen, stappen en ademen
- 7 = zeer hevige pijn
- 10 = onvoorstelbare pijn

Na toediening van pijnmedicatie vraagt de verpleegkundige nog een aantal keren naar je pijn. Het is daarbij van belang dat je duidelijk aangeeft wanneer de pijn meer of minder wordt. Verdere pijnbehandeling wordt mede hierdoor bepaald.

6. Verwikkelingen

Zoals bij elke chirurgische ingreep bestaat er ook hier een kans op verwikkelingen. Dat kunnen de normaal voorkomende risico's zijn zoals nabloeding, wondinfectie, flebitis (aderontsteking), trombose (klontervorming in een ader) en longembolie. Om flebitis en trombose te voorkomen, krijgen de patiënten ouder dan 40 jaar dagelijks een inspuiting in de bovenarm en indien nodig steunkousen.

Naast de algemene verwikkelingen kunnen zich ook problemen voordoen die typisch zijn voor deze ingreep:

- Te sterke vernauwing van de doorgang ter hoogte van de slokdarm; de eerste weken wordt dit veroorzaakt door een voorbijgaande zwelling van de weefsels (oedeemvorming). Indien het probleem blijft, kan dit te wijten zijn aan het te stevig aanspannen van de mof.
- Een scheur in de slokdarm of de maag; deze verwikkeling komt echter zeer zelden voor.

Andere nadelen die je kunt ervaren:

- niet kunnen opboeren
- meer flatulentie (winden)

7. Na de operatie

De ongemakken die je ervaart, zijn meestal meer uitgesproken bij een klassieke ingreep dan bij een laparoscopische ingreep. De eerste dagen na de operatie kunnen de wonden pijnlijk zijn, zeker wanneer je beweegt of hoest. De eerste dag krijg je om de zes uur een pijnstillertoegevend. Indien nodig kun je de verpleegkundige om een extra pijnstillertoegevend vragen, zodat je toch in staat bent goed te bewegen en goed door te ademen.

Na de operatie krijg je zuurstof toegevend via een slangetje in de neus tot de volgende morgen, wat het ademen vergemakkelijkt. De kinesitherapeut komt dagelijks bij je langs om je te helpen goed te ademen.

De operatie en de narcose kunnen tot gevolg hebben dat je misselijk bent. Ook hiervoor kun je een geneesmiddel vragen aan de verpleegkundige. Drinken mag vanaf de dag na de operatie. De lippen natmaken of een ijsblokje opzuigen mag vanaf vier uur na de operatie. Om ervoor te zorgen dat je voldoende vocht krijgt, heb je een infuus in de arm. Zodra je weer voldoende kunt drinken, wordt het infuus verwijderd.

Eten mag je vlak na de operatie nog niet. Zodra de chirurg toestemming geeft, wordt gestart met lopende voeding (gemixte voeding, papjes ...). Elke dag komt een diëtiste bij je langs om je maaltijd te bespreken.

De eerste keer uit bed komen na een ingreep is steeds een moeilijk moment. Dit gebeurt best in het bijzijn van een verpleegkundige. Daarna kun je het alleen proberen als je jezelf goed genoeg voelt.

De dag na de operatie kun je met de verpleegkundige bespreken of je in staat voelt jezelf geheel of gedeeltelijk te wassen. Is dat niet het geval, dan zal de verpleegkundige je verzorgen. Diezelfde dag zal de verpleegkundige ook je wond verzorgen wanneer het verband vuil is geworden.

Na de operatie worden je bloeddruk en pols in het oog gehouden. De verpleegkundige kijkt ook na of je kunt urineren, stoelgang en/of winden kunt maken, of je koorts hebt. Indien je nog andere ongemakken ervaart, dan meld je dit best aan de verantwoordelijke verpleegkundige en de arts.

8. Ontslag

Na een laparoscopische ingreep kun je de tweede of de derde dag weer naar huis. De precieze duur van je verblijf in het ziekenhuis hangt af van je gezondheidstoestand. Na een klassieke operatie blijf je enkele dagen langer in het ziekenhuis.

Gedurende de eerste drie weken is het best sport en hefwerk (van meer dan 5 kg) te vermijden om later geen littekenbreuk te krijgen. Wanneer je terug aan het werk mag, hangt af van het soort arbeid dat je verricht.

De wonde behoeft geen speciale verzorging. Bij een laparoscopische ingreep mogen de hechtingen worden verwijderd na een week, bij een klassieke ingreep na tien dagen. Je kunt hiervoor terecht bij je huisarts. Het verband dat de huisarts na het verwijderen van de hechtingen aanbrengt, laat je best nog drie dagen ter plaatse. Nadien mag de wonde onbedekt blijven. Intussen kun je jezelf gewoon wassen of douchen. Een bad nemen is pas toegelaten een week nadat de hechtingen zijn verwijderd.

Vooraf de eerste weken is het belangrijk dat je voeding neemt die vlot kan passeren, zoals de lopende voeding die je in het ziekenhuis kreeg. Ook nadien kun je problemen vermijden door goed te kauwen, veel te drinken tijdens het eten en langzaam te eten.

Ongeveer drie weken na je ontslag dien je voor een controleraadpleging naar het ziekenhuis te komen.

9. Contactgegevens bij vragen

Heb je bij het doorlezen van de folder toch nog bijkomende vragen? Stel ze dan gerust! Je kan de **dienst heelkunde 2** contacteren:

- Tel. 03 380 23 70

Neem ook zeker een kijkje op onze website www.azvoorkempen.be. Je vindt er o.a. meer praktische informatie terug. Ook voor financiële informatie kun je hier terecht.

10. Persoonlijke notities

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

