Darmchirurgie bij IBD

Ziekte van Crohn

Colitis Ulcerosa

Chirurgie IJsselland Ziekenhuis
i.s.m. de afdeling Maag-darm-Leverziekten van
het IJsselland Ziekenhuis en het Erasmus Medisch
Centrum en met het IBD Expertise Centrum

ijsselland ziekenhuis

Samen maken we het verschil.

ysl.nl 010 258 5000

Patiënteninformatie

In deze folder

1 Inleiding 2

2 Samenwerking afdelingen Maag en Darm chirurgie 3
2.1 Behandelteam

3 De darmen, aandoeningen en -operaties 5
3.1 Dunne darm, dikke darm en endeldarm
3.2 Inflammatoire darmziekten
3.3 Darmoperaties
3.4 Risico's bij darmoperaties

4 Gesprekken met diverse zorgverleners 18
4.1 Gesprek met de chirurg
4.2 Gesprek met de stomaverpleegkundige
4.3 Gesprek met de IBD consulent
4.4 Gesprek met de anesthesioloog
4.5 Gesprek met de opnameverpleegkundige

5 De opnamedag 23

6 De operatiedag 25

7 De dagen na de operatie – LOGBOEK 29

8 Ontslag uit het ziekenhuis 34
8.1 Wanneer kunt u met ontslag?
8.2 Algemene leefregels na ontslag
8.3 Wondzorg
8.4 Bewegen na ontslag
8.5 Telefonisch contact na ontslag
8.6 Controle op de polikliniek

9 Antwoord op veel gestelde vragen 37

10 Heeft u nog vragen? 39

1. Inleiding

Binnenkort wordt u opgenomen voor een darmoperatie. U heeft Colitis Ulcerosa of de Ziekte van Crohn en er is vastgesteld dat u een darmoperatie nodig heeft. Hiervoor bent u door uw MDL-arts, meestal vanuit het IJsselland Ziekenhuis of via het Erasmus MC, verwezen naar de chirurg. De chirurg zal met u alle belangrijke zaken over de operatie, waarbij (een deel) van uw dunne darm, dikke darm of endeldarm verwijderd zal worden, bespreken.

Het IJsselland Ziekenhuis werkt volgens de nieuwste inzichten en procedures op het gebied van darmoperaties. Wat deze inhouden kunt u lezen in Hoofdstuk 3.

De reden voor de noodzaak van een darmoperatie is voor iedereen anders. De meest voorkomende redenen zijn:

- Geen of onvoldoende reactie op medicatie (refractaire ziekte) waarbij de ontsteking van (een deel) van de darm niet (meer) met medicijnen onder controle te krijgen is.
- Het ontwikkelen van een kwaadaardige tumor of een voorstadium daarvan
- Passageklachten door vernauwingen
- Abcessen of fistels

Het is belangrijk u te realiseren dat het gehele proces rondom een operatie en het herstel daarvan voor iedereen anders kan zijn. Daarom worden vragen over uw specifieke situatie met de arts of de gespecialiseerde verpleegkundige besproken. Deze folder is een algemene uitleg rondom de samenwerking tussen de afdelingen Maag-, Darm-, Chirurgie van het IJsselland Ziekenhuis (YSL) in Capelle aan den IJssel, en het Erasmus Medisch Centrum (Erasmus MC) in Rotterdam.

2. Samenwerking met de afdelingen Maag en Darm Chirurgie van het IJsselland Ziekenhuis (YSL) en het Erasmus Medisch Centrum (Erasmus MC)

De Maag- en Darmchirurgen van het YSL werken nauw samen met de Maag-, Darm- en Leverartsen (MDL artsen) van het Erasmus MC en van het IJsselland Ziekenhuis zelf. Samen vormen IBD-chirurgen en MDL-artsen het IBD behandelteam. Elke patiënt bij wie een operatie mogelijk noodzakelijk (of een optie) is, wordt besproken in een gezamenlijk overleg. Alle behandelopties - zowel met medicijnen als met operatie - worden dan besproken om tot een persoonlijk behandelvoorstel komen. Soms is aanvullend onderzoek noodzakelijk om tot een plan te komen.

Het kan dus zijn dat u vanuit het Erasmus MC naar de chirurg in het IJsselland Ziekenhuis wordt verwezen voor uitleg (counseling) over een eventuele operatie en het ondergaan van de operatie zelf. Ook in het geval van een spoedoperatie waarbij u niet meer fit genoeg bent om naar het IJsselland te komen of wanneer u andere academische zorg behoeft, zal mogelijk een van de chirurgen uit het IJsselland Ziekenhuis (mee)opereren in het Erasmus MC.

Gezamenlijk zorgen wij op deze manier voor de optimale en ‘op maat gemaakte’ zorg om u.

Globaal kunt u er van uitgaan dat de chirurg 3 maanden **na de operatie** de zorg voor u op zich neemt. Indien noodzakelijk zult u in deze periode ook door uw MDL arts (in het Erasmus MC of IJsselland Ziekenhuis) gezien worden. Na 3 maanden wordt de zorg in principe weer volledig over genomen door de verwijzend MDL arts, tenzij anders met u wordt afgesproken.

2.1 Behandelteam

Het is belangrijk u te beseffen dat er meerdere artsen en verpleegkundigen betrokken zijn bij de behandeling rond patiënten met IBD. Hieronder vindt u een overzicht van de hoofdbehandelaars van IBD zorg van onze ziekenhuizen.

Rondom de operatie kan het tijdens de opname nodig zijn om een MDL arts klinisch te raadplegen. Het betreft dan altijd een MDL-arts uit het IJsselland Ziekenhuis, ook wanneer bent verwezen door het Erasmus MC. Uiteraard vindt er laagdrempelig overleg plaats tussen betrokken partijen.

Chirurgie IJsselland Ziekenhuis / EMC

Chirurgen
Verpleegkundig specialist IBD
Stoma-care verpleegkundigen
IBD consulent

Maag-, darm-, leverziekten IJsselland Ziekenhuis

MDL artsen
Physician assisteant IBD
IBD verpleegkundige

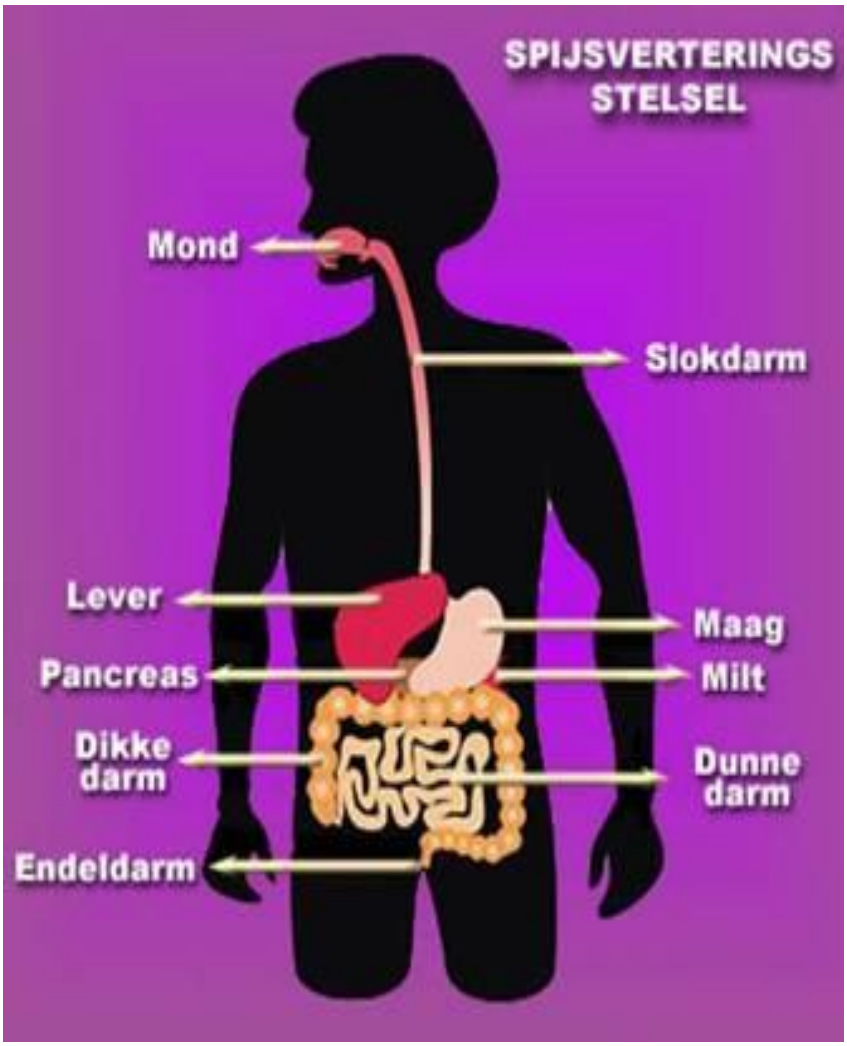
Maag-, Darm- en Leverziekten Erasmus MC

MDL artsen EMC
Verpleegkundige specialist IBD
IBD verpleegkundigen
Stoma-care verpleegkundigen

Wetenschappelijke ondersteuning

Arts-onderzoeker EMC en IJsselland Ziekenhuis

3. De darmen, aandoeningen en darmoperaties



Hierboven ziet u schematisch het hele spijsverteringsstelsel weergegeven. Het voedsel start in de mond en komt via de slokdarm, maag, dunne darm, dikke darm en uiteindelijk de endeldarm als ontlasting weer naar buiten. In de lever en de alvleesklier (het pancreas) worden verteringsenzymen aangemaakt die het voedsel afbreken in hele kleine stukjes waardoor de voedingsstoffen in de dunne darm kunnen worden opgenomen.

3.1 Dunne darm, dikke darm en endeldarm

Voedsel komt via uw slokdarm en maag in de dunne en dikke darm terecht. In de dunne darm wordt het voedsel verteerd en opgenomen in het lichaam. De dunne darm is ongeveer 3-5 meter lang. De dikke darm is het laatste deel van ons spijsverteringskanaal. In de dikke darm worden mineralen en vocht weer “geresorbeerd”, dat wil zeggen: opgenomen in het lichaam. Daardoor dikt de inhoud in tot normale ontlasting.
De endeldarm slaat de ontlasting op en zorgt samen met de sluitspier voor het kunnen ophouden van ontlasting.

De dikke darm is ongeveer een meter lang.
In de dikke darm onderscheiden we een aantal delen:

- Rechtsonder in de buik ligt het einde van de dunne darm (ileum) en het begin van de dikke darm (coecum; **A**) waaraan de blinde darm (appendix) vastzit.
- Rechts in de buik, tot aan de lever, loopt het opstijgende deel van de dikke darm (colon ascendens; **B**).
- Bij de lever maakt de dikke darm een bocht en loopt onder de maag door naar links. Dit is het dwars lopende deel (colon transversum; **C**).
- Vervolgens maakt de dikke darm opnieuw een bocht en loopt links in de buik naar beneden: het dalende deel (colon descendens; **D**).
- Dit gaat over in een S-bochtig gedeelte van de dikke darm (sigmoïd; **E**).
- Het laatste deel van de dikke darm bestaat uit de endeldarm (rectum; **F**), die eindigt met de sluitspier (anus).

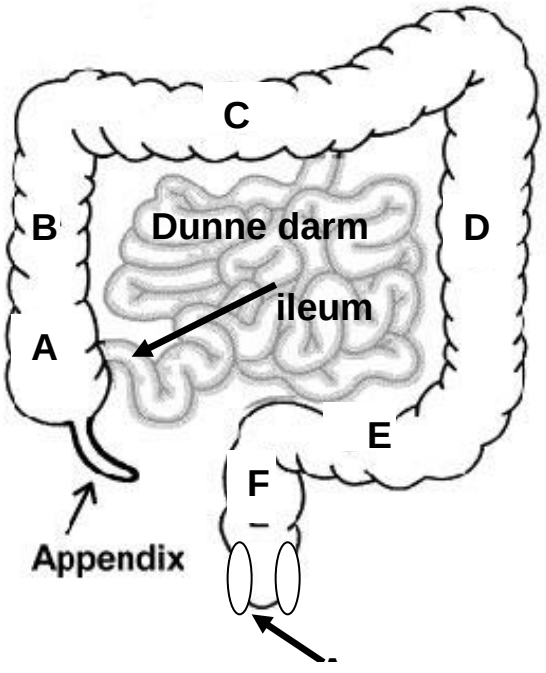


Fig 1. Anatomie van de darmen

3.2 Inflammatoire darmziekten

In Nederland hebben ruim 80.000 mensen een chronische darmontsteking. Naar schatting heeft iets meer dan de helft hiervan colitis ulcerosa en iets minder dan de helft de ziekte van Crohn.

3.2.1 De Ziekte van Crohn

De Ziekte van Crohn wordt meestal ontdekt tussen 15 en 30 jaar. Het kan echter op elke leeftijd ontstaan. Het komt iets vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Ongeveer een vijfde tot een kwart van de patiënten is jonger dan 20 jaar. De Ziekte van Crohn komt zelden voor bij kinderen onder de 5 jaar.

De Ziekte van Crohn kan voorkomen in het hele spijsverteringskanaal, dus van mond tot anus. Ook kan de ziekte zich uiten buiten de darm met ontstekingen van andere delen van het lichaam (bijvoorbeeld huid, ogen). De oorzaak van de Ziekte van Crohn is onbekend. Meestal wordt de ziekte met medicijnen behandeld, soms is een operatie noodzakelijk. Daarbij wordt alleen het aangetaste deel weggehaald of verwijd. Na de operatie wordt opnieuw naar uw medicatiegebruik gekeken (zie hoofdstuk 3.3.5.).

3.2.2 Colitis ulcerosa

Colitis ulcerosa is een ontsteking die zich beperkt tot het slijmvlies van de dikke darm en endeldarm. Ook hier is de oorzaak onbekend en kan de ontsteking meestal met medicijnen goed behandeld worden. Soms is een operatie noodzakelijk. In dat geval moeten vaak de hele dikke darm en endeldarm verwijderd worden. Na de operatie wordt opnieuw naar uw medicatiegebruik gekeken (zie hoofdstuk 3.3.5.).

3.2.3 Klachten van darmaandoeningen

De klachten die bij darmaandoeningen optreden, zijn sterk afhankelijk van de aard en de plaats van de aandoening. Bij Crohn en Colitis ulcerosa kan het gaan om veelvuldige diarree, buikpijn, een opgezette buik, juist passageklachten door vernauwingen, aandranggevoelens, bloed- of slijmverlies uit de anus, bloedarmoede. Vaak hebt u last van een combinatie van deze klachten.

3.3 Darmoperaties

Tijdens de operatie wordt het zieke deel van uw darmen verwijderd of de vernauwing opgeheven. Er zijn verschillende manieren om te opereren. Bij elke patiënt moet nauwkeurig worden bepaald welke manier voor u het beste is, en in de mogelijkheden ligt. Het operatie-traject wordt voor iedereen afzonderlijk bepaald en is afhankelijk van vele factoren. Wij noemen dat persoonlijke *'op maat gemaakte zorg'*.

3.3.1 Operatietechnieken

Er zijn 2 verschillende operatietechnieken mogelijk:

1) de traditionele (**open**) manier, met een lengtesnee in uw buik, of
2) door middel van een **kijkoperatie** (laparoscopische operatie). Hierbij worden een camera en andere operatie-instrumenten via enkele gaatjes in uw buik naar binnen gebracht en wordt het zieke deel van de darm uit het lichaam verwijderd.

Bij de keuze voor operatietechniek spelen vooral de volgende factoren een rol:

- Eventuele eerdere operaties met daarbij de kans op verklevingen in de buik;
- De uitgebreidheid van de ontsteking met daarbij ontstekingen, abcessen of verbindingen (fistels) met andere darmdelen of organen.

Uw behandelend arts zal de verschillende mogelijkheden met u bespreken. Meestal wordt er gestart met een kijkoperatie, maar kan het tijdens de operatie noodzakelijk zijn om alsnog om te zetten in een open operatie.

Bij alle operaties bestaat er een kans op een (tijdelijk) stoma.

3.3.2 Tijdelijk of blijvend stoma

Een stoma is een darmuitgang door de buikwand op de buik. Een stoma kan op de dikke darm of dunne darm worden aangelegd.

Een **enkelloops** (of eindstandig) stoma heeft één opening. Uit deze opening komt de ontlasting.

Een **dubbelloops** stoma heeft twee openingen. Uit één opening komt ontlasting en uit de andere opening komt wat slijm.



Fig 2. Eindstandig en dubbelloops stoma op de dunne darm

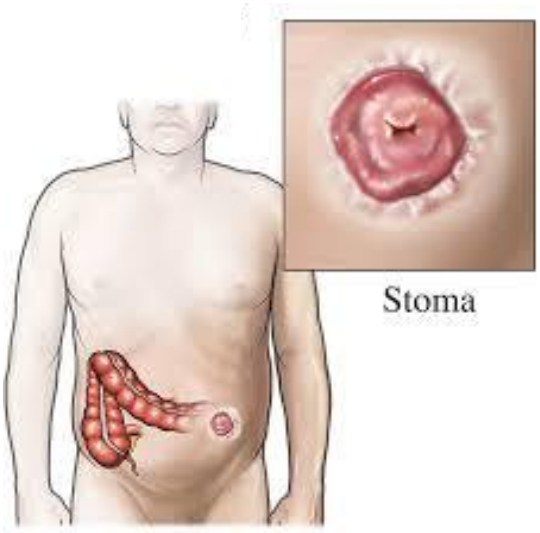


Fig 3. Eindstandig stoma op de dikke darm

Of een stoma tijdelijk of blijvend is, hangt af van de reden waarom u een stoma krijgt. Een tijdelijk stoma kan bijvoorbeeld worden aangelegd om een ontstoken darmdeel rust te geven of om de koppeling tussen de darmdelen (anastomose) te laten genezen na een operatie. Voor de

operatie wordt altijd met u besproken of er een blijvend of tijdelijk stoma moet worden aangelegd.
Als dit tevoren is besproken en uw ziekte dit toelaat, zal de chirurg proberen om de darmuiteinden weer met elkaar te verbinden nadat het zieke deel is verwijderd. Soms is dat niet mogelijk en moet er een stoma worden aangelegd.

Verder kan het nodig zijn om bij het optreden van naadlekkage (het niet goed genezen van de koppeling tussen de 2 darmdelen, zie ook paragraaf 3.4) in tweede instantie een tijdelijk stoma aan te leggen.

U krijgt daarom voor élke geplande darmoperatie altijd uitleg over een stoma door de stomaverpleegkundige. Ook zal de stomaverpleegkundige u na de operatie ondersteunen en begeleiden bij het leren omgaan met uw stoma.

3.3.3 Soorten operaties

Afhankelijk van de darmaandoening, die bij u is vastgesteld, zijn er verschillende operaties mogelijk. De chirurg bespreekt met u welke operatie bij u zal plaats vinden. Hieronder worden een aantal mogelijkheden weergegeven.

Ziekte van Crohn

- **Ileocoecaalresectie**

Tijdens deze operatie verwijdert de chirurg het laatste deel van de dunne darm en het eerste deel van de dikke darm. De dunne darm wordt vervolgens weer vastgemaakt aan de rest van de dikke darm.

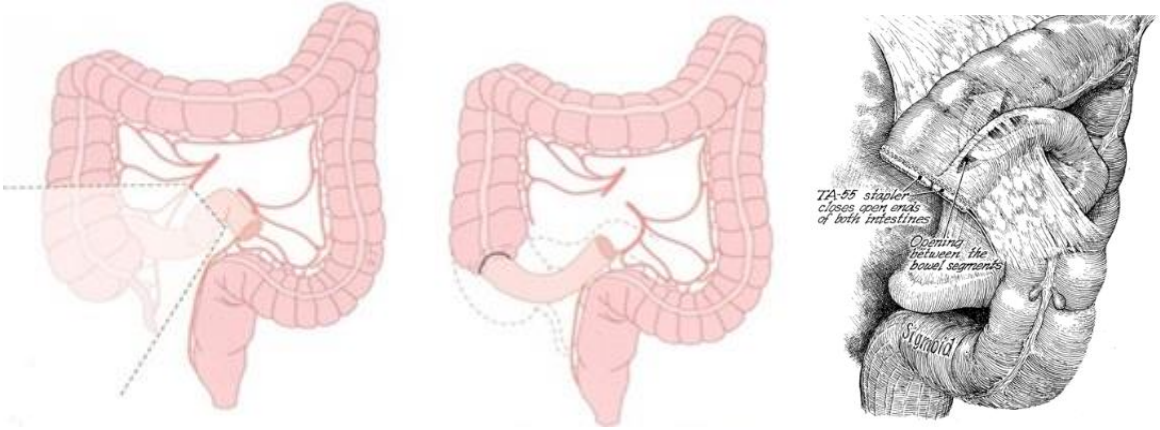


Fig 4. verwijderen van laatste deel dunne darm en eerste deel van de dikke darm (ileocoecaalresectie)

- **Dunne darmresectie**

Tijdens deze operatie verwijdert de chirurg het zieke deel van de dunne darm. Wanneer het zieke deel van de darm is verwijderd, wordt de resterende darm weer aan elkaar vastgemaakt.

Soms is er een vernauwing in de darm, maar hoeft deze niet verwijderd te worden. Er kan dan een operatie worden gedaan waarbij dit deel wordt verwijd (verwijdingsplastiek).

- **Partiële dikke darmresectie**

Tijdens deze operatie verwijdert de chirurg het zieke deel van de dikke darm. Wanneer het zieke deel van de darm is verwijderd, wordt de resterende darm weer aan elkaar vastgemaakt. In het geval van Crohn wordt deze operatie echter weinig toegepast, omdat het risico op terugkeer van de ziekte in het overgebleven deel groot is.

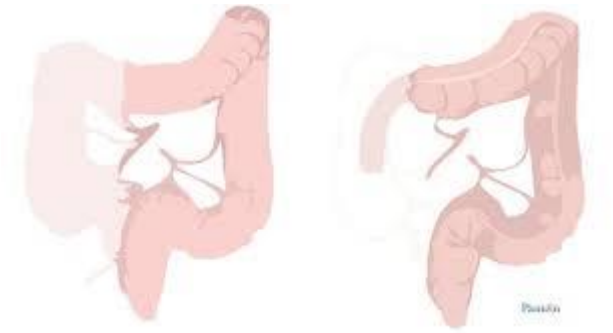


Fig 5. Verwijderen opstijgende deel dikke darm (hemicolectomie rechts)



Fig 6. Verwijderen dalende deel en s-vormige deel van de dikke darm (hemicolectomie links; sigmoidresectie)

- **(Sub)totale colectomie**

Tijdens deze operatie wordt de gehele dikke darm verwijderd, alleen de endeldarm wordt behouden. De dunne darm wordt dan aangesloten op de endeldarm, een zogeheten ileorectale anastomose. Deze aansluiting kan alleen plaatsvinden indien in de endeldarm geen ontsteking

aanwezig is (of in het verleden ontstoken is geweest). Ook moet de dunne darm vrij zijn van ontsteking. Soms is het nodig om (eerst) een tijdelijk stoma aan te leggen op de dunne darm.

Wanneer uw endeldarm (en anus) ook ontstoken is, kan het zijn dat de gehele dikke darm samen met de endeldarm worden verwijderd (totale proctocolectomie). U krijgt dan een definitief eindstandig stoma op de dunne darm.

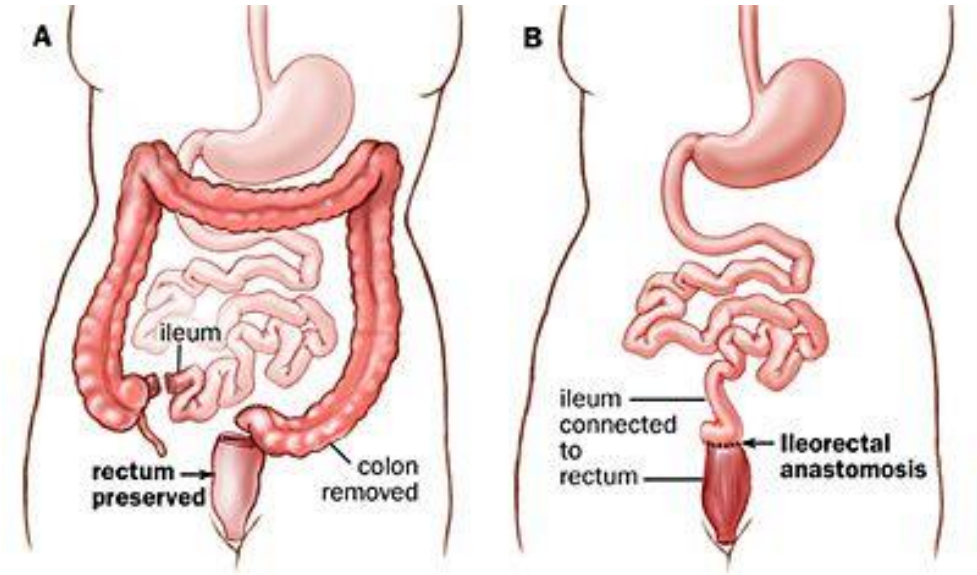


Fig 7. Verwijderen van hele dikke darm (A) met koppeling aan de endeldarm (B) (colectomie met ileorectale anastomose)

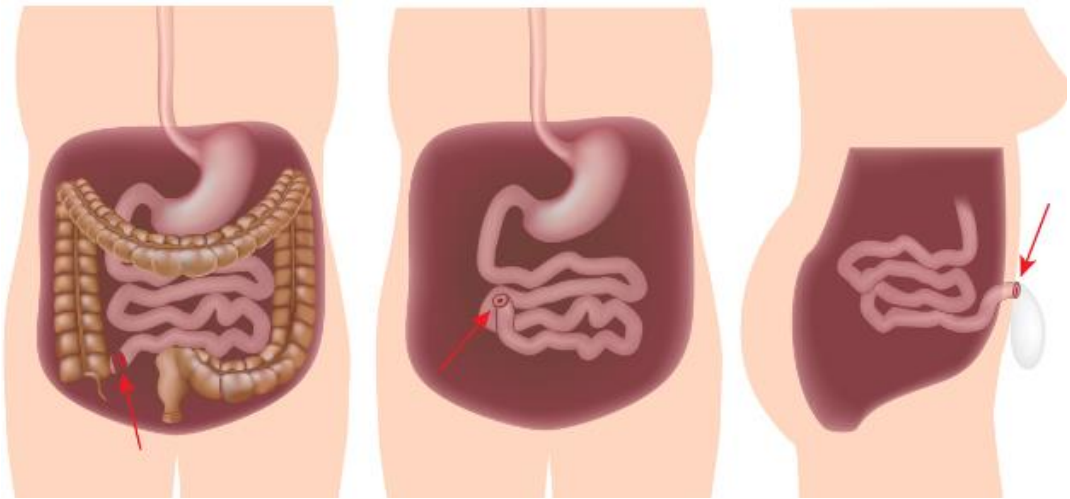


Fig 8. Verwijderen van dikke darm en endeldarm met stoma op de dunne darm (totale proctocolectomie)

Colitis Ulcerosa

Wanneer u niet meer reageert op de medicatie voor uw dikke darm ontsteking, kan het nodig zijn de dikke darm en de endeldarm volledig te verwijderen. Aangezien de darm dan vaak erg ziek is, en daarmee de patiënt, is het vaak nodig meerdere operaties toe te passen.

- *Subtotale colectomie met aanleggen ileostoma*

Meestal wordt tijdens een eerste operatie de gehele dikke darm behalve de endeldarm verwijderd. Het is dan nodig om een ileostoma (dunne darm) aan te leggen, zodat de ontlasting het lichaam kan verlaten. De endeldarm wordt behouden, zodat de mogelijkheid tot reconstructie met een reservoir voor ontlasting: een zogenaamde pouch behouden blijft (Fig. 9; zie ook verder 'pouch reconstructie').

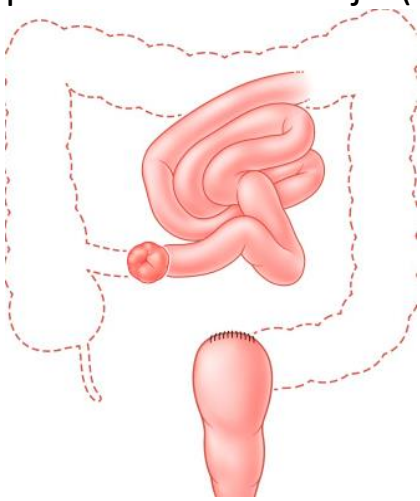


Fig 9. Verwijderen van dikke darm met dunne darm stoma

- *Verwijderen van de endeldarm*

Tijdens de 1e operatie is de gehele dikke darm verwijderd behalve de endeldarm.

Tijdens een 2e operatie wordt dan de endeldarm verwijderd. Indien alleen de endeldarm wordt verwijderd, zal dit, zo mogelijk, helemaal vanaf de onderkant (perineum) worden benaderd. Soms is het wel noodzakelijk om toch een deel via de buik te opereren. Als u het stoma definitief behoudt, zal de anus worden dicht gehecht, u heeft dan geen anus meer (Fig. 8).

- *Pouch reconstructie*

Tijdens de 1e operatie is de gehele dikke darm verwijderd behalve de endeldarm. Tijdens een 2e operatie wordt dan de endeldarm verwijderd en van het laatste stuk van de dunne darm een soort reservoir

geconstrueerd. Hiermee kan de opslagfunctie van de endeldarm wordt nagebootst. Dit reservoir wordt ook wel een ‘pouch ’genoemd (Fig. 2). Meer informatie over deze operatie staat in onze folder ‘Ileo Pouch Anale Anastomose’.

3.3.4. Beoordeling van de weggehaalde darm

De chirurg stuurt altijd het deel van de darm dat is weg gehaald naar de patholoog anatoom om na te gaan of er:
1) nog ziekte activiteit is
2) of de diagnose waarvoor u bent geopereerd inderdaad klopt, en
3) of er geen kwaadaardige cellen in uw darm zaten (dysplasie of darmkanker).
De uitslag van dit weefsel onderzoek kan, al naar gelang de uitslag, invloed hebben op uw nabehandeling.
Gemiddeld duurt het 5 tot 7 werkdagen tot de uitslag van het weefselonderzoek bekend is. Het kan zijn dat deze uitslag poliklinisch aan u wordt meegedeeld. Daarom adviseren wij iemand mee te nemen naar deze policontrole. Als u nog opgenomen bent, zal uw arts de uitslag tijdens uw opname daar vertellen. Ook dan achten wij het zinvol dat uw contactpersoon bij dit gesprek aanwezig is.

3.3.5. Medicatiegebruik en nacontrole

Hoogst waarschijnlijk is er bij u geprobeerd de darmaandoening met medicatie te behandelen. Uw medicatiegebruik zal in verband met de operatie mogelijk wijzigen. In sommige gevallen wordt de medicatie al voor de operatie aangepast. Na de operatie zal opnieuw worden gekeken welke medicatie u nog moet gebruiken en welke medicatie wellicht gestaakt kan worden. Dit zal altijd in overleg worden gedaan met uw behandelend MDL- arts.

De MDL-arts zal ook waar nodig de darm die nog over is na de operatie controleren met een darmonderzoek. Het plan van nabehandeling wordt na de operatie met u besproken.

*Als u **prednison** gebruikt tot aan de operatie, is het belangrijk dit te melden aan de chirurg én anesthesioloog voorafgaand aan de operatie.*

3.4 Risico's bij darmoperaties

Darmoperaties zijn redelijk zwaar om te ondergaan. Ook zonder complicaties kan volledig herstel 4 tot 6 weken duren. Bij darmoperaties is er altijd een kans op een complicatie.

Milde complicaties:

- **Wondinfectie**

Deze complicatie wordt veroorzaakt door het doorbreken van de huid-bacteriebarrière bij het maken van de operatiewond. Het geven van antibiotica en het desinfecteren van de huid voor de operatie verkleinen de kans hierop (meestal ca 5%).

Een wondinfectie ontstaat vaak een aantal dagen na de operatie. De wond wordt rood, gespannen en pijnlijk. Er kan pus uit de wond lopen. De hechtingen van de huid moeten dan (deels) verwijderd worden en de wond moet gereinigd worden. De buikholte wordt hierbij niet geopend. Dit gebeurt op de verpleegafdeling. De wond heeft dan een aantal weken langer de tijd nodig om te genezen. Soms is wondverzorging thuis noodzakelijk. In overleg kan hiervoor thuiszorg worden ingeschakeld.

- **Ileus / verstopping**

Na een darmoperatie komen de darmen soms moeilijk op gang. Dit verstoort de opname van darmsappen en voeding. U kunt zich misselijk voelen en moeten overgeven. Het kan noodzakelijk zijn om een slangetje via uw neus tot in uw maag in te brengen (maaghevel) om zo het vocht weg te laten lopen wat niet uit de maag weg kan via de normale route. U mag dan tijdelijk niet eten en drinken. Zo nodig wordt de voeding tijdelijk via een sonde voorbij de maag of via een infuus gegeven. Zodra de darmen weer goed werken, wordt het slangetje verwijderd. Dit kan een aantal dagen duren. Om de darmen na de operatie weer op gang te helpen is uit bed komen en bewegen erg belangrijk.

Ernstige complicaties:

- **Lekkage van de darmnaad (naadlekkage)**

De inhoud van de darm lekt door een gaatje weg in de buikholte. Dit kan een abces in de buikholte geven welke met een slangetje (drain), geplaatst door de radioloog, weggehaald kan worden. Soms is een 2e operatie noodzakelijk om de buikholte weer schoon te maken. Als de darmnaad teveel losgelaten heeft, moet soms een (tijdelijk) stoma aangelegd worden. Ook zult u in geval van lekkage van de naad ondersteund worden met antibiotica. Soms zijn de gevolgen van een lekkage dusdanig dat u algeheel erg ziek wordt (sepsis) en opname op de intensive care noodzakelijk is om de orgaanfuncties te ondersteunen.

- **Knappen van peesplaat-hechting van de buikwand (Platzbauch)**

Door bijvoorbeeld een zwakke buikwand, hoesten na de operatie of een wondinfectie, kan de hechting, waarmee de peesplaat van de buikholte is gehecht, knappen of uitscheuren. Dit moet opnieuw gehecht worden, daarvoor is een 2e operatie noodzakelijk. Soms is de buikwand niet sterk genoeg (meer), blijft de wond open en moet er intensieve wondbehandeling plaatsvinden door een gespecialiseerde wondverpleegkundige. De wondzorg wordt thuis voortgezet na uw ontslag.

Complicaties op de langere termijn:

- **Buikwandbreuk (littekenbreuk)**

Als de buikwand niet sterk genoeg is of er wond- of peesplaat problemen zijn geweest, kan er een opening in de peesplaat ontstaan, terwijl de huid wel genezen is. Door deze opening kan een bult ontstaan. Dit noemen we een littekenbreuk. Dit hoeft niet erg te zijn en hoeft niet altijd verholpen te worden. Als er veel pijnklachten zijn of er een grote bult ontstaat, kan de breuk met een operatie verholpen worden.

- **Problemen met de stoelgang**

Na een darmoperatie is de stoelgang meestal anders dan gewoonlijk: soms hinderlijke verstoppingen, soms juist hinderlijke diarree met kans op ongewild verlies van ontlasting. Meestal verdwijnen deze klachten na enige weken tot maanden spontaan.

Bij een operatie waarbij de dunne darm op de endeldarm wordt aangesloten of een pouch reconstructie, is uw stoelgang na de operatie vaak ernstiger verstoord.
U moet vaker naar het toilet, waarbij het voor kan komen dat u snel moet gaan (urge), omdat u anders ontlasting verliest. Ook kan het voelen van aandrang en de ontlasting pijnlijk zijn. In de loop van weken tot maanden (soms met behulp van medicijnen) nemen de klachten af. Bij een deel van de patiënten blijven deze klachten bestaan.

4. Gesprekken met diverse zorgverleners

Vóór uw operatie heeft u gesprekken met de chirurg, de stomaverpleegkundige, de IBD consulent, de anesthesioloog en de opnameverpleegkundige om u zo goed mogelijk voor te bereiden op uw operatie.

4.1 Gesprek met de chirurg

Voor uw operatie heeft u als eerste een gesprek met uw chirurg.
Wij adviseren u om uw partner of andere naasten mee te nemen.

Wat bespreekt de chirurg met u?

- de aandoening waaraan u geopereerd gaat worden / soort operatie
- wel of geen kijkoperatie
- wel of geen stoma
- wel of geen darmvoorbereiding (leegmaken door laxeren of klysma's)
- de risico's van de operatie
- het te verwachten beloop van herstel

Ook hoort de chirurg graag van u welke vragen u zélf heeft.
Schrijf uw vragen dus op van tevoren!

Wetenschappelijk onderzoek

In het Erasmus MC en het IJsselland Ziekenhuis is veel kennis op het gebied van IBD en darmoperaties. Om innovatief en op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen wordt vanuit beide ziekenhuizen wetenschappelijk onderzoek verricht. De arts geeft u uitleg over onderzoek waar u eventueel aan kunt deelnemen en zal u om toestemming vragen. De arts geeft ook informatiemateriaal mee.
U krijgt dan het verzoek de informatie goed door te lezen zodat u uw vragen kunt stellen voordat u toestemming geeft tot deelname.
Deelname is altijd geheel vrijwillig.

4.2 Gesprek met de stomaverpleegkundige

Wij vinden het van belang dat álle patiënten die een darmoperatie zullen ondergaan een gesprek krijgen met de stomaverpleegkundige.
Bij de ene operatie is de kans op een stoma groter dan bij de andere.
De stomaverpleegkundige legt dit verder uit. Zij geeft ook uitleg over de stoma zelf.

Als u inderdaad een stoma krijgt, zal het stomaverpleegkundig team u na de operatie ondersteunen en begeleiden bij het leren omgaan met een stoma. Op de afdeling waar u wordt verpleegd na de operatie is iedere dag een stomaverpleegkundige aanwezig.

4.3 Wat doet de IBD consulent?

De IBD consulent is gespecialiseerd in begeleiding en voorlichting van patiënten met IBD en patiënten met (complexe) fistels, die hiervoor mogelijk een operatie nodig hebben. Zij werken nauw samen met de chirurgen en zijn regelmatig ook aanwezig op de polikliniek. Ze zijn aanspreekpunt voor patiënten met klachten en/of vragen rondom de fistel- of darmoperatie. De IBD consulent ziet de patiënten zelfstandig op de polikliniek en geeft advies.

De IBD consulent coördineert de planning rondom de afspraken en onderzoeken. De planning van de operaties wordt gedaan door het opnamebureau in samenspraak met de chirurg. De timing van de operatie hangt vaak ook af van eventuele medicatie en/of aanvullende behandelingen die nog nodig zijn.
De IBD consulent onderhoudt ook de contacten met de MDL artsen en de MDL verpleegkundigen binnen het ziekenhuis waar u wordt behandeld en indien nodig ook met andere (paramedische) specialismen rondom de IBD zorg.

De IBD consulent sluit aan bij het tweewekelijkse multidisciplinaire overleg (MDO) met de MDL arts, MDL verpleegkundige, chirurg en radioloog.

4.4 Gesprek met de anesthesioloog

Vóór de operatie krijgt u ook een afspraak bij de polikliniek Anesthesiologie. U komt dan bij de doktersassistent, de apothekersassistent, de anesthesioloog en de opnameverpleegkundige (zie paragraaf 4.4).
Meer informatie over dit spreekuur staat in de folder “Preoperatief spreekuur volwassenen” (incl. digitale vragenlijst).
Deze folder heeft u ontvangen na het gesprek bij de chirurg.
Bij de folder hoort een digitale vragenlijst. Die kunt u thuis invullen via ‘Mijn IJsselland’ of in het ziekenhuis bij de preoperatieve poli.

Let op:
Het is belangrijk dat u deze vragenlijst van te voren invult!

De anesthesioloog geeft u de folder "Anesthesie en pijnbestrijding". U vindt deze folder ook op www.yslfolder.nl, zoekcode ANE.029.

De anesthesioloog geeft u uitgebreide informatie over:

- uw verdoving;
- pijn en pijnmedicatie;
- met welke medicijnen u moet stoppen en welke medicijnen u op de dag van uw operatie gewoon moet innemen;
- wat 'nuchter zijn' precies is, en waarom dit zo belangrijk is.

U kunt natuurlijk ook zelf vragen stellen aan de anesthesioloog.

Aanvullend onderzoek

Tijdens het consult bij de anesthesioloog zal duidelijk worden of aanvullende onderzoeken noodzakelijk zijn.
Het kan bijvoorbeeld gewenst zijn dat een nader onderzoek door internist, longarts of cardioloog plaatsvindt om u zo goed mogelijk op uw operatie voor te bereiden.
Er zal dan direct door de balieassistente een afspraak bij één van deze specialismen gemaakt worden. Uitgangspunt daarbij is dat u altijd binnen twee weken een afspraak krijgt zodat er (bijna) geen vertraging voor de planning van de operatie optreedt.

Bloedonderzoek

Het kan ook noodzakelijk zijn dat er nader bloedonderzoek verricht wordt. U krijgt dan een aanvraagformulier mee voor het laboratorium waar u zich aansluitend aan het bezoek aan de anesthesioloog meteen kunt melden, zodat er bij u direct bloed afgenomen kan worden.

4.5 Gesprek met de opnameverpleegkundige

De verpleegkundige neemt ca. 30 minuten de tijd om u en uw partner goed voor te bereiden op de operatie en het herstel.

De gespreksonderwerpen:

- De principes van het Snel-Herstel-Programma (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) en de bijdrage die u zélf aan snel herstel kunt leveren.
- De praktische gang van zaken op de opnamedag (onder andere hoe laat u wordt opgenomen).
- Uw vermoedelijke opnameduur.
- De eventuele darmvoorbereiding vóór uw operatie.
- Uw voedingstoestand.
  Uit onderzoek is gebleken dat het genezingsproces beter verloopt als uw voedingstoestand op het moment van de operatie zo optimaal mogelijk is. Daarom wordt er bij u een voedingsvragenlijst (SNAQ genoemd) afgenomen. Wanneer dat nodig blijkt, zullen we uw voedingstoestand voor de operatie proberen te verbeteren. Vaak wordt daarom speciale energiedrank voorgeschreven.
- En u krijgt toelichting van de opnameverpleegkundige op het invullen van het **LOGBOEK** (zie pagina 30).

ERAS bij darmoperaties

De operatie en het werken aan uw herstel ná de operatie, zijn erop gericht dat u zo weinig mogelijk gewicht en spierkracht verliest. Daardoor herstelt u snel(ler) en kunt u snel(ler) met ontslag.
U bent **4 - 5 dagen** na de operatie meestal zover hersteld, dat u naar huis kunt. Op dag 4 wordt er meestal bloed geprikt om de ontstekingswaarden te controleren. Een goede uitslag hiervan is één van de voorwaarden om met ontslag te kunnen gaan.
We stimuleren uw herstel als volgt:

- We geven u en uw partner vooraf goede informatie en deze voorlichtingsfolder.
- We laten u zo lang mogelijk eten vóór de operatie en ná de operatie mag u al heel snel beginnen met eten.
- We geven u zo nodig aanvullend energiedrank om u vóór maar zo nodig ook na de operatie optimaal in conditie te brengen.
- We beperken het schoonspoelen van uw darmen voor de operatie

- We geven anesthesie op maat
- We laten uw lichaam niet afkoelen tijdens de operatie
- We geven pijnstilling op maat
- We geven zo weinig mogelijk andere medicijnen (zoals slaapmiddelen).
- We stimuleren u na de operatie snel weer in beweging en uit bed te komen.
- We brengen uw darmen zo snel mogelijk weer op gang.
- Wij geven u zo nodig een behandeling bij bloedarmoede (bijvoorbeeld een bloedtransfusie).
- We geven u goede begeleiding na de operatie ook ten aanzien van eventuele noodzaak voor extra zorg thuis of revalidatie.

- De verpleegkundige zal de opnamedag, de operatiedag en de dagen na de operatie ook stap voor stap met u bespreken.
- Door u goed voor te bereiden op de ingreep, de eet- en drinkadviezen op te volgen en na de operatie snel weer in beweging te komen, kunt u zelf een belangrijke bijdrage leveren aan uw herstel.

Heeft u na dit gesprek nog vragen?

Neem dan contact op met uw casemanager: tel. **010 – 258 3142.**

5. De opnamedag

U wordt ofwel op de dag **vóór** uw operatie in ons ziekenhuis opgenomen ofwel op de dag **van** uw operatie. Dit hoort u tijdens uw gesprek met de opnameverpleegkundige en/of van het Planbureau. Op het afgesproken tijdstip meldt u zich bij de receptiebalie in de centrale hal. Een van de gastvrouwen loopt met u mee naar de verpleegafdeling.

Eten en drinken

U mag de dag voor de operatie gewoon eten en drinken.
Het is goed om de avond voor de operatie rond 22.00 uur een kleine maaltijd -bijvoorbeeld een beker vla/een beschuit of een plak ontbijtkoek- extra te gebruiken. En het is belangrijk dat u de dag voor de operatie minstens 1,5 liter drinkt (geen alcohol).

Darmvoorbereiding

Wordt u aan het **eerste deel** van uw dikke darm geopereerd? Dan heeft u geen laxeermiddel nodig en wordt u opgenomen op de dag van de operatie.

Wordt u aan het **laatste stuk** van uw dikke darm geopereerd? Dan zult u de avond voor de operatie en de ochtend van de operatie een klysma krijgen om dit deel van uw darm te reinigen. U mag dit – in overleg – eventueel thuis doen.

Bij een aantal ingrepen – met name bij endeldarmoperaties – moet u wel een volledige darmvoorbereiding krijgen met spoelvloeistof (Picoprep).
Als dit nodig is, bespreken we dat met u. U wordt dan een dag vóór de operatie opgenomen.

Voorkomen van trombose

Om trombose te voorkomen, krijgt u dagelijks een injectie met een bloedverdunnend middel. De eerste injectie krijgt u de avond na uw operatie.

Medicatie

De anesthesioloog heeft met u besproken hoe u uw medicijnen moet innemen op de opname- en operatiedag. Hij of zij heeft dit voor u genoteerd in de folder ‘Anesthesie en pijnbestrijding bij uw operatie’ die u van hem of haar heeft gekregen.

Slaap- en kalmeringstabletten worden niet standaard gegeven. De anesthesioloog heeft met u besproken of u een slaap- en/of kalmeringstablet voor de operatie en/of op de dag van de operatie nodig heeft. Wanneer u al een slaap- of kalmeringstablet gebruikt, mag u deze wel in blijven nemen.

6. De operatiedag

6.1 Vóór de operatie

Nuchter zijn

Op de dag van uw operatie moet u nuchter zijn. Wat dit precies inhoudt, hoort u van de anesthesioloog bij uw voorbereidende afspraak op de polikliniek anesthesiologie. Ook kunt u het lezen in de folder "**Anesthesie en pijnbestrijding**."

Heeft u vragen over de nuchter-regel?
Neem dan contact op met de polikliniek Anesthesiologie:
tel. 010 - 258 **5907**.

PreOp drank

De ochtend van de operatie moet u 2 pakjes energiedrank innemen: PreOp genoemd. Dit is een helder drankje met een citroensmaak, dat voornamelijk bestaat uit suikers.
Uit onderzoek is gebleken dat het drinken van PreOp een positief effect heeft op het herstel na de operatie.
U moet dit drankje 2 uur vóór de operatie op hebben.

Infuus

In de voorbereidingsruimte (de ruimte voor de operatiekamers) wordt bij u een infuus ingebracht.
Door dit infuus worden medicijnen en vloeistof gegeven.
Zodra u zelf weer in staat bent meer dan een liter te drinken, wordt het infuus, verwijderd. Vaak gebeurt dat de 2e dag na de operatie.

Antibiotica

In de voorbereidingsruimte krijgt u via het infuus antibiotica toegediend om u extra te beschermen tegen infecties.
In principe hoeft dit niet herhaald te worden.

Pijnbestrijding

Goede pijnbestrijding is belangrijk voor een snel herstel.

Ketamine- en morfinepomp of epidurale katheter

Tijdens uw gesprek met de anesthesioloog hoort u welke manier van pijnstilling voor u van toepassing zal zijn.

Over het algemeen wordt er bij darmoperaties via een kijkoperatie gewerkt met een **ketamine- en morfinepomp** na de operatie. Dit is een pomp die aangesloten wordt op uw infuus en die u via een drukknop zelf kunt bedienen op het moment dat u pijn heeft. Meer informatie hierover vindt u in de brochure ‘Anesthesie en pijnbestrijding’ in de paragraaf ‘Pijnbestrijding met een PCA-pomp’.

In specifieke gevallen zal een **epiduraal katheter** de beste optie zijn. Via een prik wordt een zeer dun slangetje in uw rug ingebracht. Via dit slangetje kunnen we heel gericht, op de plaats van de operatie, de pijn bestrijden. Meer informatie over deze vorm van pijnbestrijding vindt u in de brochure ‘Anesthesie en pijnbestrijding’ in de paragraaf ‘Ruggenprik (epidurale verdoving)’.

Paracetamol

Behalve de pijnbestrijding via de ketamine- en morfinepomp of via de epidurale katheter krijgt u ook 4x per dag 2 tabletten paracetamol. Het is belangrijk deze pijnstillers in te nemen, óók als u geen pijn heeft. We streven er namelijk naar de pijn ‘voor te zijn’. Als u desondanks pijn heeft, kunt u dat aangeven bij de verpleegkundige. Dit kan te maken hebben met onvoldoende pijnbestrijding, maar kan ook een teken zijn van minder goed herstel.

Pijnmeting

Regelmatig zal de verpleegkundige aan u vragen uw beleving van de pijn op een pijnliniaal ‘te scoren’ met een cijfer tussen 0 (= geen pijn) en 10 (= zeer hevige pijn). Aan de hand van deze score kan de pijnmedicatie aangepast worden.

NB Meld ongevoeligheid of onbeweeglijkheid van uw benen altijd bij de verpleging.

Blaaskatheter

Tijdens de operatie wordt een slangetje in uw blaas gebracht: een blaaskatheter. Dit is nodig omdat uw blaas door de verdoving tijdelijk niet goed kan functioneren.
De blaaskatheter wordt meestal op de 2e dag na de operatie verwijderd.

6.2 Ná de operatie

Verblijf op de uitslaapkamer (verkoever)

Na de operatie wordt u op de uitslaapkamer wakker gemaakt.
Als u voldoende wakker bent en geen pijn (meer) ervaart, gaat u terug naar de verpleegafdeling. Afhankelijk van uw persoonlijke situatie kan dit één tot enige uren duren.
In uitzonderlijke gevallen wordt u na de operatie in slaap gehouden en enige tijd op de Intensive Care behandeld.
Terug op de verpleegafdeling, controleert de verpleegkundige nog regelmatig uw bloeddruk, pols en urineproductie.

Eten en drinken na de operatie

Om misselijkheid te voorkomen heeft u tegen het eind van de operatie een medicijn toegediend gekregen. Als u terug bent op de afdeling krijgt u een glas water te drinken en het beste zou zijn om minstens een halve liter te drinken na de operatie. Ook mag u een vloeibare maaltijd eten.

Bewegen

Fit zijn bevordert uw herstel

Als u een operatie moet ondergaan, is het goed om actief te worden en te blijven. Het is na de operatie van belang om zo snel mogelijk weer uit bed te komen en te gaan lopen.
Hiermee behoudt u uw conditie, zet u uw darmen aan het werk, stimuleert u de bloedsomloop en voorkomt u trombose en longproblemen. Dit alles heeft een positief effect op uw herstel.

Bewegen na de operatie

Wij hebben in het logboek op de pagina's 30 - 32 een schema voor u opgesteld dat u kunt gebruiken als u na de operatie weer gaat bewegen.
De bedoeling is dat u dit zelf gaat uitvoeren, maar de verpleegkundige kan u daarbij natuurlijk wel helpen.
De fysiotherapeut zal u niet bezoeken tijdens uw opname, tenzij er problemen zijn waardoor het lopen niet lukt of als u (ernstige) longproblematiek heeft.
Natuurlijk kunt u met uw vragen altijd bij de verpleging of de fysiotherapeut van de afdeling terecht.

Wat houdt u misschien tegen bij het bewegen?

Pijn

Belemmert pijn u om u aan het schema te houden?
Vraag de verpleegkundige eventueel om meer pijnstilling waardoor het uit bed gaan wel beter gaat.

Angst om met slangen te lopen

Vraag de verpleegkundige om u hierbij te helpen. Er zijn hulpmiddelen op de afdeling om te zorgen dat u ook met de infusen, katheters en eventueel andere slangen kunt lopen.
Hier zijn speciale infuuspalen voor of rollators waar een infuuspaal aan vast zit.
Daarnaast is de verpleegkundige bereid om eventueel met u mee te lopen. Misschien zou u ook met uw bezoek een stuk kunnen gaan lopen.

Duizeligheid

Als u duizelig bent, kan dat soms ook aan een lagere bloeddruk liggen. Dit kan komen door bepaalde medicijnen die u gebruikt.
Ook dan geldt dat u aan een verpleegkundige of aan uw bezoek kunt vragen om met u mee te lopen.

7. De dagen na de operatie

Eten en drinken

- De **eerste dag** na de operatie eet u vloeibaar.
  Als u niet misselijk bent kunt u ’s avonds al een maaltijd gebruiken.
- De **dagen daarna** eet u weer zoveel mogelijk ‘gewoon’.

Pijnbestrijding

Zoals eerder gezegd is pijnbestrijding een belangrijke voorwaarde om na de operatie weer snel in beweging te kunnen komen en uw herstel te bespoedigen.
We proberen ‘de pijn vóór te blijven’, dat wil zeggen dat we niet wachten tot er pijn ontstaan die u in uw herstel en beweging belemmert.

De anesthesioloog bepaalt met welke (combinatie van) medicijnen uw pijn wordt bestreden en hoe/wanneer de medicatie wordt afgebouwd.

Meld pijn altijd aan de verpleegkundige, pijn kán namelijk een teken zijn van minder goed herstel.

Bewegen

Bewegen tijdens uw opname

In het logboek op de pagina’s 30 - 32 leest u per dag wat u aan beweging moet doen om uw conditie te kunnen opbouwen.
Ook houdt u daarin per dag bij of de ‘beweegdoelen’ heeft gehaald.
Ter toelichting:

1. De looptijd hoeft u niet achter elkaar te lopen, u kunt deze dus verdelen in meerdere keren een kleiner stukje per dag.
2. Afstanden in het ziekenhuis:
   - De kamer op en neer is 10 m
   - De gang op en neer is 30 m
   - De gang en de loopbrug over heen en terug is 75 m
   - Door de centrale hal (van draaideur tot draaideur) en weer terug is 100 m

- Rondje over de hele verdieping van het ziekenhuis is 170 m

3. Om uw buik zo min mogelijk te belasten, mag u **geen** gebruik maken van de ‘papegaai’ boven uw bed.



Bewegen na uw ontslag

In paragraaf 8.4 op pagina 36 krijgt u adviezen voor het bewegen na uw ontslag.

Laxeermiddel

Na de operatie krijgt u 2x daags een laxeermiddel om de werking van uw darmen te bevorderen en verstopping te voorkomen. Binnen 3 dagen hoort u in principe weer ontlasting te krijgen. Als uw darmen weer goed functioneren, stopt u met de laxeermiddelen.

Epidurale katheter

Als u een epidurale katheter heeft, wordt deze in principe op de 2e dag na de operatie verwijderd.

Blaaskatheter

Uw blaaskatheter wordt ook zo mogelijk de 2e dag na de operatie verwijderd.

Stoma

Mocht bij u een stoma aangelegd zijn, dan komt de stomaverpleegkundige bij u langs om u te begeleiden.

LOGBOEK bijhouden

Wij hebben hieronder een logboekje toegevoegd.
Wij vragen u zélf daarin bij te houden hoe uw herstel verloopt.

Operatie dag	**Hersteldoel**	**Gehaald?** **Ja / Nee**	Doel niet gehaald? Waarom niet?
	ETEN & DRINKEN		
	500 ml gedronken		
	BEWEGEN		
	AVOND: Gebengeld met de benen op bedrand onder begeleiding van verpleging		

1e dag na de operatie	**Hersteldoel**	**Gehaald?** **Ja / Nee**	Doel niet gehaald? Waarom niet?
	ETEN & DRINKEN		
	1½ liter gedronken		
	Vloeibare maaltijd en/of broodmaaltijd gegeten		
	BEWEGEN		
	VERSPREID OVER DE DAG: • 25 meter gelopen[1]		
	OCHTEND: • ADL[2] met hulp • 30-60 minuten in de stoel		
	MIDDAG: • 30-60 minuten in de stoel		
	AVOND: • 30-60 minuten in de stoel		

[1] De kamer op en neer is 10 meter; de gang op en neer is 30 meter.

[2] ADL = Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen. Hieronder wordt verstaan het douchen, haren kammen, tanden poetsen etc.

2e dag na de operatie	**Hersteldoel**	**Gehaald? Ja / Nee**	Doel niet gehaald? Waarom niet?
	ETEN & DRINKEN		
	1,5 liter gedronken		
	Normale maaltijd gegeten		
	STOELGANG		
	Windjes		
	Aandrang tot ontlasting		
	Ontlasting		
	BEWEGEN		
	VERSPREID OVER DE DAG: • 75 meter gelopen[3]		
	OCHTEND: • ADL met hulp • 1-2 uur in de stoel		
	MIDDAG: • 1-2 uur in de stoel		
	AVOND: • 1-2 uur in de stoel		

3e dag na de operatie	**Hersteldoel**	**Gehaald? Ja / Nee**	Doel niet gehaald? Waarom niet?
	ETEN & DRINKEN		
	Normaal gegeten / gedronken		
	BEWEGEN		
	VERSPREID OVER DE DAG: • 250 meter gelopen[4]		
	OCHTEND: • ADL, zo nodig met hulp • langer dan 2 uur in stoel		
	MIDDAG: • 2 uur in de stoel		
	AVOND: • langer dan 2 uur in stoel		

[3] De gang en de loopbrug over heen en terug is 75 meter

[4] Een rondje over de hele verdieping van het ziekenhuis is 170 meter

4e dag na de operatie	**Hersteldoel**	**Gehaald? Ja / Nee**	Doel niet gehaald? Waarom niet?
	ETEN & DRINKEN		
	Normaal gegeten en gedronken		
	BEWEGEN		
	VERSPREID OVER DE DAG: • 500 meter gelopen[5]		
	OCHTEND: • ADL zelfstandig (net als vóór de operatie) • maximaal ½ uur in bed		
	AVOND: • langer dan 2 uur in de stoel		

5e dag na de operatie	**Hersteldoel**	**Gehaald? Ja / Nee**	Doel niet gehaald? Waarom niet?
	ETEN & DRINKEN		
	Normaal gegeten en gedronken		
	BEWEGEN		
	VERSPREID OVER DE DAG: • 1000 meter gelopen		
	OCHTEND: • ADL zelfstandig (net als vóór de operatie) • max. ½ uur in bed		
	AVOND: • langer dan 2 uur in de stoel		

Kunt u niet aan bovenstaand schema voldoen?
Wilt u dat dan tijdens de doktersvisite melden!

[5] Loop 3 ronden over de hele verdieping of loop 5 keer de hele centrale hal door en weer terug (van draaideur tot draaideur), dat is 100 meter

8. Ontslag uit het ziekenhuis

8.1 Wanneer kunt u met ontslag?

U kunt met ontslag wanneer:
- u ontlasting heeft gehad,
- u normaal eten verdraagt,
- u geen koorts heeft,
- u thuis zelf uw operatiewond kunt verzorgen of dat er thuiszorg is geregeld voor uitgebreidere wondzorg,
- uw mobilisatie naar wens gaat,
- u goed op de pijnbestrijding reageert, dat wil zeggen: de pijn is draaglijk voor u.

Meestal is dat vanaf de derde dag na de operatie. Uiteraard wordt het verloop van uw herstel en het moment van ontslag met u besproken.

Als u een stoma heeft gekregen, is het belangrijk dat u deze zoveel mogelijk zelf kunt verzorgen. De stomaverpleegkundige overlegt met u of u hiervoor thuis ondersteuning nodig heeft van een thuiszorgmedewerker.

Ontslaggesprek

Vóór uw vertrek naar huis komt de verpleegkundige nog even langs voor een afrondend gesprek. U krijgt dan:
- Uitleg bij brieven voor uw huisarts, fysiotherapeut, thuiszorg of andere hulpverleners.
- Instructie voor douchen, tillen, wondverzorging, dieet, etc.
- Een vervolgafspraak.
- Informatie over uw medicatie. U krijgt een bijgewerkte lijst met de medicijnen mee naar huis; controleer de lijst samen met de verpleegkundige.
- Antwoord op alle vragen die u zelf nog heeft.

8.2 Algemene leefregels na ontslag

Als u voor uw opname zelfstandig functioneerde, heeft u geen thuiszorg nodig. Wel is het prettig als u de eerste twee weken hulp kunt krijgen van partner, familie of vrienden.
Zware huishoudelijke klussen mag u de eerste vier weken niet zelf verrichten. Het is raadzaam de volgende lichaamshoudingen en bewegingen zoveel mogelijk te vermijden:

- Hurkzit.
- Over elkaar geslagen benen.
- Langdurig zitten met gebogen knieën (in auto, bus, vliegtuig)
- Traplopen met twee of drie treden tegelijk.

Reken op 4 tot 6 weken herstel.



8.3 Wondzorg

Uw wond wordt (meestal) behandeld met een pleister omdat de wond nog wondvocht kan lekken. Als u geen oplosbare hechtingen heeft, worden de hechtingen 12 tot 14 dagen na de operatie verwijderd.
U krijgt daarvoor een afspraak mee bij ontslag uit het ziekenhuis.

- U mag **douchen**. Heeft u nog een pleister op de wond, verwijder deze dan voordat u gaat douchen.
  Er mag gewoon water en zeep op de wond komen.
- Ga **niet in bad** zolang uw wond nog niet volledig genezen is.
  Dit kan uw wond namelijk 'week' maken.

Is de wond droog (komt er geen vocht meer uit) dan hoeft er niets meer op de wond, ook al zitten de hechtingen er nog in.

U moet contact opnemen als:

- De omgeving rond de wond rood is.
- De wond meer pijn gaat doen.
- Geur en/of wondvocht toeneemt.
- U koorts heeft (hoger dan 38.5)
- U zich zorgen maakt.

Neem dan contact op met het ziekenhuis: 010 – 258 3319

8.4 Bewegen na uw ontslag uit het ziekenhuis

Wij adviseren u om na uw ontslag lichamelijk actief te worden.
Kies een activiteit die bij u past en die u prettig vindt. Dat maakt het gemakkelijker om het vol te houden. Het moeten wel activiteiten zijn die goed zijn voor uw uithoudingsvermogen. De meeste mensen kiezen voor wandelen en fietsen.
De bedoeling is dat u thuis doorgaat met het opbouwen van uw lichamelijke activiteit totdat u aan de **Nederlandse Norm Gezond Bewegen** voldoet:

Minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensieve lichaamsbeweging

Matig intensief wil zeggen: met een iets hogere hartslag en ademhaling, dus stevig doorwandelen of iets harder op de pedalen trappen. U moet nog wel gewoon kunnen blijven praten.
De 30 minuten kunt u eventueel in blokjes van 10 minuten opdelen.

8.5 Telefonisch contact na ontslag

De stomaverpleegkundige belt op de 3e tot 5e dag na ontslag alle patiënten die een darmoperatie hebben gehad (dus ook de patiënten die geen stoma hebben gekregen) thuis op. U krijgt een belafspraak mee bij ontslag. De verpleegkundige informeert dan hoe het met u gaat en u kunt natuurlijk ook uw eigen vragen stellen.

8.6 Controle op de polikliniek

Als u met ontslag gaat, krijgt u een afspraak mee voor controle op de polikliniek Chirurgie.

- De chirurg bekijkt of uw herstel zich thuis goed heeft voortgezet
- Hij bespreekt de uitslag van het weefselonderzoek (PA-uitslag).
- Hij bespreekt ook het advies van het team van experts als er bij u sprake is van darmkanker. Omdat dit team eenmaal per week bij elkaar komt kan het soms wat langer duren voordat dit advies met u besproken wordt.
- Hij bespreekt of bij u onderzoek naar erfelijkheid wenselijk is (in geval van darmkanker).

De controle op de polikliniek is meestal 10 – 14 dagen na ontslag.

9. Antwoord op veel gestelde vragen

Wissel de eerste weken rust en activiteit steeds af, waarbij u geleidelijk aan steeds actiever wordt en minder hoeft te rusten.
In het algemeen kunt u – tenzij er nog vervolg behandeling nodig is – 4 tot 6 weken na de operatie alles weer doen wat u voor de operatie ook kon.

Wandelen

Lopen is goed om uw conditie te verbeteren. Wissel de eerste dagen lopen en rusten goed af en onthoud: (spier)pijn mag, als dit na een nachtrust weer verminderd is.

Tillen

Beperk de eerste 4 tot 6 weken zowel vaak als zwaar tillen.
Bouw dit langzaam op. Na drie weken kunt u normale huishoudelijke activiteiten meestal weer gewoon doen.

Fietsen

Zodra u zich probleemloos kunt bewegen, mag u het fietsen weer proberen (mits u dat tevoren ook deed). Begin rustig, niet meteen in het drukke verkeer.

Autorijden

Als u zich probleemloos kunt bewegen, kunt u ook weer gaan autorijden. Begin met kleine stukjes in een rustige omgeving.
Vraag bij uw verzekeraar na of u de eerste tijd na de operatie verzekerd bent. Meestal kunt u na 2 weken weer autorijden.

Sporten

Begin een week na de operatie met ontspannen bewegen en bouw dit uit naar het niveau van voor de operatie. Bent u gewend te sporten, kunt u dat meestal na drie weken weer langzaam oppakken. Bent u gewend te zwemmen/fitnessen en heeft u het gevoel dat dit weer kan, probeer het dan rustig uit.

Werk hervatten

Vraagt u zich af in hoeverre uw aandoening of behandeling consequenties heeft voor het uitoefenen van uw werk?

Overleg dan met uw specialist of bedrijfsarts. De bedrijfsarts begeleidt de terugkeer naar uw werk. Afspraken over uw werk zullen vaak soepeler verlopen als u de bedrijfsarts al vóór de ingreep informeert of zo spoedig mogelijk na de ingreep op de hoogte brengt. U kunt een gesprek voeren met uw bedrijfsarts op het arbeidsomstandighedenspreekuur van de arbodienst van het bedrijf of de organisatie waar u werkt.

Seks

Vrijen is in principe geen probleem, mits dat geen klachten geeft.

Wanneer contact opnemen?

De eerste week na uw ontslag, moet u elke ochtend uw temperatuur opnemen. Krijgt u onderstaande klachten:

- Koorts (hoger dan 38,5 graad Celsius)?
- Aanhoudende of toenemende pijn in uw buik?
- Aanhoudende misselijkheid, waardoor u niet of nauwelijks kunt eten of drinken en/of blijft braken?
- Aanhoudende diarree (meer dan 5x per dag) of andere problemen met uw ontlasting?
- Andere klachten die u niet vertrouwt?

Neem dan contact op met het ziekenhuis (zie onder).
Geef aan dat u een darmoperatie heeft ondergaan.

10. Heeft u nog vragen of klachten?

Voorafgaand aan uw operatie:

Tijdens kantooruren:
IBD consulent: **010 – 258 3035**
Polikliniek chirurgie: **010 - 258 5910**

Als u na uw operatie weer thuis bent:

Bij klachten kunt u 24 uur per dag bellen: **010 – 258 3319**

Verder nog van belang
Deze folder ondersteunt de mondelinge informatie die u van arts of verpleegkundige krijgt. Vraag het hen als u meer wilt weten over onderzoek, operatie, gevolgen, risico's of andere behandelmogelijkheden.
Ontdek Mijn IJsselland De toegang tot uw eigen gegevens, dossier, afspraken en vragenlijsten **mijn-ijsselland**
Aanbevolen websites Betrouwbare medische informatie, aanbevolen door de zorgverleners van het IJsselland Ziekenhuis **aanbevolen-websites**
IJsselland Folders Alle patiëntenfolders van het IJsselland Ziekenhuis kunt u opzoeken en lezen in de Folder Web App **folder app**