

Dikke darm, dunne darm en endeldarmoperaties

Informatie voor patiënten met
(verdenking op) kanker

ijssel land
ziekenhuis

Samen maken we het verschil.

ysl.nl 010 258 5000

Patiënteninformatie

In deze folder

1	De darmen, darmaandoeningen en -operaties	3
1.1	Dunne darm, dikke darm en endeldarm	4
1.2	Darmtumoren	6
1.3	Operaties bij dikke darmkanker	8
1.4	Operaties bij endeldarmkanker	11
1.5	Bestraling en chemotherapie	14
1.6	Mogelijke complicaties	15
2	Gesprekken met diverse zorgverleners	18
2.1	Gesprek met de chirurg	19
2.2	Gesprek met de stomaverpleegkundige	19
2.3	Gesprek met de verpleegkundig specialist GIO	20
2.4	Gesprek met de anesthesioloog	20
2.5	Gesprek met de opnameverpleegkundige	21
3	De opnamedag	23
4	De operatiedag	25
5	De dagen na de operatie – LOGBOEK	30
6	Ontslag uit het ziekenhuis	36
6.1	Wanneer kunt u met ontslag?	37
6.2	Algemene leefregels na ontslag	39
6.3	Wondzorg	39
6.4	Bewegen na ontslag	40
6.5	Telefonisch contact na ontslag	40
6.6	Controle op de polikliniek	40
7	Antwoord op veel gestelde vragen	41
	Wanneer contact opnemen?	43

Inleiding

Binnenkort wordt u opgenomen voor een darmoperatie omdat:

- er darmkanker bij u is vastgesteld, of
- omdat er bij u een verdenking bestaat op darmkanker vanwege de aanwezigheid van een poliep of adenoom.

Een deel van uw dunne darm, dikke darm of endeldarm zal daarbij verwijderd worden.

Soms is een behandeling mogelijk waarbij de chirurg en de MDL-arts samenwerken op de operatiekamer. Daarbij wordt niet een deel van de darm wordt verwijderd, maar alleen het afwijkende weefsel.

In deze folder leest u:

- de gang van zaken rond de operatie,
- de verschillende soorten operaties,
- welke gesprekken plaats zullen vinden voor uw operatie,
- het herstel na de operatie,
- het antwoord op veel gestelde vragen.

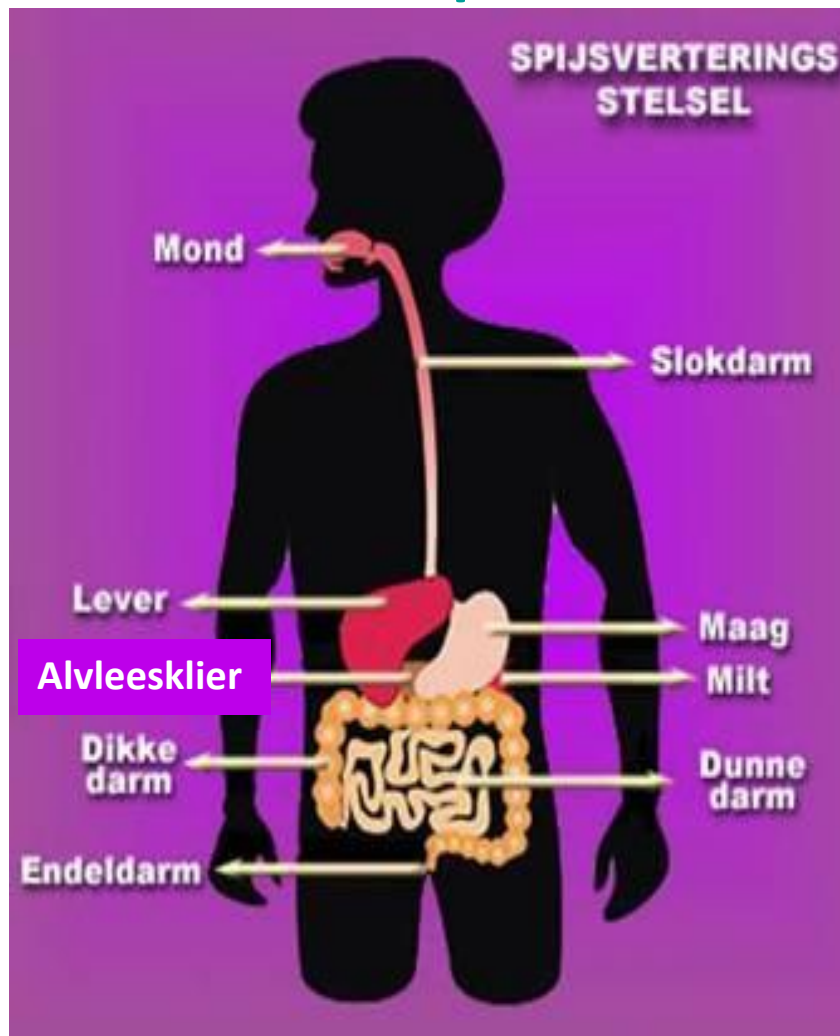
Het IJsselland Ziekenhuis werkt volgens de nieuwste inzichten en procedures op het gebied van darmoperaties.

In hoofdstuk 1 leest u wat deze operaties inhouden.

Het is belangrijk u te realiseren dat de situatie en het herstel voor iedereen anders kan zijn. Daarom adviseren wij u om vragen over uw specifieke situatie met de arts of met de verpleegkundig specialist GIO (uw casemanager) te bespreken.

1

De darmen, darmtumoren en darmoperaties



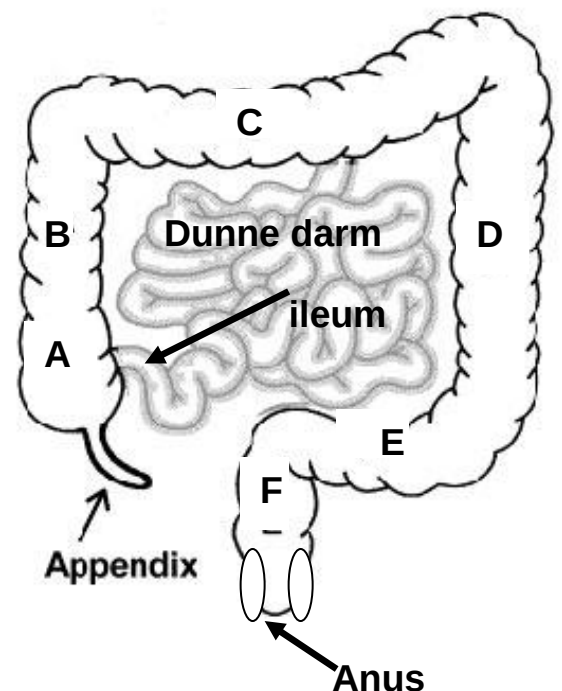
1.1 Dunne darm, dikke darm en endeldarm

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 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 tot normale ontlasting in. De endeldarm slaat de ontlasting op en zorgt samen met de sluitspier voor het kunnen ophouden van ontlasting.

De dikke darm is 1½ 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 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).



Klachten van darmtumoren

De klachten die bij darmtumoren optreden, zijn sterk afhankelijk van de aard en de plaats van de tumor. Het kan gaan om een opgezwollen buik, buikpijn, bloedarmoede, verandering in het ontlastingspatroon, aandranggevoelens, bloed- of slijmverlies uit de anus of combinaties van klachten. Soms zijn er helemaal geen klachten.

Uw klachten waren (voor uw huisarts) aanleiding om u verder te laten onderzoeken. Het kan ook zijn dat u geen klachten had, maar dat het Bevolkingsonderzoek Darmkanker aanleiding was voor verder onderzoek.

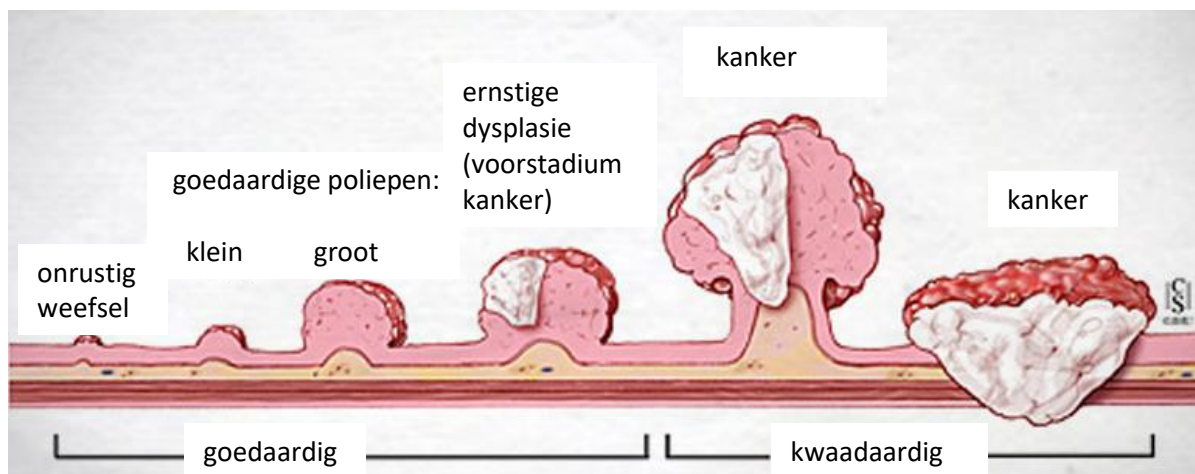
Er is bij u darmkanker of een voorstadium van darmkanker vastgesteld en u bent verwezen naar de chirurg voor een operatieve behandeling.

1.2 Darmtumoren

Tumoren ontstaan door een verkeerde celdeling.

Cellen in ons lichaam worden steeds maar weer vervangen.

Nieuwe cellen ontstaan door celdeling. Soms gaat er bij de celdeling iets mis. Meestal wordt dit hersteld, maar niet altijd. Hierdoor raken deling, groei en ontwikkeling van een cel van slag. Dit kan leiden tot ongecontroleerde celdelingen. Er ontwikkelt zich een gezwel, ook wel tumor genoemd.



De ontwikkeling van kanker

Bron: Johns Hopkins Digestive Disorders Library

1.2.1 Goedaardige tumoren

Adenoom / poliepen

In eerste instantie groeit een tumor alleen plaatselijk.

We spreken dan van een goedaardige tumor, poliep of adenoom.

Het is wel van belang deze te verwijderen omdat ze soms toch al kwaadaardig blijken te zijn of in de toekomst kwaadaardig kunnen worden.

Als de **poliep klein** is en in de dikke darm of endeldarm gelegen is, kan deze meestal met behulp van een inwendig onderzoek via de anus met een endoscoop (een dunne, buigzame slang waarin een videocamera is ingebouwd) verwijderd worden en is een operatie niet nodig. Als de **poliep te groot** is of als deze in de dunne darm is gelegen, moet er geopereerd worden. Welke operatie volgt, is afhankelijk van de plaats van de poliep.

1.2.2 Kwaadaardige tumoren

Het verschil tussen goedaardige en kwaadaardige tumoren is dat kwaadaardige tumoren door andere weefsels heen kunnen groeien en zich kunnen verspreiden (uitzaaiingen) via de bloedbaan en/of het lymfestelsel.

Dikke darmkanker

Dikke darmkanker kan in alle delen van de dikke darm ontstaan, zie paragraaf 1.1. Als u deze vorm van kanker heeft, wordt u over het algemeen meteen geopereerd.

Eventueel vindt na de operatie een behandeling met chemotherapie plaats. Of dit nodig is, wordt pas duidelijk na afloop van de operatie aan de hand van de uitslag van het weefselonderzoek door de patholoog. Zie voor verdere informatie paragraaf 1.5.

Endeldarmkanker

Als de tumor ontstaat in het allerlaatste stukje van de darm, noemen we dit endeldarmkanker. Het onderzoek en de behandeling van kanker in de endeldarm zijn anders dan bij dikke darmkanker. Zo wordt er altijd een MRI-scan gemaakt.

Door alle onderzoeken wordt duidelijk wat voor u de beste behandeling is.

Bij endeldarmkanker kan het noodzakelijk zijn om - voorafgaand aan een operatie - bestraling en/of chemotherapie te ondergaan om:

- een beter resultaat van de operatie te krijgen,
- de kans te verkleinen dat de kanker terugkeert,
- de kans te vergroten op ziektevrije overleving.

Daarom wordt extra nauwkeurig gekeken naar de plaats en grootte van het gezwel en naar uitzaaiingen naar de lymfklieren.

Heel soms volstaat de behandeling met bestraling en chemotherapie.

Dunne darmkanker

Poliepen en kwaadaardige tumoren van de dunne darm zijn zeldzaam. In dat geval wordt het aangetaste deel verwijderd. Bij een operatie in de buik kan soms de dunne darm aangetast zijn terwijl de oorzaak in de dikke darm of endeldarm ligt.

In dat geval wordt het aangetaste deel van de dunne darm ook verwijderd (als dat mogelijk is).

Erfelijke vormen van darmkanker

In sommige families komt darmkanker vaak voor. Soms blijft onduidelijk waar dat door komt. Geschat wordt dat in 5 tot 10% van de gevallen van darmkanker sprake is van een erfelijke aanleg of een erfelijke factor bij de patiënt:

- in de familie hebben meerdere verwante familieleden darmkanker (gehad), en/of
- minstens één verwant familielid kreeg darmkanker op jonge leeftijd (voor het 50^{ste} levensjaar).

Voorbeelden van erfelijke aanleg voor darmkanker zijn het Lynch syndroom en familiale adenomateuze polyposis.

Het is belangrijk om binnen uw familie na te gaan of meerdere familieleden darmkanker hebben (gehad). Zo ja, vertelt u dit dan aan uw behandelend arts / verpleegkundig specialist.

Bloedonderzoek

Bij alle soorten darmkanker wordt er ook bloedonderzoek gedaan. Hierbij wordt onder andere gekeken naar een tumormerkstof (cea). Dit is een stof die sommige kwaadaardige tumoren afgeven aan het bloed. Het bepalen van de cea is met name bedoeld om het verloop van de ziekte te volgen zolang u onder behandeling bent.

Op www.kanker.nl/darmkanker vindt u betrouwbare medische informatie en (patiënten)organisaties en kunt u contact leggen met ervaringsdeskundigen.

1.3 Operaties bij dikke darm kanker

Tijdens de operatie wordt het zieke deel van uw darmen met de bijbehorende bloedvaten en lymfklieren verwijderd, met een marge, dat wil zeggen dat rond de tumor een extra stukje gezond weefsel wordt weggehaald. Dit om te zorgen dat de kwaadaardige cellen volledig zijn verwijderd.

Zijn er voor de operatie al **uitzaaiingen** aangetroffen in andere organen van het lichaam, dan kan de operatie bedoeld zijn om klachten van het gezwel, zoals bloeding, afsluiting en/of pijn, weg te nemen of te voorkomen. Het is afhankelijk van de plaats en hoeveelheid uitzaaiingen of genezing nog mogelijk is.

1.3.1 Operatietechnieken

Bij dikke darmkanker is een operatie de meest toegepaste behandeling. Er zijn 2 verschillende operatietechnieken mogelijk bij dikke darmkanker:

- 1) op de traditionele (open) manier, met een lengte snee in uw buik, of
- 2) door middel van een kijkoperatie (laparoscopische operatie).

Daarbij worden een kijkbuis 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 de volgende factoren een rol:

- de grootte, de uitgebreidheid en de plaats van de tumor;
- uw lichamelijke en/of geestelijke conditie;
- de eventueel aanwezige uitzaaiingen;
- eventuele eerdere operaties en kans op verklevingen in de buik.

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 een open operatie uit te voeren.

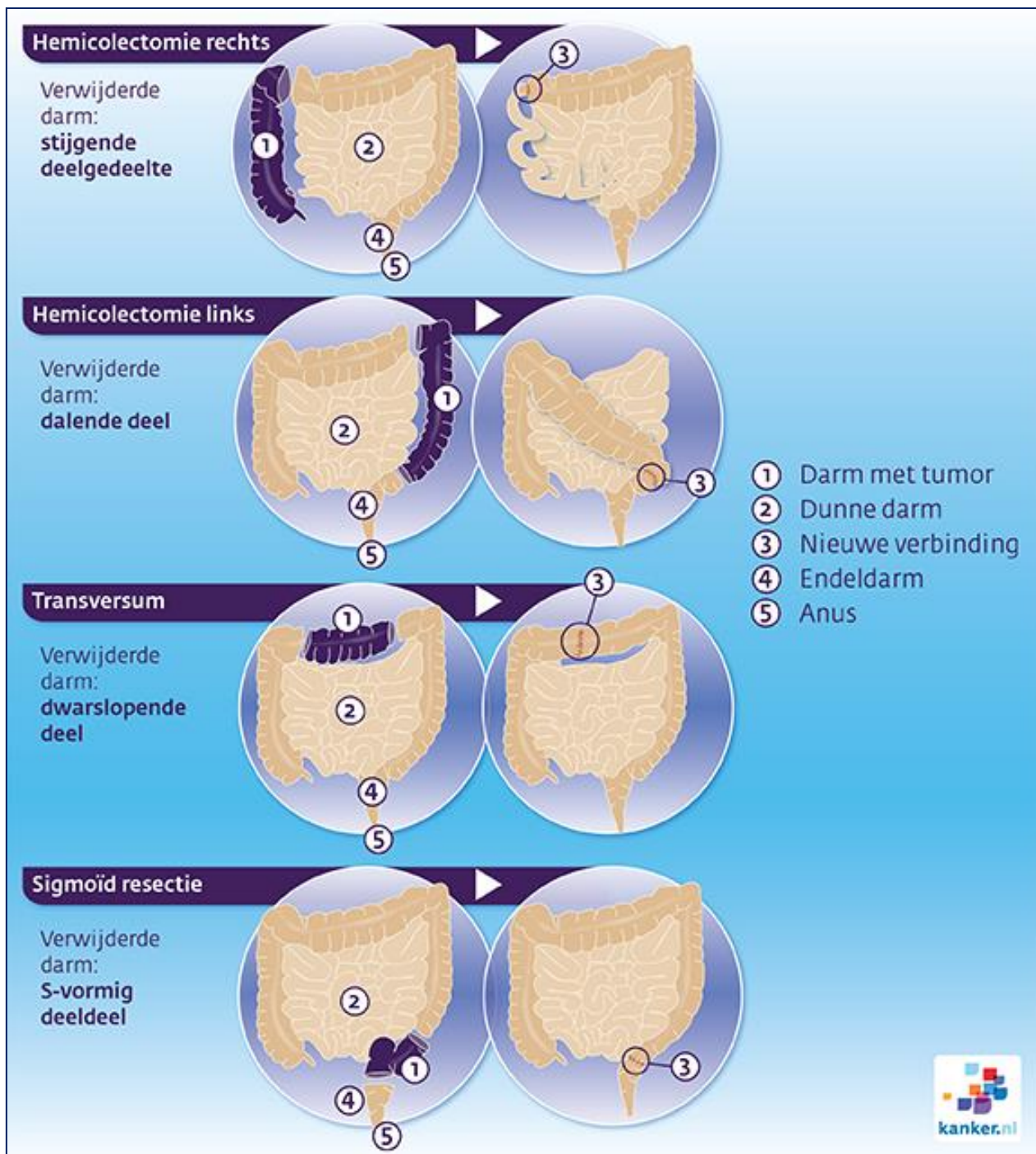
Bij alle operaties bestaat er een kans op een stoma: een darmuitgang in de buikwand. Dit stoma kan tijdelijk of blijvend zijn. Daarom komt iedere patiënt vóór de operatie of tijdens de opname in contact met de stomaverpleegkundige.

1.3.2. Soorten operaties

Bij een operatie aan de dikke darm zijn 4 operaties mogelijk.

Welke operatie wordt uitgevoerd, is afhankelijk van in welk deel van de dikke darm de tumoren zich bevinden:

- Rechtszijdige hemicolectomie
- Linkszijdige hemicolectomie
- Transversum resectie
- Sigmoid resectie



Bron: kanker.nl

Hieronder leest u de uitleg per operatie:

Hemicolectomie

Tijdens de operatie wordt het aangedane stuk darm verwijderd.

Dit wordt hemicolectomie genoemd.

Er zijn verschillende ingrepen mogelijk. Uw behandelend arts geeft aan welke op u van toepassing is.

Rechtszijdige hemicolectomie

Bij een rechtszijdige hemicolectomie wordt het rechter deel van dikke darm verwijderd en de dunne darm vervolgens op het dwars lopende deel (colon transversum) aangesloten.

Linkszijdige hemicolectomie

Bij een linkszijdige hemicolectomie wordt het linker deel van de dikke darm verwijderd en wordt het dwars lopende deel (colon transversum) op het laatste stuk van het afdalende deel (colon descendens) aangesloten.

Transversum resectie

Bij een tumor in het dwars lopende deel van de dikke darm (colon transversum) wordt zelden een transversum resectie uitgevoerd, waarbij het colon transversum verwijderd wordt.

Vaak is een iets uitgebreidere rechtszijdige of linkszijdige hemicolectomie voldoende.

Sigmoïd resectie

Bij een sigmoïd resectie wordt het laatste deel van de dikke darm (het sigmoïd) verwijderd. Daarna wordt de dikke darm weer op de endeldarm aangesloten.

1.4 Operaties bij endeldarmkanker

Ook een operatie aan de endeldarm kan op twee manieren plaatsvinden: via een kijkoperatie (laparoscopisch) of een open operatie. Zie de informatie hierover in paragraaf 1.3.1.

1.4.1 Soorten operaties

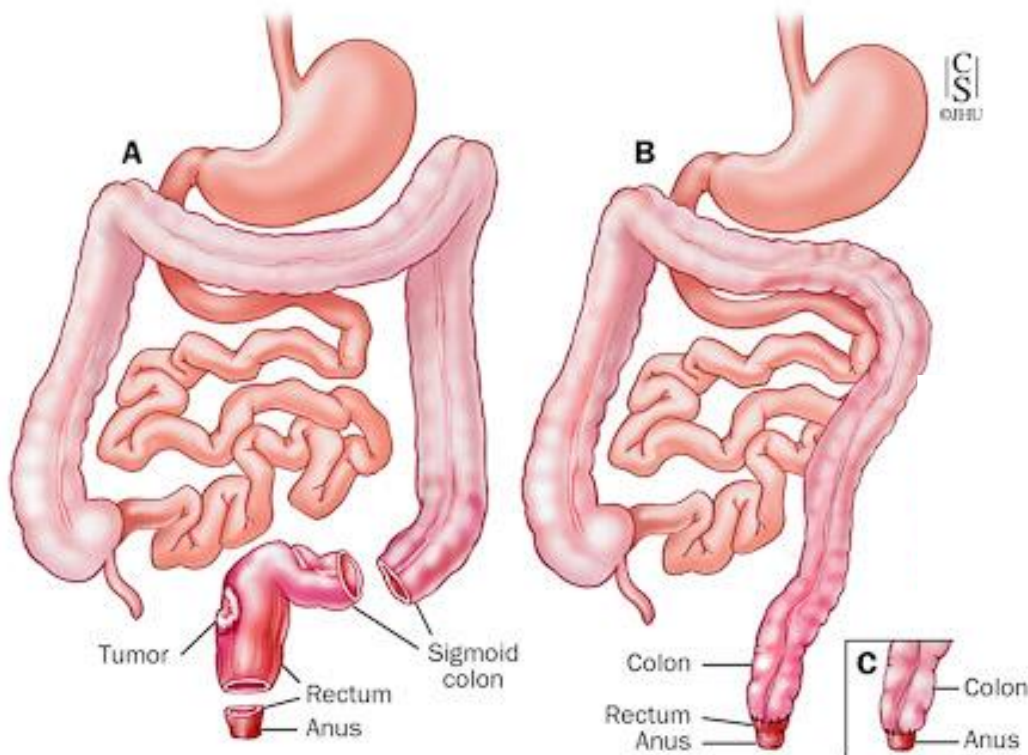
Bij een operatie aan de endeldarm zijn 4 operaties mogelijk. Welke operatie wordt uitgevoerd, is afhankelijk van in welk deel van de endeldarm de tumoren zich bevinden:

- Totale of Partiële Mesorectale Excisie (TME / PME)
- Anterior Resectie (volgens Hartmann)
- Abdomino-Perineale Rectumextirpatie (APR) of rectum amputatie
- Transanale lokale excisie (middels TAMIS)

Hieronder wordt per operatie uitleg gegeven.

TME / PME

Bij tumoren die wat hoger in de endeldarm liggen, kan de chirurg voor deze operatie kiezen.



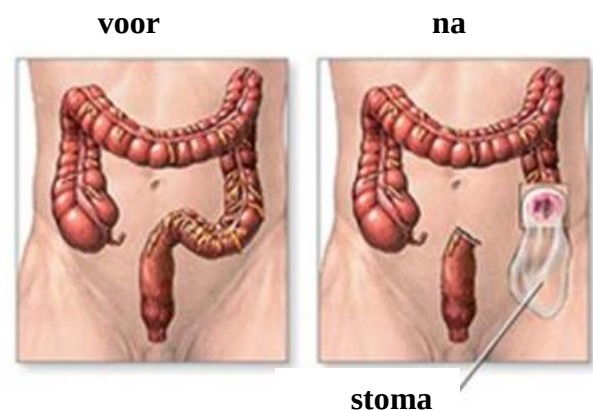
Een gedeelte van de endeldarm wordt verwijderd (**A**) en uw anus blijft behouden (**B**). De chirurg maakt een nieuwe verbinding tussen de darmenuiteinden (anastomose) (**C**).

Soms is het beter om de anastomose meer hersteltijd te geven. Dan moet er een tijdelijk stoma geplaatst worden op de dunne darm (ileostoma).

Een tijdelijk stoma wordt meestal na enkele maanden opgeheven. Soms lukt het niet om de darmuiteinden te verbinden en krijgt u een blijvend stoma op uw dikke darm (colostoma).

Anterior Resectie volgens Hartmann

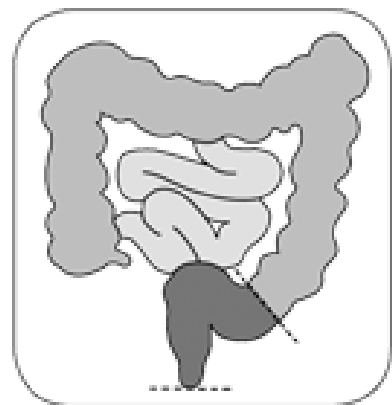
Bij deze operatie wordt het endeldarmgedeelte verwijderd, maar is het niet mogelijk of wenselijk om een verbinding te maken tussen twee darmuiteinden. Het onderste uiteinde van de darm wordt gesloten. Van het bovenste uiteinde maakt de arts een stoma.



Abdomino-Perineale Rectumextirpatie (APR) of rectumamputatie

Deze benadering wordt gekozen bij tumoren die zo laag in de endeldarm liggen dat de anus niet gespaard kan worden. Bij deze operatie wordt zowel via de buik als via het perineum (dit is bij mannen het gebied tussen het scrotum en anus en vrouwen het gebied tussen vulva en anus) geopereerd.

Na de operatie heeft u dus minimaal twee wonden en een stoma.



Bij bovenstaande drie operaties zal de chirurg niet alleen het aangedane deel van de endeldarm verwijderen, maar ook het omliggende vetweefsel waarin zich lymfeklieren bevinden.

Op die manier maakt hij of zij de kans op het terugkeren van het gezwel in het operatiegebied zo klein mogelijk. Bij deze ingreep, die Total Mesorectal Excision (TME) wordt genoemd, wordt het totale vette steunweefsel van de endeldarm verwijderd.

Achter dit weefsel lopen zenuwen die zorgen voor seksuele en urineblaasfuncties. Tijdens de operatie zal geprobeerd worden deze zenuwen zo veel mogelijk te sparen.

Lokaal en transanaal verwijderen van de tumor middels Trans Anal Minimal Invasive Surgery (TAMIS)

Voor deze operatiemethode geldt dat de tumor oppervlakkig gelegen is en er geen lymfeklieren hoeven te worden weggenomen.

Onder narcose wordt er een buis in de anus gebracht waar met behulp van werkinstrumenten en een camera de tumor verwijderd wordt. Hierbij wordt een tampon achtergelaten. Deze zal met de eerste ontlasting weer mee naar buiten komen.

1.4.2 Stoma

In het algemeen zal de chirurg altijd 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. Ook kan een stoma worden aangelegd ter bescherming van de aansluiting. Vaak kan de chirurg pas tijdens de operatie precies bepalen of een stoma te vermijden is. U krijgt daarom voor de operatie altijd uitleg over een eventueel stoma door de stomaverpleegkundige.

Op pagina 19 kunt u lezen wat de stomaverpleegkundige voor u kan betekenen.

Ileo-anaale anastomose met pouch

Soms komt het voor dat zowel de gehele dikke darm als ook de endeldarm verwijderd moet worden. Dit kan met name bij erfelijke vormen van darmkanker nodig zijn. Gekozen kan worden voor een blijvend stoma, maar ook voor het aansluiten van de dunne darm op de anus, waarbij voor de opslagfunctie van het laatste deel van de dunne darm een reservoir (dat noemen we een pouch) gemaakt wordt.

Dit wordt in één of meer operaties gedaan. Wanneer dit op u van toepassing is, zal de behandelend chirurg dat van tevoren met u bespreken.

Specifieke informatie vindt u ook in de folder '[Ileo Pouch Anale Anastomose \(IPAA\)](#)'. (zie www.yslfolder.nl, zoekcode CHI.036)

De chirurg bespreekt met u welke operatie bij u plaatsvindt. Meestal duurt een darmoperatie meer dan 2 uur.

U bent gemiddeld 4 uur van de afdeling inclusief voorbereiding op de operatiekamer en verblijf op de uitslaapkamer.

Het weefsel dat tijdens de operatie wordt verwijderd, wordt altijd onderzocht door de patholoog. De uitslag is 10 tot 14 dagen na de operatie bekend.

De chirurg bespreekt de uitslag in het ziekenhuis (als u nog opgenomen bent) of op de polikliniek (als u al met ontslag bent).

Bij darmkanker is het gebruikelijk de uitslag eerst met een team van experts te bespreken. Dit heet een Multi Disciplinair Overleg (MDO).

Deze bespreking vindt één keer per week plaats. Daardoor kan het soms langer duren voordat de chirurg u met zekerheid de uitslag kan geven en de eventuele verdere behandeling kan worden besproken.

1.5 Bestraling en chemotherapie

Darmkanker

Bij darmkanker kan het na afloop van de operatie noodzakelijk zijn om een nabehandeling met chemotherapie te ondergaan. Dat wordt bepaald aan de hand van microscopisch onderzoek van het verwijderde deel van de darm. Nadere informatie krijgt u na de operatie.

Endeldarmkanker

Zoals in paragraaf 1.2.2. is aangegeven, is het soms noodzakelijk om als voorbereiding op de operatie bestraling en/of chemotherapie toe te passen.

Er zijn daarna twee mogelijkheden:

- **Kortdurende voorbehandeling** met bestraling (5 werkdagen). De week daarna vindt de operatie plaats.
- **Langdurende voorbehandeling** met bestraling én chemotherapie (6 weken). Ongeveer 6 tot 8 weken na de laatste bestraling wordt vaak opnieuw een MRI en CT-scan gemaakt om de operatie zo goed mogelijk te kunnen plannen. De operatie vindt ongeveer 12 weken na de laatste bestraling plaats.

Beide voorbehandelingen vinden plaats in het Erasmus MC (EMC).

Na het gesprek met uw chirurg worden uw gegevens verstuurd en krijgt u in principe binnen één week een oproep vanuit het EMC.

De operatie vindt over het algemeen plaats in het IJsselland Ziekenhuis. De data van de voorbehandeling en de operatie worden in overleg tussen de twee ziekenhuizen geregeld. U hoeft daar zélf niets aan te doen.

1.6 Risico's en complicaties bij darmoperaties

Darmoperaties zijn redelijk zwaar om te ondergaan. Ook zonder complicaties kan volledig herstel 4 tot 6 weken duren. Bij darmoperaties is er een kans op een complicatie. Over het algemeen is deze mild en kan zonder nieuwe ingreep verholpen worden.

Milde complicaties:



Wondinfectie

Dit wordt veroorzaakt door contact tussen de darm en de buikwond tijdens de operatie. Na enkele dagen komt er pus uit de wond, de hechtingen van de huid moeten verwijderd worden en de wond moet gereinigd worden.

De buikholte wordt hierbij niet geopend. Dit gebeurt op de verpleegafdeling. Het kan voor u een eng gezicht zijn, maar het is meestal niet pijnlijk.

Meestal voelt u zich ziek en het openmaken en reinigen van de wond zorgt er dan voor dat u zich beter voelt. De wond wordt daarna behandeld in overleg met de wondverpleegkundige. 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 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. U mag dan tijdelijk niet eten en drinken.

Zodra de darmen weer goed werken, wordt het slangetje verwijderd. Dit kan een aantal dagen duren. Om de darmactiviteit na de operatie op gang te helpen wordt geadviseerd kauwgom te kauwen. U krijgt dat op de afdeling een paar keer per dag aangeboden. Daarnaast is uit bed komen en bewegen erg belangrijk.

Ernstige complicaties:

Er is bij darmoperaties ook een kans op een ernstige complicatie: een complicatie waarbij het noodzakelijk is deze te verhelpen met een tweede operatie. Dit komt voor bij 5 tot 10 procent van de darmoperaties. En er is een geringe kans dat een patiënt overlijdt aan de gevolgen van deze ernstige complicaties.

☐ **Lekkage van de darmnaad (de anastomose)**

Als er een lek ontstaat in de darmnaad, komt er darmsap in de buikholte. Dit kan een abces (= een holte, gevuld met vocht en bacteriën) in de buikholte geven. Dit kan met een slangetje (= drain) worden behandeld. Soms is een 2^e operatie noodzakelijk om de buikholte weer schoon te maken. Als de darmnaad teveel losgelaten heeft, moet een stoma aangelegd worden.

☐ **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 gehecht worden, daarvoor is een 2^e operatie noodzakelijk. De buikwand is niet sterk genoeg meer, de wond blijft open en er moet intensieve wondbehandeling plaatsvinden door een gespecialiseerde wondverpleegkundige. De wondzorg wordt thuis voortgezet na uw ontslag.

Complicaties op de langere termijn:

☐ **Buikwandbreuk**

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 litteken. Dit hoeft niet erg te zijn en hoeft niet altijd verholpen te worden. In een aantal gevallen kan het dragen van een breukband verlichting geven. Deze is verkrijgbaar via internet of hulpmiddelenwinkel. Meestal wordt deze niet vergoed door de zorgverzekeraar.

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 hinderlijke diarree met kans op ongewild verlies van ontlasting.

Bij operaties aan de dunne darm en dikke darm is dit meestal niet zo erg en verdwijnt dit na enige weken tot maanden áls u er al last van krijgt.

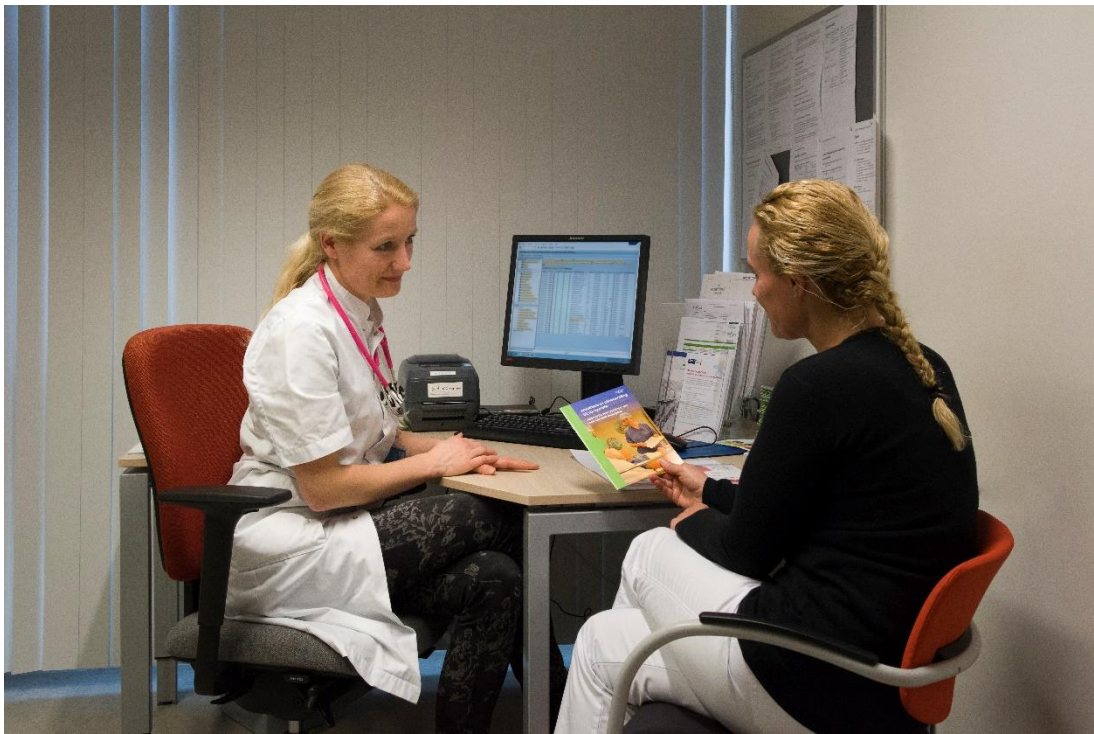
Bij een endeldarm operatie wordt vaak het grootste deel van de endeldarm verwijderd. Omdat u daarmee de opslagfunctie van de darm kwijtraakt, is uw stoelgang na de operatie vaak ernstiger verstoord.

U moet vaker naar het toilet, waarbij het voor kan komen dat u snel moet gaan, 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.

Bij sommige endeldarmoperaties wordt u hiervoor standaard verwezen naar de bekkenbodempfysiotherapeut.

2

Gesprekken met diverse zorgverleners



Vóór uw operatie heeft u gesprekken met de chirurg, de stomaverpleegkundige, de verpleegkundig specialist GIO, de anesthesioloog en de opnameverpleegkundige om u zo goed mogelijk voor te bereiden op uw operatie. Deze gesprekken worden op 2 dagen gepland.

2.1 Gesprek met de chirurg

Voor uw operatie heeft u als eerste een gesprek met uw chirurg. Wij adviseren u om uw partner of andere naaste 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 darmspoeling?
- wel of geen voorbehandeling (bestraling of chemotherapie)?
- wel of geen volledige verwijdering van de dikke darm?
- wel of geen erfelijkheid in het spel?

Ook hoort hij graag van u welke vragen u zélf heeft.

Schrijf uw vragen dus op van tevoren!

Erythropoëtine

Het kan zijn dat u, door uw darmaandoening, bloedarmoede heeft ontwikkeld. Met een aantal injecties voorafgaand aan de operatie kan uw bloedarmoede bestreden worden, zodat u voor de operatie in betere conditie raakt. Deze injecties worden door het ziekenhuis geregeld en bij u thuis toegediend.

Wetenschappelijk onderzoek

In het IJsselland ziekenhuis is veel kennis op het gebied van darmoperaties aanwezig en er wordt wetenschappelijk onderzoek verricht. De chirurg zal u uitleg geven over onderzoek waar u eventueel aan kunt deelnemen en u om toestemming vragen.

Ook geeft hij informatiemateriaal mee.

2.2 Gesprek met de stomaverpleegkundige

De chirurgen vinden het belangrijk dat alle patiënten, die een darmoperatie krijgen vanwege darmkanker (met uitzondering van TAMIS-TEM-operatie), 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. Ook zal zij uitleg geven over de stoma zelf.

Als u inderdaad een stoma krijgt, zal zij 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.

2.3 Gesprek met de verpleegkundig specialist GIO

Deze verpleegkundige kent u waarschijnlijk nog van de tijd dat de diagnose werd gesteld. Nu bespreekt zij de Lastmeter met u.

De folder 'Lastmeter' zit in de Patiënten Informatie Map die u heeft gekregen.

Van belang is dat u de **Lastmeter** (thuis) invult voorafgaand aan deze afspraak.

2.4 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 opnameverpleegkundige¹. Meer informatie over dit spreekuur staat in de folder '[Preoperatief spreekuur volwassenen](#)'. Deze folder zit ook in de Patiënten Informatie Map die u heeft ontvangen.

In de folder 'Preoperatie spreekuur volwassenen' zit een vragenlijst.

Het is van belang dat u deze **vragenlijst** (thuis) invult.

Van de anesthesioloog krijgt u de folder "[Anesthesie en pijnbestrijding bij uw operatie.](#)" Deze folder is ook te vinden op www.yslfolder.nl, zoekcode ANE.029.

U krijgt van de anesthesioloog 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 inhoudt en waarom dit belangrijk is.

U kunt natuurlijk ook zelf vragen stellen aan de anesthesioloog.

Aanvullend onderzoek

Tijdens het gesprek met de anesthesioloog zal duidelijk worden of aanvullende onderzoeken noodzakelijk zijn.

¹ Over het gesprek met de opnameverpleegkundige leest u meer in par. 2.5.

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 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.

2.5 Gesprek met de opnameverpleegkundige

De verpleegkundige neemt ca. 45 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 (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 zal daarvoor speciale energiedrank worden voorgeschreven.

- En u krijgt toelichting van de opnameverpleegkundige op het invullen van het **LOGBOEK** (zie pagina 33).

Informatie over uw darmoperatie

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 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 de operatie optimaal in conditie te brengen.
 - We beperken het schoonmaken van uw darmen
 - We geven anesthesie op maat
 - We geven pijnstilling op maat
 - We geven zo weinig mogelijk andere medicijnen (geen slaapmiddelen).
 - We laten uw lichaam niet afkoelen tijdens de operatie
 - 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.
- De verpleegkundige zal de opnamedag (pagina 23), de operatiedag (pagina 25) en de dagen na de operatie (pagina 30) 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**.

3

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 laxermiddel 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.

4

De operatiedag



4.1 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 bij uw operatie.**”

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 2^e 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 op de 2^e dag na de operatie verwijderd.

4.2 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.

U mag weer gewoon eten en drinken na de operatie, tenzij de arts dit anders voorschrijft.

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 33 tot 35 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.

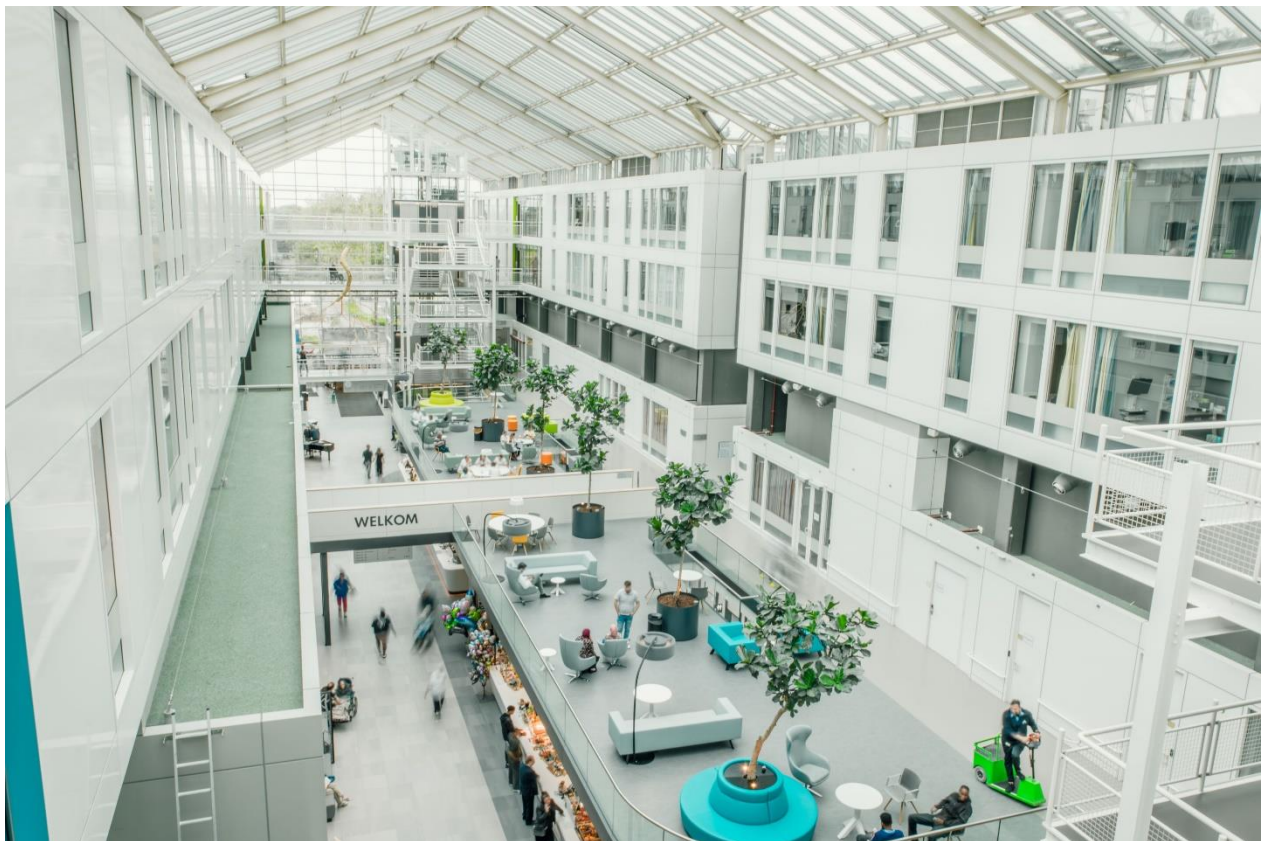
Daarnaast is de verpleegkundige bereid om eventueel met u mee te lopen. Misschien zou u ook met uw bezoek een stuk kunnen gaan lopen.

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.

5

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 33 tot 35 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 6.4 op pagina 40 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 die op de 2^e dag na de operatie verwijderd.

Blaaskatheter

Uw blaaskatheter wordt de 2^e 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		

1 ^e 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 ²		
	OCHTEND: • ADL ³ met hulp • 30-60 minuten in de stoel		
	MIDDAG: • 30-60 minuten in de stoel		
	AVOND: • 30-60 minuten in de stoel		

² De kamer op en neer is 10 meter; de gang op en neer is 30 meter.

³ ADL = Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen. Hieronder wordt verstaan het douchen, haren kammen, tanden poetsen etc.

2 ^e 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 ⁴		
	OCHTEND: • ADL met hulp • 1-2 uur in de stoel		
	MIDDAG: • 1-2 uur in de stoel		
	AVOND: • 1-2 uur in de stoel		

3 ^e 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 ⁵		
	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		

⁴ De gang en de loopbrug over heen en terug is 75 meter

⁵ Een rondje over de hele verdieping van het ziekenhuis is 170 meter

4 ^e 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 ⁶		
	OCHTEND: • ADL zelfstandig (net als vóór de operatie) • maximaal ½ uur in bed		
	AVOND: • langer dan 2 uur in de stoel		

5 ^e 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!**

⁶ 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

6

Ontslag uit het ziekenhuis



6.1 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.

WEER THUIS: LEEFREGELS



Darm
operaties



6.2 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.

6.3 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.

6.4 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.

6.5 Telefonisch contact na ontslag

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

6.6 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.

7

Antwoord op veelgestelde 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 arbeidsomstandighedensprekuur 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.

Heeft u vragen of klachten?

Voorafgaand aan uw operatie:

Polikliniek chirurgie: **010 - 258 5910**

Als u na uw operatie weer thuis bent:

Tot uw eerste controle op de polikliniek: **010 - 258 3319**

Dit nummer is 24 uur per dag bereikbaar.

Na uw eerste controle op de polikliniek neemt u bij vragen contact op met uw huisarts.

Verder nog van belang

Deze folder ondersteunt de mondelinge informatie die u krijgt. Stel vragen 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](#)