

# Laparoscopische cholecystectomie



AZ Sint-  
Vincentius  
**DEINZE**



## Inhoud

Inleiding.....	5
De galsteenziekte .....	6
De behandeling van de galstenen .....	7
De chirurgie van de galblaas .....	7
Verloop van de ingreep.....	8
Algemene inlichtingen met betrekking tot de laparoscopie .....	9
Vorbereiding op operatie .....	11
Andere verwikkelingen die zich kunnen voordoen NA de operatie .....	14
Postoperatief, verloop na de operatie.....	16
Richtlijnen na het vertrek uit het ziekenhuis: .....	16
Wanneer moet je je chirurg contacteren?.....	18
Tot slot .....	19
Contactgegevens .....	19



## Inleiding

Je ondergaat binnenkort een **laparoscopische cholecystectomie**.

Dat is een ingreep waarbij de galblaas wordt verwijderd door middel van een kijkoperatie (laparoscopie).

Dit document heeft tot doel je uit te leggen:

- wat deze ziekte inhoudt
- wat de methode van de laparoscopie inhoudt
- welke risico's en verwikkelingen verbonden zijn aan deze techniek

## De galsteenziekte

Steentjes in de galblaas veroorzaken pijn, kolieken en/of aandoeningen, zoals ernstige of chronische ontstekingen van de galblaas of het terechtkomen van een steentje vanuit de galblaas in de galweg. Dat laatste kan op zijn beurt leiden tot geelzucht, een infectie van de galwegen (cholangitis) of een ontsteking van de pancreas (alvleesklier). Omdat de aanwezigheid van galstenen dit soort aandoeningen kan veroorzaken, stelt de dokter je een chirurgische ingreep voor.

De toestand van je galblaas kan op het ogenblik van de ingreep zeer verschillend zijn naargelang de klachten en de afwijkingen die je vertoont. Dat heeft een invloed op hoe de ingreep zal verlopen. Zo kan er voor of tijdens de chirurgische ingreep een steentje ontdekt worden in de galweg. In dat geval moet het steentje ook tijdens de ingreep verwijderd worden. Dat gebeurt ofwel:

- voor, tijdens of na de ingreep door middel van een endoscopie (of een 'endoscopische steenextractie/galsteenverwijdering' door middel van ERCP)
- door een bijkomende behandeling tijdens de laparoscopische ingreep (kijkoperatie), of door chirurgie 'met open buik' door middel van laparotomie (het openen van de buikwand ter hoogte van de galblaas)

Je galblaas zal samen met de galstenen worden verwijderd. Als dat niet zou gebeuren (en enkel de galstenen verwijderd zouden worden) loop je gevaar opnieuw galstenen te ontwikkelen, en dus opnieuw geopereerd te moeten worden.

## De behandeling van de galstenen

Tegenwoordig is een cholecystectomie (verwijdering van de galblaas) de behandeling bij uitstek voor galsteenziekten. Het is bewezen dat de methoden tot het oplossen van steentjes of de verbrijzeling van de steentjes door ultrageluid zeer weinig doeltreffend zijn, en deze methoden worden dan ook niet meer toegepast.

## De chirurgie van de galblaas

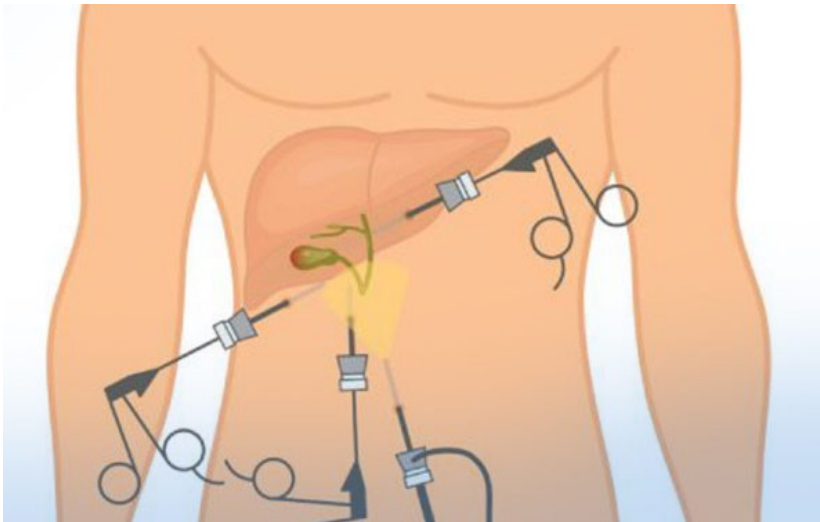
Wanneer je een chirurgische ingreep voorstelt, bestaan er **twee mogelijkheden**: een chirurgische ingreep ‘met open buik’ door middel van **laparotomie (of het openen van de buikwand ter hoogte van de galblaas)** en een chirurgische ingreep ‘met gesloten buik’ door middel van **laparoscopie (sleutelgat-operatie of kijkgat-operatie)**. Het principe van de laparoscopie, de voordelen ervan, de mogelijke verwickelingen en het risico om tijdens de laparoscopie te moeten overgaan naar een laparotomie worden later in deze brochure uitgelegd.

In de praktijk kunnen de meeste mensen behandeld worden door middel van laparoscopie. Sommige ingewikkelde gevallen – bv. zware acute of chronische ontstekingen van de galblaas – kunnen soms onmogelijk

behandeld worden door middel van laparoscopie. Dan zal je chirurg veiligheidshalve opereren 'met open buik', hetzij van in het begin, hetzij tijdens de laparoscopische ingreep en gedurende dezelfde anesthesie (verdooving).

## Verloop van de ingreep

Het verloop van de ingreep van cholecystectomie is identiek zowel bij chirurgie door middel van laparoscopie (kijkoperatie) als bij chirurgie 'met open buik'. Het principe bestaat erin dat de galblaas verwijderd wordt nadat de slagader en de afvoergang van de galblaas werd afgesloten door afsluitclips of ligaturen (afbindingen). Tijdens deze chirurgische ingreep kan je chirurg eventueel een radiografie maken van de galwegen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van jodium.





Zelfs als je allergisch bent aan jodium, zal de inspuiting van de jodiumhoudende contraststof in de galwegen zeer zelden een probleem veroorzaken. Toch moet je je chirurg verwittigen van je overgevoeligheid.

Tenslotte zal de galblaas worden verwijderd met een plasticzakje door één van de openingen van de kijkbuis (meestal ter hoogte van de navel). Soms moet de incisie vergroot worden om de galblaas en stenen te kunnen verwijderen.

### **Algemene inlichtingen met betrekking tot de laparoscopie**

In normale toestand is de buikinhoud in nauw contact met de buikwand. Om een ruimte te krijgen tussen de buikinhoud en de buikwand, om de videocamera naar binnen te brengen, moet er dus eerst een soort 'luchtbel' worden aangelegd. Dit gebeurt door de buik op te blazen. Daarom begint de operatie met het inspuiten van koolzuurgas (CO<sub>2</sub>) in de buik.

Deze werkruimte of luchtbel wordt verwezenlijkt met behulp van een beschermde naald (Veress-naald) die wordt ingebracht doorheen de buikwand.

Wanneer de werkruimte is aangelegd, gebruikt de chirurg 'trocars'. Dit zijn holle kokertjes voorzien van kleppen die het mogelijk maken het gas te behouden in de buik. Via deze trocars worden de videocamera en de chirurgische instrumenten binnengebracht. De kokertjes (meestal vier in totaal) worden aangebracht na kleine insneden op de buikwand.

Vervolgens gebeurt de operatie 'met gesloten buik', waarbij de chirurg de instrumenten langs de buitenzijde van je buik hanteert. De chirurg volgt de operatie in de binnenzijde van de buik op een televisiescherm.

Bij het ontwaken kan je pijn voelen aan de schouders. Deze pijn wordt veroorzaakt doordat de buik werd opgeblazen met koolzuurgas om de werkruimte aan te leggen. Dit koolzuurgas kan bij het einde van de operatie nooit volledig worden verwijderd. Het overblijvende gas zal snel en zonder gevaar worden geabsorbeerd en verwijderd. De pijn is tijdelijk en verdwijnt spontaan enkele dagen na de operatie. Soms zijn ontstekingsremmende geneesmiddelen aangeraden.

De chirurgische instrumenten die worden gebruikt zijn niet dezelfde als de instrumenten die worden gebruikt bij de klassieke chirurgie (met 'open buik'). Sommige instrumenten zijn technologisch zo complex dat zij slechts kunnen worden gebruikt bij één enkele patiënt. Deze instrumenten worden weggegooid na de operatie.

**Wij vestigen je aandacht op het feit dat het materiaal met éénmalig gebruik niet volledig wordt terugbetaald door het RIZIV.** Deze meerkost wordt toegevoegd aan de factuur bestemd voor de patiënt. Inlichtingen hieromtrent kan je bekomen bij de dienst facturatie (09 387 73 74).

## Vorbereiding op operatie

Vanaf middernacht (de avond vóór de operatie) moet je nuchter blijven. Niet eten of drinken. Plat water is wel toegestaan tot drie uur vóór de ingreep.

Indien je dagelijks geneesmiddelen neemt, moet je dit melden aan je chirurg of aan iemand van het team. In principe mogen alle medicamenten (met uitzondering van bloedverduunners en pilletjes voor het suiker) 's morgens met een glas water ingenomen worden.

Indien je aspirine neemt, anticoagulantia (geneesmiddelen die de bloedstolling vertragen) of anti-inflammatoire geneesmiddelen (tegen artritis, artrose ...) moet je hierover spreken met je chirurg of huisarts. Dat is belangrijk om de datum te bepalen waarop je de geneesmiddelen tijdelijk stopzet voor de operatie. Patiënten die insuline nemen, bespreken dit best met de huisarts.

Vaak is preoperatieve toediening van geneesmiddelen noodzakelijk (geneesmiddelen die moeten ingenomen of ingespoten worden voor de operatie). In dat geval zal een lid van de medische ploeg een fijne naald of een katheter aanbrengen in je aders om de geneesmiddelen die noodzakelijk zijn gedurende de operatie toe te dienen.

Deze ingreep duurt meestal 30 tot 45 minuten, maar kan ook meerdere uren duren, en gaat door onder algemene anesthesie (verdooving). Een blaassonde kan noodzakelijk zijn vóór of tijdens de operatie, maar dat gebeurt zelden.

De duur van de hospitalisatie is variabel en hangt af van de beslissing van je chirurg.

Meestal kan deze operatie in ambulante setting gebeuren. Dit wil zeggen dat je dezelfde dag het ziekenhuis kan verlaten. Indien je alleenstaand bent, belangrijke bijkomende ziekten hebt, meer dan 70 jaar bent, zware verklevingen hebt in de buik of een open procedure hebt gehad, is het zinvol een overnachting te voorzien. Een voorziene dagopname kan door omstandigheden (bv. braken, duizeligheid bij rechtstaan ...) leiden tot een noodzakelijke overnachting.

### **Verwikkelingen die zich kunnen voordoen TIJDENS de operatie**

Zoals bij elke chirurgische ingreep, kunnen zich ook tijdens deze ingreep bepaalde verwikkelingen voordoen.

- een reactie op de algemene anesthesie (verdooving)
- een bloeding
- een verwonding aan een abdominaal (in de buik) orgaan: maag, darm, grote bloedvaten ...
- een verwonding aan de galafvoerweg, vooral wanneer de chirurgische dissectie moeilijk is. Deze verwikkeling komt niet enkel voor bij de laparoscopische ingreep, en moet op gepaste wijze worden behandeld
- het ontsnappen van de steentjes in de buikholte. In dat geval zal je chirurg alles in het werk stellen om de steentjes te verwijderen

- nalaten van een vreemd lichaam
- hart-, long- en nierproblemen
- tijdens het verwezenlijken van de werkruimte (luchtbel met koolzuurgas) kan het gas in één van de grote bloedvaten terechtkomen waarbij een gasembolie kan worden veroorzaakt. Deze kan dodelijk zijn of zeer ernstige gevolgen met zich meebrengen. Dit ongeval komt evenwel uiterst zeldzaam voor
- het inbrengen van de naald voor het inspuiten van het koolzuurgas en/of van een trocar kan eveneens in zeer zeldzame gevallen een letsel aan één van de grote bloedvaten veroorzaken

- Noodzaak tot conversie:

Wanneer een verwikkeling wordt vastgesteld tijdens de operatie, kan zij worden behandeld ofwel door middel van laparoscopie (kijkoperatie), ofwel door middel van een open chirurgie.

De factoren die de mogelijkheid vergroten om van operatie met gesloten buik over te gaan naar de techniek met open buik (= conversie), zijn bijvoorbeeld:

- obesitas (zwaarlijvigheid)
- een eerdere abdominale operatie, die zeer dichte vergroeiingen heeft veroorzaakt

- in een bepaald aantal gevallen is de methode van de laparoscopie niet mogelijk omwille van de onmogelijkheid om de organen goed in zicht te brengen of te manipuleren

**De noodzaak tot open chirurgie is weinig frequent, maar je moet weten dat dit mogelijk is en dit verdient eventueel bespreken met je chirurg.**

### **Andere verwikkelingen die zich kunnen voordoen NA de operatie**

- een postoperatieve bloeding
  - een verwonding aan de ingewanden of galafvoerweg die pas nadien blijkt
  - een infectie aan de insnedeplaatsen
  - een infectie in de buik, in de longen, aan de urine ...
  - hart-, long- en nierproblemen
  - verwardheid
- Pijnervaring

Het verwijderen van de galblaas is een belangrijke abdominale ingreep en kan dus gepaard gaan met een zekere graad van postoperatieve pijn. Misselijkheid en braken zijn niet uitzonderlijk.

- Verwikkelingen op lange termijn

De risico's en verwickelingen op lange termijn zijn miniem. Nochtans kan er een steentje achterblijven of kan er zich opnieuw een steentje vormen in de galwegen, en kan je dus symptomen vertonen. Het probleem kan dan door een aangepast therapeutisch optreden geregeld worden.

## Postoperatief, verloop na de operatie

### Richtlijnen na het vertrek uit het ziekenhuis:

- Onmiddellijk na de operatie is een licht verteerbare, laxerende voeding aangewezen.
- De steristrips bedekken de wondjes die met onderhuidse hechtingen zijn voorzien. Deze hechtingen kunnen niet verwijderd worden en verteren de volgende maanden. De steristrips dienen alleen van een bedekkend verband te worden voorzien bij het douchen. Anders is er geen bedekkend verband nodig.
- Eén week na ontslag is een controle bij de huisarts aangewezen (ontslagbrief hieromtrent wordt meegegeven).
  - De steristrips kunnen dan meestal worden verwijderd.
  - Er moet dan geen enkel verband meer worden gebruikt tenzij anders voorgeschreven. De patiënten wordt aanbevolen hun activiteiten te hernemen zodra zij het ziekenhuis hebben verlaten, op voorwaarde dat dit niet met heffen en tillen gepaard gaat (hefverbod gedurende drie weken). Fietsen wordt ook best één week uitgesteld.
  - Het is aangeraden de steunkousen (TED of andere) gedurende de eerste zeven tot tien dagen 's nachts te dragen. Zolang de activiteit overdag beperkt is, worden de steunkousen ook overdag gedragen en dit ter preventie van thromboflebitis (aderontsteking).



Om deze verwikkelingen te helpen voorkomen, zullen bijna alle patiënten preventief heparine toegediend krijgen door de thuisverpleegkundige. Je moet hiervoor zelf een thuisverpleegkundige contacteren. De dosis en de duur van de behandeling hangen af van het risico van de patiënt (meest frequent is het Clexane 40mg één keer per dag gedurende tien dagen). Bij obesitas en/of chronische inname van anticoagulantia (geneesmiddelen die de bloed-stolling vertragen) zullen tijdelijk hogere dosissen noodzakelijk zijn.

De postoperatieve pijn (na de operatie) is de eerste twee tot drie dagen na de operatie het meest aanwezig. Pijnstillers zijn dan voor de meeste patiënten noodzakelijk. Schouderpijn, vooral rechts, komt bij 25 % van de mensen voor. Het wordt veroorzaakt door het ingeblazen koolzuurgas (CO<sub>2</sub>) en kan twee tot drie dagen duren. Meestal zal Dafalgan 1g drie keer per dag in combinatie met Ibuprofen 600mg drie keer per dag (niet in te nemen op nuchtere maag) volstaan. Aanvankelijk kan ook ijs op de buik gelegd worden.

De pijnmedicatie wordt afgebouwd volgens de pijn, waarbij eerst de ibuprofen wordt afgebouwd en gestopt, en nadien de Dafalgan. NSAID's (bv. Voltaren, Ibuprofen) kunnen alleen ingenomen worden indien er geen contra-indicaties bestaan zoals overgevoeligheid of voorgeschiedenis van maagzweren en andere.

Na drie tot vier weken kunnen de dagdagelijkse activiteiten weer worden hervat. Tijdens die periode geldt een hefverbod om een navelbreuk voorkomen.

Nadien zijn er met betrekking tot de operatie zelf geen strikte verbodstekenen meer. Er wordt aangeraden zoals iedereen gezond te eten (laag vetgehalte, zoutgehalte, voldoende water drinken en andere).

## **Wanneer moet je je chirurg contacteren?**

Naast de postoperatieve richtlijnen moet je absoluut je arts of huisarts contacteren wanneer je bijvoorbeeld één van de volgende situaties vaststelt:

- aanhoudende koorts
- rillingen, algemene malaise (staat van ongemak, vermoeidheid of ziekte)
- geelzucht
- bloedingen
- een toenemende zwelling van de buik of toenemende pijn
- aanhoudende misselijkheid of aanhoudend braken
- aanhoudende hoest of ademhalingsmoeilijkheden
- aanhoudende pijn bij het inslikken van voedsel
- het doorsijpelen van belangrijke hoeveelheid vloeistof uit om het even welke wonden

## **Tot slot**

Je chirurg zal antwoorden op alle nuttige vragen in verband met de voor- en nadelen van deze chirurgie.

De huidige informatie heeft een algemeen karakter en is bestemd om de patiënt in de mate van het mogelijke in te lichten, maar dit document kan niet alle aspecten van de bedoelde chirurgie bespreken.

Bij vragen of problemen kan onze je onze dienst altijd contacteren.

We wensen je een vlot herstel toe.

## **Contactgegevens**

Dienst heilkunde (dr. M. De Visschere en dr. W. De Mulder): 09 387 70 24



6052 3274 – april 2021