

# Totale gastrectomie

informatie voor patiënten

INLEIDING	3
NORMALE WERKING VAN DE MAAG	4
WAT IS EEN TOTALE GASTRECTOMIE?	5
WAT MAG U VERWACHTEN NA DE OPERATIE?	7
MOGELIJKE COMPLICATIES	10
NAAR HUIS NA DE OPERATIE	13

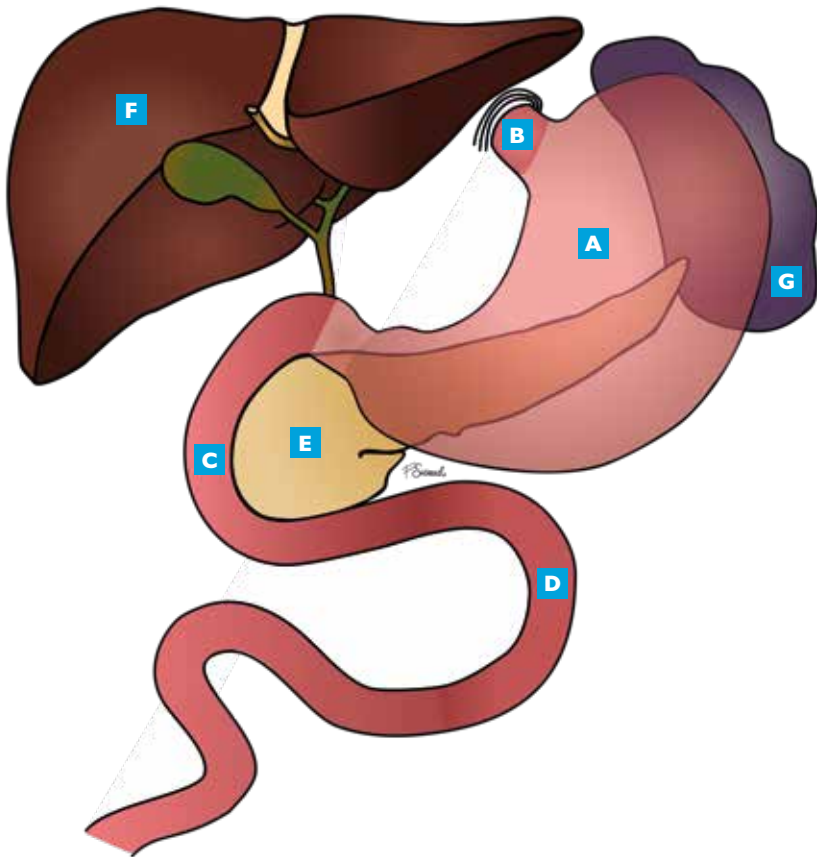
In deze brochure vindt u meer informatie over een totale gastrectomie, een ingreep waarbij de volledige maag wordt weggenomen.

Graag informeren we u over de ingreep zelf, het verloop van de eerste dagen na de operatie, mogelijke complicaties en aandachtspunten na uw ontslag uit het ziekenhuis.

Hebt u nog vragen na het lezen van deze brochure? Aarzel niet om ze te stellen aan uw arts of verpleegkundige.

## NORMALE WERKING VAN DE MAAG

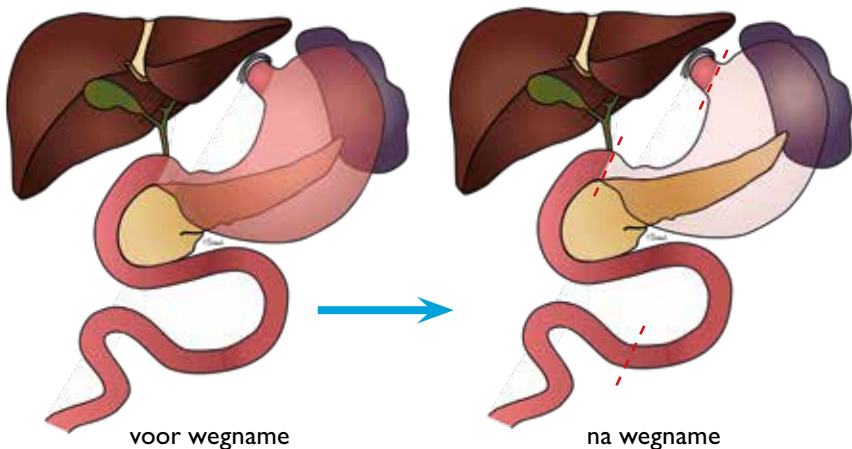
De maag **A** is een gespierd orgaan dat onderdeel uitmaakt van het spijsverteringsstelsel. De voeding komt de maag binnen via de slokdarm **B** en verlaat de maag via de twaalfvingerige darm **C**, waarna die overgaat in de dunne darm **D**. Achter de maag ligt het pancreas **E**, bovenaan tegen de maag liggen de lever **F** en milt **G**.



De functie van de maag bestaat uit het tijdelijk opslaan van voedsel, het mengen en verwerken van voedsel en het produceren van verteringssappen (maagzuur en enzymen). De maag speelt ook een rol in de opname van ijzer en vitamine B12.

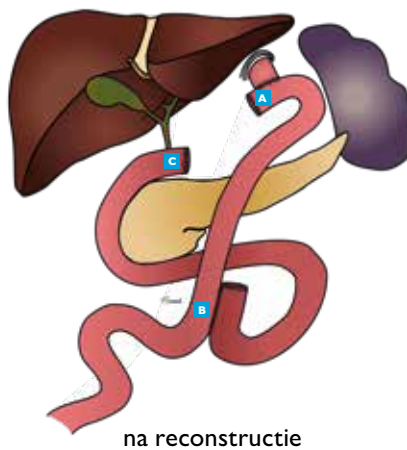
## WAT IS EEN TOTALE GASTRECTOMIE?

Bij een totale gastrectomie wordt de volledige maag verwijderd, samen met het omentum (de vetschort rondom de maag) en de lymfeklieren rondom de maag. Daarbij worden het onderste deel van de slokdarm en het bovenste deel van de twaalfvingerige darm doorgenomen.



Vervolgens wordt de reconstructie uitgevoerd. Hiervoor wordt eerst een nieuwe verbinding gemaakt tussen de dunne darm en de slokdarm (verbinding **A** op de tekening). Daarna wordt dit deel van de darm, dat voeding transporteert, opnieuw verbonden met het deel van de dunne darm dat verteringszappen transporteert (verbinding **B** op de tekening).

Op die manier komen via de nieuwe verbinding de verteringszappen en voeding samen en kan de vertering starten. De plaats waar de twaalfvingerige darm werd doorgenomen blijft afgesloten en wordt de duodenumstomp genoemd (**C** op de tekening).



De operatie gebeurt bij de meerderheid van de patiënten door middel van een kijkoperatie (laparoscopisch of robotisch). Bij dit type ingreep wordt de buik opgeblazen met koolstofdioxide ( $\text{CO}_2$ ) om ruimte te creëren in de buik. Op die manier kan de ingreep via kleine openingen in de buikwand uitgevoerd worden. De maag zelf wordt verwijderd via een kleine, horizontale snede boven

het schaambeen. Deze snede is te vergelijken met die van een keizersnede, maar is wel beduidend kleiner. De koolstofdioxide in de buik wordt op het einde van de operatie volledig verwijderd.

Door gebruik te maken van kleine insneden verloopt het herstel sneller, ervaart de patiënt minder pijn en treden er minder complicaties op. In uitzonderlijke situaties verloopt de ingreep toch via een klassieke open buikoperatie (laparotomie) waarbij op de middellijn een langere verticale snede wordt gemaakt.

## WAT MAG U VERWACHTEN NA DE OPERATIE?

De ingreep vindt plaats onder algemene verdoving of narcose. Voor u onder narcose wordt gebracht, wordt er via een ruggenprik bij u een pijnpomp geplaatst. Hierlangs wordt na de operatie pijnstillende medicatie toegediend. Eenmaal u onder narcose bent, zult u nog voor de operatie begint een aantal katheters of drains krijgen: een maagsonde via de neus, een infuus in de hals (diep veneuze katheter), een infuus in de arm (perifere katheter) en een blaassonde. Tijdens de operatie wordt ook minstens één drain in de buik geplaatst om het wondvocht op te vangen.

Als u wakker wordt na de ingreep, zullen deze katheters en drains nog aanwezig zijn. De meeste drains kunnen echter al snel na de ingreep verwijderd worden (zie verder in deze brochure).

## EERSTE DAGEN NA DE OPERATIE

- U zult wakker worden op de **ontwaakafdeling** (postanesthesie-zorgafdeling of PAZA). Afhankelijk van uw algemene toestand, zult u daarna naar uw kamer gebracht worden of gedurende één nacht op deze afdeling verblijven.
- Uw **bloeddruk, hartslag en temperatuur** worden na de operatie meerdere keren per dag gecontroleerd.
- Indien u gekozen hebt voor een epidurale pijnpomp (ruggenprik), wordt die de **eerste dag na de operatie** samen met de blaassonde verwijderd. Dan wordt er onmiddellijk met andere pijnmedicatie gestart.
- Op de hospitalisatie-afdeling wordt u vanaf de eerste dag na de ochtendverzorging geholpen om uit bed te komen en rechtop te zitten in de zetel. Tijdens uw herstelperiode zult u gestimuleerd worden om **regelmatig rechtop te zitten, uit bed te komen en fysiek actief te blijven** onder begeleiding van de kinesitherapeut.
- De **maagsonde** wordt de eerste dag na de operatie verwijderd. U mag daarna kleine slokjes water drinken om de mond te bevochtigen. U mag verder niet eten, maar krijgt via het infuus vocht met glucose (suiker) zodat u voldoende calorieën opneemt.
- De **derde dag na de operatie** zal een onderzoek worden uitgevoerd om te controleren of de nieuwe aangelegde verbindingen voldoende doorgankelijk zijn en om eventuele lekkage op te sporen. Dat gebeurt met een



zogenaamde 'slikfoto' (RX slokdarm, maag, duodenum). U zal gevraagd worden om enkele slokken contrastmiddel te drinken waarbij röntgenfoto's gemaakt worden. Na dit onderzoek mag u starten met vloeibare voeding, als er geen tekenen van lekkage of vernauwing zijn. Het dieet wordt in de dagen daarna geleidelijk uitgebreid onder begeleiding van de diëtist. Meer informatie over de voedingsrichtlijnen na de operatie vindt u verder in deze brochure.

- Als er na de opstart van voeding helder vocht uit de buikdrain komt én er geen lekkage blijkt tijdens de slikfoto, zal de **drain verwijderd** worden. Dat gebeurt op de afdeling zelf en is niet pijnlijk.
- Dagelijks komt een **arts** bij u langs om te kijken hoe het met u gaat en of er zich geen problemen voordoen. Deze arts zal het verdere verloop van de hospitalisatie steeds bepalen in overleg met uw behandelende arts.

## VOEDING

Na een totale gastrectomie kunt u merken dat de vertering tijdelijk minder vlot verloopt dan voordien. Daarom is het belangrijk dat u uw maaltijden spreidt over de dag en frequent (6 tot 8 keer per dag) een kleine hoeveelheid eet om voldoende calorieën op te nemen, niet drinkt tijdens de maaltijd en na het eten even rechtop blijft zitten of rondwandelt.

Uw voeding wordt na de operatie geleidelijk aan opgebouwd naar het volgende schema:

8 uur	ontbijt
10 uur	soep
12 uur	middagmaaltijd
rond 14-15 uur	pudding, yoghurt of ander tussendoortje
17 uur	avondmaaltijd
20 uur	tussendoortje

## GEWICHT

Na uw operatie wordt dagelijks uw gewicht gemeten.

## MOGELIJKE COMPLICATIES

### LEKKAGE

Er kan lekkage optreden ter hoogte van de nieuwe aansluitingen die werden aangelegd tijdens de operatie. De verbinding tussen slokdarm en dunne darm is het meest gevoelig voor lekkage.

Een eventuele lekkage wordt opgespoord tijdens de slikfoto, het onderzoek drie dagen na de operatie.

Indien er een lekkage is, wordt er meestal ook een stijging van de ontstekingswaarden in het bloed gezien, die eventueel gepaard gaat met koorts en/of pijn.

In geval van een lekkage zult u tijdelijk niet mogen eten of drinken en wordt voeding via het infuus opgestart. In de meeste gevallen worden ook antibiotica opgestart en zal bijkomend een CT-scan uitgevoerd worden om de ernst van de lekkage in beeld te kunnen brengen. De drain in de buik zal langere tijd aanwezig blijven om de lekkage naar buiten af te leiden en te voorkomen dat het lekkagevocht zich opstapelt in de buikholte.

In de meeste gevallen is er geen nieuwe operatie nodig om het lek te herstellen. Door tijdelijk niet te eten, kan het lichaam het lek doorgaans zelf herstellen door de aanmaak van littekenweefsel. Soms kan een bijkomende drainage via endoscopie of via de huid noodzakelijk zijn.

Een lekkage op de aansluiting tussen de dunne darm onderling of ter hoogte van de duodenumstomp is zeer zeldzaam. Ook in dit geval zal de drain in de buik langer aanwezig blijven en zullen antibiotica worden gestart, maar is een tweede operatie meestal niet noodzakelijk.

## VERNAUWING (STENOSE)

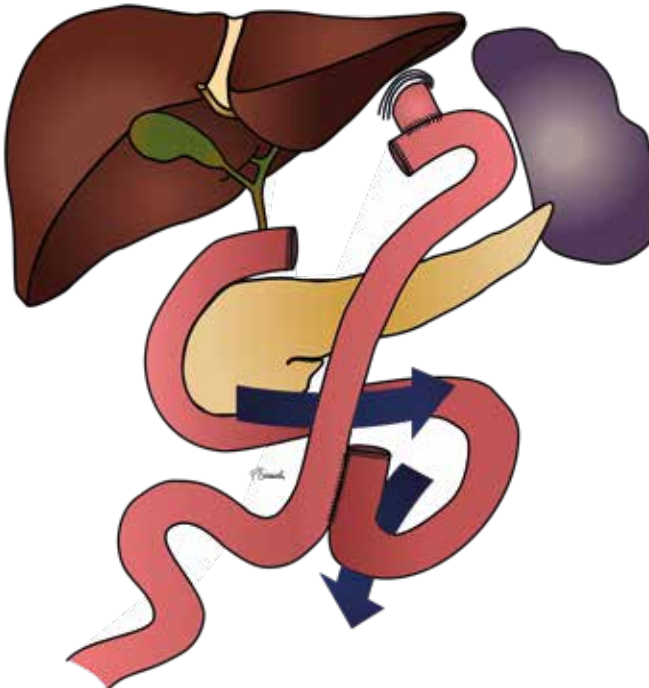
Een vernauwing kan ontstaan op de nieuw aangelegde verbinding tussen de slokdarm en de dunne darm. Onmiddellijk na de operatie is er steeds een zekere zwelling aanwezig ter hoogte van deze aansluiting, wat kan zorgen voor een tijdelijke vernauwing. Die vernauwing zal spontaan verdwijnen als de zwelling wegtrekt.

Soms kan een vernauwing ook laattijdig en geleidelijk aan ontstaan als gevolg van littekenweefsel op de aansluiting. Dat komt meestal pas voor in de weken of maanden na de operatie. U zult merken dat eten moeizamer gaat of dat het voedsel moeilijker passeert. Meestal kan een vernauwing behandeld worden met een endoscopisch onderzoek of gastroscopie.

## INTERNE HERNIATIE

Een interne herniatio kan optreden wanneer een deel van de dunne darm tussen de openingen achter de nieuwe aansluitingen schuift. Daardoor kan de darm 'afknikken'.

Symptomen van zo'n interne herniatio zijn buikpijn (voornamelijk aan de linkerzijde), krampen, weinig eetlust en/of misselijkheid. De darm kan soms in en uit de opening schuiven, waardoor de klachten in bepaalde periodes kunnen optreden (niet continu). Deze complicatie kan laattijdig optreden, soms pas maanden of jaren na de operatie. Als u zich onwel voelt of deze klachten ervaart, neemt u het best contact op met uw huisarts of behandelend arts.



## ANDERE COMPLICATIES

Andere ernstige of minder ernstige verwickelingen zoals een bloeding, abces, wondinfectie, bloedklonter, littekenbreuk, longontsteking ... zijn eerder zeldzaam. Daarover hebt u reeds uitleg gekregen tijdens de raadpleging voorafgaand aan de operatie.

## NAAR HUIS NA DE OPERATIE

### THUISSITUATIE

Om uw ontslag uit het ziekenhuis makkelijker te laten verlopen, kan de sociaal werker u helpen om uw thuissituatie te optimaliseren (bv. huishulp, maaltijden aan huis, ziekenhuisbed, herstelverblijf ...). Tijdens uw opname kunt u vragen naar een gesprek met de sociaal werker.

### VOEDING EN GEWICHT

Na ontslag is het belangrijk om de voedingsrichtlijnen goed op te volgen en uw gewicht te controleren (tweemaal per week wegen). Voldoende voedingsstoffen opnemen en uw gewicht stabiel houden draagt bij aan een vlot herstel en eventuele nabehandeling.

Na een totale gastrectomie kan de gemiddelde patiënt tot 10 procent van zijn lichaamsgewicht verliezen. Meestal stabiliseert het gewicht na drie tot vier weken, waarna het stilaan weer zal toenemen. Door de voorgestelde voedingsrichtlijnen strikt te volgen, kunt u het gewichtsverlies meestal beperken.



Neem opnieuw contact op met uw behandelende arts:

- als eten en drinken moeizaam of niet gaat,
- als u zich erg zwak of onwel voelt,
- als u merkt dat u gewicht blijft verliezen,
- bij koorts,
- bij toenemende pijnklachten.

## BEWEGING

Dagelijks voldoende bewegen is belangrijk. Eén tot liefst drie korte wandelingen of een niet-intensieve fietsrit (buiten of op de hometrainer) dragen bij tot het behoud van spieren en een vlotter herstel.

Toch doet u beter nog geen grote inspanningen, zoals zware gewichten heffen. Vermijd het heffen van gewicht boven de 5 à 10 kg gedurende drie tot vier weken na de operatie.

## KOORTS, PIJN OF BLOEDVERLIES

Bij een lichaamstemperatuur boven 38,5°C, sterk toegenomen pijn, een onwel gevoel of bloedverlies, raadpleegt u het best het arts. U kunt steeds contact opnemen met het ziekenhuis via een telefoonnummer dat u terugvindt op de ontslagbrief. Ook 's nachts en in het weekend is er steeds een arts van wacht beschikbaar om u te woord te staan als er zich dringende problemen voordoen. Die zal dan evalueren of u het best naar de spoedgevallendienst of naar uw huisarts gaat.

## MEDICATIE

- Tot twintig dagen na uw ontslag uit het ziekenhuis zult u dagelijks een inspuiting krijgen met een **bloedverdunner**. Zo wordt klontervorming in de aders voorkomen. Als u een voorgeschiedenis hebt van hartproblemen of klontervorming van het bloed, kan de therapie aangepast worden aan uw noden.
- Als u voor de operatie een **maagzuurremmer of maagbeschermer** innam (bv. Pantomed® met werkzame stof pantoprazol) kan die **gestopt** worden, aangezien er geen maagzuurproductie meer is.
- De **pijnstilling** wordt bepaald op maat van elke patiënt. In de meeste gevallen is een combinatie van paracetamol en indien nodig tramadol voldoende. De nodige voorschriften worden voorzien bij uw ontslag.
- Na verwijdering van de maag wordt **vitamine B12** niet meer via de voeding opgenomen en ook **ijzer** wordt minder efficiënt opgenomen. Dat kan na de operatie een tekort aan vitamine B12 en ijzer veroorzaken, met uitgesproken vermoeidheid en bloedarmoede tot gevolg. Daarom raden we sterk aan om uw bloed te laten controleren via uw huisarts. In het eerste jaar na de operatie plant u het best om de drie maanden een bloedafname, daarna volstaat een jaarlijkse controle. De huisarts kan voorzien in een driemaandelijkse vitamine B12-injectie en in het geval van andere tekorten ook een ijzer- of vitaminesupplement voorschrijven.

© maart 2023 UZ Leuven

Overname van deze tekst en illustraties is enkel mogelijk na toestemming van de dienst communicatie UZ Leuven.

#### Ontwerp en realisatie

Deze tekst werd opgesteld door de dienst abdominale heekkunde in samenwerking met de dienst communicatie.

Met dank aan dr. Francesco Sucamuli voor de uitwerking van de medische illustraties en aan Jean Bosco Niyonkuru voor zijn bijdrage aan deze brochure in kader van zijn masterproef binnen de biomedische wetenschappen.

U vindt deze brochure ook op [www.uzleuven.be/brochure/701592](http://www.uzleuven.be/brochure/701592).

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via [communicatie@uzleuven.be](mailto:communicatie@uzleuven.be).

Verantwoordelijke uitgever  
UZ Leuven  
Herestraat 49  
3000 Leuven  
tel. 016 33 22 11  
[www.uzleuven.be](http://www.uzleuven.be)

 mynexuzhealth



Raadpleeg uw medisch dossier  
via [nexuzhealth.com](http://nexuzhealth.com)  
of download de app

