



Gastroscoopie met endoscopische submucosale dissectie (ESD)

informatie voor patiënten

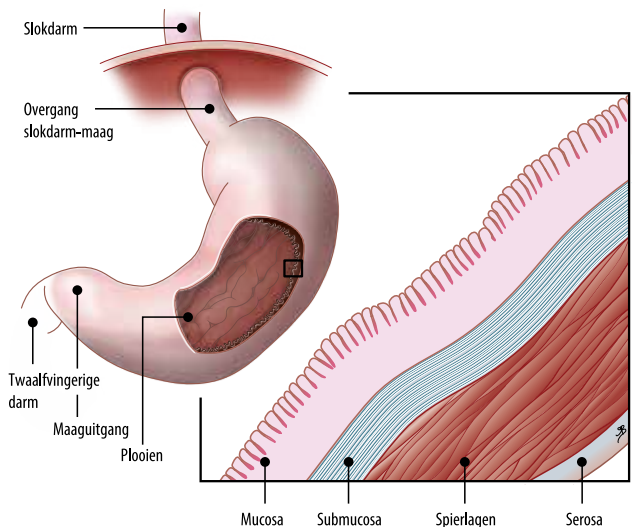
WAT IS EEN GASTROSCOPIE ?

Bij een gastroscopie wordt de binnenzijde van de slokdarm, de maag en een stukje van de dunne darm (twaalfvingerige darm) onderzocht.

Een gastroscoop is een soepele buis (sonde) met een camera die een kleurenbeeld van de binnenzijde van de slokdarm, de maag en de dunne darm toont op een televisiescherm. Doorheen de gastroscoop kunnen andere instrumenten ingebracht worden voor het afnemen van weefselstalen (voor onderzoek onder de microscoop). Ook kan via de gastroscoop lucht ingeblazen worden en kunnen speeksel en maagvocht afgezogen worden om het zicht te verbeteren.

WAT IS EEN ENDOSCOPISCHE SUBMUCOSALE DISSECTIE?

Bij een endoscopische submucosale dissectie (ESD) wordt een letsel in de slijmvlieslaag (de mucosa en de submucosa) via de endoscoop in één stuk verwijderd tot net boven de onderliggende spierlaag. Het letsel wordt met verschillende soorten instrumenten verwijderd.



WANNEER WORDT EEN ESD TOEGEPAST?

Een ESD wordt toegepast bij patiënten met een letsel (dysplasie of kanker) in een heel vroeg stadium in de slokdarm en de maag. Letsels die zich beperken tot de slijmvlieslaag van de slokdarm en de maag kunnen goed behandeld worden met een ESD. Het letsel wordt in één stuk verwijderd.

Dysplasie: een voorstadium van kanker. We maken een onderscheid in laaggradige dysplasie en hooggradige dysplasie. Dit onderscheid geeft de mate van onrust in de cellen aan. Bij hooggradige dysplasie is er meer onrust in de cellen dan bij laaggradige dysplasie.

In het verleden werden mensen met dysplasie en/of kanker in een vroeg stadium behandeld met een operatie, waarbij de slokdarm en/of de maag (grotendeels) worden verwijderd. Deze operaties geven echter regelmatig complicaties, zeker bij patiënten met hart- of longaandoeningen en bij oudere patiënten. Bovendien heeft een dergelijk grote ingreep invloed op het dagelijks leven van de patiënt.

Een ESD is een behandeling die minder ingrijpend is. Het is een goed alternatief voor een operatie, maar alleen voor mensen met letsels van de slokdarm en de maag, die zich tot de slijmvlieslaag van de wand beperken.

DOET EEN GASTROSCOPIE MET ESD PIJN?

Een gastroscopie met ESD wordt altijd uitgevoerd onder algemene verdoving (anesthesie).

Een algemene anesthesie of narcose maakt iemand onbewust en ongevoelig voor pijn door de toediening van geneesmiddelen die op de hersenen en de spieren inwerken. Deze geneesmiddelen worden toegediend via een ader of via een masker op het gezicht. Op het einde van de procedure zal de arts-anesthesist de toediening van deze geneesmiddelen stoppen, waardoor u weer wakker wordt.

Zoals bij een algemene verdoving in de operatiezaal moet u bij een gastroscopie onder algemene verdoving altijd een anesthesievragenlijst invullen. Deze kunt u thuis invullen en terugsturen naar de pre-anesthesie-raadpleging, UZ Leuven campus Gasthuisberg, Herestraat 49, 3000 Leuven. Afhankelijk van uw leeftijd en/of gezondheidstoestand kunt u uitgenodigd worden om naar de raadpleging pre-anesthesie te komen. U kunt ook zelf een afspraak maken op het nummer 016 34 48 13.

VOORBEREIDING

- 1 Er wordt op voorhand een **opname** voor één nacht gepland. U wordt door de opnamedienst de dag voor de opname verwittigd of er een bed voor u beschikbaar is en de opname kan doorgaan.

- 2 Voor een gastroscopie met ESD moet u **nuchter** zijn vanaf middernacht (dit betekent niet eten, drinken, roken of medicatie innemen). Dit om te vermijden dat resten van voedsel of vocht tijdens het onderzoek in uw longen kunnen lopen, met een ernstig risico op ademhalingsproblemen.
- 3 Het is belangrijk om vóór het onderzoek te weten of u **bloedverdunnende medicatie** (tabletten of injecties) neemt. U bespreekt op voorhand met de behandelende arts die de ESD zal uitvoeren of u deze medicatie al dan niet moet stoppen, en zo ja, hoelang op voorhand. Bij twijfel contacteert u op voorhand de dienst endoscopie (tel. 016 34 33 51). Na de gastroscopie bespreekt de behandelende arts met u wanneer u de medicatie terug mag starten, in functie van de bevindingen tijdens het onderzoek.
- 4 U moet ook een vragenlijst invullen om de arts te informeren over uw **algemene gezondheidstoestand** en de inname van **medicatie**. Het is immers belangrijk dat de arts op de hoogte is van andere gezondheidsproblemen, in het bijzonder hart- en/of longproblemen, pacemaker, defibrillator, hartkunstkleppen, diabetes, eventuele zwangerschap, borstvoeding, besmettelijke aandoeningen, allergie voor medicatie en risico op vallen.
- 5 Op uw heup komt een kleefpleister (aardingsplaat). Deze is nodig voor de geleiding van de stroom bij de gebruikte instrumenten en kan koud aanvoelen. Indien u heupprothesen hebt in beide heupen, wordt de aardingsplaat op de onderrug aangebracht.

VERLOOP VAN EEN GASTROSCOPIE MET ESD

U gaat op uw rug op de onderzoekstafel liggen.

Een bloeddrukmeter, saturatiemeter en klevers voor EKG worden aangebracht.

De verpleegkundige plaatst een mondstuk in uw mond, deze wordt met een elastiek rond uw hoofd vastgemaakt.

De anesthesist brengt u onder narcose voor de start van het onderzoek.

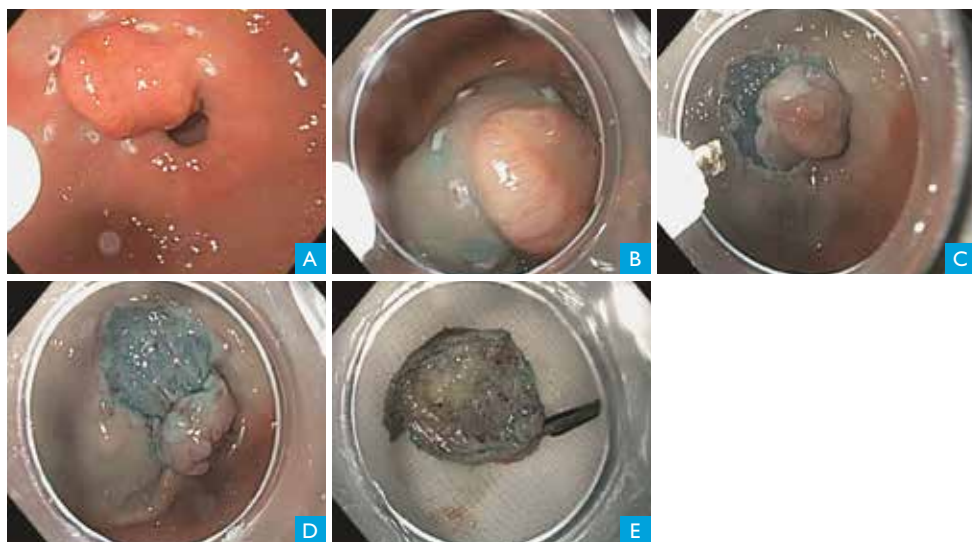
De arts brengt de gastroscoop via de mond in de slokdarm en daarna in de maag. Tijdens het onderzoek wordt lucht of CO₂ ingeblazen, zodat de organen goed zichtbaar zijn.

We streven ernaar om alle onderzoeken volgens de hoogste kwaliteitsnormen uit te voeren, waarbij we gebruik maken van up-to-date materiaal.

DE BEHANDELING: ESD

ESD is het in één keer wegsnijden van een groter letsel met behulp van verschillende soorten instrumenten. Het is een langdurige procedure die soms drie tot vier uur kan duren.

Eerst worden met het uiteinde van het instrument puntjes gezet rond het letsel **A**. Met behulp van een dunne naald wordt er vloeistof met een blauwe kleur onder het letsel gespoten. Hierdoor ontstaat een vochtkussen **B**. Dan maakt de arts een insnede rond het letsel, door de vooraf gezette punten met elkaar te verbinden. Vervolgens snijdt de arts in kleine stapjes voorzichtig het letsel los van de onderliggende laag. Tijdens het lossnijden blijft de arts het letsel onderspuiten, zodat er altijd een veilige marge is ten opzichte van de spierlaag (**C** en **D**). Op het einde van het onderzoek wordt het weefselstuk mee naar buiten genomen **E**, waarna de anatoom-patholoog het microscopisch onderzoekt.



NA DE BEHANDELING

Na afloop van de behandeling gaat u eerst naar de uitslaapkamer van endoscopie of het operatiekwartier. Nadien gaat u terug naar de afdeling.

De eerste uren na de behandeling kunt u last hebben van een opgeblazen gevoel en pijn in de buik. Dit komt doordat er tijdens de behandeling lucht in de slokdarm, de maag en de darmen wordt geblazen. Daarnaast kan er door de ontstane wonde een stekende pijn ontstaan in de bovenbuik of achter het borstbeen. Meestal vermindert deze pijn een aantal dagen na de behandeling, soms kan de pijn één tot twee weken aanhouden (zie verder bij medicatie).

U krijgt een dagboekje mee: dit vult u dagelijks in en brengt u mee naar de volgende afspraak.

Dieet

U blijft zeker nog vier tot zes uur nuchter, tenzij anders vermeld door de arts. Wanneer er geen complicaties optreden, mag u na deze tijd wat water drinken. Als dat goed gaat, mag u de volgende dag wat zachte voeding eten. We raden u aan om ook de volgende dagen nog zacht voedsel te eten zoals pudding, yoghurt, brood zonder korsten, goed gekookte spaghetti. Ook adviseren we om te sterk gekruid, te zuur en te heet voedsel de eerste twee weken te vermijden.

Medicatie

Het heropstarten van bloedverdunnende medicatie gebeurt in overleg met de behandelende arts en wordt u na het onderzoek meegedeeld door de arts of een verpleegkundige.

Om ervoor te zorgen dat de ontstane wonde goed geneest, krijgt u medicatie voorgeschreven. Deze medicatie zorgt ervoor dat inwerking van het maagzuur op de wonde zoveel mogelijk vermeden wordt. Het voorschrift en de instructies wordt u op de verpleegafdeling meegedeeld door de behandelende arts of een verpleegkundige.

Bij pijn mag u **paracetamol (bijvoorbeeld Dafalgan®)** innemen: 4 x 1 g. Dit maximaal 4 g per dag en 1 tablet om de 6 uur. Mocht paracetamol niet voldoende helpen, dan kunt u contact met ons opnemen (zie achteraan). Wegens de wonde in de maag of de slokdarm, mag u geen onstekingsremmers (zogenaamde 'NSAID') nemen.

Vervolgafpraak

Het stuk weefsel dat uit de slokdarm of de maag is weggehaald, wordt in het laboratorium door een anatoom-patholoog onderzocht onder de microscoop.

Twee à drie weken na de behandeling bespreekt de verwijzende of de behandelende arts de resultaten van dit onderzoek met u tijdens een raadpleging. Dan wordt ook de verdere opvolging geregeld.

RISICO'S

Bij een endoscopische resectie ontstaat een wonde en kunnen de volgende complicaties optreden.

- 1 **Bloeding.** Tijdens de behandeling kan een bloedvatje worden geraakt. Hierdoor kan een bloeding ontstaan (dit gebeurt bij ongeveer 5 op 100 patiënten). In ongeveer de helft van de gevallen treedt een bloeding op tijdens de behandeling. Dan wordt er direct gehandeld waardoor het bloedverlies over het algemeen beperkt blijft. Een bloeding kan ook enige tijd na de behandeling ontstaan. Ook in zo'n geval grijpen we direct in, tijdens een nieuwe endoscopie. Daarom blijft u één nacht in het ziekenhuis. In zeldzame gevallen treedt de bloeding pas veel later op, na ontslag uit het ziekenhuis. U merkt dit doordat u bloed braakt en/of zwarte, teerachtige stoelgang heeft. Wanneer dit gebeurt, moet u direct contact met ons opnemen (zie achteraan) of u aanmelden op de spoedgevallendienst.
- 2 **Perforatie** is een complicatie die eerder zeldzaam bij een ESD voorkomt (5 op 100 patiënten). Een perforatie is een scheur of een gaatje in de wand van de slokdarm of de maag. De meeste perforaties kunnen endoscopisch gesloten worden, bij een klein aantal gevallen moet een operatieve ingreep gebeuren. Meestal is dan ook een langere opname in het ziekenhuis noodzakelijk.

- 3 **Stenose of vernauwing.** Een vernauwing kan ontstaan als er een groot stuk weefsel wordt weggehaald in de slokdarm. Deze complicatie komt vaker voor in de slokdarm dan in de maag. De slokdarm is als het ware een dunne pijp. Als de wonde die door de endoscopische resectie is ontstaan gaat genezen, ontstaat er littekenweefsel. Dit littekenweefsel is wat stugger dan normaal slokdarmweefsel, waardoor de slokdarm nauwer en minder flexibel kan worden. Hierdoor kan voedsel soms minder goed de slokdarm passeren. Het niet goed passeren van voedsel langs de slokdarm, begint meestal pas zo'n twee tot drie weken na de behandeling. Dan is de slokdarm al grotendeels genezen en ontstaat het littekenweefsel. Als het eten niet goed de slokdarm wil passeren, moet u contact met ons opnemen. Dan kunnen we u een afspraak geven voor een gastroscopie om de slokdarm open te rekken of te dilateren. Het risico op vernauwing hangt af van de hoeveelheid weefsel dat moet verwijderd worden.
- 4 **Aspiratie** treedt uiterst zeldzaam op. Het is een ontsteking van de longen nadat braaksel of veel speeksel in de longen is gekomen, doordat men zich verslikt tijdens of na het onderzoek.
- 5 **Infectie.** De gastroscoop is een ingewikkeld optisch-elektronisch toestel bedoeld voor meervoudig gebruik. Het toestel kan niet gesteriliseerd worden door verhitting boven 100 °C. Vóór elk nieuw gebruik wordt de gastroscoop echter grondig gereinigd en gedesinfecteerd volgens de internationale wetenschappelijke normen en de bestaande wetgeving. Hoewel het risico op infectie nooit volledig kan uitgesloten worden, is dit toch extreem zeldzaam (1 op 1 800 000 patiënten).
- 6 **Overlijden.** De kans op overlijden is extreem laag. Hoewel er in de literatuur geen overlijdens gerapporteerd zijn als gevolg van ESD, kan dit nooit volledig uitgesloten worden.

MOGELIJKE RISICO'S VAN DE ALGEMENE VERDOVING

De moderne anesthesie is heel veilig. Toch kunnen er, zoals bij elke medische ingreep, nevenwerkingen of verwickelingen optreden. De meest voorkomende (bij 1 op 10 tot 1 op 100 patiënten) zijn: misselijkheid en braken, keelpijn en in mindere mate duizeligheid en dubbelzien, rillen, jeuk, hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn, pijn bij het inspuiten van geneesmiddelen of pijnlijke blauwe plekken, verwardheid of geheugenverlies (vooral bij oudere patiënten) en een wat moeizamere ademhaling. De meeste van deze klachten zijn tijdelijk en kunnen in veel gevallen voorkomen of behandeld worden. In zeldzame gevallen kunnen ze meerdere dagen tot weken aanhouden.

Een ernstige overgevoeligheid aan geneesmiddelen, krachten/of gevoelsverlies en overlijden treden slechts extreem zeldzaam op (1 op 100 000 patiënten en minder). Om dit te voorkomen is het belangrijk dat u de arts-anesthesist op de hoogte brengt van mogelijke overgevoeligheden en problemen bij vorige ingrepen en anesthesieën, zowel bij uzelf, als bij uw kind of andere familieleden.

Als u hierover meer informatie wenst, kunt u dit vóór het onderzoek bespreken met uw verwijzende arts of op de raadpleging maag-, darm-, leverziekten.

CONTACTGEGEVENS

Functiemeting endoscopie:	tel. 016 34 33 51
Secretariaat maag-, darm-, leverziekten:	tel. 016 34 42 25
Telefooncentrale UZ Leuven:	tel. 016 33 22 11
Spoedgevallendienst:	tel. 016 34 39 00

© mei 2019 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 maag-, darm- en leverziekten in samenwerking met de dienst communicatie.

Met dank aan Myrthe Boymans (www.myrtheboymans.nl) voor de medische illustraties.

U vindt deze brochure ook op www.uzleuven.be/brochure/700961.

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via communicatie@uzleuven.be.

Verantwoordelijke uitgever
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
tel. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 mynexuzhealth

Raadpleeg uw
medisch dossier via
www.mynexuzhealth.be of

