

Naar een beter herstel na een longoperatie

informatie voor patiënten

| | |
|---|----|
| INLEIDING | 3 |
| WAT IS EEN ANATOMISCHE LONGRESECTIE? | 4 |
| Hoe gaat de operatie in zijn werk? | |
| Na de operatie | |
| VERBETERD HERSTEL | 8 |
| VOOR DE INGREEP | 9 |
| Stoppen met roken | |
| Dagelijkse beweging | |
| Ademhalingsoefeningen | |
| Vorbereidende onderzoeken | |
| UW OPNAME | 13 |
| Vorbereiding thuis | |
| Wat brengt u mee naar het ziekenhuis? | |
| Dag van de ingreep | |
| NA UW OPERATIE | 15 |
| Verblijf in de ontwaakruimte | |
| Pijnbestrijding | |
| Kinesitherapie | |
| Mobilisatie | |
| Sondes en leidingen | |
| COMPLICATIES | 21 |
| NAAR HUIS NA UW OPNAME | 23 |
| De eerste weken na ontslag uit het ziekenhuis | |
| Tot drie maanden na de operatie | |
| PRAKTISCHE INFORMATIE | 26 |
| NUTTIGE CONTACTGEGEVENS | 26 |
| Mijn activiteit gedurende de eerste dagen na de ingreep | |
| Vragen die ik niet mag vergeten | |

Er werd recent een longkanker bij u vastgesteld. Na een reeks bijkomende onderzoeken en bespreking tijdens een multidisciplinair overleg, werd voorgesteld om het aangetaste deel van de long chirurgisch te verwijderen.

U kreeg tijdens de raadpleging al heel wat informatie van uw arts/chirurg over de geplande ingreep. Mogelijke complicaties en de mogelijke impact op uw levensstijl na de ingreep werden al met u besproken. U vindt al die informatie ook terug in deze infobrochure, zodat u deze nog eens rustig kunt nalezen en er op elk moment naar kunt teruggrijpen.

Het medisch team bespreekt met u ook het ERP, voluit het 'enhanced recovery protocol', waarin gewerkt wordt aan een beter herstel na longchirurgie en het vermijden van complicaties. In deze infobrochure vindt u meer informatie over hoe u en uw familie kunnen bijdragen aan een beter herstel na de longoperatie.

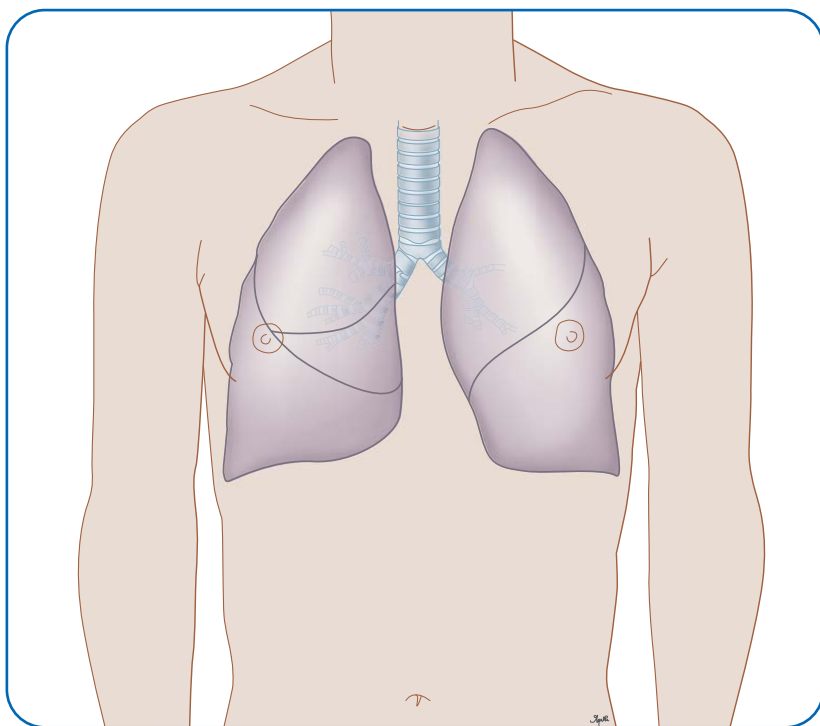
De infobrochure is verdeeld in een aantal hoofdstukken, die u makkelijk kunt terugvinden via de inhoudstafel. Lees alle informatie aandachtig. Achteraan kunt u zelf notities maken of belangrijke vragen opschrijven als geheugensteuntje.

Hebt u nog vragen?

Aarzel dan niet om ze te stellen aan een arts of verpleegkundige.

WAT IS EEN ANATOMISCHE LONGRESECTIE?

Wanneer we naar een long kijken, dan zien we dat de rechterlong uit drie kwabben bestaat: de bovenkwab, de middenkwab en de onderkwab. De linkerlong bestaat uit twee kwabben: de bovenkwab en de onderkwab. Daarnaast kunnen we een long ook nog verdelen in segmenten: tien in de rechterlong en negen in de linkerlong.



Tijdens de longoperatie proberen we steeds longsparend te werken om de longfunctie zoveel mogelijk te behouden.

Afhankelijk van de plaats en de grootte van het gezwel moet soms de hele long worden weggenomen (pneumectomie) of volstaat het om een kwab van de linker- of rechterlong weg te nemen (lobectomie). De longkwabben kunnen nog verder onderverdeeld worden in anatomische segmenten, die ook afzonderlijk verwijderd kunnen worden (segmentectomie).

In UZ Leuven worden jaarlijks ongeveer 150 longoperaties verricht voor de behandeling van longkanker.

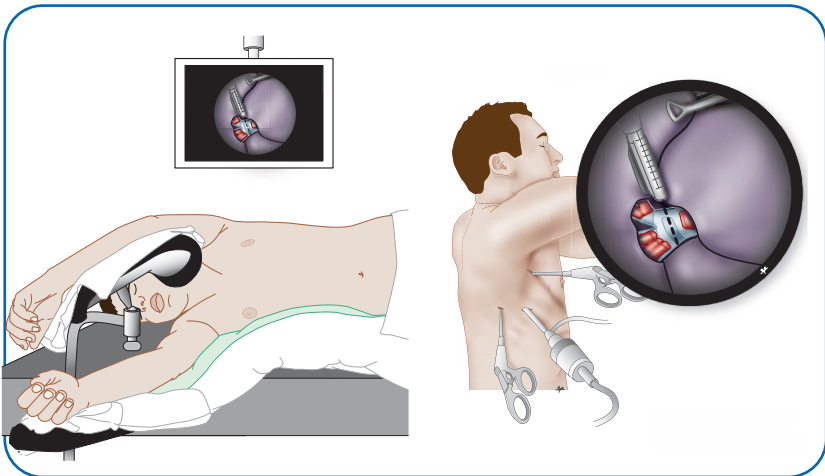
HOE GAAT DE OPERATIE IN ZIJN WERK?

Er zijn drie belangrijke toegangswegen tot de borstholte:

- **De traditionele toegangsweg (thoracotomie):** er wordt een incisie gemaakt tussen twee ribben, startend onder en achter het schouderblad tot aan de zijkant van de borstkas. De ribben worden dan gespreid zodat de chirurg in de borstkas het aangetaste weefsel kan verwijderen.
- **De thoracoscopische toegangsweg (VATS):** er wordt een kleine incisie van drie à vier centimeter gemaakt tussen de ribben, ter hoogte van de zijkant van de borstkas. De chirurg opereert uw long met behulp van een speciale camera. Soms is het omwille van technische redenen toch nodig om een tweede of derde incisie van één cm te maken. Dat is dan voornamelijk om de operatie veiliger te laten verlopen.

- **De robotische toegangsweg (RATS):** de chirurg verwijdert een gedeelte van uw long met behulp van een robot. Die robot opereert u niet zelf, maar zal de handelingen van de operatie uitvoeren die de chirurg aanstuurt. Er worden hierbij vijf incisies gemaakt, waarvan vier met een grootte van acht millimeter en één van drie tot vier centimeter.

De gebruikte toegangsweg wordt bepaald door uw voorgeschiedenis, uw type kanker en de grootte en de ligging van de kanker. In sommige gevallen is het niet mogelijk om via kleine incisies (en dus minimaal invasief) te werken, omdat er onvoldoende zicht is op het letsel. De chirurg zal dit met u bespreken.



Hoewel wij bij voorkeur minimaal invasief werken, is het tijdens de operatie soms toch nodig om een grote incisie te maken. Dat gebeurt wanneer er een complicatie zoals een bloeding optreedt tijdens de operatie, omdat de chirurg een minimaal invasieve toegang niet meer veilig acht of omwille van andere onvoorziene anatomische afwijkingen.

NA DE OPERATIE

Op het einde van de operatie wordt de borstkas gespoeld en gecontroleerd op nabloeding en worden de incisies gesloten. Er worden ook één of twee thoraxdrains achtergelaten. Dat zijn buisjes van één cm breed die overtollig vocht en lucht naar buiten leiden, zodat het resterende longweefsel tegen de borstkaswand aan komt te liggen. Deze worden zo snel mogelijk verwijderd. Het verwijderen van de thoraxdrain kan gewoon op de afdeling gebeuren zonder verdoving. De wonde wordt gesloten met nietjes of met een hechting. Over het algemeen wordt dit goed verdragen.

Waarom wordt niet alleen het gezwel, maar de hele longkwab weggenomen?

Studies tonen aan dat het beter is om een volledig anatomisch segment of de volledige longkwab weg te nemen om de kans op herval te verkleinen.

Wat gebeurt er met de ruimte waar een longkwab werd weggenomen?

De resterende long aan de geopereerde zijde neemt de vrijgekomen ruimte gedeeltelijk in. De andere long schuift wat op naar de geopereerde zijde en ook het middenrif komt aan deze kant wat hoger te staan.

VERBETERD HERSTEL (ERP)

Het doel van ons herstelprogramma is om uw herstel na de operatie te verbeteren en u in staat te stellen om zo snel mogelijk uw normale activiteiten te hervatten. Een actieve deelname van uzelf en uw naaste omgeving is daarbij cruciaal, omdat dit een belangrijke rol speelt in uw herstel.

De chirurg en de anesthesist zullen de ingreep uitvoeren en een team van verpleegkundigen, kinesitherapeuten en andere hulpverleners zullen u begeleiden en ondersteunen. U kunt echter ook een deel zelf doen, zoals ademhalingsoefeningen, voldoende bewegen en zelf aangeven wanneer u pijn of andere ongemakken ervaart. Uw postoperatief herstel vraagt dus een actieve inbreng van uzelf en uw omgeving.

De belangrijkste principes voor een verbeterd herstel na de ingreep zijn:

- ✓ **Algemene verdooving zo kort mogelijk houden**, waarvoor de verblijfsduur op de PAZA (postanesthesiezorgafdeling) korter is en u snel terug naar de hospitalisatieafdeling kunt
- ✓ **Mobilisatie** starten op de dag van de ingreep. Op **de dag van de operatie doet u ademhalingsoefeningen**, zit u **rechtop** in de zetel en zult u ondersteund worden door de kinesitherapeut om verschillende afstanden te **wandelen** op de gang.

- ✓ Snel uit bed komen verkleint de kans op typische complicaties zoals een longontsteking of kleine bloedklonters in de benen.
- ✓ Alle leidingen zo snel mogelijk verwijderen.
- ✓ U zult sneller naar huis kunnen gaan. Dat wil zeggen dat u het ziekenhuis binnen de drie dagen na de operatie kunt verlaten. Wij geloven er sterk in dat uw herstel vlotter verloopt in het comfort van uw eigen thuisomgeving.

Als er na de operatie complicaties optreden, kan het nodig zijn dat u langer in het ziekenhuis verblijft. Ga er echter van uit dat u het ziekenhuis binnen de drie à vier dagen kunt verlaten, zoals de meerderheid van de patiënten. Verder in deze brochure vindt u meer informatie over de verwachtingen per dag.

VOOR DE INGREEP

U kunt voorafgaand aan de operatie al verschillende dingen doen om uw herstel te verbeteren.

STOPPEN MET ROKEN

Stop zo snel mogelijk met roken. Hoe langer u rookvrij bent voor de operatie, hoe kleiner de kans dat u ademhalingsproblemen zult hebben na de operatie. Stoppen met roken zal ook uw bloedsomloop verbeteren en uw lichaam zal sneller herstellen. Bovendien is de kans op overvloedige slijmen na de ingreep kleiner als mensen niet

(meer) roken. Die effecten zijn al duidelijk merkbaar binnen één tot twee weken na de rookstop. Het loont dus nog steeds de moeite om te stoppen met roken vóór de ingreep.

Bespreek met uw (huis)arts welke middelen er zijn om te helpen met de rookstop of vraag een doorverwijzing naar een rookstopconsulent of tabacoloog.

Meer info vindt u ook in de UZ Leuven-brochure 'Stoppen met roken. Het kan!'.
Vraag ernaar of raadpleeg ze online.



DAGELIJKE BEWEGING

Hoeveel en hoelang u dagelijks beweegt, hangt voor een deel af van uw toestand voor de operatie en hoe u zich voelt tijdens de eventuele voorbehandeling. Probeer in elk geval dagelijks te bewegen. Het helpt om u fitter te voelen voor de operatie en zorgt ook voor een vlotter herstel. Elke dag een half uur of twee keer bewegen, kan al veel helpen.

Enkele voorbeelden van beweging waarmee u uw hart, longen en spieren stimuleert:

- wandelen
- trappen op- en afgaan
- fietsen
- zwemmen
- dansen

Als u deze oefeningen uitvoert, mag u een beetje buiten adem zijn, maar u mag niet zover gaan dat u in ademnood geraakt en niet meer kunt praten. Mogelijk stelt de kinesitherapeut een specifiek oefenplan op voor u. Dat wordt dan achteraan in deze brochure genoteerd.

ADEMHALINGSOEFENINGEN

Na een langdurige ingreep onder algemene verdoving is het mogelijk dat u meer fluïmen hebt dan normaal. Zodra u weer wakker bent, is het dan ook belangrijk dat u die zo goed mogelijk gaat ophoesten, zodat de longen weer vrij zijn. Ademhalingsoefeningen voorafgaand aan de ingreep zullen helpen om de longen goed open te laten gaan en de fluïmen daarna op te hoesten. U kunt het best al een tweetal weken voor de operatie starten met deze oefeningen.

Ademhalingsoefeningen

- ✓ Adem vier tot vijf keer diep in door de mond of door de neus. Probeer telkens dieper in te ademen dan de vorige keer. Tussen elke inademing houdt u drie seconden de adem in. Daarna ademt u rustig weer uit.
- ✓ Adem nadien 30 seconden op een normale manier. Zorg ervoor dat uw schouders ontspannen zijn.
- ✓ Haal nu één keer diep adem en duw de lucht snel en krachtig weer uit uw longen via de mond, alsof u probeert een spiegel te bedampen. Doe deze oefening drie keer na elkaar.
- ✓ Hoest één keer krachtig door. Zorg ervoor dat u hoest vanuit de borstkas en niet van achteraan in de keel.
- ✓ Rust even uit en herhaal alle oefeningen nog een keer.

Op deze webpagina vindt u filmpjes waarin de ademhalings- en kracht oefeningen stap voor stap uitgelegd en gedemonstreerd worden.



VOORBEREIDENDE ONDERZOEKEN

Voor de ingreep wordt vastgelegd, is een functioneel onderzoek noodzakelijk. Daarbij onderzoeken we hoe uw hart, longen en bloedvaten functioneren. U gaat langs bij de anesthesist en we doen enkele onderzoeken om te kijken of u voldoende fit bent voor de operatie. Die onderzoeken kunnen ook dicht bij huis gebeuren, in samenspraak met uw specialist en de chirurg. Als de resultaten van alle onderzoeken geruststellend zijn, wordt een operatiedatum vastgelegd en wordt u gecontacteerd voor bijkomende uitleg over uw opname. U wordt opgenomen op de dag van de ingreep of de dag ervoor, afhankelijk van het tijdstip van uw operatie en de bijkomende onderzoeken die nog moeten gebeuren.



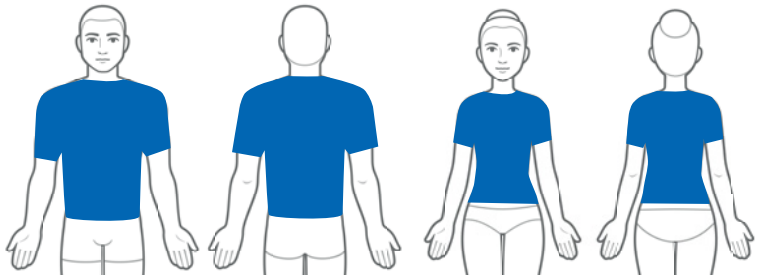
UW OPNAME

In principe wordt u opgenomen op de avond voor de ingreep of op de dag van de ingreep zelf. Dit wordt bepaald door bepaalde voorbereidingen die nog dienen te gebeuren zoals een bloedafname, een elektrocardiogram (ECG) of een röntgenfoto van de borstkas. Het moment van opname zal tijdig aan u gecommuniceerd worden.

De avond voor de operatie komt de chirurg of de assistent-chirurg nog uitleg geven over de operatie en markeert die de te opereren zijde(n) zoals voorgeschreven door het ziekenhuisreglement. U dient vanaf middernacht nuchter te blijven, dat wil zeggen niets meer eten of drinken. Bent u zenuwachtig of kunt u niet inslapen, dan kunt u dit melden aan de verpleegkundige. In samenspraak met de arts kunt u eventueel een rustgevend geneesmiddel krijgen.

VOORBEREIDING THUIS

Gezien er in de borstkas wordt geopereerd, dient u deze als man te scheren voor u naar het ziekenhuis komt. Het is best om dit op de dag van opname te doen. U dient alles te scheren dat zich onder een T-shirt bevindt.



WAT BRENGT U MEE NAAR HET ZIEKENHUIS?

De volgende zaken brengt u het best mee:

- ✓ Alle medicatie die u momenteel gebruikt.
U geeft die ter bewaring af aan de verpleegkundigen.
- ✓ Slaapkledij, vaste pantoffels, kamerjas.
- ✓ Toiletbenodigdheden.
- ✓ Boeken of tijdschriften.
- ✓ Wisselgeld voor bijvoorbeeld tijdschriften.
- ✓ Gemakkelijke kleding om te dragen op de afdeling en om naar huis te gaan.

Waardevolle spullen laat u beter thuis.

Houd er rekening mee dat er slechts een beperkte opslagruimte is op de afdeling. Breng daarom enkel noodzakelijke spullen mee naar het ziekenhuis. Het ziekenhuis is niet verantwoordelijk voor schade aan/of verlies van voorwerpen die niet veilig worden opgeborgen.

DAG VAN DE INGREEP

Het tijdstip waarop u op de dag van de operatie naar de operatiezaal vertrekt, is afhankelijk van het operatieprogramma. Meestal is dat in de voormiddag. U vertrekt een uurtje vóór de start van de operatie naar de voorbereidende ruimte van de operatiezaal. Het is belangrijk dat u **nuchter** bent. Uw **inhalatietherapie** (puffers) dient u wel nog te gebruiken in de ochtend. De anesthesist bepaalt vooraf of u de dag van de operatie nog andere medicatie moet innemen.

Nadien wordt u naar de operatiezaal gereden, waar u de **anesthesist** ontmoet die u onder narcose zal brengen en onder plaatselijke verdoving, via een prik in de rug, de katheter van de pijnpomp plaatst (een epidurale katheter).

NA UW OPERATIE

VERBLIJF IN DE ONTWAAKRUIMTE

Bij (sommige) patiënten bij wie een longresectie wordt uitgevoerd, voorzien we een overnachting op de ontwaakruimte (PAZA of postanesthesie-zorgafdeling) tijdens de nacht van de ingreep. Dat is soms nodig om uw toestand goed te kunnen opvolgen na de operatie. U kunt in die ruimte allerlei geluiden van machines en alarmen horen, die onder andere uw hartslag en bloeddruk bewaken. U hoeft zich daarover dus geen zorgen te maken. Als de operatie goed verlopen is, op een vroeg uur is geëindigd en uw pijn goed onder controle is, kunt u de dag van de ingreep terug naar uw kamer

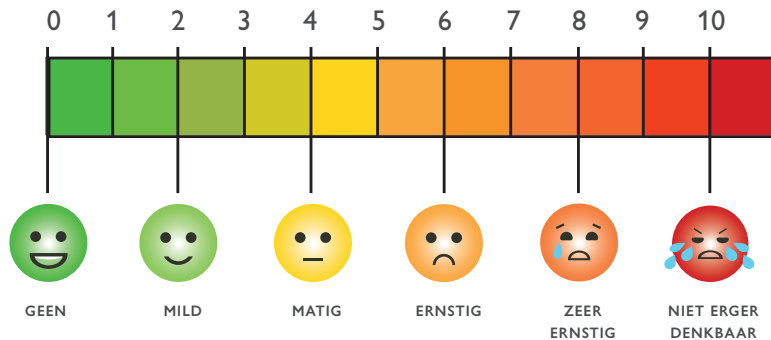
Uw pijnbestrijding is zeer belangrijk. Als u pijn hebt, zult u moeilijker comfortabel kunnen ademen, hoesten of zelfs bewegen. Dat kan leiden tot ademhalingsproblemen of een longontsteking, wat uw ziekenhuisverblijf kan verlengen. Minder pijn zorgt voor een betere beweging en ademhaling, waardoor er minder complicaties optreden en u beter herstelt. Patiënten zonder pijn genezen sneller en beter. Het is daarom belangrijk dat u altijd aangeeft wanneer u pijn ervaart of wanneer pijnklachten blijven aanhouden ondanks de toegediende pijnmedicatie. Het verpleegkundig en paramedisch team zal u ook regelmatig vragen om uw pijnniveau een score te geven op een schaal van 1 tot 10.

U mag terug naar uw kamer op de hospitalisatieafdeling zodra de anesthesist (in overleg met de chirurg) uw toestand voldoende stabiel vindt en u geen pijnklachten hebt.

PIJNBESTRIJDING

Het is erg belangrijk dat u weinig pijn hebt na de operatie, zodat u:

- diep kunt inademen,
- krachtig kunt hoesten,
- kunt bewegen in bed en zelfs rechtop kunt zitten,
- kunt ontspannen,
- goed kunt slapen.



De verpleegkundigen zullen steeds vragen om uw pijn aan te geven op een schaal van nul tot tien. Hierbij is nul geen pijn en tien onhoudbare pijn. We voorzien altijd een multimodale pijnstilling. Dat wil zeggen dat we u medicatie geven (eerst intraveneus nadien oraal) en een lokale pijnstiller.

Welk type pijnstilling wordt gebruikt, is afhankelijk van het type ingreep. Een epidurale katheter of ruggenprik (PCEA) zal steeds voorzien worden bij patiënten die een klassieke ingreep ondergaan (d.w.z. een thoracotomie) of bij patiënten met een hoog risico op pijn of complicaties na de ingreep. Daarnaast kan soms ook een pijn pomp worden voorzien waarbij u morfine rechtstreeks in de bloedbaan toegediend krijgt (PCIA). Daarmee controleert u zelf uw pijnstilling en kunt u zichzelf extra pijnstilling geven door te drukken op de pomp, wanneer u pijn voelt opkomen of wanneer u diep wilt doorhoesten. Daarom noemen we dit ook een patiëntgecontroleerde pijn pomp.



Sommige patiënten hebben last van bijwerkingen van deze pijnpompen. Het kan dan gaan om misselijkheid, braken, jeuk en duizeligheid. Als er hoge dosissen pijnmedicatie worden gebruikt, kan dat een lagere bloeddruk veroorzaken. Sommige patiënten hebben ook last van hallucinaties.

De verpleegkundigen volgen u nauw op om deze bijwerkingen op te sporen en daarvoor oplossingen te zoeken. Voor misselijkheid en jeuk kunnen zij u bijvoorbeeld bijkomende medicatie geven. Als u na enkele dagen last hebt van constipatie, kunnen zij u ook laxeermiddelen geven.



KINESITHERAPIE

Kort na de operatie zal een kinesitherapeut bij u langskomen. Die zal u helpen bij het uitvoeren van ademhalingsoefeningen en het ophoesten van slijmen. Later zal de kinesitherapeut u helpen om rechtop te zitten en rond te wandelen op de hospitalisatieafdeling. Verder blijft de kinesitherapeut u aanmoedigen om regelmatig (elk uur) zelf ademhalingsoefeningen te doen. Dat is erg belangrijk, omdat tijdens de operatie één long geventileerd wordt, waardoor slijmen zich onderaan opstapelen in de andere long. Die slijmen moet u ophoesten zodra u wakker bent, zodat u opnieuw uw volledige longcapaciteit kunt gebruiken om te ademen.

MOBILISATIE

Na uw operatie zal u worden aangespoord om zo snel mogelijk uit bed te komen en geleidelijk aan steeds langer in de zetel te zitten. In het begin zal u nog geconnecteerd zijn aan buisjes. Laat u in het begin goed helpen door het verpleegkundige team en de kinesitherapeut bij uw mobilisatie. De bedoeling is dat u zo snel mogelijk op een veilige manier uw zelfstandigheid terugwint.

Een snelle mobilisatie is belangrijk om de longen zo snel mogelijk weer optimaal te laten functioneren. Zo hebt u minder kans op een infectie van de luchtwegen en is ook het risico op bloedklonters in de benen veel kleiner.

Tegen het einde van uw ziekenhuisverblijf zult u onder begeleiding van de kinesitherapeut enkele trappen moeten doen. Zo kunnen we uw balans, uithouding en fitheid nagaan en op basis daarvan beslissen of u het ziekenhuis kunt verlaten.

Het is mogelijk dat de bovenstaande doelstellingen rond een snelle mobilisatie worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een te lage bloeddruk of als u te duizelig bent bij het rechtekomen. Zodra uw toestand verbetert, gaan we deze uitdagingen verder aan.



SONDES EN LEIDINGEN

Tijdens de operatie wordt soms een **sonde in de blaas** geplaatst, zodat we kunnen opvolgen of uw nieren na de ingreep naar behoren blijven werken. Deze sonde wordt verwijderd op de eerste dag na de operatie.

Daarnaast zult u ook een **leiding** hebben om vocht en medicatie rechtstreeks in de bloedbaan toe te dienen. Die wordt zo snel mogelijk verwijderd.

De **thoraxdrains**, dat zijn één of meerdere buisjes die in de borstkas zitten om vocht en lucht af te voeren, worden zo snel mogelijk verwijderd. Dit wordt bepaald door hun debiet (<450ml per dag) en de aanwezigheid van een luchttek.

De **pijnpomp** wordt zo snel mogelijk stopgezet. Dat wordt mede bepaald door hoeveel medicatie u per dag nodig hebt om comfortabel te zijn en door uw type operatie. Er zal dagelijks een medewerker van het pijnteam bij u langskomen om dit te evalueren.

COMPLICATIES

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo is ook bij longoperaties de normale kans op complicaties, zoals nabloeding, longontsteking, wondinfectie of trombose aanwezig. Daarnaast zijn er nog specifieke complicaties mogelijk.

Zo bestaat er de eerste dagen na een longresectie bijna altijd wel enige 'luchtlekkage'. Daarbij komt er vrije lucht in de borstholte die drukt op de inwendige organen. De luchtlekkage kan via drains worden afgevoerd. Een enkele keer kan deze luchtlekkage meer dan een week aanhouden en kan het nodig zijn dat u met uw drain naar huis gaat. Hoewel dit geen ernstige complicatie is, is het wel een vervelende. Het risico op een aanhoudend luchtlek is groter bij patiënten met zieke longen zoals rokers of bij patiënten die in het verleden al een longoperatie ondergingen.

Het komt af en toe ook voor dat er lucht onder de huid lekt, waardoor er een zwelling van de huid (**subcutaan emfyseem**) kan optreden in het gebied van de borstkas, de hals en het gezicht. Het lichaam neemt deze lucht langzaam op, waardoor de zwelling weer verdwijnt. In zeer zeldzame gevallen dient hiervoor een kleine ingreep onder lokale verdoving te gebeuren.

Na de operatie kan er tijdelijk een verandering van het **hartritme** optreden. Hiervoor kunt u medicijnen krijgen. In zeldzame gevallen kan er (blijvende) heesheid optreden als een zenuw in de borstkas betrokken is geraakt tijdens de operatie.

De longarts en de thoraxchirurg bespreken mogelijke complicaties met u voor de ingreep.

Belangrijkste risico's bij een longoperatie

- Risico op (na)bloeding, waardoor toch een klassieke thoracotomie moet worden uitgevoerd
- Een luchtlek waardoor de thoraxdrain langer moet blijven zitten
- Subcutaan emfyseem (het ontstaan van lucht in het onderhuidse vetweefsel waardoor een zwelling ontstaat); dit verdwijnt meestal spontaan
- Longinfectie
- Diep veneuze trombose (DVT) in de armen of de benen: een klontje in de bloedvaten
- Longembolie (klontje in de longen)
- Hartritme stoornissen

NAAR HUIS NA UW OPNAME

Hoewel we de precieze datum van uw ontslag uit het ziekenhuis nooit vooraf kennen, werken we vanaf dag één aan een planning in functie van een ideaal hospitalisatieverloop. Dat wil zeggen dat we ervan uitgaan dat uw verblijf zonder noemenswaardige complicaties verloopt.

De gemiddelde hospitalisatieduur na een longoperatie via thoracoscopische of robotische toegangsweg is zonder complicaties drie à vier dagen. Het gemiddeld ziekenhuisverblijf voor een longingreep via open toegangsweg is zeven dagen.

Uw uiteindelijke datum van ontslag is afhankelijk van een aantal factoren:

- De artsen moeten uw medische toestand voldoende goed vinden om naar huis te gaan.
- De pijn moet onder controle zijn met pijnmedicatie.
- U moet zelfstandig en veilig kunnen bewegen.

In zeldzame gevallen, gaat u naar huis met een thoraxdrain omdat er nog een luchttek aanwezig is. Dat komt soms voor bij patiënten waarbij de kwaliteit van de longen minder goed is, zoals bij rokers.

DE EERSTE WEKEN NA ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS

Voordat u naar huis gaat, krijgt u een ontslagformulier waarop alle richtlijnen en geneesmiddelen vermeld staan. Neem dat formulier grondig door.

Daarnaast zullen verschillende zorgverleners u voorbereiden op uw ontslag.

- De **kinesitherapeut** zal u en uw familie advies geven over specifieke oefeningen die u thuis kunt doen. U krijgt ook een voorschrift voor kinesitherapie mee, zodat u thuis onder begeleiding van een kinesitherapeut ademhalingsoefeningen kunt doen.
- De **verpleegkundige** zal de voorgeschreven thuismedicatie met u overlopen. Verder krijgt u ook een afbouwschema voor de pijnmedicatie mee. Het afbouwen van de pijnmedicatie doet u het best in samenspraak met uw huisarts.

Als er onduidelijkheden zijn, aarzel dan niet om vragen te stellen.

U krijgt bij ontslag een afspraak voor de eerste controleraadpleging, meestal een drietal weken na het ontslag.

Laattijdige complicaties zijn zeldzaam, maar het is belangrijk om te weten waar u op moet letten tijdens de eerste weken na de ingreep. Als u een van de onderstaande symptomen ervaart, contacteer dan de afdeling thoraxheelkunde (tel. 016 34 65 30).

- Plots opkomende hevige pijn
- Toenemende kortademigheid
- Koorts (> 38,5 °C) of rilkkoorts
- Algemeen onwel gevoel
- Roodheid of pijn ter hoogte van de wonde
- Vocht of slechte geur die uit uw wonde komt

Tussen 9 en 17 uur kan er steeds overlegd worden met een van onze artsen om te bekijken wat er het best gebeurt.

U kunt ook steeds uw huisarts raadplegen als u een van deze klachten ondervindt. Die kan u in een ernstige situatie doorverwijzen naar de spoedgevallendienst.

TOT DRIE MAANDEN NA DE OPERATIE

U mag douchen met een waterdichte pleister op de wonde. Zodra alle hechtingen en nietjes verwijderd zijn, mag u terug een bad nemen en zwemmen. De hechtingen en draadjes mogen veertien dagen na de ingreep verwijderd worden. In principe zijn er geen bewegingsbeperkingen na de ingreep. U mag geleidelijk uw activiteiten wat opdrijven op uw eigen tempo. U zult zelf voelen wat u fysiek aankunt. Het is normaal dat u kortademiger bent dan voor de ingreep. Als u pijn of een oncomfortabel gevoel ondervindt, stopt u beter met de activiteit.

Na een longoperatie wordt aangeraden om vier tot zes weken niet te duiken of te vliegen om een klaplong te vermijden.

Deze tijdsaanduidingen zijn slechts een richtlijn. Als u onzeker bent over het hervatten van een activiteit, bespreek dat dan met uw behandeld arts of uw huisarts. Bespreek deze brochure ook gerust met uw huisarts.

PRAKTISCHE INFORMATIE

- Uw familie kan rechtstreeks naar u bellen. De verpleegkundige zal u het telefoonnummer van uw kamer bezorgen.
- Vergeet zeker niet uw puffers van thuis mee te nemen. U dient deze in te nemen op de ochtend van uw operatie.
- Op de hospitalisatieafdeling thoraxheelkunde is het toegelaten om persoonlijke spullen zoals uw pyjama, pantoffels, toiletgerief ... mee te brengen. Neem ook uw thuismedicatie of een lijst van uw thuismedicatie mee zodat de correcte medicatie voorgeschreven wordt tijdens uw verblijf.
- Bezoek op de hospitalisatieafdeling thoraxheelkunde is toegelaten. Op <https://www.uzleuven.be/nl/bezoek/gasthuisberg> vindt u de meest recente richtlijnen in verband met bezoek.

NUTTIGE CONTACTGEGEVENS

Als u nog vragen of opmerkingen hebt, kunt u altijd terecht bij uw behandelend arts, verpleegkundigen van de afdeling of het secretariaat van thoraxheelkunde via onderstaande contactgegevens:

- Secretariaat thoraxheelkunde
+32 (0)16 34 34 25

- Hospitalisatieafdeling thoraxheelkunde
+32 (0)16 34 65 30

- Ambulante dienst, raadpleging thoraxheelkunde
Telefoonnummer infopunt: +32 (0)16 34 48 51

- Zaalsecretariaat hospitalisatieafdeling thoraxheelkunde
32 (0)16 34 53 26

- Algemeen UZ Leuven
+32 (0)16 33 22 11

- Spoedgevallen UZ Leuven, receptie onthaal
+32 (0)16 34 39 00

© september 2024 UZ Leuven

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

Ontwerp en realisatie

Deze brochure werd opgesteld in samenwerking met hospitalisatieafdeling thoraxheelkunde en met de dienst communicatie. Met dank aan Myrthe Boymans voor de medische illustraties op p. 4 en 6 (www.myrtheboymans.nl).

U vindt deze brochure ook op www.uzleuven.be/brochure/701758.

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 nexuzhealth.com
of download de app

