

Maagoperatie

Inleiding

Deze brochure geeft u een globaal overzicht van de klachten en de behandeling. Het is goed u te realiseren dat de situatie voor iedereen anders ligt. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven tot wijzigingen in het beschreven onderzoek c.q. behandeling. Dit zal altijd door uw behandelend arts aan u kenbaar gemaakt worden.

Algemeen

Maagoperaties werden een tiental jaren geleden veel vaker uitgevoerd dan tegenwoordig. Dankzij de ontwikkeling van speciale geneesmiddelen is het mogelijk gebleken bepaalde maagaandoeningen met medicijnen te behandelen. Het aantal maagoperaties is daarmee drastisch verminderd. Toch zijn er omstandigheden of aandoeningen, die het best behandeld kunnen worden met een maagoperatie. Dat kunnen goedaardige, maar zeker ook kwaadaardig aandoeningen zijn. Eigenlijk is het zo dat goedaardige maagaandoeningen vaak met medicijnen behandeld kunnen worden, maar dat voor de behandeling van kwaadaardige aandoeningen meestal een operatie nodig is.

Wat is de maag voor een orgaan?

De maag is het reservoir waar ons eten en drinken, na passage door keel en slokdarm, in terecht komt. Daar wordt het tot een brij gekneet en vermengd met enzymen, zodat een eerste begin wordt gemaakt met de voedselvertering. De maag geeft zijn inhoud vervolgens via een sluitspier (de pylorus) in telkens kleine porties door aan de twaalfvingerige darm (het duodenum). De voedselbrij doorloopt vervolgens de rest van het spijsverteringskanaal.

Maagaandoeningen

De meest voorkomende maagaandoening is de maagzweer. Deze ontstaat meestal voor of in de twaalfvingerige darm, maar kan ook elders in de maag voorkomen. Een te hoge maagzuurproductie en/of

een beschadiging van het maagslijmvlies kan de oorzaak zijn. De beschadiging van het maagslijmvlies kan optreden door bepaalde medicijnen, overmatig alcoholgebruik of door infectie met een bepaalde bacterie (*Helicobacter pylori*).

De meest voorkomende klachten van een maagzweer kunnen zijn: zuurbranden, pijn in de maagstreek, misselijkheid, braken, opboeren en een opgeblazen gevoel. Een enkele keer doen zich ernstige complicaties van een maagzweer voor: een maagbloeding of een maagperforatie. Bij een maagperforatie ontstaat een gaatje in de maagwand ter plaatse van de maagzweer, waardoor de maaginhoud in de vrije buikholte terecht komt. Dit gaat gepaard met hevige pijn en er treden snel ernstige ziekteverschijnselen op. Bij een ernstige maagbloeding wordt meestal bloed gebraakt. Soms kan het bloedverlies zo hevig zijn, dat er shockverschijnselen optreden.

Een maagzweer is meestal goedaardig, maar kan ook wel eens kwaadaardig zijn. In de maagwand kan ook een kwaadaardig gezwel ontstaan. Hoe zoiets ontstaat, is slechts ten dele bekend. De klachten bij een kwaadaardige aandoening kunnen dezelfde zijn als die bij een goedaardige aandoening.

Bij de kwaadaardige aandoeningen kunnen echter ook andere klachten voorkomen, zoals verminderde eetlust, vermagering, het opgeven van bloed, het gevoel als of het eten niet goed wil zakken, braken van (oude) voedselresten.

Onderzoek(en)

Bij een noodzakelijke spoedoperatie is er meestal geen mogelijkheid meer voor nader onderzoek. Onder normale omstandigheden echter zullen, alvorens tot een maagoperatie besloten kan worden, eerst de nodige onderzoeken moeten hebben plaatsgevonden. Het doel van deze onderzoeken is te weten te komen hoe uw algemene conditie is, of u redelijkerwijs veilig de operatie kunt doorstaan,

waar de aandoening precies zit, wat de aard en de eventuele uitbreiding van de aandoening is, etc. Zo zal er meestal een gastroscopie worden verricht; er wordt dan met een flexibel s langvormig instrument in uw maag gekeken. Aanvullend kan er eventueel een contrastfoto van de maag worden gemaakt.

Operatie

Voor een maagoperatie moet u worden opgenomen en de operatie wordt verricht onder algehele anesthesie (narcose). De maag wordt bereikt via een snede in de bovenbuik vanaf het borstbeen tot meestal net onder de navel.

Operaties bij goedaardige aandoeningen

Een maagzweer is in principe een goedaardige maagaandoening, die veelal te behandelen is met medicijnen. In hardnekkige gevallen of wanneer zich complicaties bij een maagzweer voordoen (maagbloeding, maagperforatie), is een maagoperatie aangewezen.

Zo'n maagoperatie kan bestaan uit het doorsnijden van bepaalde zenuwvertakkingen naar de maag. Er wordt dan minder maagzuur geproduceerd en de maagzweer kan genezen. Zo'n operatie noemen we een vagotomie.

Ook kan er in bepaalde gevallen gekozen worden voor een maagresectie. Dat is een operatie waarbij een deel van de maag wordt weggenomen. Wordt zo'n operatie uitgevoerd voor een maagzweer, dan wordt het deel van de maag weggehaald, waar het zuur wordt geproduceerd.

Wanneer de sluitspier van de maag (de pylorus) niet goed meer functioneert, kan er, behalve een vagotomie, ook een deel van de dunne darm zijdelings op de maag worden gehecht (een gastro-ent-erostomie) of de pylorus worden verwijld (pyloroplastiek). Bij complicaties van een maagzweer - een maagbloeding of maagperforatie - kan een spoedoperatie noodzakelijk zijn.

Bij een perforatie ontstaat een gaatje in de maagwand ter plaatse van de maagzweer, waardoor er maaginhoud in de vrije buikholte terecht komt. Tijdens zo'n spoedoperatie zal het gaatje in de maag worden dichtgemaakt, het wordt dan 'overhecht'.

Bij een maagbloeding wordt tijdens zo'n spoedoperatie eerst de maag geopend om de bloedende zweer te kunnen opzoeken. Vervolgens wordt de bloeding gestelpt met een hechting.

In beide gevallen zal de chirurg voor of tijdens deze spoedoperatie besluiten hoe de maagzweer verder behandeld moet worden: of dat met medicijnen kan of dat direct een van de bovengenoemde maagoperaties moet worden uitgevoerd. Dus een maagresectie of een vagotomie met of zonder gastro-enterostomie.

Operaties bij kwaadaardige aandoeningen

Is er sprake van een kwaadaardige maagaandoening, dan wordt er meestal een maagresectie uitgevoerd. Hierbij wordt het kwaadaardige proces verwijderd met een aangrenzend deel of de gehele maag.

Bevindt de aandoening zich in het bovenste gedeelte van de maag, dan wordt er een bovenste (proximale) maagresectie gedaan. Behalve dit deel van de maag, kunnen eventueel ook het allerlaatste stukje van de slokdarm, de milt, het staartje van de alveesklier, een deel van het buikvetschort en de omgevende lymfeklieren worden meegenomen. De uitgebreidheid van de operatie kan nodig zijn om eventuele uitzaaiingen rondom de maag (die vaak nog niet te zien zijn) ook weg te nemen.

Als de aandoening zich in het onderste maaggedeelte bevindt of vlak bij de pylorus (de sluitspier van de maag), dan zal er een onderste (distale) maagresectie plaatsvinden. Daarbij worden het omgevende vetweefsel, alle omliggende lymfeklieren en het eerste stukje twaalfvingerige darm meegenomen.

Ook kan het nodig zijn een totale maagresectie uit te voeren, wanneer de aandoening te groot is of als de plaats van de aandoening precies midden in de maag is gelegen. Daarbij worden behalve de hele maag ook alle omgevende weefsels, zoals bij de bovenste en de onderste maagresectie beschreven, weggenomen.

Soms echter is het onmogelijk om een resectie te doen. Bestaat er daarbij ook nog een passagebelemmering voor het voedsel van de maag naar de twaalfvingerige darm, dan wordt er zo mogelijk een nieuwe verbinding gemaakt tussen de maag en de dunne darm (gastroenterostomie).

Herstel van de maag-darmverbinding na een maagresectie

Aansluitend aan de maagresectie moet het bovenste deel van het spijsverteringskanaal weer worden hersteld. Afhankelijk van de soort resectie kan dat op de verschillende manieren.

Bij de Billroth I methode wordt de bovenste maaghelft naar beneden getrokken en weer vastgezet aan de twaalfvingerige darm. Het voedsel passeert wel langs de normale weg, via de nieuwe kleine maag en zonder pylorus (sluitspier) naar de twaalfvingerige darm.

Bij de Billroth II methode wordt de bovenste maaghelft ook naar beneden getrokken, maar nu wordt de dunne darm zijdelings met de maag verbonden. Het voedsel komt via de nieuwe kleine maag regelrecht in de dunne darm en vermengt zich daar pas met de verteringssappen uit de twaalfvingerige darm.

Ook zijn er andere mogelijkheden om de continuïteit van het maagdarmstelsel te herstellen (Roux-Y procedure).

Na een totale maagresectie wordt een verbinding gemaakt tussen de slokdarm en een deel van de dunne darm. De twaalfvingerige darm

wordt zijdelings lager in dat deel van de dunne darm gehecht (Roux-Y procedure). Het voedsel komt meteen in de dunne darm en vermengt zich aldaar met de sappen uit de twaalfvingerige darm.

Bij grote buikoperaties wordt vaak tijdens de operatie een slangetje via de buikwand direct in de dunne darm achtergelaten. Zo kan snel na de operatie vloeibare en gemakkelijk te verteren voeding toegediend worden om met de benodigde calorieën een spoedig herstel te bevorderen.

Vanzelfsprekend zal de chirurg voor de operatie aan u uitleggen, welke type operatie hij in principe bij u denkt te verrichten. Er zijn echter situaties denkbaar, waarbij tijdens de operatie de chirurg het oorspronkelijke operatieplan zal moeten bijstellen of veranderen.

Mogelijke complicaties

Geen enkele operatie is vrij van de kans op complicaties. Zo zijn er ook bij maagoperaties de normale risico's op complicaties van een operatie zoals nabloeding, wondinfectie, trombose, longontsteking. Bij een nabloeding kan een spoedig nieuw operatief ingrijpen nodig zijn. Bij een wondontsteking duurt de genezing langer dan normaal en het kan zijn dat uw ziekenhuisverblijf verlengd wordt.

Een vervelende complicatie is als er een lek ontstaat in een van de maagdarmnaden. Hierdoor ontstaat een ontsteking in het operatiegebied. Vaak kan de ontsteking van buiten af onder röntgenbegeleiding gedraineerd worden. Maar soms is er toch een nieuwe operatie nodig, waarbij via een snee in de buikwand het ontstekingsvocht naar buiten kan lopen. De voedsel inname kan dan een tijdje niet meer langs de gewone weg plaatsvinden. Er zal een korte tijd kunstmatig gevoed moeten worden via een infuus of via het slangetje rechtstreeks in de dunne darm.

Na de operatie

Het kan zijn, dat u na de operatie door een aantal slangen verbonden bent met apparaten. Dat kunnen zijn:

- Eén of twee infusen voor vochttoediening.
- Een dun slangetje in uw rug voor de pijnbestrijding.
- Een sonde door uw neus, die via de slokdarm in de maag(rest) ligt en ervoor zorgt dat het overtollige maagsap kan worden afgezogen.
- Een drain in uw buik voor afvoer van eventueel bloed en inwendig wondvocht.
- Een cathetertje in de dunne darm voor de voeding na de operatie.
- Een blaascatheter voor afloop van de urine.

Afhankelijk van uw herstel na de operatie worden al deze hulpmiddelen verwijderd.

Wat u nog moet weten

- Pijnbestrijding is in elk ziekenhuis weer anders geregeld. Vraag daarom vóór de operatie aan de anesthesist hoe dat bij u zal gaan.
- Als u ondanks de maagsonde toch een vol gevoel hebt of misselijk bent, dan is het belangrijk dit te zeggen aan degene die u verzorgt.
- Geleidelijk aan in de loop van de dagen na de operatie gaat het drinken beter en gaat u via vloeibare voeding weer op vaste voeding over. Daar is geen vast schema voor. U krijgt de eerste dagen en weken drinken en eten naarmate uw maag-darmstelsel dat kan verdragen.
- Wanneer er een maagresectie is verricht, zal na ongeveer een week de uitslag van het weefselonderzoek bekend zijn. Wanneer u de uitslag wilt vernemen, terwijl er een familielid bij aanwezig is, is het verstandig dat van tevoren even met uw arts te

bespreken. De uitslag van het weefselonderzoek kan iets zeggen over de aard van de aandoening en de uitgebreidheid ervan. Het houdt niet in dat aan de hand daarvan uw vooruitzichten precies kunnen worden bepaald.

Wanneer u weer helemaal van de operatie hersteld zal zijn, is moeilijk aan te geven. Dat zal afhangen van de grootte van de operatie, de aard van de maagaandoening en hoe u zich op dat moment voelt. Als alles goed gaat kunt u in het algemeen binnen tien tot veertien dagen na de operatie het ziekenhuis verlaten.

Poliklinisch zal het resultaat van de behandeling worden gecontroleerd. U krijgt hiervoor een afspraak.

Na een maagoperatie kan de spijsvertering soms wat anders verlopen dan voor de operatie. Het kan zijn, dat bijvoorbeeld melkproducten minder goed worden verdragen of dat, na een grote maagresectie, de maagrest geen grote maaltijden meer kan verdragen. Soms zult u dus uw eetgewoonten van voor de operatie wat moeten aanpassen. Als dat problemen geeft, kan een diëtiste u adviseren.

Wanneer bij een operatie het grootste deel van de maag of de gehele maag is weggenomen, is vaak periodiek vitaminetoediening noodzakelijk. Dit gebeurt met injecties.

Tot slot

Mocht u naar aanleiding van dit schrijven nog vragen hebben, aarzelt u dan niet om contact met ons op te nemen. U kunt de locatie bellen waar u onder behandeling bent.

- Polikliniek Chirurgie, Locatie Oudenrijn
Tel. (030) 295 34 43
- Polikliniek Chirurgie, Locatie Overvecht
Tel. (030) 263 35 04

Bron: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

123/12-06