

## VERANDERINGEN BINNEN DE DARMCHIRURGIE

M. Vink\*

Binnen de darmchirurgie zijn steeds meer veranderingen waar te nemen. Zo wordt er bijna niet meer preoperatief gelaxeerd voor darmoperaties en ook de manier van opereren verandert. In steeds meer ziekenhuizen ziet men een toename van de laparoscopische chirurgie. Ook worden steeds meer darmoperaties laparoscopisch uitgevoerd. Was het eerst het via een kijkoperatie aanleggen van een stoma, nu worden veel darmoperaties laparoscopisch uitgevoerd.

Daarnaast worden steeds meer aspecten rondom een darmoperatie geoptimaliseerd, wat resulteert in een sneller herstel en ontslag. In onderstaand stuk kunt u over deze ontwikkelingen meer lezen.

### LAPAROSCOPISCHE CHIRURGIE TOEN EN NU

Minimaal invasieve chirurgie ("kijkoperaties" of "sleutelgatchirurgie") bestaat al vele jaren.

De eerste laparoscopische operatie werd uitgevoerd door Georg Kelling in Dresden (D), die via een trocar (buisje) de buikholte bij een hond inspecteerde.

Heinz Kalk, een Duitse gastro-enterooloog ontwikkelde in 1929 een

buis/lens systeem, waarmee hij in de buik kon kijken, bij verdenking op galblaas en lever ziekten. Hiermee voerde hij meer dan 2000 leverpuncties uit, waarover hij in 1939 publiceerde.

Vanaf het begin van de 70'er jaren gebruikten gynaecologen laparoscopische technieken bij diagnostische procedures of sterilisaties. Het zou nog ruim 15 jaar duren voor de chi-

rurgen de voordelen van een kijkoperatie ontdekten. Sinds in 1987 voor het eerst galblaasoperaties via een kijkoperatie werden verricht, zijn de ontwikkelingen razendsnel verlopen.

De chirurg voert bij de huidige kijkoperaties een aantal kleine buisjes (trocars) in de buik waaronder een camera en chirurgische instrumenten. (foto2). De chirurg volgt op een TV monitor zijn verrichtingen in de buik. Door de uitstekende kwaliteit van de camera's en de vergrotende werking, kan de chirurg de anatomie tot in de kleinste details goed zien.

### VOOR- EN NADELEN

Deze laparoscopische techniek heeft een aantal voordelen zoals sneller mobiliseren waardoor minder kans op complicaties. De patiënt heeft in het algemeen minder pijn na de operatie door het ontbreken van een grote wond. Hierdoor kan de patiënt sneller mobiliseren. Dit bevordert de longfunctie en kan longinfecties voorkomen en de maag-darmfunctie stimuleren.

Dit alles leidt ertoe dat men vlugger het ziekenhuis kan verlaten, gepaard met een snellere hervatting van de dagelijkse routine. Ook op de langere termijn kan een kijkoperatie voordelig zijn doordat er na de operatie veel minder verklevingen van de darmen ontstaan in de buik. Bovendien is er, niet onbelangrijk, een fraai cosmetisch resultaat. Patiënten worden preoperatief geïnformeerd dat de laparoscopische operatie omgezet kan worden naar een conventionele operatie.







Foto 1. Dr. Heinz Kalk

Dit is soms noodzakelijk bij ernstige verklevingen, bloedingen, niet overzichtelijk bijv. bij een grote tumor of tumorfixatie, bij patiënten met adipositas of andere technische problemen.

Enkele nadelen van de laparoscopische techniek is de leercurve (behendigheid) van de chirurg. Vanuit de American Society of Colorectal Surgeons wordt geadviseerd om minimaal 20 benigne darmoperaties laparoscopisch uit te voeren zoals bijv. bij diverticululaire ziekten of i.v.m. Morbus Crohn. Uit recente studies blijkt dit aantal echter te laag omdat de conversie van laparoscopische naar een conventionele operatie wordt beïnvloed door het aantal verichtingen in diverse centra.

De leercurve vraagt niet alleen aanpassing van de chirurg maar ook van het overige operatieteam. Daarbij heeft de langere operatieduur bij de laparoscopische operaties invloed op het wachtlijstprobleem. Door het gebruik van wegwerpinstrumenten liggen de kosten bij laparoscopische chirurgie hoger dan de conventionele chirurgie.

### LAPAROSCOPISCHE TECHNIEK EN TUMOREN

Ook voor maligne darmtumoren kan de laparoscopische techniek gebruikt worden.

Er zijn op dit moment verschillende studies die de laparoscopische techniek vergelijken met de conventionele techniek zoals bijv. de gerandomiseerde CLASICC-trail en het Europese COLOR-onderzoek (Colon cancer Laparoscopic or Open Resection). Hieruit wordt geconcludeerd dat een kijkoperatie langer duurde dan een gewone operatie. Patiënten die een kijkoperatie ondergingen verloren echter minder bloed

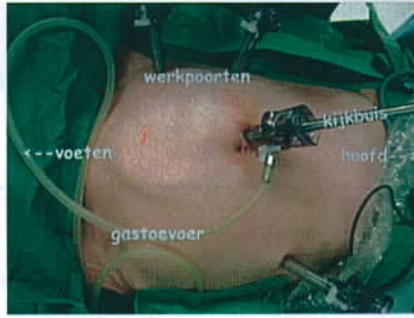


Foto 2. Trocars in de buik

tijdens de operatie, hun darmfunctie herstelde sneller, ze bleken minder pijnstillers nodig te hebben en hun ziekenhuisopname duurde korter, 9 dagen bij laparoscopisch en 11 dagen bij conventionele operaties.

De radicaliteit uitgedrukt in tumorvrije marge en aantal verwijderde lymfeklieren was voor het coloncarcinoom niet verschillend voor beide benaderingen. Men concludeert dat de laparoscopische operatie voor het coloncarcinoom veilig en effectief is voor wat de korte termijnresultaten. Resultaten op langere termijn dienen verder onderzocht te worden.

Echter (in onderzoeksverband) bij de rectumcarcinomen bleek de circumferentiële marge (laterale resectierand) 2 maal zo vaak positief te zijn voor tumorcellen bij een laparoscopische ingreep als na een open operatie. Dit vraagt dus om een kritische evaluatie.

### FAST TRACK/SNELTRA- JECTSBEHANDELING BIJ DARMOPERATIES

Naast de laparoscopische techniek is een andere belangrijke ontwikkeling in de colo-rectale chirurgie de zoge-

naamde fast track handeling. Ruim 10 jaar geleden lanceerde de Deense chirurg H. Kehlet een versneld revalidatieprogramma. Dit programma bestaat onder andere uit het optimaliseren van verschillende aspecten rondom een darmoperatie zoals:

- Uitgebreide preoperatieve poliklinische voorlichting van de patiënt
- Geen preoperatieve darmvoorbereiding
- Aanpassing nuchterbeleid voor de operatie
- Anesthesiologie bestaande uit hoge epidurale anesthesie
- Beperking van het peri-operatieve infusievolume en morfinegebruik
- Minimale chirurgische incisie
- Vroege postoperatieve voeding en mobilisatie.

Dit alles resulteert in een sneller herstel en kortere opnameduur.

Overigens geldt dit traject zowel voor de laparoscopische als de conventionele techniek.

Deze fast track behandeling wordt in steeds meer verschillende ziekenhuizen toegepast, al dan niet met ondersteuning van een kwaliteitsinstituut en vraagt voor de afdelings- en polikliniek verpleegkundigen aanpassingen. De patiënt is meer actief betrokken bij het eigen herstel. De verpleegkundigen hebben daardoor een meer sturende, begeleidende en stimulerende rol bij bijv. het eerder uitbreiden van het voedingsschema, sneller mobiliseren en het zo nodig al preoperatief inschakelen van de thuiszorg. Patiënten moeten bij het ontslag goed geïnstrueerd worden, indien zij klachten hebben, hoe te handelen.

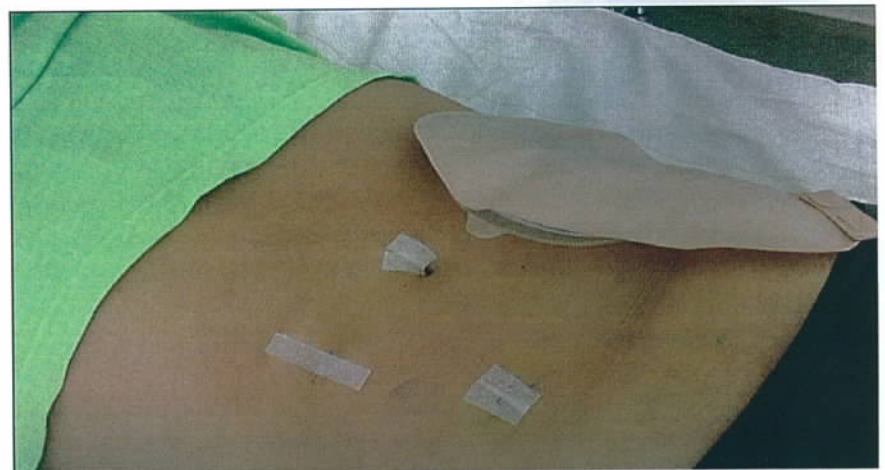


Foto 3 een buik na een laparoscopische darmoperatie met aanleggen van een stoma



De patiënten gaan gemiddeld na 5 tot 7 dagen naar huis. Na ontslag worden ze na twee tot drie dagen gebeld door een verpleegkundige van het ziekenhuis om te vragen hoe het gaat. Zo nodig wordt er naar aanleiding van klachten actie ondernomen.

De nadruk bij dit traject moet mijns inziens, niet het snelle ontslag zijn, maar de kwaliteitwinst voor de patiënt.


**\* Marja Vink stomaverpleegkundige Rijnland ziekenhuis Leiderdorp met hartelijke dank aan P. Doornebosch, chirurg.**

## LITERATUUR

1. Bemelman W.A.,Gouma D.J.  
Laparoscopische resectie van colorectale tumoren Ned Tijdschrift Geneeskunde september 2005;:149(39)
2. Veldkamp R. e.a. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer; shortterm outcomes of a randomised trail. Colon cancer laparoscopic or Open resection Study Group. Lancet Oncol 2005;6:477-84
3. Kehlet H. e.a. Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resections Clin Nutr. 2005 Jun; 24(3):466-77.
4. [www.chirurgen-leeuwarden.nl](http://www.chirurgen-leeuwarden.nl)
5. [www.nvec.nl](http://www.nvec.nl)
6. [www.operatieinfo.nl](http://www.operatieinfo.nl)

*het Liekenhuis*  
doorbraak onderzoek griepvirus  
instituut voor beeld en vorm  
deel 7  
complete fotoroman vol spanning en romantiek!

Michael, een jonge veelbelovende arts is 's avonds laat nog in het laboratorium aan het werk.....



Volgens mij ben ik er uit, eindelijk!

Michael en zijn team van specialisten hebben de afgelopen maanden onafgebroken gewerkt...



Michael, jongen, het is al na middernacht, wat doe je hier nog, ga naar huis, je hebt rust nodig, je werkt te hard!

Volgens mij weet ik wat het is!

Dat is geweldig! Heb je het griepvirus gelocaliseerd?



Je hebt de oorzaak de griep-epidemie gevonden?



Ja! het is een loopneus!