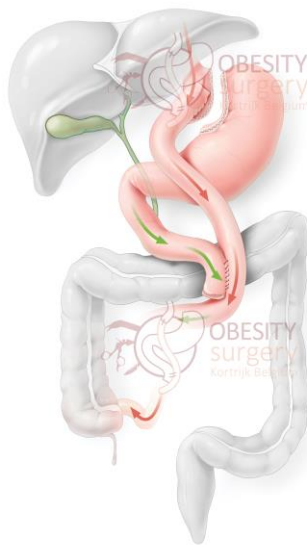


Klinisch pad bij bariatrische chirurgie



Inhoudstabel

Wat is een klinisch pad?	3
Soorten ingrepen.....	4
Verzorging voor de ingreep	9
Opname in het ziekenhuis	9
Operatiekwartier.....	10
Verzorging na de operatie.....	11
Afwijken van het klinisch pad.....	13
Vertrek uit het ziekenhuis.....	13
Controle achteraf.....	14
Contactgegevens.....	16

Beste patiënt,

Je wordt binnenkort opgenomen in az groeninge voor een bariatrische operatie (gastric bypass of sleeve gastrectomie).

We geven je met deze brochure graag meer informatie over de specifieke voorbereiding en het te verwachten verloop van je opname in het ziekenhuis.

Op deze manier willen we mogelijke onzekerheden wegnemen en ervoor zorgen dat je in vertrouwen je operatie tegemoet kan gaan.

Het team abdominale heekunde

Wat is een klinisch pad?

Een klinisch pad is een zorgpad dat wij hanteren om jou als patiënt een vlotter herstel te bieden en een korter ziekenhuisverblijf.

Dit zorgpad werd opgesteld door de chirurg samen met de anesthesist die instaat voor de verdoving en pijnstilling na de operatie. Ook het team dat je begeleidt voor en na de operatie (verpleeg- en zorgkundigen van de verschillende verpleegeenheden, diëtisten, kinesitherapeuten en sociale dienst) werkt hieraan mee. Verder hebben ook de dienst endocrinologie en de ziekenhuisapotheek dit zorgpad mee opgesteld.

Wetenschappelijke studies tonen aan dat het gebruik van een klinisch pad de duur van een ziekenhuisopname kan reduceren, zonder toename van heropnames. Bovendien zorgt het klinisch pad voor een beter herstel met beduidend minder kans op complicaties.

Alle factoren die een positieve invloed kunnen hebben op jouw herstel werden opgenomen in dit klinisch pad:

- **Laparoscopische of robotische chirurgie met behulp van kleine incisies (kijkoperatie)**
Hoe minder schade aan de weefsels wordt toegebracht, hoe sneller het herstel.
- **Optimale bestrijding van pijn en misselijkheid**
- **Een zo kort mogelijke periode van bedrust**
Zo beperken we het verlies aan spiermassa, vermindert de kans op diep veneuze trombose en longembolie en is er minder kans op longcomplicaties.
- **Zo snel mogelijk hervatten van de voeding**
Zo gaan we verlies van spiermassa en spierkracht tegen en vermindert ook de kans op complicaties ten gevolge van een vertraagde littekenheling.

Soorten ingrepen

Afhankelijk van de preoperatieve evaluatie stelden we één van de volgende ingrepen voor:

Roux-en-Y gastric bypass

De operatie

De gastric bypassoperatie (Roux-en-Y gastric bypass) bestaat uit twee delen:

In het eerste deel van de operatie wordt door middel van een nietjesapparaat ('stapler') een klein maagzakje of maagreservoir ('maagpouch') gecreëerd met een volume van ongeveer 10 tot 30 ml. Het resterende deel van de maag wordt niet verwijderd.

In het tweede deel van de operatie wordt de dunne darm ongeveer een 30 tot 45 cm vanaf het begin doorgesneden en wordt deze naar boven gebracht en verbonden met het maagreservoir. Vervolgens wordt de dunne darm (alimentaire dunne darmlis) 120 cm verder weer verbonden met het ander stuk dunne darm (biliare lis) dat werd doorgesneden zodat beide stukken dunne darm verbonden worden in de vorm van een 'Y'. Vandaar ook de naam 'Roux-en-Y'.



Op dit niveau waar beide stukken dunne darm terug met elkaar verbonden worden (dus 120 cm na de verbinding met het maagreservoir) komen de voeding en de spijsverteringssappen terug samen. Daarom wordt er gesproken van een 'bypass', omdat het grootste deel van de maag en de twaalfvingerige darm 'gebypassed' worden. Deze ingreep wordt uitgevoerd via een kijkoperatie.

Werkingsmechanisme

Er zijn verschillende werkingsmechanismes die het gewichtsverlies na een gastric bypass verklaren:

- Door een kleiner maagvolume van de maagpouch wordt sneller een gevoel van verzadiging bekomen.
- Doordat de voeding sneller vanuit de maagpouch rechtstreeks in de dunne darm terechtkomt en de twaalfvingerige darm 'gebypassed' wordt ontstaat er een stijging van de 'incretine' hormonen, dewelke op hun beurt een gevoel van verzadiging veroorzaken. Het zijn ook deze 'incretine' hormonen die rechtstreeks een gunstig effect hebben op diabetes type 2 door een betere controle van het suikermetabolisme.
- Doordat de voeding in het eerste deel van de dunne darm pas na 120 cm in contact komen met de spijsverteringssappen wordt een deel van de vetten en suikers minder goed opgenomen (malabsorptie), wat dus betekent dat een deel van de calorieën niet wordt opgenomen.
- Door de operatie wordt ook de verdeling en concentratie van een aantal darmbacteriën (microbioom) gewijzigd, welke op zich ook een rol spelen in het gewichtsverlies.

Mogelijke complicaties

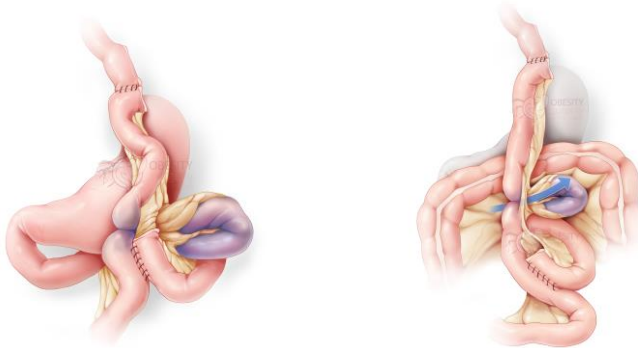
Op **korte termijn** kunnen volgende complicaties optreden:

- Infectie van de wond/wondabces
- Lekkage of bloeding ter hoogte van de verbinding tussen de maag en de dunne darm
- Bloedklonter in de benen en/of longen

Op **lange termijn** kunnen volgende complicaties optreden:

- Haaruitval (dit is tijdelijk door het snel gewichtsverlies en omkeerbaar)
- Vermoeidheid (voornamelijk in periode waarin het grootste gewichtsverlies plaatsvindt)
- Littekenbreuk (kleinere kans door gebruik van kijkoperatietechniek)
- Vitaminetekorten waarvoor bijkomende supplementen nodig zijn.
- Dumpingsyndroom (malaise bij te snel eten, eten en drinken samen of bij innemen van snelle suikers en vetten)
- Darmobstructie: doordat de anatomie van de dunne darm bij een gastric bypass veranderd wordt, kan een 'Interne Hernië' optreden wat betekent dat een deel van de dunne darm door een opening in het darmvlies kan

komen vast te zitten. Hierdoor ontstaan klachten van buikpijn (meer uitgesproken na de maaltijd). Dit kan tussen de 1.4% à 10% van de patiënten die een gastric bypassoperatie hebben ondergaan voorvallen. Indien het geval kan dit in de meeste gevallen met een kijkoperatie verholpen worden.



Verder moet rekening gehouden worden dat bij vrouwelijke patiënten de **anticonceptiepil** mogelijk minder kan werken na de ingreep door een veranderde opname van geneesmiddelen. Dit wordt best besproken met je **gynaecoloog**.

Een **zwangerschap binnen de 18 maanden na de ingreep wordt ook ten stelligste afgeraden**. Dit omdat in deze periode je lichaam gewicht verliest ('katabole' toestand = het lichaam breekt zichzelf af) en dus niet in een optimale toestand verkeert om tegelijkertijd het lichaam van een embryo of foetus op te bouwen.

In principe dien je ervan uit te gaan dat **de gastric bypassoperatie onomkeerbaar** is. Hoewel vanuit technisch standpunt de oorspronkelijke anatomie kan worden hersteld zijn de functionele resultaten hiervan zeer pover waardoor deze procedure slechts in zeer uitzonderlijk omstandigheden wordt uitgevoerd.

Sleeve gastrectomie

De operatie

Bij een sleeve gastrectomie wordt ongeveer 75% van de maag weggenomen. Het stuk maag dat de slokdarm met de twaalfvingerige darm verbindt blijft behouden. Door het verkleinde maagvolume is er sneller een gevoel van verzadiging. Bovendien worden met het stuk van de maag dat weggenomen wordt, ook de cellen weggenomen die 'ghreline' produceren. Ghreline is gekend als 'hongerhormoon'. Door de operatie daalt dus ook de hoeveelheid van dit 'hongerhormoon'. Deze ingreep wordt uitgevoerd via een kijkoperatie.



Werkingsmechanisme

Er zijn verschillende werkingsmechanismen die het gewichtsverlies na een sleeve gastrectomie verklaren:

- Door een **kleiner maagvolume** wordt sneller een gevoel van **verzadiging** bekomen.
- Door een versnelde maaglediging ontstaat er een stijging van de '**incretine' hormonen**, dewelke op hun beurt een gevoel van verzadiging veroorzaken. Het zijn ook deze 'incretine' hormonen die rechtstreeks een **gunstig effect hebben op diabetes type 2** door een betere controle van het suikermetabolisme.
- In het stuk maag dat verwijderd wordt tijdens de operatie, wordt het '**Ghreline' hormoon** geproduceerd. Dit hormoon is gekend als een 'orexigeen' hormoon ofwel een hormoon dat honger stimuleert. Doordat dit stuk maag dus verwijderd wordt, treedt dus ook hierdoor een **vermindering van het hongergevoel** op.
- Door de operatie wordt ook **de verdeling en concentratie van een aantal darmbacteriën (microbioom)** gewijzigd, welke op zich ook een rol spelen in het gewichtsverlies.

Mogelijke complicaties

Op **korte termijn** kunnen volgende complicaties optreden:

- Infectie van de wond/wondabces
- Lekkage of bloeding ter hoogte van de nietjeslijn waar de maag werd doorgenomen
- Bloedklonter in de benen en/of longen

Op **lange termijn** kunnen volgende complicaties optreden:

- Reflux
- Haaruitval (dit is tijdelijk door het snel gewichtsverlies en omkeerbaar)
- Vermoeidheid (voornamelijk in periode waarin het grootste gewichtsverlies plaatsvindt)
- Littekenbreuk (kleinere kans door gebruik van kijkoperatietechniek)
- Vitaminetekorten waarvoor bijkomende supplementen nodig zijn.

Verder **wordt een zwangerschap binnen de 18 maanden na de ingreep ook ten stelligste afgeraden**. Dit omdat in deze periode je lichaam gewicht verliest ('katabole' toestand = het lichaam breekt zichzelf af) en dus niet in een optimale toestand verkeert om tegelijkertijd het lichaam van een embryo of foetus op te bouwen.

De sleeve gastrectomie is een **onomkeerbare procedure**.

Verzorging voor de ingreep

Een grondige uitleg over de ingreep is heel belangrijk. Goede informatie neemt een groot deel van de onzekerheid en angst weg bij patiënten.

Tijdens de preoperatieve evaluatie en de laatste consultatie bij de chirurg zal je uitgebreide uitleg krijgen over de ingreep. Je ontvangt ook een patiëntenboekje. Gelieve dit goed te lezen en in te vullen, eventueel met de hulp van je huisarts.

TED kousen

Het is belangrijk dat je TED-kousen draagt. Dat zijn anti-trombosekousen die de verpleegkundigen voor je opmeten of die je al voorgeschreven kreeg door de chirurg en zelf gaat afhalen bij je apotheek. Als je deze nog hebt van een vorige ingreep, neem je deze best mee bij opname. Het dragen van deze kousen is een preventieve maatregel tegen de ontwikkeling van een diepe veneuze trombose (bloedklonters in de aders van de onderste ledematen, ook flebitis genoemd). Tijdens je verblijf krijg je elke dag een 'anti-flebitisspuit' (Laag Moleculair Gewicht Heparines) toegediend via een prikje in je buik. Deze behandeling wordt ook nog 4 weken na ontslag verdergezet.

CPAP-toestel

Indien je thuis een CPAP-toestel gebruikt in de behandeling van slaapapneu neem je dit mee naar het ziekenhuis.

Opname in het ziekenhuis

Meestal worden de patiënten de dag van de ingreep zelf opgenomen. De medewerkers van de dienst inschrijvingen kennen je een kamer toe op verpleegeenheid 7 (route C221) of verpleegeenheid 8 (C231) op de tweede verdieping.

Voeding

Tijdens het preoperatieve gesprek met de diëtiste heb je uitleg gekregen over het preoperatieve laag calorische proteïne dieet. Dit werd in principe ten laatste twee weken voor de ingreep opgestart. Tot middernacht voor de ingreep mag je eten en drinken, daarna alleen nog water (tot 2 u voor de operatie)

Operatiekwartier

Naar het operatiekwartier

Je wandelt zelf naar het operatiekwartier. In het operatiekwartier kan je in één van de fauteuils wachten tot je naar de operatiezaal zelf gebracht wordt. Je stapt zelf op de operatietafel.

Als je dat wenst, krijg je voor vertrek naar de operatiezaal een licht kalmeringsmiddel.

Infuus

In de operatiezaal krijg je een infuus in de arm om het nodige vocht en medicatie toe te dienen. Het infuus wordt indien medisch verantwoord de dag na de operatie verwijderd in het kader van het klinisch pad.

Pijnbestrijding

Je krijgt tijdens en na de ingreep pijnstilling via het infuus. Er wordt zoveel mogelijk gewerkt met medicatie die geen misselijkheid of sufheid veroorzaakt. Ook wanneer het infuus verwijderd wordt na de ingreep krijg je adequate medicatie om de pijn te bestrijden via medicatietabletten.

Medicatie tegen misselijkheid

Het klinisch pad bevat meerdere elementen om misselijkheid na de operatie te voorkomen. Zo nodig krijgt je hiervoor medicatie.

Sondes, katheters en drains

Deze worden zo beperkt mogelijk gehouden in kader van het klinisch pad. In principe word je wakker **zonder** blaassonde of maagsonde. Een chirurgische drain (een siliconebuisje die via één van de wondjes tot in de buik loopt) wordt in principe vermeden, tenzij de chirurg dit op het einde van de operatie toch nodig acht.

Positie in bed

Er wordt op gelet dat je zowel voor, tijdens als na de operatie nooit volledig neerligt. Dit is voornamelijk belangrijk om longproblemen te voorkomen.

Verzorging na de operatie

Je wordt wakker op de ontwaakenheid (of recovery) voor een korte observatieperiode. Wanneer je voldoende wakker bent en de pijn voldoende onder controle is mag je na akkoord van de anesthesist terug naar de verpleegeenheid.

Als de ingreep pas laat op de dag kon beëindigd worden, kan het voorvallen dat je op de ontwaakenheid overnacht. Je familie en naasten kunnen je hier uiteraard een kort bezoek brengen. In uitzonderlijke gevallen (om medische redenen) kan je getransfereerd worden naar de dienst intensieve zorg ter observatie.

De avond van de operatie

Wanneer je na de operatie terug op je kamer bent op de verpleegeenheid mag je wat slokjes water drinken. Met ondersteuning van de verpleegkundige mag je ook al eens opzitten op de rand van bed.

Infuus

Het infuus in je arm blijft in principe ter plaatse tot de eerste dag na de operatie. Als je wat kan drinken en eten en indien de pijn verder onder controle is, wordt het infuus dan verwijderd zodat je meteen wat mobieler bent.

Pijn

Een adequaat schema met pijnmedicatie (zowel via het infuus als in tabletvorm) is voorzien in het klinisch pad. Bij onvoldoende pijncontrole dien je dit zeker te melden aan de verpleegkundige. Goede pijncontrole is belangrijk voor een goed herstel na de operatie.

Voeding

Vanaf 's middags de eerste dag na de operatie wordt de voeding volgens schema (fase 1 postoperatief) opgestart. Dit schema werd reeds op de preoperatieve consultatie diëtiëk besproken en dit wordt tijdens de opname zelf nogmaals herhaald door de diëtiste die bij je langs zal komen. Indien je op vrijdag wordt geopereerd en in het weekend op ontslag mag, neemt de diëtiste de eerstvolgende werkdag contact met je op om voedingsfase 1 postoperatief te herhalen. Rustig eten en stoppen bij het minste gevoel van verzadiging zijn in de eerste weken postoperatief cruciaal.

Beweging

De eerste dag na de operatie word je gestimuleerd om op te zitten in de zetel. De kinesitherapeut komt bij je langs om je te helpen op een correcte manier voldoende diep te ademen. Onder begeleiding kan je wat wandelen in de gang. Je krijgt ook tips over bewegingsoefeningen die je kan uitvoeren tijdens de dag.

Het is belangrijk dat je conditie na de ingreep zo snel mogelijk herstelt. Je eigen actieve bijdrage is hierbij van groot belang.

Koorts

Kort na de operatie is het mogelijk dat je temperatuur verhoogd is. Dit wordt op de gepaste manier behandeld. Indien de koorts echter blijft of enkele dagen na de operatie optreedt, wordt dit verder onderzocht.

Wondzorg

De verpleegkundige controleert het verband en verzorgt de wonde indien nodig. Net voor je vertrek uit het ziekenhuis reinigen we de wonden en brengen we een kleefpleister aan waarmee je mag douchen, niet baden.

Onderzoeken

Na de operatie voeren we bloedcontroles uit om onder andere je infectiewaarden te controleren. Dat doen we doorgaans 's morgens, de eerste en de tweede dag na de ingreep.

Afwijken van het klinisch pad

Het is steeds mogelijk dat we afwijken van het klinisch pad. De zorg die je krijgt in het ziekenhuis passen we namelijk aan op je maat. De beslissing ligt telkens bij de chirurg die de situatie zal inschatten. Toch streven we ernaar om het klinisch pad maximaal te volgen.

Vertrek uit het ziekenhuis

Je kan naar huis indien aan alle ontslagcriteria voldaan is, gemiddeld 2 dagen na de ingreep. Je bent uiteraard nog niet volledig genezen maar uw herstel wordt niet meer beïnvloed door een langer ziekenhuisverblijf. **Verder thuis herstellen in je eigen comfortabele omgeving is uiteraard veel aangenamer.**

Je kan naar huis wanneer de volgende 4 ontslagcriteria vervuld zijn:

- Je kan de voeding zoals opgestart in het postoperatieve fase 1 dieet verdragen.
- Je pijn is onder controle met pijnmedicatie via tabletvorm en je kan vlot bewegen.
- Er is geen ander belangrijk medisch probleem meer.
- Je wilt zelf naar huis en je thuiskomst is praktisch goed geregeld.

Medicatie bij ontslag

Bij ontslag krijg je een 'medicatieschema bij ontslag' mee dat een overzicht bevat van al je in te nemen medicatie. Daarnaast krijg je ook voorschriften mee voor nieuwe medicatie die in het ziekenhuis werd opgestart:

- Een maagbeschermer (protonpomp inhibitor, type Pantoprazole/Pantomed®), 1xdd gedurende 3 maanden na een gastric bypass procedure en gedurende 1 jaar na een sleeve gastrectomie.
- Anti-trombose spuitjes (LMWH) gedurende 1 maand verder
- Pijnstilling

Na je ingreep kan het tevens noodzakelijk zijn om jouw thuismedicatie aan te passen. Je krijgt bij ontslag ook een folder mee 'medicatie na gastric bypass'. In deze brochure geven we een overzicht van geneesmiddelen waar een aanpassing kan mogelijk zijn. Ook willen we aandacht geven aan het blijvend innemen van voldoende multivitaminen en mineralen. Bespreek alle medicatie die je inneemt zeker met je (huis)arts. Samen gaan jullie op zoek naar mogelijke alternatieven of aanvullingen op je huidige behandeling indien nodig.

Controle achteraf

Je buikspieren en wonden blijven nog wat gevoelig. Algemeen geldt dat wat je kan doen, toegelaten is. Heffen van zware lasten gedurende de eerste 4 weken raden we af. Het is belangrijk dat je luistert naar je lichaam en de rust neemt die je nodig hebt.

We raden aan om dagelijks goed mobiel te blijven en eventueel een korte wandeling te maken. Dit om het risico op een bloedklonter in de benen en/of longen te vermijden. Bij het rusten wordt ook aangeraden om dit in een zittende positie te doen en zo weinig mogelijk volledig neer te liggen om longproblemen te vermijden.

Voeding

De voeding wordt verdergezet volgens fase 1 en 2 van het postoperatief dieet. Strikte opvolging van de richtlijnen wordt aangeraden. Bij het minste gevoel van verzadiging wordt best gestopt met eten.

Stoelgang

De eerste weken/maanden kan het stoelgangspatroon wat verstoord zijn. Meestal is de stoelgang wat harder en dien je minder frequent het toilet te bezoeken. Over verloop van tijd evolueert dit in gunstige zin naar een normale toestand. Voldoende drinken is hierbij belangrijk. Indien nodig kan een middel voorgeschreven worden om de stoelgang wat zachter te maken.

Verzorging van de wonde

De wonden worden gehecht met een oplosbare hechtingsdraad die niet verwijderd moet worden. Speciale verzorging is niet nodig. Je mag douchen maar nadien wel voldoende droogdeppen en eventueel opnieuw een verband aanbrengen. Tien dagen na de ingreep mogen deverbanden verwijderd worden als de wondjes mooi en droog genezen. **Bij problemen of ongerustheid kan je steeds terecht bij je behandelende arts of huisarts.**

Vermoeidheid

In de eerste weken na de operatie kan je last hebben van vermoeidheid, prikkelbaarheid en beperkte concentratiestoornissen. Dit heeft voornamelijk te maken met het relatief snelle gewichtsverlies en verlies van spiermassa. Dit is tijdelijk. Bij verder gewichtsverlies en voornamelijk door de opstart van spierversterkende oefeningen vanaf 1 maand na de operatie verdwijnen deze klachten geleidelijk.

Consultatie

We raden je aan om een week na de ingreep op consultatie te gaan bij de huisarts ter controle van de operatiewonden. De verbanden mogen ondertussen ter plaatse blijven. Een controleconsultatie bij de diëtiste wordt voorzien een tweetal weken na de ingreep. Een controle bij de chirurg wordt gepland een viertal weken na de ingreep. Een verpleegkundige regelt hiervoor een afspraak.

Contactgegevens

	Telefoonnummer	Route
Verpleegeenheid 7	t. 056 63 22 00	C221
Verpleegeenheid 8	t. 056 63 22 30	C231
Secretariaat abdominale chirurgie (tijdens de kantooruren)	t. 056 63 30 00	C021
Ontwaakeenheid	t. 056 63 51 93	E270
Intensieve zorg kamer 1040 - 1053	t. 056 63 16 41	E111
Intensieve zorg kamer 1060 - 1073	t. 056 63 16 40	B111
In nood: dienst spoedopname	t. 056 63 61 12	D030
Obesitascoördinator (tijdens kantooruren)	t. 056 63 30 08	

vzw az groeninge
zetel: Pres. Kennedylaan 4 | 8500 Kortrijk
RPR Gent | afdeling Kortrijk | BE 0472 222 625
t. 056 63 63 63 | f. 056 63 63 69 | www.azgroeninge.be

vu: Inge Buyse, Pres. Kennedylaan 4 | 8500 Kortrijk
doc. 61796 - maart 2022

ziekenhuis internationaal erkend door JCI voor veilige zorg en kwaliteit:
www.azgroeninge.be/kwaliteit