

Operatie bij een symptomatische middenrifbreuk

Inleiding

U heeft last van een middenrifbreuk. Om deze breuk te verhelpen, wordt u mogelijk geopereerd. In deze folder leest wat een middenrifbreuk precies is. Ook leest u wat de operatie inhoudt, hoe u zich hierop kunt voorbereiden, welke risico's de operatie met zich meebrengt en wat u moet weten als u na de ingreep weer naar huis gaat.

De informatie in deze folder is algemeen. Dat wil zeggen dat mogelijk niet alles op u van toepassing is. Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, stel ze dan gerust. Het kan helpen deze vragen op te schrijven, zodat u ze kunt meenemen naar het gesprek met uw specialist.

Normale situatie

Het middenrif is een spierplaat die de borstholte scheidt van de buikholte. In het middenrif zit een opening waar de slokdarm doorheen gaat. Via de slokdarm komt het voedsel in de maag terecht, waar het wordt vermengd met maagzuur. In de twaalfvingerige darm komen gal en het sap uit de alveesklier erbij. De maag is beschermd tegen de zure werking van het maagzuur, maar de slokdarm is niet bestand tegen het agressieve maagzuur.

Er zijn verschillende mechanismes die ervoor zorgen dat de maaginhoud niet terug de slokdarm in gaat. Op de overgang van de slokdarm naar de maag zit de onderste slokdarmkringspier (LES). In een normale, natuurlijke situatie ontspant de slokdarmkringspier alleen als er voedsel langskomt. Daarna trekt deze spier weer samen. Daarnaast is de opening in het middenrif voor de slokdarm

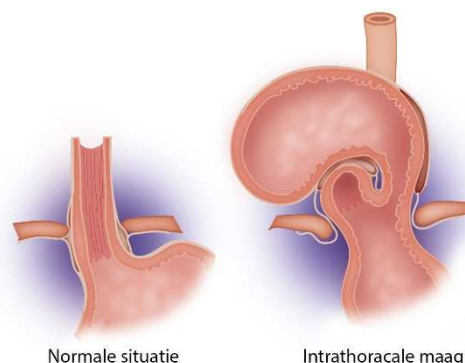
klein. Tot slot werkt een kleine plooi van de maag als een klep wanneer de druk in de maag te hoog wordt.

De overgang van de slokdarm naar de maag kan op drie manieren verstoord zijn:

1. De kringspier onderaan de slokdarm is te zwak en niet in staat goed te sluiten.
2. De opening in het middenrif waar de slokdarm doorheen komt is te groot.
3. Bij grote druk op de maag sluit het maagplooitje (soort klepje) de slokdarm niet.

Middenrifbreuk

De natuurlijke opening in het middenrif kan te groot worden, waardoor de maag (en/of andere buikorganen) richting de borstholte kan verplaatsen. Hierdoor kan het maagzuur gemakkelijker de slokdarm in stromen. Ook kan de maag op het hart of de longen drukken, doordat deze richting de borstholte is verplaatst. Het groter worden van de opening kan een gevolg zijn van overgewicht, veroudering of het kan aangeboren zijn.



Afbeelding 1: De overgang van de slokdarm naar de maag. In het middenrif zit een smalle opening waar de slokdarm doorheen loopt. Links: normale situatie. Rechts: grote middenrifbreuk waardoor (een deel van) de maag boven het middenrif in de borstholte is gelegen.

Diagnose en onderzoek

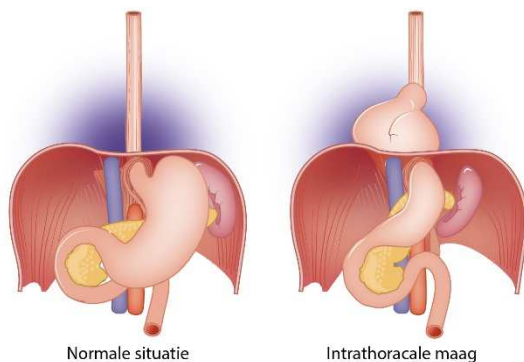
Voordat besloten wordt om een operatie uit te voeren, moet duidelijk zijn hoe uitgebreid de breuk is. Hiervoor kan het volgende onderzoek nodig zijn:

- Een CT-scan (Computed Tomography): een röntgenbuis draait rond het lichaam, waarbij afbeeldingen van de borst en buikholte worden gemaakt. U ondervindt geen hinder van het onderzoek.
- Een alternatief is een slikfoto: na het drinken van waterig contrast wordt een röntgenfoto gemaakt om te kijken of er een middenrifbreuk bestaat.

Wanneer opereren?

Iemand komt in aanmerking voor een operatie als er sprake is van een middenrifbreuk die klachten geeft (symptomatische middenrifbreuk) zoals:

- beklemming;
- bloedarmoede (anemie);
- ernstige passagestoornissen;
- hartritme stoornissen;
- longproblemen.



Afbeelding 2: Overzicht van (een deel van) de organen in de bovenbuik. Links: normale situatie. Rechts: een middenrifbreuk, waardoor de maag (en/of andere buikorganen) richting de borstholte kan verplaatsen.

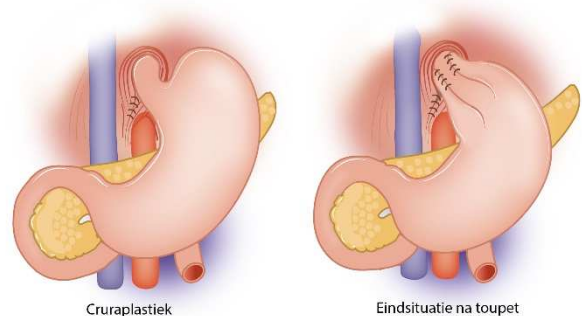
De operatie

De operatie is erop gericht de maag (en eventueel andere buikorganen) weer in de juiste positie in de buikholte te brengen en het terugstromen van maaginhoud naar de slokdarm te voorkomen. De operatie wordt onder algehele narcose uitgevoerd. Meestal wordt gekozen voor een kijkoperatie (laparoscopie), waarbij gas in de buikholte wordt gebracht.

In de buik wordt een aantal kleine openingen van ongeveer 1 cm gemaakt. Via deze openingen worden de camera en instrumenten in de buikholte gebracht. Soms komt het voor dat het operatiegebied niet goed te zien is. Ook kan er een complicatie optreden. Mogelijk moet dan worden overgegaan op een openbuikoperatie.

Om de maag en het middenrif in beeld te brengen, wordt de lever opgetild met een instrument. De maag wordt zo nodig op zijn plek gebracht.

De operatie bestaat uit twee delen. Allereerst wordt de eventuele bestaande middenrifbreuk hersteld door middel van enkele hechtingen, al dan niet met strookjes materiaal. Vervolgens wordt de overgang van de slokdarm naar de maag versterkt. Dit gebeurt door de bovenkant van de maag los te maken van de omgevende weefsels (onder andere de milt). Dit deel van de maag wordt als een manchet driekwart achter de slokdarm langs gevouwen en vastgehecht aan zowel de slokdarm als het middenrif. Dit wordt de 'funduplicatie volgens Toupet' genoemd (zie afbeelding 3). Door het vouwen van de maag wordt de druk van buitenaf verhoogd bij de slokdarm-maag overgang, waardoor de maaginhoud moeilijker kan terugstromen richting de slokdarm.



Afbeelding 3: De twee onderdelen van de operatie. Links: herstel van middenrifbreuk (cruraplastiek). Rechts: de eindsituatie waarbij het bovenste deel van de maag als een manchet rondom de slokdarm is vastgehecht (funduplicatie volgens Toupet).

Mogelijke complicaties

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo zijn ook bij deze operatie de algemene risico's aanwezig, zoals een (na)bloeding, wondinfectie, trombose, of longontsteking.

Daarnaast zijn er nog enkele zeldzame complicaties mogelijk, zoals:

- Schade aan zenuwtakken van de maag of dunne darm, waardoor (meestal tijdelijke) diarree en/of maagdarfstoornissen kunnen optreden.
- Er kan een klein gaatje in de slokdarm of de maag ontstaan door het vastpakken en manipuleren. Dit kan vaak direct worden gerepareerd.
- Er kan een letsel van het longvlies ontstaan waardoor lucht uit de long lekt ('pneumothorax'). Om dit te verhelpen is soms een drain nodig.
- Er kan letsel aan de milt ontstaan, waarvoor het nodig kan zijn de milt te verwijderen.

Vorbereiding op de operatie

Het is van belang dat u zich goed voorbereidt op de operatie. Wij adviseren u om uw partner, een familielid of een vriend of vriendin mee te nemen naar de gesprekken op de polikliniek.

Mogelijk krijgt u voor de operatie een consult bij de diëtist, zodat u goed geïnformeerd bent over wat u wel en niet kunt eten vlak na de operatie. Ook krijgt u enige tijd voor de operatie een afspraak met de anesthesioloog op het preoperatief spreekuur. Daar krijgt u informatie over de narcose en over hoe u zich op de operatie moet voorbereiden. Wij vragen u vooraf het vragenformulier over uw gezondheidstoestand en medicijngebruik in te vullen en mee te nemen.

Zijn er bij u long- en of hartproblemen bekend, dan wordt u eerst gezien door de desbetreffende specialist(en) om ervoor te zorgen dat u in een optimale conditie de operatie ondergaat.

De dag voorafgaand aan de operatie komt u naar het Groene Hart ziekenhuis voor een bloedafname.

Als u op maandag geopereerd wordt, mag u zich op zondag tussen 10:30 en 11:00 uur melden op de polikliniek Bloedafname (route 27). Als u op woensdag wordt geopereerd, mag u zich op dinsdag gedurende de dag op de polikliniek Bloedafname melden. Als u bloedverdunnende medicatie gebruikt, bespreekt de chirurg of anesthesioloog met u hoeveel dagen voor de operatie u moet stoppen met deze medicijnen. Is dit niet met u besproken of heeft u hierover vragen, neemt u dan telefonisch contact op met de afdeling Opname in het ziekenhuis.

Uw verblijf in het ziekenhuis

Het opnamebureau spreekt met u de opnamedag en opnametijd af. Op de dag van de operatie moet u nuchter blijven. Volg hiervoor de instructies die u heeft gekregen van de anesthesioloog. Roken voor de operatie wordt afgeraden in verband met de narcose. Als u 's ochtends medicatie slikt, mag u deze alleen innemen in overleg met de anesthesioloog.

Wij vragen u om een bad of douche te nemen voordat u naar het ziekenhuis komt. Ook vragen we u eventuele sieraden (ook piercings), nagellak en make-up te verwijderen. Als u kunstnagels heeft die groen, blauw of zwart zijn, verwijdert u één kunstnagel per hand.

De opname

Meestal vindt de operatie plaats op de dag van opname. U meldt zich bij de receptie. Zij zullen u vragen naar een geldig legitimatiebewijs. Aansluitend volgt het opnamegesprek met een verpleegkundige van de afdeling. Tijdens dit gesprek krijgt u informatie over de gang van zaken op de afdeling, de operatie en de periode erna. Vervolgens wordt u naar de opnamelobby gebracht en krijgt uitleg over de voorbereidingen op de operatie.

Voordat u naar de operatiekamer gaat, krijgt u een operatiejasje aan en wordt u gevraagd om, indien van toepassing, contactlenzen, bril, of gebitsprothese te verwijderen.

Ter voorbereiding op de operatie krijgt u medicatie. Een verpleegkundige of medewerker van de vervoersdienst brengt u vervolgens in uw bed naar de voorbereidingsruimte van de operatieafdeling. U krijgt een infuus voor vocht- en medicijntoediening.

De chirurg komt hier bij u langs. De anesthesieassistent brengt u van de voorbereidingskamer naar de operatiekamer.

Hier ontmoet u het hele operatieteam, onder wie de anesthesioloog. Zij doen met u een laatste check (time-out).

De operatie

De operatie wordt uitgevoerd door een chirurg, of een chirurg in opleiding onder supervisie van een chirurg. Zij krijgen ondersteuning van een operatieteam. Tijdens de operatie krijgt u een blaaskatheter (een slangetje in de blaas waardoor urine wordt afgevoerd) en mogelijk een maagsonde (een slangetje via de neus tot in de maag). De blaaskatheter en maagsonde worden meestal direct aan het einde van de operatie verwijderd. Soms is er sprake van een grote middenrifbreuk, waarbij de maag (gedeeltelijk) in de borstholte ligt. In zo'n situatie wordt er mogelijk ook een slang in de borstholte achtergelaten. Deze komt dan via de buik naar buiten. Dit wordt ook wel een 'drain' genoemd. Deze drain wordt meestal na 24 tot 48 uur verwijderd. Gemiddeld duurt de operatie ongeveer drie uur.

Na de operatie

Na de operatie wordt u wakker op de uitslaapkamer. Ondertussen belt de chirurg met uw contactpersoon om te vertellen hoe de operatie is verlopen. Zodra u weer voldoende wakker bent en uw bloeddruk en hartslag goed zijn, gaat u terug naar de verpleegafdeling.

Zodra u terug bent op de afdeling, wordt uw contactpersoon opnieuw gebeld door de afdelingsverpleegkundige.

Als u weer op de afdeling bent, mag u gewoon uit bed. De dag van de operatie en in de eerste week na de operatie dient u een vloeibaar dieet te volgen. Na de eerste week mag u de voeding uitbreiden naar vast en licht verteerbaar voedsel. Daarbij is het wel belangrijk dat u rustig eet en het eten fijnkauwt. Als u medicatie tegen zuurbranden gebruikt, mag u hier na de operatie waarschijnlijk mee stoppen.

Tijdens uw opname komen er verschillende zorgverleners bij u langs:

1. Zaalarts/chirurg: om te kijken hoe het met u gaat. Zo nodig passen zij het medische beleid aan.
2. Afdelingsverpleegkundige: om u te helpen bij de dagelijkse verzorging en het uit bed komen, voor de wondzorg en om uw bloeddruk, pols, zuurstofgehalte en temperatuur te meten.
3. Fysiotherapeut (zo nodig): voor ademhalingsoefeningen en beweegactiviteiten.
4. Diëtist (zo nodig): om u te adviseren over uw voeding.

Belangrijke informatie over de periode na de operatie:

- U kunt pijn hebben tussen de schouderbladen en de schouders. Dit wordt veroorzaakt door het gas dat tijdens de operatie is gebruikt om de buik op te blazen. Dit kan enkele dagen aanhouden. Hoe meer u beweegt, hoe sneller het gas wordt afgevoerd.
- Het kan moeilijk zijn om te braken of ruimte te geven aan oprispingen. Dit komt doordat de operatie ervoor zorgt dat het terugvloeien van voedsel en sappen bijna niet meer mogelijk is.
- Door het manipuleren en kwetsen van de maag kan er sprake zijn van een zwelling. Als gevolg hiervan kan de doorgankelijkheid verminderd zijn,

waardoor het eten mogelijk moeizaam zakt. Het lichaam heeft tijd nodig om zich aan te passen aan de nieuwe situatie. Dit duurt meestal twee tot acht weken.

- U kunt last hebben van (meer) winderigheid.
- Het volume van de maag is door de operatie kleiner. Hierdoor is er in de periode na de ingreep vaak sprake van gewichtsverlies (ongeveer 4 tot 6 kg).

Ontslag

In principe kunt u op de tweede of derde dag na de operatie weer naar huis.

Bij ontslag krijgt u afspraken mee voor poliklinische controle. U krijgt zo nodig een recept voor medicijnen mee. In principe mag u tussen 10.00 en 11.00 uur naar huis.

Adviezen voor thuis

- De wondjes worden verbonden met hechtpleisters (al dan niet na het hechten met oplosbare hechtingen). De hechtpleisters mogen na 2 weken verwijderd worden. U mag hiermee gewoon douchen.
- We adviseren u de eerste week een vloeibaar dieet te volgen. Na de eerste week mag u uitbreiden naar vast en licht verteerbaar voedsel. Neem in het begin kleine zachte maaltijden en kauw deze goed. Het is beter om de eerste maanden 6 keer een kleine maaltijd te nemen dan 3 keer een grotere maaltijd. Gebruik eventueel vloeibare tussenmaaltijden.
- Praat niet terwijl u eet of drinkt.
- Gebruik de eerste 6 weken liever geen producten die de aanmaak van maagzuur bevorderen of gasvorming veroorzaken (bijvoorbeeld koolzuurhoudende dranken, chocolade, rauwkost en rood vlees).
- Let op uw gewicht.
- De eerste zes weken mag u niet te zwaar tillen (maximaal 10 kg). Verder zijn er geen beperkingen.

- Over het algemeen kunt u na 1 à 2 weken weer werken, afhankelijk van het soort werk dat u doet.

Problemen na ontslag?

Neemt u de eerste 30 dagen na de operatie direct contact op bij:

- koorts boven de 38,5 °C;
- ernstige passageklachten (niet kunnen eten);
- toenemende roodheid, zwelling en/of pijn van het wondgebied;
- toenemende vocht lekkage uit de wond;
- een rood, dik, gezwollen en/of pijnlijk been (dit kan wijzen op een bloedstolsel in de diepe afvoerende aderen: trombose);
- plotse kortademigheid.

Als zich thuis complicaties voordoen, kunt u contact opnemen met uw behandelend specialist via de polikliniekassistent van de afdeling Chirurgie.

Buiten de openingstijden van de polikliniek en bij acute problemen kunt u ook bellen met de spoedeisende hulp.

Contactgegevens

Polikliniek Gouda

- Telefoon: (0182) 50 58 78.
- Bereikbaar: maandag tot en met vrijdag tussen 8.30 en 11.30 uur en tussen 13.30 en 16.00 uur.

Polikliniek Leiden/Leiderdorp

- Telefoon: (071) 58 28 045.
- Bereikbaar: maandag tot en met vrijdag tussen 8.30 en 16.30 uur.

Spoedeisende Hulp Gouda

- Telefoon: (0182) 50 53 27.

Spoedeisende Hulp Leiderdorp

- Telefoon: (071) 58 28 905.

Samen+

Samen+ is een samenwerkingsverband tussen het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) en Alrijne Ziekenhuis (Alrijne). De samenwerking richt zich op de behandeling van rectumkanker, schildklieraandoeningen, liesbreuken en middenrifbreuken. De bundeling van kennis en ervaring maakt zeer specialistische behandeling met geavanceerde technieken mogelijk. Iedere patiënt is hierdoor verzekerd van de beste zorg.

Het Groene Hart Ziekenhuis en Alrijne Ziekenhuis zoeken continu naar wat zij kunnen verbeteren aan de kwaliteit en effectiviteit van de eigen behandelingen. Daar waar zij binnen Samen+ mogelijkheden zien, werken ze samen in de uitwerking ervan. De nieuwe inzichten delen zij binnen de gespecialiseerde behandelteams. Zo vergroten de behandelteams de kracht en kwaliteit van ieder ziekenhuis. En daarmee van Samen+.

Voordelen voor u

Gespecialiseerd behandelteam

In het Groene Hart Ziekenhuis en Alrijne Ziekenhuis krijgt u de zorg die u verdient. De beste zorg. Samen+ biedt daar nog eens een waardevolle aanvulling op. De medisch specialisten van beide ziekenhuizen delen hun kennis, kunde en ervaring met elkaar. En waar dat de kwaliteit vergroot, voeren de chirurgen de operaties gezamenlijk uit. Hierdoor bent u altijd verzekerd van een optimale behandeling. U krijgt dus de zorg die u gewend bent én u profiteert van de voordelen van de samenwerking binnen Samen+.

Behandeling op maat

Hoe meer kennis, ervaring en expertise bij elkaar komen, hoe beter de medisch specialisten een behandeling op uw situatie kunnen afstemmen. Dit merkt u al tijdens het adviesgesprek, waarin uw medisch specialist u uitlegt waarom bepaalde behandelingen bij u de beste resultaten zullen geven.



Na zo'n adviesgesprek bent u goed op de hoogte van de voor- en nadelen van de verschillende behandelingen. Dit helpt u om samen met uw medisch specialist(en) te kiezen voor een behandeling.

Zorg dichtbij als dat kan

De meeste gesprekken, onderzoeken en behandelingen vinden dichtbij plaats, in uw eigen ziekenhuis. Ook de nazorg, als daarvan sprake is. Het kán voorkomen dat uw behandeling en een eventuele opname op de andere locatie plaatsvinden. Verder weg van huis dus. Bijvoorbeeld omdat op die locatie verschillende specialisten bij de behandeling, ingreep of opname betrokken kunnen zijn.

Met Samen+ bent u dus altijd verzekerd van de hoogste kwaliteit medische zorg. Dichtbij als dat kan, verder weg als dat moet.

Hernia diafragmatica chirurgie (middenrifbreuk)

Samen+ is dankzij haar specialistische kennis en ervaring toonaangevend voor de hernia diafragmatica chirurgie (HD-chirurgie) in ons land. Daarmee is Samen+ het op een na grootste centrum binnen de HD-chirurgie in Nederland. Dankzij deze samenwerking worden complexe operaties door twee gespecialiseerde chirurgen gezamenlijk uitgevoerd. Dit kunnen chirurgen zijn van het GHZ, van Alrijne Ziekenhuis of van beide ziekenhuizen. Deze samenwerking vergroot de kwaliteit en doeltreffendheid van (complexere) operaties.

Vragen

Heeft u vragen en/of opmerkingen naar aanleiding van de informatie in deze folder? Stel uw vragen gerust aan de polikliniekassistent of aan de arts van de polikliniek. Als er in uw beleving informatie ontbreekt in deze folder, horen we dat ook graag van u.

Groene Hart Ziekenhuis

Bleulandweg 10

2803 HH Gouda

Algemeen telefoonnummer:

(0182) 50 50 50.

Alrijne Ziekenhuis

Simon Smitweg 1

2353 GA Leiderdorp

Algemeen telefoonnummer:

(071) 517 81 78.

Colofon

uitgave: Groene Hart Ziekenhuis, Gouda

productie: Groene Hart Ziekenhuis i.s.m. Alrijne

Ziekenhuis

maart 2021

04.04.157