

Gynaecologie

Diagnostisch laparoscopie

(Kijken in de buik)

Inleiding

Een diagnostische laparoscopie is een kijkoperatie waarbij de gynaecoloog de buikholte en de organen die daarin liggen onderzoekt. Buikpijn of het uitblijven van een zwangerschap zijn veelvoorkomende redenen voor zo'n operatie. Tijdens een kijkoperatie wordt soms ook een 'echte' operatie uitgevoerd: een ingreep om bijvoorbeeld een eileider of eierstok weg te nemen. Meer informatie daarover vindt u in de folder 'Laparoscopische operatie'.

Hier bespreken wij alleen de kijkoperatie zelf: wat gebeurt er tijdens de ingreep, wat wordt er bekeken, zijn er risico's, en waar moet u vóór en na de operatie rekening mee houden. Omdat bij de operatie de baarmoeder, de eileiders en de eierstokken worden beoordeeld, volgt eerst algemene informatie over deze organen.

De baarmoeder, eileiders en eierstokken

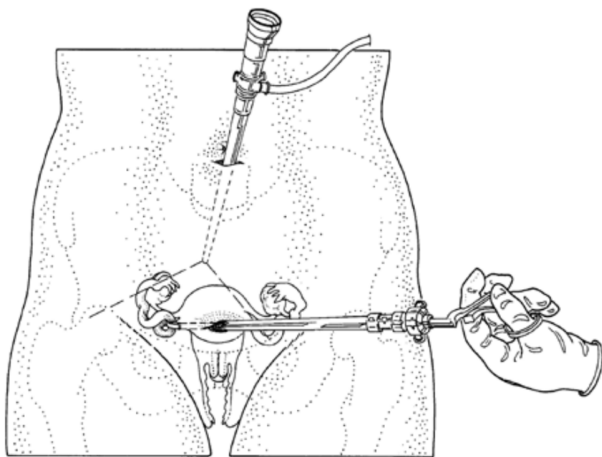
Een normale baarmoeder heeft de vorm en grootte van een peer. Aan de brede bovenkant monden twee eileiders in de baarmoeder uit. Deze dunne, soepele buisjes, die zo'n acht tot tien cm lang zijn, beginnen bij de baarmoeder en eindigen bij de eierstokken. Normale eierstokken zijn ongeveer drie centimeter groot. Bij een laparoscopie ziet de arts de eileiders en eierstokken, evenals het bovenste deel van de baarmoeder. Het onderste deel van de baarmoeder dat in de vagina (schede) uitmondt, de baarmoedermond of baarmoederhals, is tijdens een laparoscopie niet zichtbaar. Baarmoeder, eileiders en eierstokken liggen niet los in de buik, maar zitten met bindweefselbanden vast onder in het bekken.

De eierstokken maken hormonen die elke maand het baarmoederslijmvlies opbouwen. Ook komt er elke maand bij de eisprong een eikel uit de eierstokken vrij. De eileiders hebben een transportfunctie. Zaadcellen komen via de vagina en de baarmoeder door de eileiders naar de eierstok toe. Als een eisprong heeft plaatsgevonden, kunnen de zaadcellen een eikel bevruchten. De bevruchte eikel wordt door de eileider naar de baarmoeder vervoerd. Een niet bevruchte eikel lost vanzelf op.

Wat gebeurt er bij een diagnostische laparoscopie?

Laparoscopie betekent 'in de buik kijken'. Diagnostisch betekent 'om te onderzoeken'. Tijdens de ingreep onderzoekt de gynaecoloog de organen in de buikholte: de baarmoeder, de eileider en de eierstokken. Ook kunnen de blindedarm, een deel van de lever, de galblaas en een groot deel van de darm gezien worden. Alle organen zijn alleen aan de buitenkant zichtbaar. De operatie gebeurt altijd onder narcose (algehele verdoving). De gynaecoloog maakt meestal een sneetje van ongeveer een centimeter in de onderrand van de navel en brengt door dat sneetje een dunne holle naald in de buikholte. Hierdoor wordt de buik gevuld met onschadelijk koolzuurgas. Zo ontstaat ruimte in de buik om de verschillende organen te zien. Daarna brengt de gynaecoloog via hetzelfde sneetje de laparoscopus (kijkbuis) in de buik en sluit deze aan op een videocamera. De baarmoeder, eileiders en eierstokken zijn zo zichtbaar op de monitor.

Via een sneetje bij de bovengrens van het schaamhaar worden andere instrumenten in de buikholte gebracht. Soms brengt men ook via de vagina instrumenten in, om de baarmoeder te kunnen bewegen of te kunnen vullen met vloeistof om de doorgankelijkheid van de eileiders te onderzoeken. Dit laatste gebeurt vaak als een kinderwens de reden voor de diagnostische laparoscopie is. Een enkele keer is nog een derde sneetje aan de zijkant van de buik noodzakelijk, om met een extra hulpinstrument beter zicht te krijgen op de baarmoeder, eileiders of eierstokken.



Afbeelding: Diagnostische laparoscopie. Bron: folder NVOG.

Belangrijkste redenen voor een diagnostische laparoscopie

De drie belangrijkste redenen voor deze ingreep zijn het hebben van een kinderwens, plotselinge pijn in de onderbuik en langdurig bestaande pijn in de onderbuik.

Kinderwens

Bij het uitblijven van een gewenste zwangerschap kan een diagnostische laparoscopie meer informatie geven over een mogelijke verklaring. De gynaecoloog beoordeelt dan hoe de eileiders eruitzien en of ze open of afgesloten zijn. Open eileiders zijn nodig om zaadcellen vanuit de vagina en de baarmoeder naar de eierstok te vervoeren, en een eventueel bevruchte eicel weer naar de baarmoeder terug te vervoeren.

Daarom wordt tijdens de operatie via de vagina en de baarmoedermond een blauwe vloeistof in de baarmoeder gespoten. Als deze blauwe kleurstof via de eileiders in de buikholte komt, zijn de eileiders open.

Tijdens een diagnostische laparoscopie kan een aantal afwijkingen worden gezien. Hieronder leest u welke.

Afgesloten eileiders

Eileiders kunnen afgesloten zijn als gevolg van een ontsteking die in het verleden heeft plaatsgehad, een eerdere buikoperatie, endometriose of verklevingen. Als beide eileiders afgesloten zijn, is medische hulp nodig om zwanger te worden. Is er maar één eileider open, dan is de kans op een spontane zwangerschap mogelijk wat verminderd, maar zeker niet uitgesloten. Als een of beide eileiders afgesloten zijn, beoordeelt de gynaecoloog tijdens de laparoscopie of het mogelijk en/of zinvol is de eileiders operatief te openen. Vaak is dan een tweede operatie nodig.

Een hydrosalpinx

Een speciale vorm van een afgesloten eileider is een 'hydrosalpinx'. Er verzamelt zich dan vocht (hydro = vocht) in de eileider (salpinx = eileider). Meestal zijn er geen klachten; slechts zelden veroorzaakt een hydrosalpinx pijn. Bij een kinderwens beoordeelt de gynaecoloog hoe de andere eileider eruitziet, en of het verstandig is de hydrosalpinx te verwijderen of te openen. Voor het openen van een hydrosalpinx kan op een ander tijdstip een laparoscopische operatie of een grotere buikoperatie noodzakelijk zijn.

Endometriose

Bij endometriose bevindt het slijmvlies dat de binnenkant van de baarmoeder bekleedt zich ook buiten de baarmoeder: in de buikholte of in de vorm van cystes in de eierstokken. De menstruaties zijn dan vaak pijnlijk omdat ook deze plekjes in de buik of in de cystes kunnen bloeden. In endometriose-cystes kan zich bloed ophopen. Omdat dit op chocolade lijkt spreekt men van chocolade-

cysten. Er kunnen ook verklevingen ontstaan, waardoor de eileiders afgesloten raken. Endometriose wordt behandeld met hormonen of door middel van een operatie. De gynaecoloog bespreekt met u welke behandeling voor u het meest geschikt is. Meer informatie over endometriose vindt u op www.endometriose.nl.

Verklevingen

Verklevingen (adhesies) kunnen het gevolg zijn van ontstekingen, eerder uitgevoerde operaties of van endometriose. Meestal geven verklevingen geen klachten en is het niet nodig er iets aan te doen. Als verklevingen een mogelijke oorzaak zijn voor verminderde vruchtbaarheid, beoordeelt de gynaecoloog tijdens de operatie of ze verwijderd kunnen worden en of dat zinvol is. Soms is hiervoor een tweede operatie nodig.

Myomen

Myomen (vleesbomen) zijn goedaardige verdikkingen in de spierwand van de baarmoeder die meestal geen klachten geven. Doorgaans belemmeren myomen het zwanger worden niet, maar soms doen ze dat wel als ze in de baarmoederholte uitpuilen, erg groot zijn, of net op de overgang van de baarmoeder naar de eileider liggen. Behandeling is alleen nodig in het geval van klachten of als de gynaecoloog inschat dat een myoom bijdraagt aan verminderde vruchtbaarheid. Meer informatie vindt u op www.ggz.nl/gynaecologie bij 'Vleesboom'.

Plotselinge pijn in de onderbuik

Pijnklachten in de onderbuik die vrij plotseling ontstaan in de loop van enkele uren of dagen, kunnen een aantal oorzaken hebben. Als de oorzaak van ernstige pijn niet duidelijk is, adviseert de arts een diagnostische laparoscopie.

We beschrijven hieronder een aantal veelvoorkomende oorzaken van plotselinge buikpijn.

Blindedarmontsteking (appendicitis)

De blinde darm (appendix) is een vijf tot acht centimeter lang aanhangsel van de dikke darm dat ontstoken kan raken. De oorzaak van deze ontsteking is bijna altijd onbekend.

Meestal begint de pijn rond de navel en zakt zij daarna af naar de rechteronderbuik. Niet zelden zijn er klachten over misselijkheid, is de ontlasting wat dunner dan normaal, en is de temperatuur iets verhoogd.

Gedraaide eierstok

Een eierstok zit aan één kant met een brede 'steel' vast in de buikholte. Als een eierstok vergroot is, kan hij rond de steel draaien. Door het afknellen van de bloedtoevoer naar de eierstok ontstaan dan pijnklachten. Een eierstok kan vergroot zijn als er een cyste (een holte gevuld met vocht) in zit. Ook is het mogelijk dat een eierstok in zijn geheel vergroot is. Soms is er dan sprake van een dermoïd, ook wel een 'teratoom' (wondergezwel) genoemd. Allerlei soorten weefsel kunnen hierin voorkomen, zoals haren, botten en talg.

Bloeding bij een eisprong

Twee weken voor het begin van een menstruatie vindt de eisprong plaats. De holte waarin de eicel ligt (follikel) barst dan open en er komt een eicel vrij. Een enkele keer knapt hierbij een bloedvatje, dat door blijft bloeden. Het bloed prikkelt dan het buikvlies in de buikholte en veroorzaakt de plotselinge buikpijn.

Problemen met een myoom

Een myoom (vleesboom) is een goedaardige verdikking of knobbel van de spierwand van de baarmoeder. Een myoom dat via een steel met de buitenzijde van de baarmoeder verbonden is, kan rond de steel draaien. Net als bij een rond de steel gedraaide eierstok ontstaan pijnklachten door het afknellen van de bloedtoevoer.

Eileiderontsteking

Klachten van onderbuikspijn, koorts, vieze afscheiding of een menstruatie die langer duurt dan normaal, kunnen duiden op een eileiderontsteking. Soms wordt deze ontsteking veroorzaakt door een seksueel overdraagbare aandoening (SOA), zoals een chlamydia-infectie of gonorrhoe. Ook bacteriën uit de darmen kunnen zo'n ontsteking geven. Bij een kijkoperatie ziet de arts dat de eileiders rood en gezwollen zijn;

soms bevindt zich ook pus in de buikholte. Meer informatie vindt u op www.ghz.nl/gynaecologie bij 'Fertiliteit'.

Buitenbaarmoederlijke zwangerschap

De medische term voor een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is een 'extra-uteriene graviditeit' (extra = buiten, uterus = baarmoeder, graviditeit = zwangerschap). Vaak wordt dit afgekort als EUG.

De zwangerschap bevindt zich in zo'n geval buiten de baarmoeder, meestal in de eileider.

Een (toekomstige) kinderwens, de mate van schade aan de eileider en de toestand van de andere eileider spelen een rol bij de keuze van de behandeling. Vaak, maar niet altijd, wordt de eileider met daarin de zwangerschap laparoscopisch verwijderd. Meer informatie vindt u op www.ghz.nl/verloskunde bij 'Buitenbaarmoederlijke zwangerschap'.

Langdurige buikpijn

Langdurige (chronische) buikpijn kan een reden zijn voor een diagnostische laparoscopie. Soms ziet de gynaecoloog dan tijdens de operatie iets afwijkends, zoals een vergrote eierstok, een vleesboom, verklevingen of endometriose. Bij langdurige pijnklachten is vaak moeilijk te zeggen of een dergelijke afwijking wel de buikpijn veroorzaakt, omdat verklevingen of myomen meestal geen pijnklachten geven. De gynaecoloog bespreekt na de operatie of u kunt verwachten dat de bevindingen de langdurige pijn verklaren.

Veel vaker vindt de gynaecoloog bij lang bestaande onderbuikspijn geen duidelijke verklaring voor de klachten. Er zijn dan geen afwijkingen zichtbaar van de baarmoeder, eileiders of eierstokken, darmen of andere plaatsen in de buikholte. Daarom adviseert een gynaecoloog zeker niet aan elke vrouw die langdurig buikpijn heeft een diagnostische laparoscopie. Toch is voor sommige vrouwen de geruststelling dat er niets ernstigs aan de hand is, een reden om een diagnostische laparoscopie te overwegen.

Complicaties

De kans op complicaties bij een diagnostische laparoscopie is klein. In zeer zeldzame gevallen worden de urinewegen, darmen of een bloedvat beschadigd. De kans op een dergelijke complicatie is wat groter bij ernstige verklevingen in de buik. De gevolgen zijn soms pas zichtbaar als u al uit het ziekenhuis ontslagen bent. Bij ernstige buikpijn, koorts, braken of pijn in de nierstreek (aan de zijkant van de rug) is het dan ook verstandig direct met de afdeling gynaecologie contact op te nemen.

Vorbereiding op de diagnostische laparoscopie

Hieronder beschrijven we wat u kunt verwachten bij een diagnostische laparoscopie.

Op de polikliniek

De gynaecoloog bespreekt met u de opname. In het GHZ gebeurt een diagnostische laparoscopie in een dag-opname. Vaak vindt poliklinisch vooronderzoek plaats. Soms heeft u op de polikliniek of kort voor de ingreep een gesprek met de arts die de narcose geeft (anesthesioloog).

Vorbereiding voor de periode na de operatie

Voordat u wordt opgenomen, kunt u al een en ander regelen voor het herstel na de operatie. U kunt nog pijn hebben en zich slap voelen. Bij een druk huishouden is na thuiskomst enige hulp wenselijk. Bespreek dit van tevoren met de gynaecoloog of uw huisarts. Als u buitenshuis werkt, reken dan op ten minste enkele dagen afwezigheid.

De operatiedag

U hoort van de opnamemedewerkster hoe laat en waar u zich moet melden. Ook krijgt u te horen vanaf wanneer u niet meer mag eten, drinken of roken. Een verpleegkundige ontvangt u op de afdeling. U krijgt operatiekleding aan. U wordt in bed naar de operatieafdeling gebracht. Via een naald in uw hand of arm wordt de narcose (verdoving) toegediend. U valt in slaap en merkt niets meer tot u na de

operatie wakker wordt in de uitslaapkamer. De operatie duurt over het algemeen minder dan een half uur.

Na de operatie

Als u goed wakker bent, gaat u terug naar de afdeling. Soms heeft u keelpijn als gevolg van een buisje dat onder narcose in de luchtpijp werd ingebracht om u te beademen. Vaak geeft men via een bloedvat van uw hand of arm vocht vanuit een infuus. Misselijkheid en zelfs overgeven na afloop zijn niet ongebruikelijk. Een enkele keer is tijdens de operatie een blaaskatheter ingebracht om de urine af te voeren. Meestal wordt het infuus en ook een eventuele blaaskatheter enkele uren na de operatie verwijderd.

Pijn

Direct na de ingreep is er vaak in meer of mindere mate sprake van buikpijn. De pijn vermindert de eerste uren na de operatie en verdwijnt meestal aan het einde van de dag. Sommige vrouwen houden de eerste dagen nog buikpijn. U kunt hier gerust pijnstillers voor gebruiken.

Ook schouderpijn komt voor. Het koolzuurgas dat gebruikt is om de kijkruimte in de buik te vergroten, prikkelt het middenrif, wat de pijn veroorzaakt. Het koolzuurgas wordt vanzelf door het lichaam opgeruimd. De schouderpijn verdwijnt meestal de dag na de operatie.

Bloedverlies

Soms is tijdens de operatie de baarmoederhals via de vagina met een paktangetje vastgepakt om de baarmoeder tijdens de operatie te kunnen bewegen, of om vloeistof in de baarmoeder te spuiten voor het testen van de doorgankelijkheid van de eileiders. Hierdoor kan er enkele dagen na de ingreep wat bloedverlies via de vagina zijn.

Hechtingen

De hechtingen zijn meestal oplosbaar. Als dit zo is hoeven ze niet verwijderd te worden. Eventuele hechtpleisters gaan er vanzelf af na een paar dagen. Zo niet, dan mag u ze na een week eraf halen.

Zijn de hechtingen die u heeft niet oplosbaar, dan hoort u dat na afloop van de operatie. In dat geval moeten ze na een week verwijderd worden door de huisarts of op de polikliniek. Zolang er nog wondvocht uit de wondjes komt, is het verstandig een pleister of een gaasje aan te brengen. Als de wondjes droog zijn, is dit niet meer nodig.

Naar huis

Op de dag van de ingreep bent u door de operatie en de narcose vaak nog behoorlijk slap. Het is daarom verstandig om u uit het ziekenhuis te laten ophalen. Zelf autorijden of met het openbaar vervoer naar huis gaan, raden we af.

Herstel

De meeste vrouwen hebben een paar dagen nodig voordat zij zich weer helemaal hersteld voelen. Als u thuis kleine kinderen hebt, is het verstandig de eerste dagen extra hulp te regelen. Werk kunt u hervatten als u zich weer hersteld voelt. Voor de meeste vrouwen is dit na enkele dagen, andere vrouwen hebben wat langere tijd nodig, bijvoorbeeld een week. De zwaarte van de operatie, de snelheid van uw herstel, en de zwaarte van uw werk zijn hierbij van belang.

Nacontrole

Als er weefsel is verwijderd tijdens de ingreep, krijgt u een telefonische afspraak voor de uitslag van het weefselonderzoek. De gynaecoloog bespreekt met u of nog verdere controle of behandeling noodzakelijk is. Natuurlijk kunt u zelf ook vragen stellen.

Wanneer moet u contact opnemen?

Als u na de operatie koorts krijgt of hevige buikpijn, ook al gebeurt dit een paar dagen na de operatie, moet u contact opnemen met het ziekenhuis.

U kunt ons bereiken via onderstaande contactgegevens.

Meer informatie

Voor informatie over het ziekenhuis kunt u terecht op onze website: www.ghz.nl. Ook kunt u bellen naar het algemene informatienummer: (0182) 50 50 50.

Wilt u meer informatie op het gebied van gynaecologie, dan vindt u dit op onze site via:

www.ghz.nl/gynaecologie of
www.ghz.nl/verloskunde.

Informatie van de Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie vindt u via:
www.degynaecoloog.nl.

Heeft u vragen naar aanleiding van de informatie in deze brochure, dan kunt u op werkdagen van 9.00 uur tot 16.00 uur bellen naar de verpleegkundige van de polikliniek Gynaecologie/Verloskunde, telefoon: (0182) 50 50 50, en vragen naar toestel 4920. Ook kunt u bellen naar: (0182) 50 58 40. Bij spoed kunt u altijd bellen naar het Vrouw Kind Centrum: (0182) 50 54 00.

Colofon

uitgave: Groene Hart Ziekenhuis
productie: Marketing & Communicatie
Bron: NVOG
oktober 2022
04.06.093