

Diverticulose - diverticulitis

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara

Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont

Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN

Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

ZOL GENK
tel. +32(0)89 32 50 50
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel. +32(0)89 50 50 50
info@zol.be

Beste patiënt,

Deze brochure geeft u meer informatie over diverticulose en diverticulitis en tracht op een aantal veel gestelde vragen antwoord te geven.

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ze te stellen. Uw behandelende geneesheer en de verpleegkundigen zijn steeds bereid om op al uw vragen te antwoorden.

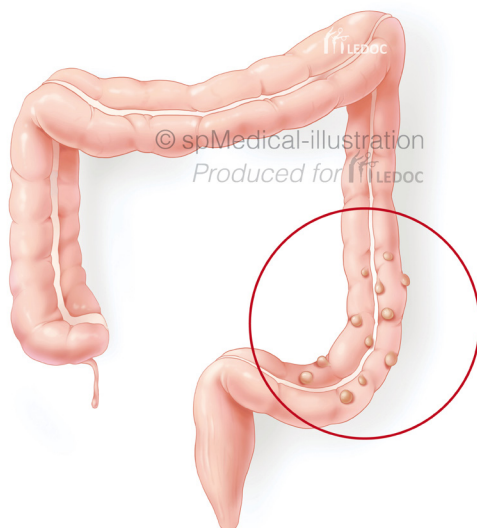
INHOUDSTAFEL

1. Wat is diverticulose?	3
2. Wat veroorzaakt diverticulose?	5
3. Hoe wordt Diverticulitis vastgesteld?	6
4. Hoe wordt Diverticulose en Diverticulitis best behandeld?	7
5. Hoe verloopt de opname?	10
6. Wat gebeurt er na de operatie?	11
7. Weetjes..	12
8. Contact	13

01 WAT IS DIVERTICULOSE?

Diverticulose is een aandoening, waarbij er kleine uitstulpingen of zakjes (divertikels) gevormd worden in de wand van de dikke darm (het colon); op deze plaatsen is de wand dunner en kwetsbaarder.

Deze uitstulpingen kunnen leiden tot complicaties, zoals ontsteking (diverticulitis), perforatie, vernauwing, fistels en bloeding.

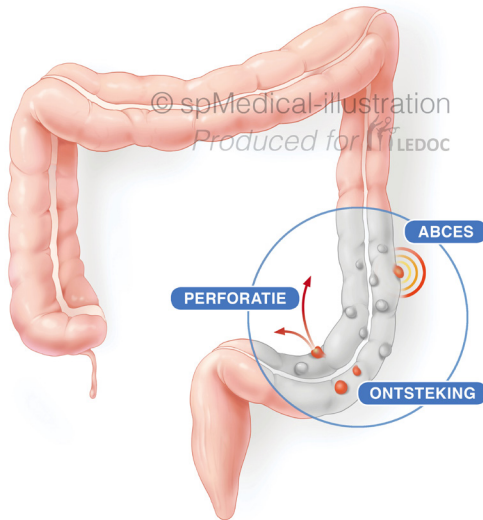


Diverticulitis is een ontsteking van de divertikels zelf en daarmee de wand van de dikke darm op die plaats; soms heeft dit een perforatie tot gevolg. De meest voorkomende symptomen van diverticulitis zijn buikpijn en koorts.

Als het daarbij blijft, noemen we het ongecompliceerde diverticulitis.

Als er bij een aanval van diverticulitis bijkomende complicaties zijn, spreken we van gecompliceerde diverticulitis. In dat geval wordt er een abces gevormd of treedt een buikvliesontsteking op. Een abces is een afgekapselde etter-collectie, terwijl een buikvliesontsteking een infectie is die zich over (een deel van) de buikholte verspreidt.

Door een buikvliesontsteking kan de patiënt zich heel ziek voelen. De ontsteking is potentieel levensbedreigend.



Andere complicaties van diverticulose zijn bloeding, vernauwing van het colon, of het ontstaan van een verbinding tussen het colon en een ander orgaan of de huid (een fistel).

De meest voorkomende fistel is tussen het colon en de blaas, maar het kan ook eindigen ter hoogte van de huid, baarmoeder, vagina of dunne-darm.

02 WAT VEROORZAAKT DIVERTICULOSE?

We nemen aan dat diverticulose ontstaat door een hoge druk in het colon, waarschijnlijk als gevolg van inname van weinig vezels en veel rood vlees. Door vervolgens hard op de stoelgang te moeten duwen, ontstaan er zwakke plekken in het colon en kunnen er zich uitstulpingen vormen. Hoe deze divertikels vervolgens ontstoken raken, is niet helemaal duidelijk tenzij ze natuurlijk open springen.

03 HOE WORDT DIVERTICULITIS VASTGESTELD?

Veel mensen hebben diverticulose zonder dat ze het weten en meestal wordt het maar vastgesteld bij een onderzoek, zoals een coloscopie. Boven de 60 jaar heeft bijna de helft van de mensen wel divertikels zonder daar ooit last van te krijgen.

Diverticulitis wordt vooral gekenmerkt door koorts en buikpijn, meestal in het midden of links onder in de buik. Het lijkt dus op het beeld van een appendicitis, maar nu dus aan de linker kant en vaak bij mensen van een iets oudere leeftijdscategorie. Appendicitis zien we meestal juist voor of rond de puberteit, terwijl diverticulitis eerder tussen 30 en 65 jaar.

Meestal wordt een echografie of CT-scan van de buik verricht om de diagnose te bevestigen.

04 HOE WORDT DIVERTICULOSE EN DIVERTICULITIS BEST BEHANDELD?

De meeste patiënten met diverticulose hebben geen klachten. Aan hen wordt het advies gegeven om vezelrijke voeding met fruit en groenten in te nemen en rood vlees eerder te mijden.

In geval van diverticulitis kan een behandeling met antibiotica, in pillen of via een infuus, meestal volstaan. Diverticulitis met ook een aanwezig abces kan meestal worden behandeld met antibiotica en een drain die geplaatst wordt op de dienst Medische Beeldvorming.

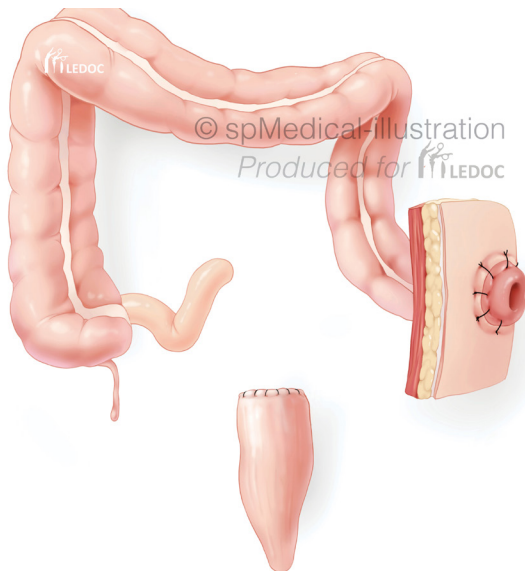
Een operatie voor diverticulitis is geïndiceerd in geval van:

1. Diverticulitis met een opening in het colon, waardoor er pus of stoelgang kan lekken naar de buikholte, met een buikvliesontsteking als resultaat. De patiënten zijn meestal behoorlijk ziek en vaak is een urgente operatie noodzakelijk.
2. Aanwezigheid van een abces dat onvoldoende gedraineerd kan worden.
3. Ernstige diverticulitis die met maximale medische behandeling, oa. antibiotica via een infuus, niet onder controle komt.
4. Noodzaak tot agressieve behandeling bij patiënten die immuun gecompromiteerd zijn, zoals na een donortransplantatie, na chemotherapie of in geval van immuunziekten, oa. HIV
5. Diverticulitis die geleid heeft tot een vernauwing of een fistel.
6. Patiënten die meerdere aanvallen hebben gehad, waarbij chirurgie verdere aanvallen en het risico op een perforatie kan voorkomen.

Chirurgie voor diverticulitis houdt meestal in dat het zieke darmgedeelte wordt verwijderd.

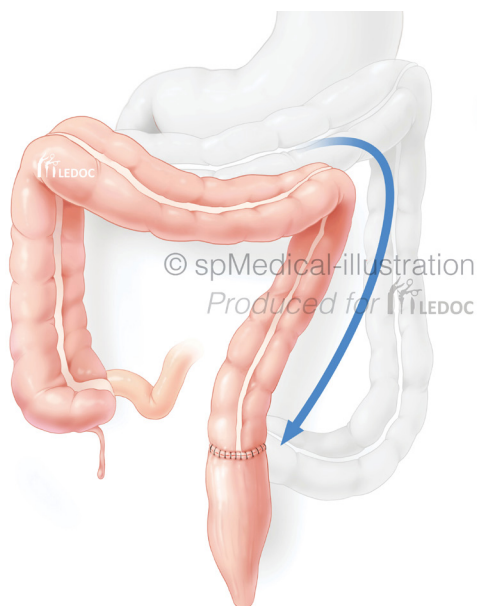
Vervolgens kan worden gekozen om ofwel de twee overgebleven darmuiteinden opnieuw aan elkaar te zetten (anastomose), ofwel een stoma aan te leggen.

In urgente omstandigheden en zeker in geval van een ernstig zieke patiënt, een slechte kwaliteit van de darm en/of een bevulde buikholte, wordt eerder voor aanleg van een stoma gekozen. Dit om de gevaarlijkste periode met zo weinig mogelijk bijkomende problemen door te komen.



SIGMOIDRESECTIE ZONDER ANASTOMOSE
(MEESTAL BIJ URGENTE INGREEP)

Als de chirurgie gepland kan verlopen, kunnen de darmuiteinden meestal onmiddellijk aan elkaar worden gezet. In geval van een zeer fragiele darmwand wordt soms wel een anastomose uitgevoerd, maar met de extra bescherming van een tijdelijk stoma op de dunne darm. Zo kan de wat meer kwetsbare anastomose veiliger genezen.



SIGMOIDRESECTIE MET ANASTOMOSE
(MEESTAL BIJ GEPLANDE INGREEP)

Het type ingreep en de timing ervan wordt dus grotendeels bepaald door de exacte omstandigheden en de algemene toestand van de patiënt.

05 HOE VERLOOPT DE OPNAME?

Bij voorkeur gebeurt de ingreep gepland. Meestal kan de patiënt de dag van de ingreep binnenkomen. Een volledige darmvoorbereiding is niet nodig, wel een lavement.

De chirurg zal u van tevoren uitleggen of de ingreep met kleine insnedes (kijkoperatie of robot-chirurgie) of met een grotere incisie zal gebeuren. De gemiddelde opnameduur is 3 dagen. Het richtuur voor ontslag is 11 uur.

Bij opname in acute omstandigheden kan het verblijf veel langer duren, afhankelijk van de algemene weerslag bij opname, het type chirurgie dat noodzakelijk is en de grotere kans op complicaties en de behandeling ervan.

Voorschriften voor thuiszorg en pijnstilling worden u bij ontslag meegegeven, alsook een afspraak bij de specialist. In geval van een stoma krijgt u ook een afspraak bij een stoma-verpleegkundige. Hoewel de specialist dit met u zal overlopen, meldt u best allergiën en/of de inname van bloedverdunners nog eens extra aan de chirurg en de anesthesist.

06 WAT GEBEURT ER NA DE OPERATIE?

Waar er vroeger na een darmoperatie werd geadviseerd om veel rust te houden en weinig te eten, is uit allerlei studies gebleken dat juist beweging en het vrij snel hernemen van een normaal voedingspatroon stimulerend werken. Op die manier komt de darm beter op gang en zijn risico's op longontsteking en thrombose (klonter in een bloedvat van het been) veel kleiner. Er worden ook voor thuis spuitjes tegen thrombose voorzien.

De operatiewond(j)es worden meestal dichtgelijmd; een douche nemen is mogelijk, een bad wordt best vermeden totdat u terugkomt bij de specialist. Op de plaats van de grootste snede, is de kans op een wondinfectie iets groter; daarom ziet de huisarts de patiënt best terug voor opvolging.

Een drietal weken na de ingreep komt u terug bij de specialist.

07 WEETJES..

- Het belangrijkste risico na een darmoperatie is een naadlekkage; dit is een defect op de plaats waar de twee darmuiteinden weer aan elkaar zijn gezet. Hoewel dit een complicatie is die niet vaak optreedt, kan het een flinke stap achteruit betekenen met soms zelfs de noodzaak voor een bijkomende ingreep.
- Beperkt anaal bloedverlies komt regelmatig voor en is geen reden om ongerust te zijn als u zich verder goed voelt. Toenemende buikpijn, soms in combinatie met anaal bloedverlies, is soms een eerste teken van een naadlekkage. Best contacteert u dan de specialist.
- Beweging is goed! Wandelen mag zeker. Met fietsen en heffen wordt best 4 weken gewacht

08 CONTACT

Verpleegafdeling A3.00: 089 32 67 41

Verpleegafdeling A3.50: 089 32 67 22

Wondzorg: 089 32 50 33

Stomaverpleging: 089 32 15 33

Secretariaat Abdominale Chirurgie: 089 32 60 20

Onze Verpleegkundig specialist van het Colorectaal Zorgpad, Mevr. Marga Bogaert, is steeds bereikbaar via het Secretariaat: 089 32 60 20.



Alle rechten zijn voorbehouden aan @spMedical-Illustration. De tekeningen zijn exclusief gemaakt voor het Limburgs Expertisecentrum voor Digestieve en Oncologische Chirurgie (LEDOC). De tekeningen mogen niet gekopieerd of op enige manier (electronisch, mechanisch, fotografisch) gebruikt worden zonder toestemming van de rechthebbende



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be