



Diagnostische laparoscopie: kijken in de buik

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 veel voorkomende 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 brochure 'De 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

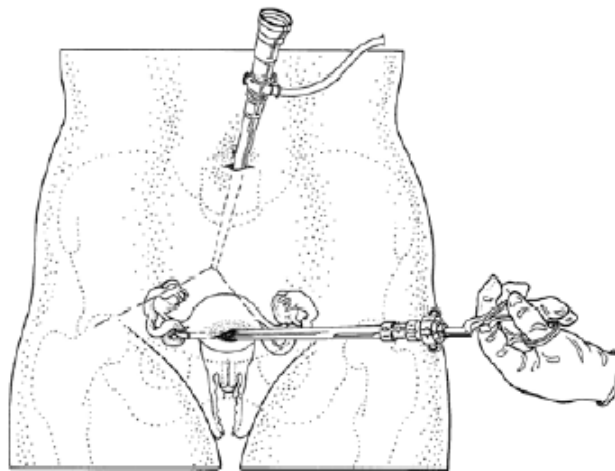
Een normale baarmoeder heeft de vorm en grootte van een peer. Aan de brede bovenkant monden twee eileiders in de baarmoeder uit. Deze dunne, soepele buisjes, die zo'n 8-10 cm lang zijn, beginnen bij de baarmoeder en eindigen bij de eierstokken. Normale eierstokken zijn ongeveer 3 cm groot. Bij een laparoscopie 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 eicel 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 eicel bevruchten. De bevruchte eicel wordt door de eileider naar de baarmoeder vervoerd. Een niet-bevruchte eicel lost vanzelf op.

Wat is 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.



Figuur 1. diagnostische laparoscopie

De operatie gebeurt altijd onder narcose (algehele verdoving). De gynaecoloog maakt meestal een sneetje van ongeveer 1 cm 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 laparoscopie (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 (zie figuur 1.).

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 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.

De belangrijkste redenen voor een diagnostische laparoscopie

De drie belangrijkste redenen voor deze ingreep zijn kinderwens, plotselinge pijn in de onderbuik en langdurig bestaande onderbuikpijn.

Kinderwens

Bij het uitblijven van een gewenste zwangerschap kan een diagnostische laparoscopie aangeven of hiervoor een verklaring bestaat. De gynaecoloog beoordeelt dan hoe de eileiders eruit zien 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. 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.



Welke afwijkingen kunnen gezien worden?

Afgesloten eileiders

Eileiders kunnen afgesloten zijn als gevolg van een ontsteking in het verleden, 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 vaak verminderd maar zeker niet uitgesloten. Als één 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 kinderverwens beoordeelt de gynaecoloog hoe de andere eileider er uitziet, 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 eierstokken. De menstruaties zijn dan vaak pijnlijk omdat ook deze plekjes in de buik bloeden. In de eierstok kan zich bloed ophopen. Omdat dit op chocolade lijkt spreekt men van chocoladecysten. 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. Ook kunt u vragen naar de brochure 'Endometriose'.

Verklevingen

Verklevingen (adhesies) kunnen het gevolg zijn van ontstekingen, vroegere operaties of endometriose. Meestal geven ze 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 (vlesbomen) 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 van mening is dat een myoom bijdraagt aan verminderde vruchtbaarheid. Meer informatie vindt u in de brochure 'Myomen'.



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 5-8 cm 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 buikholtte. 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.

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.

Een gesteeldraaide hydrosalpinx

Een afgesloten eileider gevuld met vocht kan in zeldzame gevallen ook ronddraaien en net als een gedraaide eierstok of myoom vrij plotseling pijnklachten veroorzaken.

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 blijft doorbloeden. Het bloed prikkelt dan het buikvlies in de buikholtte en veroorzaakt de plotselinge buikpijn.

Eileiderontsteking

Klachten van onderbuikpijn, 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 buikholtte. Meer informatie vindt u in de brochure 'Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en eileiderontsteking'.



Buitenbaarmoederlijke zwangerschap

De medische term voor een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is een extrauteriene graviditeit (extra = buiten, uterus = baarmoeder, graviditeit = zwangerschap). Vaak wordt dit afgekort als EUG. De zwangerschap bevindt zich buiten de baarmoeder, meestal in de eileider. 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 een EUG laparoscopisch verwijderd. Meer informatie vindt u in de brochures 'De laparoscopische operatie' en 'Buitenbaarmoederlijke zwangerschap'.

Langdurige buikpijn

Langdurige (chronische) buikpijn kan een reden zijn voor een diagnostische laparoscopie. Soms ziet de gynaecoloog dan tijdens de operatie een afwijkende bevinding, 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 onderbuikpijn 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 elke vrouw die langdurig buikpijn heeft een diagnostische laparoscopie. De kans dat er afwijkingen gevonden worden die de pijn kunnen verklaren is immers klein. Toch is voor sommige vrouwen de geruststelling dat er niets ernstigs aan de hand is, een reden om een diagnostische laparoscopie te overwegen. Meer informatie vindt u in de brochure 'Chronische (langdurige) buikpijn bij vrouwen'.

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 een behandeling of ingreep via de laparoscopus en 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 dienstdoende gynaecoloog contact op te nemen.

Soms kan tijdens de operatie worden besloten om een snede in de buik te maken als verder opereren door een kijkoperatie niet mogelijk is.

Vorbereiding op de laparoscopie

Hieronder wordt beschreven wat u over het algemeen in Gelre ziekenhuizen kunt verwachten.



Op de polikliniek

De gynaecoloog bespreekt met u de opname. Een diagnostische laparoscopie gebeurt meestal in een dagopname. De anesthesist bespreekt van tevoren met u welke verdoving u tijdens de operatie krijgt.

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 zelf

Voor de operatie

Op de dag van de ingreep moet u nuchter zijn. Volg daarvoor de voorbereiding die beschreven staat in de brochure 'Pre-operatieve screening en Anesthesie'. Scheren van de schaamharen is niet meer nodig. Alleen als het operatietechnisch noodzakelijk is wordt het nog gedaan, en wel op de OK zelf met een tondeuse.

Een verpleegkundige ontvangt u op de afdeling. U krijgt operatiekleding aan. Vlak voor de operatie krijgt u soms een medicijn waar u slaperig van wordt. Een bijwerking hiervan is een droge mond. U wordt in bed naar de operatieafdeling gebracht. Via een infuus 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 hebt u keelpijn als gevolg van een buisje dat onder narcose in de luchtpijp is ingebracht om u te beadememen. Vaak geeft men via een bloedvat van uw hand of arm vocht vanuit een infuus. Misselijkheid en zelfs overgeven na afloop zijn niet ongebruikelijk. Soms is tijdens de operatie een blaaskatheter ingebracht om de urine af te voeren. Meestal wordt het infuus enkele uren na de operatie verwijderd als de misselijkheid over is.

Pijn

Direct na de ingreep hebt u vaak vrij hevige 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 wondjes in uw buik zijn meestal gehecht. Voor ontslag uit het ziekenhuis hoort u of hechtingen verwijderd moeten worden of dat zelfoplossende hechtingen zijn gebruikt. In dat laatste geval duurt het soms ruim zes weken voordat eventuele uiteinden van draadjes die u nog ziet, verdwenen zijn. U kunt gerust douchen of een bad nemen terwijl de hechtingen nog aanwezig zijn. Gebruik een pleister zolang er nog wondvocht uit de wondjes komt om uw kleding te beschermen.

Douchen en baden

U mag gerust douchen. Bespreek met uw gynaecoloog of het nemen van een bad toegestaan is. Bij een litteken in de schede zijn de meningen hierover verdeeld. Als u alleen buiklittekentjes hebt, is er geen bezwaar tegen baden of zwemmen.

Naar huis

Op de dag van de ingreep bent u door de operatie en de narcose vaak nog behoorlijk slap. Het is daarom verstandig dat u uit het ziekenhuis wordt opgehaald. Zelf autorijden of met het openbaar vervoer naar huis gaan wordt afgeraden.

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

Na de operatie krijgt u meestal een afspraak voor nacontrole op de polikliniek. Indien er weefsel is verwijderd tijdens de ingreep, krijgt u dan 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 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 de gynaecoloog.



Om verder te lezen

De volgende brochures zijn te verkrijgen bij uw gynaecoloog en op de website www.nvog.nl:

- De laparoscopische operatie
- Endometriose
- Myomen
- Buitenbaarmoederlijke zwangerschap (2001)
- Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en eileiderontsteking
- Chronische (langdurige) buikpijn bij vrouwen

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, de beroepsvereniging van uw gynaecoloog, vindt het belangrijk dat patiënten goede voorlichting krijgen. De belangrijkste voorlichting vindt plaats in de spreekkamer, tijdens uw gesprek met de gynaecoloog. Daarnaast is het plezierig als u thuis een en ander nog eens kunt nalezen. Deze brochure is bedoeld als aanvulling op het gesprek met de gynaecoloog. Bedenk bij het lezen dat uw gezondheidssituatie anders kan zijn dan in deze brochure is beschreven of dat niet alle beschreven onderdelen op u van toepassing hoeven te zijn. Deze tekst kunt u ook vinden op www.nvog.nl (klik voorlichting).

© 2000 en 2011 NVOG Copyright en verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Auteur: Ph. Th. M. Weyenburg Redacteur: dr. G. Kleiverda
Bureauredacteur: Jet Quadekker Illustraties: Inge van Noortwijk