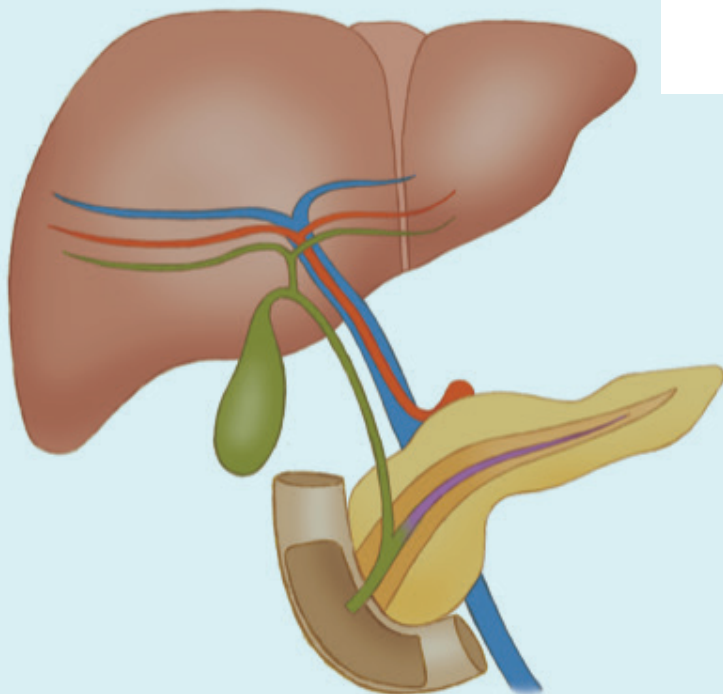




HEELKUNDE



# LEVERCHIRURGIE: patiënteninformatie

**Dr Bomans  
Dr Van Belle  
Dr Messaoudi  
Prof Dapri**

CLINIQUES  
DE L'EUROPE

EUROPA  
ZIEKENHUIZEN

advanced care - personal touch

## Heelkunde Site St-Elisabeth

 02 614 27 20

## Spoedgevallen 24 u/24

 02 614 29 00

Het chirurgisch team bestaat uit drie specialisten in de digestieve heelkunde. Tijdens uw ziekenhuisverblijf komt u dus met uw chirurg alsook met zijn collega's in contact:

**Dr Bomans** → 0472 33 72 53  
**Dr Van Belle**  
**Dr Messaoudi**  
**Prof Dapri**

**Gelieve volgende documenten zo snel mogelijk aan te vragen of te laten invullen tijdens uw ziekenhuisverblijf:** → [Verzekeringsformulier](#)  
→ [Arbeidsongeschiktheidsverklaring](#)

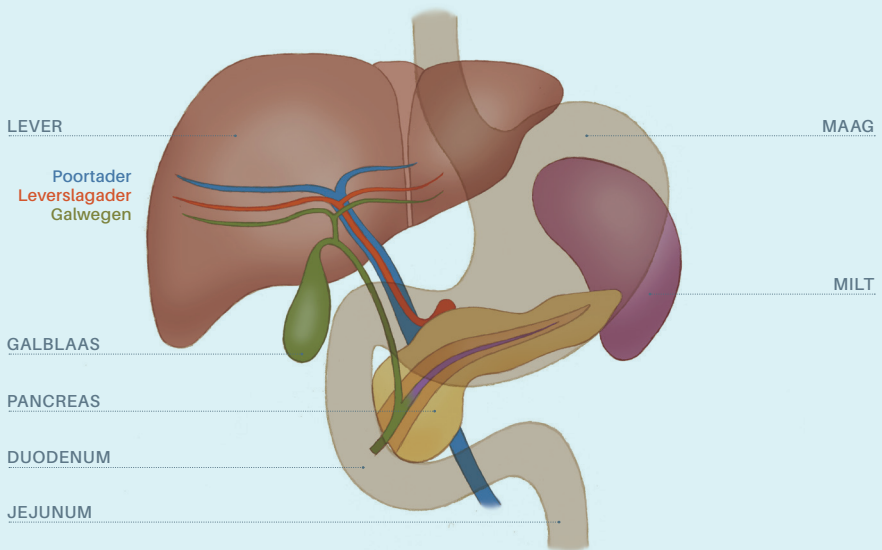
## INHOUD

WAT IS DE LEVER?	3
WAT DOET DE LEVER?	4
WAT IS LEVERKANKER?	4
HOE WORDT LEVERKANKER BEHANDELD?	5
WAARUIT BESTAAT LEVERCHIRURGIE?	6
CHIRURGISCHE TECHNIEKEN	7
WAT GEBEURT ER NA DE OPERATIE?	8
WAT ZIJN DE MOGELIJKE RISICO'S?	9
TERUG NAAR HUIS	10

# WAT IS DE LEVER?

De lever zit rechtsboven in de buikholte en weegt ongeveer 1,5 kg. De lever bestaat uit twee hoofdkwabben (rechts en links), die zelf in acht segmenten zijn verdeeld. Om te kunnen functioneren, voorzien twee bloedvaten de lever van bloed:

- de leverslagader voert zuurstofrijk bloed aan waardoor de lever correct kan functioneren;
- de poortader vervoert bloed vanuit het spijsverteringsstelsel en brengt voedingsstoffen aan die de lever omzet (metaboliseert) en opslaat.



## WAT DOET DE LEVER?

De lever staat in voor drie essentiële functies:

- zuivering van giftige stoffen en afvalstoffen in het bloed;
- opname en opslag van voedingsstoffen (vetstoffen, koolhydraten, vitaminen en ijzer);
- synthese van de eiwitten in het bloed (albumine, ferritine...), onder meer de eiwitten die betrokken zijn bij de bloedstolling (fibrinogeen, protrombine...).

De lever scheidt ook gal af, die bijdraagt tot de spijsvertering. Om zijn rol te kunnen vervullen, wordt de gal door kanalen verzameld (galwegen) en vervolgens in de darm geloosd.

De galblaas wordt eveneens door deze kanalen bevoorrad en slaat de gal op tussen de maaltijden.

Een kwart van het levervolume volstaat om deze functie te vervullen. De voornaamste cellen van de lever (levercellen of hepatocyten) kunnen zich snel en massaal spontaan vermenigvuldigen, indien bijvoorbeeld een gedeelte van de lever weggenomen of aangetast is. Wanneer het orgaan echter aangetast is door cirrose, is dit regeneratievermogen om weer aan te groeien sterk beperkt.

## WAT IS LEVERKANKER?

Sommige kankers ontwikkelen zich meteen in de lever: we spreken dan van primaire kankers.

Bij de primaire kankers onderscheiden we:

- levercelkanker (of hepatocellulair carcinoom, hepatocarcinoom), die ongeveer 85% van de gevallen vertegenwoordigt. Deze kanker ontwikkelt zich vanuit de levercellen, de meest voorkomende cellen in de lever;
- minder frequent kunnen andere tumoren zich ontwikkelen, zoals het cholangiocarcinoom (dat ontstaat vanuit de cellen van de galwegen), het angiosarcoom (vanuit de cellen van de leverbloedvaten, onder meer na herhaalde blootstelling aan toxische producten) of het hepatoblastoom bij het kind (vanuit de embryonale levercellen).

In andere gevallen kan een levertumor een secundair letsel zijn van een kanker in een ander orgaan, die niet vroegtijdig werd vastgesteld en behandeld. Sommige kankercellen hebben zich dan via het bloed tot in de lever verplaatst. We spreken dan van leveruitzaaiingen of metastasen. Leveruitzaaiingen zijn de meest frequente indicatie voor een heelkundige ingreep. Colorectale kanker (kanker van de dikke darm en de endeldarm) is de belangrijkste primaire tumor die verantwoordelijk is voor de meest frequent geopereerde metastasen. De andere primaire tumoren verantwoordelijk voor levermetastasen die met goed resultaat geopereerd kunnen worden zijn:

→ **borsttumoren;**

→ **niertumoren;**

→ **neuro-endocriene tumoren van het spijsverteringskanaal en de pancreas.**

## HOE WORDT LEVERKANKER BEHANDELD?

Wanneer de diagnose in een vroeg stadium wordt gesteld, kan leverkanker (primair of een uitzaaiing van een andere kanker) via een chirurgische ingreep worden behandeld of in situ vernietigd (met radiofrequentie).

Een meer gevorderde kanker wordt behandeld door middel van chemotherapie of doelgerichte behandelingen via de leverslagader of poortader. De behandelingskeuze gebeurt op geleide van de ingezamelde gegevens tijdens de diagnostische onderzoeken. Hierbij wordt rekening gehouden met de kenmerken en de lokalisaties van het kankergezwel (of gezwellen), de toestand van de rest van de lever (cirrose, portale hypertensie) en ten slotte de algemene toestand van de patiënt, zijn leeftijd en voorgaande medische en chirurgische voorgeschiedenis.

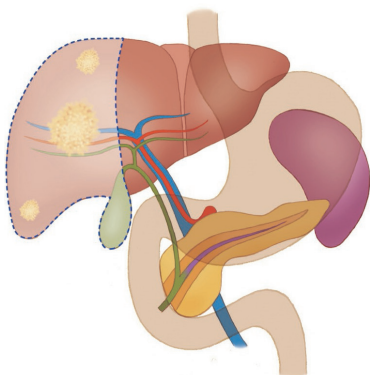
Om de patiënt de juiste behandeling te kunnen voorstellen, wordt een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) georganiseerd, waar artsen van verschillende disciplines bijeenkomen: chirurg, medisch oncoloog, gastro-enteroloog, radioloog...

Zij overleggen samen over de verschillende mogelijkheden en stellen een behandelplan op. Dit behandelplan wordt vervolgens op de raadpleging door de arts verantwoordelijk voor de behandeling aan de patiënt uitgelegd en met hem of haar besproken. De patiënt krijgt op die manier een persoonlijk zorgprogramma aangepast aan zijn of haar oncologische situatie.

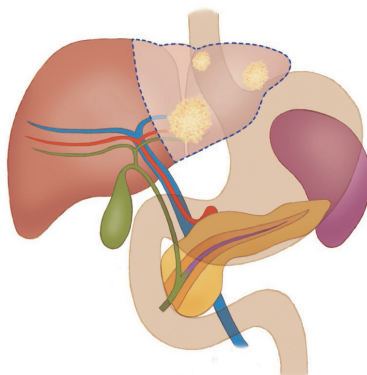
# WAARUIT BESTAAT LEVERCHIRURGIE?

Wanneer de tumor in een vroeg stadium wordt ontdekt en de lokalisatie het mogelijk maakt, kan leverchirurgie (of een hepatectomie) worden voorgesteld. De chirurgische ingreep bestaat uit de verwijdering van het levergedeelte waarin de tumor zich bevindt. De chirurg spoort nauwgezet de lokalisatie van de tumor(en) in de lever op met behulp van een echografiesonde. Naargelang van zijn/hun positie en die van de omliggende bloedvaten, bepaalt de chirurg of hij enkel de gezwellen kan verwijderen of de wegneming moet uitbreiden tot een groter segment, of zelfs tot een leverkwab. In elk geval worden de tumoren en een gezonde weefselmarge verwijderd om er zeker van te zijn dat er geen kankercellen ter plaatse blijven.

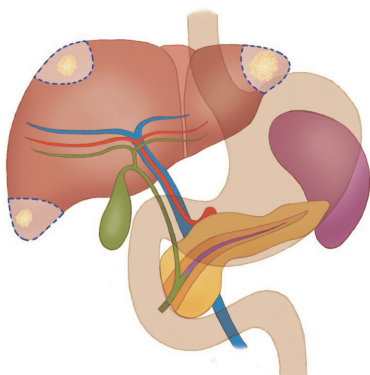
## → Rechter hepatectomie:



## → Linker hepatectomie:



## → Partiële hepatectomie:



Een hepatectomie wordt uitsluitend voorgesteld aan patiënten met een normale of lichtjes verminderde leverfunctie. Het wordt niet overwogen in geval van gevorderde cirrose want om te slagen, moet het overblijvende levergedeelte de gebruikelijke functies kunnen uitoefenen en weer kunnen aangroeien om het tijdens de ingreep verwijderde gedeelte te vervangen.

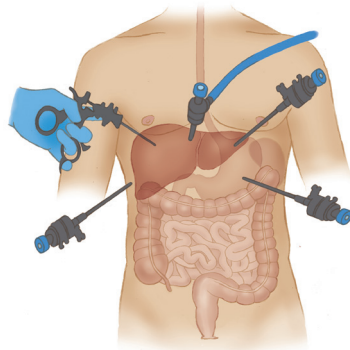
Een hepatectomie wordt onder algemene narcose uitgevoerd. De chirurg maakt een klassieke buikincisie (laparotomie) die onder de ribben rechts verlengd wordt om de lever te bereiken. Indien mogelijk gaat de voorkeur naar een kijkoperatie of laparoscopie. Bij deze weinig invasieve techniek worden incisies van slechts enkele millimeters in de buikholte gemaakt om een camera en chirurgische instrumenten in te voeren.

## CHIRURGISCHE TECHNIEKEN

### LAPAROSCOPIE

Voordelen:

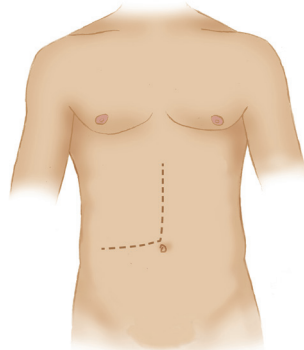
- minder pijn;
- snellere revalidatie;
- beter esthetisch resultaat;
- minder wondinfecties;
- minder eventratie (littekenbreuk).



### HUIDINCISIE

Laparoscopie is niet mogelijk in geval van:

- belangrijke verklevingen door vroegere buikoperaties;
- laparoscopisch moeilijk controleerbare bloeding.



## VÓÓR DE ZIEKENHUISOPNAME

- De duur van de hospitalisatie wordt met de chirurg besproken. Doorgaans bedraagt de verblijfsduur een week. Het aantal dagen is flexibel en hangt af van het verloop van uw herstel na de chirurgische ingreep.
- Op de geplande dag van de ziekenhuisopname meldt u zich aan de balie van de opnamedienst aan, aldaar zal u de weg worden uitgelegd naar de verdieping waar u wordt opgenomen.
- De patiënten worden over het algemeen in de eenheden 60 of 65 opgenomen.

## WAT MOET IK DOEN VÓÓR DE OPERATIE?

- Als u **de dag vóór de ingreep in het ziekenhuis** wordt opgenomen, moet u zich rond 15 uur aan de balie van de opnamedienst aanmelden. **U hoeft niet nuchter te zijn.**
- Als u **de dag zelf van de ingreep in het ziekenhuis** wordt opgenomen, moet u zich op het uur aanmelden dat u met uw chirurg heeft afgesproken. Meld u bij twijfel om 8 uur aan. **U moet nuchter blijven vanaf middernacht.**
- **Als de voorafgaande preoperatieve onderzoeken niet in het ziekenhuis werden uitgevoerd, vergeet dan niet de resultaten mee te brengen!**

## OPGELET GENEESMIDDELEN!!!!

### Diabetes:

- Stop met Glucophage® 24 uur vóór de operatie.
- Op advies van de endocrinoloog kunnen vervangingsgeneesmiddelen worden gegeven.

### Bloedverduiners:

- Meld de inname van Sintrom®, Marcoumar®, Plavix® (clopidogrel)...
- Stop Sintrom® 10 dagen vóór de operatie, te vervangen door onderhuidse inspuitingen van Clexane® of Fraxiparine®.

## WAT GEBEURT ER NA DE OPERATIE?

Na de operatie blijft de patiënt enkele dagen op intensieve zorgen om dan terug te keren naar de afdeling heelkunde waar hij werd opgenomen. Het ziekenhuisverblijf duurt dikwijls een week.

Na de operatie wordt een blaassonde geplaatst om de urine af te voeren. Daarnaast is het



ook mogelijk dat er tijdelijk een maagsonde wordt geplaatst via de neus om de maag op rust te stellen en misselijkheid te voorkomen.

Er wordt een infuus in een ader in de arm geplaatst voor de toediening van vocht aan de patiënt, in afwachting dat zijn spijsverteringsstelsel weer normaal werkt. Na enkele dagen hervat de transit (windjes) en kan de patiënt geleidelijk aan weer normaal eten.

De postoperatieve pijn wordt behandeld met pijnstillende medicatie.

Door de pijn onder controle te houden kan de patiënt dieper ademen, gemakkelijker bewegen, beter eten en slapen, en sneller herstellen. Daarom bevestigt de anesthesist een pijnpomp aan het intraveneus infuus. Met een druk op een knop (die de patiënt in de hand houdt) wordt een veilige dosis van pijnstilling toegediend.

Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt in zijn bed beweegt om het risico op longontsteking, bloedklonter en spierzwakte te beperken. De door de kinesitherapeut aanbevolen oefeningen moeten vanaf het ontwaken en gedurende de volledige verblijfsduur worden uitgevoerd. Ademhalingsoefeningen (mbv Triflo) helpen complicaties zoals longontsteking voorkomen.

## WAT ZIJN DE MOGELIJKE RISICO'S?

Na de operatie hebben de artsen aandacht voor:

- **bloeding** (< 5%) die, indien belangrijk, een bloedtransfusie en/of heringreep vereist;
- **leverfalen** (< 2%) ten gevolge van een te klein restvolume van de lever. In dat geval kan de patiënt binnen de vijf tot zeven dagen na de operatie symptomen zoals koorts, geelzucht, vermoeidheid... vertonen. Deze worden door het medisch team behandeld en verdwijnen gewoonlijk na enkele dagen;
- **gallek** (< 5%). Om dit te controleren, wordt op het einde van de operatie een drain in de buikholte geplaatst. Indien een gallek bevestigd wordt, blijft de drain gewoonlijk enkele dagen of zelfs weken ter plaatse, alvorens verwijderd te worden;
- **vochtcollectie aan het resectievlak van de lever**. De patiënt is koortsig en ondervindt soms hinder om te ademen. Het aantal witte bloedcellen in het bloed is dan verhoogd en de levertesten van de patiënt zijn verstoord. Een scan kan de diagnose bevestigen. De behandeling bestaat uit percutane drainage onder plaatselijke anesthesie.

# TERUG NAAR HUIS

## PIJN

U kunt gedurende enkele weken na de ingreep pijn ondervinden. Neem uw pijnstillers om de pijn te verlichten. Bij heel hevige pijn die niet vermindert met de voorgeschreven medicatie moet u uw arts bellen of naar de spoedgevallen gaan.

## INCISIES

Uw wonde(n) kan (of kunnen) gedurende 1 tot 2 weken na de ingreep lichtjes rood en gevoelig zijn. Neem contact op met uw chirurg indien ze warm, rood, hard worden of indien u etter of vocht ziet weglekken.

## VOEDING

U mag alles eten wat u wenst, behalve als de arts, de verpleegkundige of de diëtiste een ander advies heeft gegeven. Kies voedingsmiddelen die eiwitten bevatten om uw lichaam te helpen genezen. Vlees, vis, gevogelte en zuivelproducten zijn goede eiwitbronnen. Indien u het moeilijk vindt om voldoende calorieën op te nemen, probeer dan meer frequent kleinere hoeveelheden te eten. Kies voor voedzame tussendoortjes. Drink eiwit- en calorierijke dranken of neem voedingssupplementen.

## ACTIVITEITEN

Ga verschillende keren per dag wandelen. Verhoog geleidelijk de afstand tot u uw gebruikelijk activiteitsniveau bereikt. Til gedurende 4 tot 6 weken niet meer dan 5 kg op. Uw chirurg zal bepalen wanneer u weer mag werken. Dit hangt af van uw genezing en het soort werk dat u doet. Zodra u geen pijn meer hebt, mag u de meeste activiteiten hervatten, ook seksuele betrekkingen.

## POSTOPERATIEVE OPVOLGING

Controle na 2 weken bij de chirurg.



CLINQUES  
DE L'EUROPE

EUROPA  
ZIEKENHUIZEN

advanced care - personal touch

GEPERSONALISEERDE BENADERING  
RESPECT  
COMPETENT  
DOELTREFFEND  
GEAVANCEERD

De Europa Ziekenhuizen zijn een referentieziekenhuis voor Brussel en omgeving. Als meertalig algemeen ziekenhuis bieden wij een volledig zorgaanbod aan op onze vier sites, St-Elisabeth in Ukkel, St-Michiel in Etterbeek/Europese Wijk, het Bella Vita Medical Center in Waterloo en de Externe Raadpleging te Halle.

Met ruim 300 artsen-specialisten en 1.800 medewerkers zetten wij ons elke dag samen in om zo'n 2.500 patiënten een juiste diagnose, een gepaste behandeling en gepersonaliseerde zorg te bieden. Daarbij zetten wij de meest geavanceerde medische technologie in binnen een hedendaagse infrastructuur, om iedere patiënt hoog kwalitatieve en veilige zorg te bieden in het grootst mogelijke comfort.

[www.europaziekenhuizen.be](http://www.europaziekenhuizen.be)

#### Site St-Elisabeth

De Frélaan 206 - 1180 Brussel

 02 614 20 00

#### Site St-Michiel

Linhoutstraat 150 - 1040 Brussel

 02 614 30 00

#### Bella Vita Medical Center

Allée André Delvaux 16 - 1410 Waterloo

 02 614 42 00

#### Externe raadpleging te Halle

Bergensesteenweg 67 - 1500 Halle

 02 614 95 00