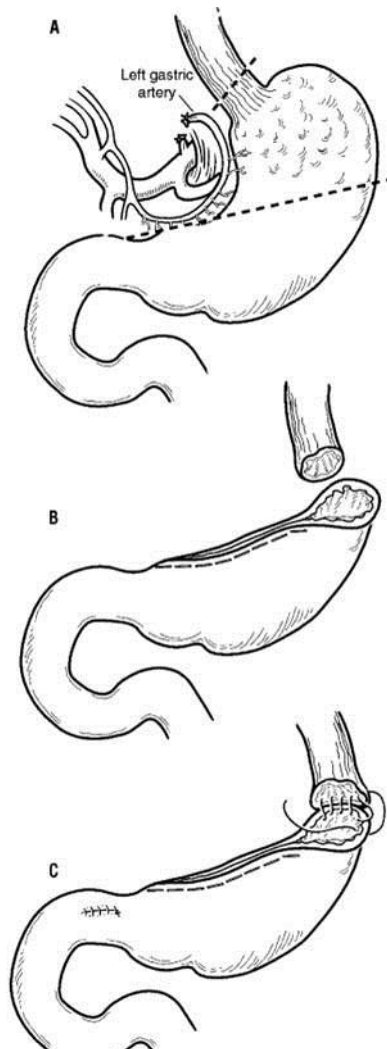
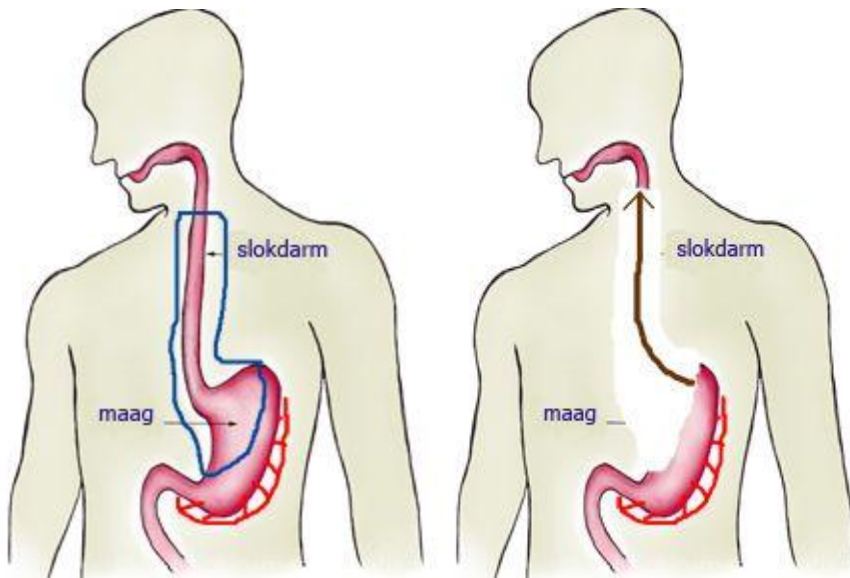


Leittekst

Oesophagus Cardia Resectie



- Hoe verloopt de operatie?
- Wat zijn de complicaties?
- Wat is het post operatief beleid op de IC



Het oesophagus carcinoom:

Incidentie.

In Nederland wordt per jaar bij meer dan 1500 mensen slokdarmkanker vast gesteld. Slokdarmkanker komt vaker voor bij mannen (10 per 100.000), dan bij vrouwen (3 per 100.000). In de laatste 20 jaar is de incidentie van het oesophagus carcinoom toegenomen. De stijging is voor het grootste deel toe te schrijven aan een toename van het *adenocarcinoom bij mannen.

Het merendeel van de patiënten met een oesophaguscarcinoom is bij diagnose ouder dan 60 jaar (65-70%). Slechts 4% van de nieuwe patiënten is jonger dan 45 jaar. De ziekte openbaart zich bij vrouwen over het algemeen op latere leeftijd dan bij mannen: van de mannelijke nieuwe patiënten is 19% ouder dan 75 jaar, vergeleken met 38% bij vrouwen. De vijfjaars relatieve overleving van patiënten met een oesophaguscarcinoom in Nederland nam toe van 8% in 1988-1992 tot 15% in 2003-2007. Wel is het oesophaguscarcinoom nog steeds een van de soorten kanker met de hoogste mortaliteit.

Risicofactoren:

- Roken en Alcohol:
- Door veel onderzoeken is vastgesteld dat alcohol en roken belangrijke risicofactoren zijn voor het ontstaan van een oesophaguscarcinoom. Alcoholgebruik is vooral gerelateerd aan het ontstaan van het plaveiselcelcarcinoom, terwijl roken een risicofactor is voor zowel het plaveiselcel- als het adenocarcinoom.
- Refluxklachten:
- Bij 6-14% van de patiënten met gastro-oesofageale reflux ontstaat een *Barrett-oesophagus. Bij een klein deel van deze patiënten ontwikkelt zich een adenocarcinoom van de oesophagus. Vaker voorkomende, ernstigere en langer aanhoudende klachten van reflux zijn eveneens geassocieerd met een hoger risico op het ontstaan van een oesophaguscarcinoom.
- Voedingspatroon:
- Verschillende onderzoeken geven aan dat een voedingspatroon met weinig fruit en groente geassocieerd wordt met het plaveiselcelcarcinoom (tweevoudig verhoogd risico). Bij gebruik van voeding rijk aan *nitrosamine (met name in gepekelde groente) wordt ook een verhoogd risico gevonden.
- Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat obesitas een risicofactor is voor het adenocarcinoom van de oesophagus. Met een toenemende 'body mass index' (BMI) neemt het risico van het krijgen van een adenocarcinoom van de oesophagus toe.

* adenocarcinoom: is een carcinoom dat ontstaat in klierweefsel. Om als adenocarcinoom gekenmerkt te worden hoeven de cellen niet strikt noodzakelijk deel uit te maken van een klier zolang de cellen maar een excretiefunctie hebben.

* Barret oesophagus: is een pre-maligne aandoening, die met name voorkomt rondom 50-jarige leeftijd. De binnenkant van de slokdarm is bedekt met een slijmvlieslaag. In een normale slokdarm is de wand bekleed met witachtig slijmvlies. Bij een Barrett-slokdarm is een deel van de wand bekleed met roze slijmvlies, dat lijkt op het slijmvlies van de maag en

dunne darm. Bij een Barrett-slokdarm is de wand van de slokdarm dus gedeeltelijk bekleed met een ander soort weefsel dan bij een gezonde slokdarm.

* nitrosamine: ontstaat in nitriet- en eiwitrijke producten zoals vlees, vis, kaas en spinazie door binding van nitriet aan aanwezige eiwitten, wanneer deze producten onder hoge temperaturen worden verwarmd, bv. bij het braden, bakken en roken.

Symptomen:

- Braken van bloed en/of meleana
- Maagklachten
- Aanhoudend braken
- Passagestoornissen
- Ongewild gewichtsverlies
- Anemie

Diagnostiek:

- Lichamelijk onderzoek. Naast het bevoelen van de buik, onderzoekt de arts ook de hals om vast te stellen of de lymfeklieren vergroot zijn.
- Gastroscopie. Hierbij worden vaak biopsies afgenomen.
- Endo-echografie. Hierbij wordt de uitgebreidheid van de tumor onderzocht. Tevens kunnen de omringende lymfeklieren worden bekeken. Ook hierbij kunnen biopsies worden afgenomen.
- Bronchoscopie. Bij hoger gelegen tumoren met verdenking op doorgroei naar de trachea kan met behulp van een bronchoscopie beeldvorming gedaan worden en kunnen er biopsies worden afgenomen.
- Echografie van het abdomen en de hals (eventueel punctie). Dit onderzoek wordt uitgevoerd om een indruk van de lever en eventuele metastasen te krijgen. Bij verdenking op metastasen wordt er een punctie verricht.
- Slikfoto. Een eventuele aanwezige tumor kan gezien worden door een afwijkende vorm van de wand van de oesophagus.
- CT-scan van thorax en abdomen. De voornaamste bijdrage van CT in de stadiëring van het oesophaguscarcinoom is opsporing van metastasen op afstand, vooral longen, lever en bijnieren

Behandeling:

De meest voorkomende behandelingen bij een oesophaguscarcinoom zijn:

- chemotherapie.
- radiotherapie.
- chirurgie.

Meestal krijgen de patiënten met een oesophaguscarcinoom een combinatie van bovengenoemde behandelmethoden. De keuze en de volgorde van de verschillende behandelingen is onder meer afhankelijk van de kenmerken van het carcinoom, het stadium van de ziekte en van de conditie en de leeftijd van de patiënt.

Chemotherapie en radiotherapie:

Voor of na een operatie kan een *adjuvante behandeling worden gegeven. Het gaat hier dan om een combinatie van chirurgie met radiotherapie, chemotherapie of beiden. Hierdoor wordt de kans op een recidief verminderd.

Bij sommige patiënten wordt voorafgaand aan de operatie (*neo-adjuvante) radiotherapie, chemotherapie of een combinatie gegeven. Het doel van een voorbehandeling is de tumor te verkleinen en om mogelijke metastasen in de buurt van de tumor te vernietigen. Hierdoor wordt de kans groter dat het carcinoom in zijn geheel kan worden verwijderd en de kans op terugkomst wordt verkleind.

In de literatuur zijn wisselende resultaten van deze behandeling beschreven.

Operatieprocedures:

Wanneer er geen verschijnselen van ingroei of metastasen naar andere organen zijn, is het mogelijk het carcinoom door een operatieve behandeling in zijn geheel te verwijderen. De opzet van een oesophagus cardia resectie is veelal curatief. Echter voor de operatie is niet altijd met zekerheid te zeggen of het carcinoom in zijn geheel kan worden verwijderd. Bij ongeveer 10% van de patiënten stelt de chirurg tijdens de operatie alsnog vast dat het carcinoom niet in zijn geheel kan worden verwijderd of dat er toch metastasen zijn die eerder niet zijn opgemerkt.

Een operatie bestaat gewoonlijk uit het verwijderen van het oesophaguscarcinoom samen met een groot deel van de oesophagus, de cardia en de omliggende lymfeklieren. Het resterende bovenste gedeelte van de oesophagus wordt verbonden met het resterende gedeelte van de maag, waarvan een buis is geconstrueerd (de buismaag).

De chirurgische behandeling van het oesophaguscarcinoom is ingrijpend en de resultaten op lange termijn zijn vaak teleurstellend. De operatie is moeilijk door de anatomische ligging van de oesophagus. De oesophagus ligt vlak bij de trachea en beide hoofdbronchi. Distaal ligt de oesophagus bij het pericard, de aorta en het diafragma.

Er zijn twee manieren om een oesophagus cardia resectie uit te voeren. Dat is een transthoracale oesophagus cardia resectie (TTE) of via een transhiatale oesophagus cardia resectie (THE).

Transhiatale oesophagus cardia resectie (THE):

Er wordt gekozen voor een transhiatale oesophagus cardia resectie indien de tumor zich bevindt in de distale oesophagus, dan wel cardia.

Bij de THE wordt via een laparotomie het diafragma gekliefd, door het mediastinum wordt de oesophagus met het carcinoom via de abdominale toegang verwijderd. Via een halsincisie wordt een anastomose aangelegd tussen de resterende slokdarm en de buismaag.

Door het vermijden van een thoracotomie zouden vooral de veelvoorkomende pulmonale complicaties kan worden verminderd. Dit kan leiden tot een sneller postoperatief herstel. Daarbij is de verwachting dat de genezingskans op lange termijn behouden blijft.

* Adjuvant: therapie of middel wat wordt toegevoegd ter ondersteuning van een behandeling.

* Neo-adjuvant: een chemotherapie of hormonale therapie om de tumor eerst kleiner te krijgen zodat een operatie mogelijk wordt.

Transthoracale oesophagus cardia resectie (TTE):

Een transthoracale oesophagus cardia resectie wordt uitgevoerd via een laterale thoracotomie (met collaps van de rechter long), een halsincisie en een abdominale incisie.

Een transthoracale oesophagus cardia resectie kan ook laparoscopisch worden uitgevoerd. Dit is een operatietechniek die pas recent wordt toegepast. Bij deze techniek heb je geen halsincisie en ook geen abdominale incisie. Hierbij alleen wat kleine sneetjes in de onderbuik. De TTE kan alleen laparoscopisch worden uitgevoerd wanneer de anastomose niet bovenin de thorax geplaatst hoeft te worden. Het risico op een naadlekkage wordt dan minder, wel zijn de complicaties bij een eventuele naadlekkage veel heviger, omdat lekkage in het mediastinum aanwezig is. Vaak mogen patiënt zeer snel na een laparoscopische TTE weer oraal belasten. Om deze reden wordt vaak geen jejunumfistel achter gelaten. Een ander voordeel van een laparoscopische TTE is dat patiënt post-operatief minder pijnklachten zal ervaren, omdat de thorax minder is beschadigd. Hierdoor worden pulmonale complicaties verminderd.

Post-operatieve complicaties:

- *Naadlekkage.*

De anastomose tussen de nieuwe en de oude oesophagus kan op twee niveaus worden aangelegd: hoog-thoracaal of cervicaal. Bij een hoog thoracale anastomose is de kans op een naadlekkage kleiner. De reden hiervan is dat de vaatvoorziening naar het gedeelte van de maag, waarvan de anastomose wordt gemaakt, minder beschadigd wordt. Hierdoor zal de anastomose beter doorbloed blijven en eerder genezen. Wanneer de intrathoracale naad niet volledig dicht is heeft dit vaak levensbedreigende gevolgen. Na een transhiatale resectie van de oesophagus ligt de anastomose altijd op cervicaal niveau. De frequentie van een naadlekkage in de hals is significant hoger dan in de thorax, maar leidt in de hals zelden tot levensbedreigende situaties. Een naadlekkage uit zich vaak door een plotselinge pulmonale verslechtering. Vaak worden door de patiënt benauwdheid en toenemende pijnklachten ervaren.

- *Mediastinitis*

Is een complicatie die kan voorkomen als de patient een naadlekkage heeft waardoor dus vocht in de thoraxholte bij de mediastinum komt en daardoor ontsteking veroorzaakt.

- *Pneumonie.*

Een veel voorkomende complicatie bij een patiënt die een oesophagus cardia resectie heeft ondergaan is een pneumonie. Patiënten kunnen vaak door pijnklachten niet effectief hoesten en doorademen. Adequate pijnstilling is erg belangrijk. Ook hebben deze patiënten vaak een verhoogde risico op een pneumonie, omdat zij na de operatie beademd worden op de Intensive Care.

- *Chyluslekkage (lymfefloeistof lekkage).*

Een letsel van de ductus thoracicus tijdens resectie van de oesophagus kan een levensbedreigende complicatie zijn, omdat chylusverlies kan lijden tot een tekort aan nutriënten. Deze hebben een immunologische functie. Een chylothorax na een oesophagus cardia resectie komt bij 1 tot 4% van de patiënten voor. Het stoppen van enteraal voeden en het starten van totale parenterale voedingen kan de chylusproductie terugbrengen. Wanneer de chylusproductie niet binnen enkele dagen is teruggebracht tot minder dan 1 liter per 24 uur, is een re-thoracotomie geïndiceerd.

- *Stenose van de anastomose.*

De kans op vorming van een stenose rond de anastomose is aanzienlijk hoger bij een cervicale anastomose. De kans hierop is 45%. De patiënt zal dan passage problemen opmerken. Deze stenose kan vrijwel altijd succesvol worden behandeld met meerdere endoscopische dilataties.

- *Fistelvorming*

In 30% van de patiënten die in de hals een golfdrain hebben gehad krijgen hier ook fistelvorming. Dit probleem herstelt zich uiteindelijk vanzelf.

- *Stembanduitval.*
Een nadeel van de cervicale anastomose is het vaak voorkomen van een stembandbeschadiging. Stemband beschadiging kan leiden tot slikproblemen of stemproblemen. Deze verdwijnen vaak vanzelf. Wel moet er rekening gehouden worden met het risico op aspireren.
- *Pijn.*
Pijn is een veel voorkomende complicatie bij een oesophagus cardia resectie. Een transthoracale oesophagus cardia resectie is vaak de meest pijnlijke operatietechniek. Goede pijnstilling is erg belangrijk. Hierdoor wordt het risico op andere complicaties verminderd, evenals de opnameduur.
- *Atriumfibrilleren.*
Atriumfibrilleren komt regelmatig voor bij patiënten die een oesophagus cardia resectie hebben ondergaan. Dit omdat het hart in het operatie gebied zit en dus extra prikkeling kan krijgen waardoor het hart in atriumfibrilleren schiet ook kan de oorzaak eventuele ondervulling zijn.
- *Standaard complicaties*
Zoals nabloeding, ontstekingsreacties, infecties, koorts, trombose.

Post operatief beloop:

Er is geen apart protocol van het post operatieve beleid op de Intensive Care, wel een ander protocol gevonden wat voor de chirurgen zelf is. Hierin staat een nabehandeling deze zal ik hier toevoegen.

Nabehandeling:

- Direct sondevoeding starten via voedingsjejunostomie, 500 cc op de dag van operatie daarna snel uitbreiden.
- Golfdrain hals bij weinig lekkage verwijderen op dag 3
- Maagzuigdrainage in principe 48 uur (deze ligt voor de buismaag) indien maagretentie < 100cc.
- Patiënt mag vanaf dag 1 postoperatief wel slokjes drinken.
- Na verwijderen maagsonde voeding snel uitbreiden (dietetische voegtijdig in consult)
- Indien sumpdrain (intra abdominaal) geplaatst is deze verwijderen als <200cc.
- Thoraxdrain verwijderen in opdracht arts volgens protocol thoraxdrain longchirurgie.
 - Er is geen lucht en of vochtlekkage in thoraxdrainpot.
 - Er is geen aantoonbare lucht en of vocht op de thoraxfoto te zien
 - Indien in een pleuraholte meerdere drains aanwezig zijn, worden deze nooit gelijktijdig verwijderd
- Slikfoto alleen op indicatie
- Stimuleren tot mobilisatie
- Bij oprispingen eventueel houdingsadviezen
- Voedingssonde wordt poliklinisch verwijderd
- Pantozol levenslang
- Breng nooit een nieuwe maagsonde in als deze vroegtijdig uitgeraakt is omdat dit de kans op naadlekkage vergroot
- Zorg ervoor dat de jejunumsonde open blijft, zonodig 4-6x daags spoelen met lauw kraanwater.

Gezondheidsproblemen:

Hierna volgen er gezondheidsproblemen die kunnen voorkomen bij patiënten die een OCR hebben ondergaan volgens de PES methode.

P = Naadlekkage van de anastomose van de buismaag

E = Slechte wondgenezing doordat gebied bestraald is geweest

S =

- Pijnklachten
- Algehele malaise
- CRP stijging
- Koorts

Doelbepaling:

- Geen orale intake meer geven
- Re operatie

P = Pneumonie

E = Patiënt heeft een verminderde hoestkracht en pijn

S =

- CRP stijging
- Geel sputum
- Koorts
- benauwdheidsklachten
- X-thorax laat infiltraat in de longen zien
- SaO2 daling

Doelbepaling:

- Fysiotherapie voor ophoesten
- Adequate pijnstilling voorschrijven en geven
- Antibiotica starten door arts
- Verneveling starten door arts

P = Overvulling

E = Door teveel aan vocht wat pre-, peri- en post-OK gegeven is

S =

- benauwdheidsklachten
- SaO2 daling
- Rochelen van de patiënt
- Perifere oedemen
- Vaattekeningen op de X-thorax te zien

Doelbepaling:

- Vocht beperken d.m.v. infusen verlagen en evt SV te verlagen bij orale intake
- Lasix geven door arts voorgeschreven

P = Pijn

E = Door operatie

S =

- Hoge tensie
- Hoge hartfrequentie
- Patient geeft pijn aan
- Slecht doorademen
- Niet durven hoesten
- Klam, zweterig
- Niet durven bewegen

Doelbepaling:

- Adequate pijnstilling geven door arts voor laten schrijven

P = Obstipatie

E = Verminderde mobilisatie en verminderde intake

S =

- Patient geeft buikpijn aan
- Geen peristaltiek
- Opgezette buik
- geen flatulentie

Doelbepaling:

- Optimale voeding
- Starten door arts van movicolon
- Mobiliseren
- Starten van klysma door arts

Dank aan Dewy Portier voor het beschikbaar stellen van haar Leittekst “Oesophagus Cardia resectie” voor www.icverpleegkundige.com