

Diagnostische laparoscopie

Gynaecologie & Verloskunde

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 veel voorkomende redenen voor zo'n operatie. Tijdens een kijkoperatie wordt soms ook een 'echte' operatie (laparoscopische operatie) uitgevoerd: een ingreep om bijvoorbeeld een eileider of eierstok weg te nemen. 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. Deze folder geeft algemene informatie over een diagnostische laparoscopie in ons ziekenhuis.

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 gebeurt 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 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 laparoscoop (kijkbuis) in de buik en sluit deze aan op een videocamera. Soms slaat de gynaecoloog de eerste stap van de holle naald over. De baarmoeder, eileiders en eierstokken zijn zo zichtbaar op de monitor. Via een sneetje bij de bovengrens van het schaamhaar of aan de linker of rechterkant van de buik 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 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 een kinderwens, plotselinge pijn in de onderbuik en langdurige buikpijn.

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 (uitleg zie beneden) 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 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

Dit is een speciale vorm van een afgesloten eileider, er verzamelt zich dan vocht in de eileider. Meestal zijn er geen klachten, slechts zelden veroorzaakt dit pijn. Bij kinderwens beoordeelt de gynaecoloog hoe de andere eileider er uitziet en of het verstandig is de hydrosalpinx te verwijderen of te openen. Voor het openen 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 menstruatie is dan vaak pijnlijk omdat ook deze plekjes in de buik bloeden. In de eierstok kan zich bloed ophopen. Er kunnen ook verklevingen ontstaan, waardoor de eileiders afgesloten raken.

Endometriose wordt vaak behandeld met hormonen of door middel van een operatie. De gynaecoloog bespreekt met u welke behandeling voor u het meest geschikt is.

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 (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 van mening is dat een myoom bijdraagt aan verminderde vruchtbaarheid.

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 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 / teratoom (wondergezwel), allerlei soorten weefsel kunnen hierin voorkomen, zoals haren, botten en talg;
- **problemen met een myoom.** Een myoom (vlesboom) 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 barst dan open en er komt een eicel vrij. Een enkele keer knapt hierbij een bloedvaatje, dat door blijft bloeden. Het bloed prikkelt dan het buikvlies in de buikholte 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 pus in de buikholte;
- **buitenbaarmoederlijke zwangerschap.** De medische term voor een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is extra-uteriene graviditeit. Vaak wordt dit afgekort als EUG. De zwangerschap bevindt zich buiten de baarmoeder, meestal in de eileider.

Toekomstige kindwens, 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 (buitenbaarmoederlijke zwangerschap) laparoscopisch verwijderd. Meer informatie vindt u in de folder [laparoscopische operatie](#).

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 vlesboom, 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. 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.

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 ons 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. Deze is bereikbaar:

- overdag via secretariaat Gynaecologie, telefoon (053) 487 23 30;
- buiten kantooruren via de receptie, u vraagt dan naar dienstdoende gynaecoloog, telefoon (053) 487 20 00.

Vorbereiding voor de operatie op de polikliniek

De gynaecoloog bespreekt met u de opname. In Medisch Spectrum Twente gebeurt een diagnostische laparoscopie in een dagopname. Zoals bij elke operatie vindt bij deze operatie vooraf onderzoek plaats naar uw gezondheidstoestand, de Preoperatieve Screening (POS). Dit onderzoek vindt plaats op het Opnameplein, route C04. Er worden dan vragen over uw gezondheid gesteld en er wordt een lichamelijk onderzoek gedaan, zoals het luisteren naar hart en longen. Verder wordt er bloedonderzoek uitgevoerd en bespreekt de gynaecoloog en / of anesthesioloog met u de keuze van anesthesie (narcose). Dit vindt meestal poliklinisch plaats. U krijgt tijdens de Preoperatieve Screening van de anesthesioloog informatie over het nuchterbeleid rond de operatie.

Vragen over de manier van verdoven en pijnbestrijding na de ingreep kunnen tijdens dit bezoek gesteld worden. Ook het gebruik van uw medicijnen en regels ten aanzien van nuchter zijn rondom de operatie worden met u doorgenomen.

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

Haarspelden, sieraden als ringen, oorbellen en piercings kunt u het beste af- of uitdoen en thuis laten. Verwijder nagellak en gebruik geen make-up. De kleur van uw huid en nagels geeft de anesthesioloog namelijk belangrijke informatie over uw lichamelijke toestand tijdens de operatie. Contactlenzen en een eventueel kunstgebit moet u uitdoen.

U meldt zich bij de opnamebalie aan het Koningsplein, daarna wordt u verzocht zich te melden bij de balie van de Holding / Recovery van de Operatiekamers. Het is belangrijk dat u zich kunt identificeren. Kort voor de operatie wordt u naar de operatiekamer gebracht. Tijdens het opnamegesprek met de verpleegkundige is er gelegenheid om vragen te stellen. Soms krijgt u vlak voor de operatie een medicijn waar u slaperig van wordt, dit is dan met u afgesproken bij de POS. Een bijwerking daarvan is een droge mond.

Op de holding kunt zich omkleden en krijgt u de operatiekleding aan. Vervolgens krijgt u een infuus in uw hand of arm, via dit infuus 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 verpleegunit. Soms hebt 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 enkele uren na de operatie verwijderd als de misselijkheid over is.

De uitslag

Uw arts zal zoveel mogelijk nog 's middags na de operatie bij u langs te komen om u te vertellen wat er gevonden is. Ook krijgt u dan te horen of u nog dezelfde dag of de volgende dag naar huis mag.

Pijn

Direct na de ingreep heeft 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.

Nemen de pijnklachten in de loop van de dagen niet af, maar nemen die juist toe, neem dan contact met ons op.

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 gering bloedverlies via de vagina zijn.

Hechtingen

De wondjes in uw buik worden gehecht met één of twee onoplosbare hechtingen, die na één week verwijderd kunnen worden door uzelf of uw huisarts. De pleisters op de wondjes kunt u het beste twee à drie dagen laten zitten. Daarna kunt u deze verwijderen en hoeft er niets meer op. Douchen mag de dag na de operatie weer. U kunt gerust douchen of een bad nemen terwijl de hechtingen nog aanwezig zijn. Houd de navel goed schoon en maak goed droog.

Ontslag

Door de operatie en de narcose bent u vaak nog behoorlijk slap. Het is daarom verstandig dat u uit het ziekenhuis wordt opgehaald. Met het openbaar vervoer naar huis gaan of zelf autorijden wordt ten eerste afgeraden.

Herstel

De meeste vrouwen hebben nog enkele dagen nodig voordat zij zich weer helemaal hersteld voelen. Heeft u thuis kleine kinderen, dan 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, bijvoorbeeld een week, nodig. 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 een afspraak voor nacontrole op de polikliniek. Is er weefsel verwijderd tijdens de ingreep, dan krijgt u dan de uitslag van het weefselonderzoek. Uw arts bespreekt met u of nog verdere controle of behandeling noodzakelijk is. Natuurlijk kunt u zelf ook vragen stellen.

Wanneer moet u contact met het ziekenhuis opnemen?

Krijgt u na de operatie koorts of hevige buikpijn, ook al gebeurt dit een paar dagen na de operatie, dan moet u contact opnemen met de dienstdoende gynaecoloog. Deze is bereikbaar:

- overdag via secretariaat Gynaecologie, telefoon (053) 487 23 30;
- buiten kantooruren via de receptie, u vraagt dan naar dienstdoende gynaecoloog, telefoon (053) 487 20 00.

Aanvullende informatie

Meer informatie vindt u bijvoorbeeld:

- op de website www.nvog.nl rubriek voorlichting, gynaecologie. Hier vindt u informatie over myomen, hevig bloedverlies bij de menstruatie en hysteroscopie;
- op onze polikliniek Gynaecologie;
- op de website van ons ziekenhuis: www.mst.nl;
- in ons Patiënten Service Centrum, route C02;
- op de website van Informatie Centrum Gynaecologie (ICG): www.icgynaecologie.nl

Belangrijke contactgegevens

- Moeder Kind Afdeling, route H21, telefoon (053) 487 23 62;
- polikliniek Gynaecologie, route H03, telefoon (053) 487 23 30;
- Holding / Operatiekamers, route C32

Tenslotte

U heeft recht op juiste en volledige informatie. Pas als u voldoende inzicht heeft, kunt u weloverwogen toestemming geven voor een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek. Als iets u niet geheel duidelijk is, vraagt u uw gynaecoloog, arts-assistent of verpleegkundige dan om nadere uitleg.

Bronvermelding

Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Deze folder geldt als een aanvulling op het persoonlijk gesprek met uw gynaecoloog of andere hulpverlener van Medisch Spectrum Twente. Deze informatie is van toepassing op alle ziekenhuizen in Nederland. Daar waar de gang van zaken verschilt met die in Medisch Spectrum Twente, is dit aangepast in de tekst van deze folder. Er is veel aandacht besteed aan de inhoud van deze folder. Dit betekent dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud. De NVOG is niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder.