

**Thorax- en
vaatheelkunde**



KIJKOPERATIE BORSTKAS (THORACOSCOPIE)

**BEHANDELING VAN LONG- EN
LONGVLIESAANDOENINGEN**

Informatie voor patiënten



www.azoudenaarde.be

Volg ons op f  in



Inleiding

Welkom op de dienst thorax- en vaatheelkunde. Bij jou werd een aandoening van long of longvlies vastgesteld. Hiervoor is een kijkoperatie aangewezen.

Een ziekenhuisopname en operatie kunnen heel wat vragen en onzekerheden met zich meebrengen. Deze brochure geeft je uitleg over de medische en praktische aspecten van een kijkoperatie in de borstkas. Het is niet de bedoeling de mondelinge informatie op de consultatie te vervangen, wel om alles nog eens te overlopen. De volgende informatie geldt dus enkel als we onderling geen andere afspraken hebben gemaakt.



Anatomie van de borstkas

De borstkas is een kooi; gevormd door de ribben, het borstbeen en de wervelzuil. Ze bevat het hart dat bloed rondpompt in het lichaam en de longen die het bloed van zuurstof voorzien.

Ons ademhalingsstelsel bestaat uit de luchtwegen en de longen. De luchtwegen verzorgen de doorstroom van lucht naar de longen en weer terug. Dit gebeurt tijdens het ademen. De bovenste luchtwegen zijn de neus, de mond, de keelholte en het strottenhoofd. De onderste luchtwegen bestaan uit de luchtpijp met zijn takken, die zich verder in de longen vertakken. De takjes worden alsmaar kleiner en vormen diep in de longen longblaasjes. In de longblaasjes vindt de opname van zuurstof en de afgifte van koolzuurgas plaats. Deze gassen worden uitgewisseld tussen de lucht en het bloed.

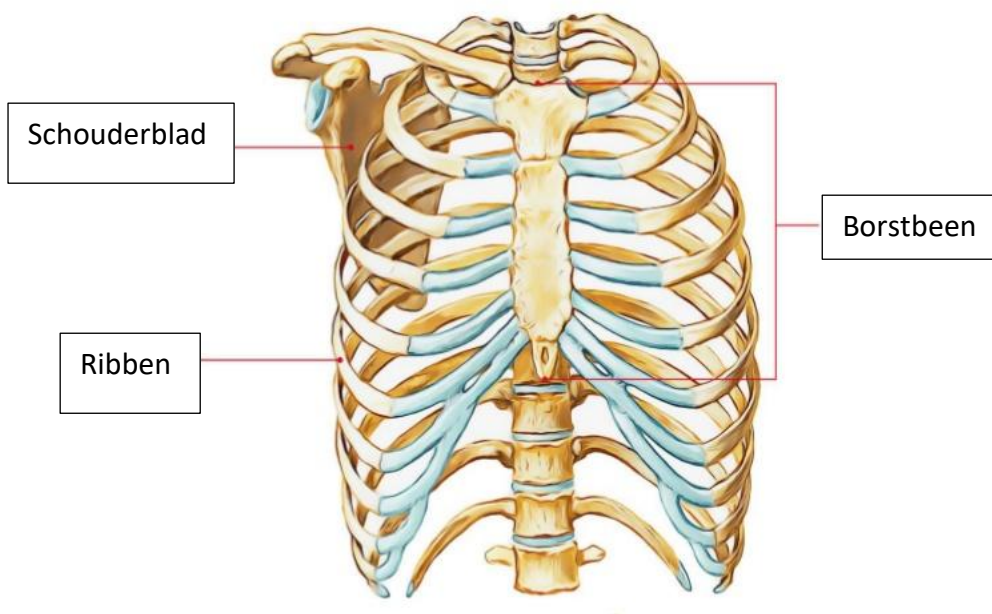


Fig. 1 : De borstkas is begrensd door het borstbeen (sternum), ribben en wervelzuil.



Elk van de twee longen bestaat uit een aantal longkwabben. De rechterlong heeft drie kwabben (boven-, midden- en onderkwab), de linkerlong heeft er twee (boven- en onderkwab). Op hun beurt worden de kwabben onderverdeeld in segmenten. Elke kwab is een anatomische eenheid, met een eigen tak van de luchtpijp, een eigen tak van de longslagader en een eigen tak van de longader. Hetzelfde geldt voor de segmenten, maar dan op kleinere schaal.

De rechter- en linker long bevinden zich aan weerszijden van het hart en zijn omgeven door een longvlies. Dit vlies (viscerale pleura) bedekt de buitenzijde van de longen. Een ander vlies (pariëtale pleura) bedekt de binnenzijde van de borstkas. Tussen deze twee vliezen (pleura's) bestaat een vacuüm. Dankzij dit vacuüm kunnen de longen de bewegingen van de borstkas volgen. Door het op en neer bewegen van de borstkas kunnen we lucht in- en uitademen.

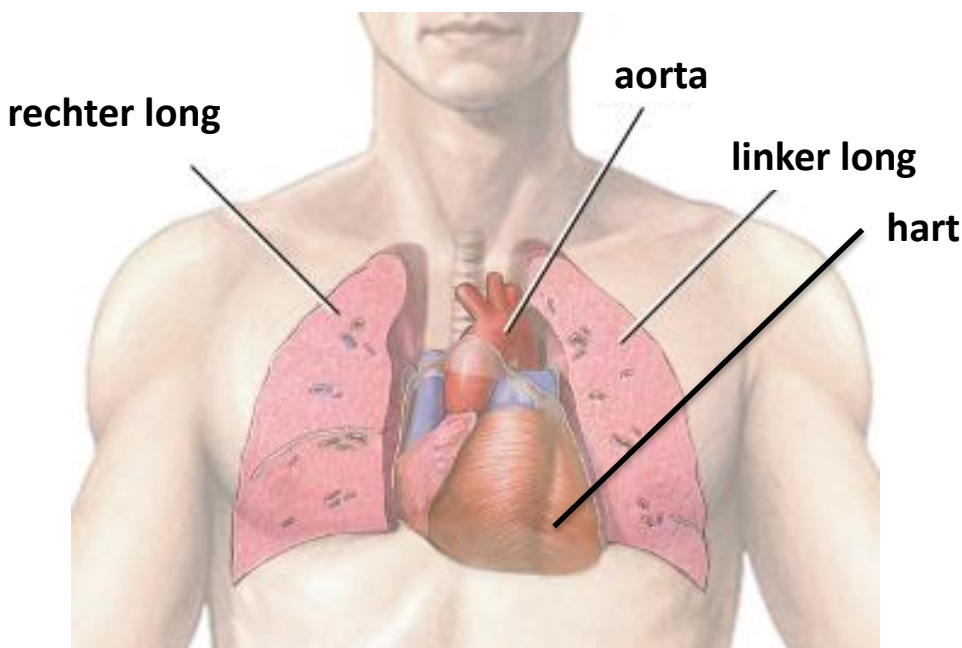


Fig. 2 : De borstkas bevat o.a. de twee longen en het hart.



Wat is een thoracoscopie?

Dit is een kijkoperatie waarbij met een kijkbuis (thoracoscoop) in de borstholte wordt gewerkt. We noemen dit ook een VATS-ingreep (Video Assisted Thoracic Surgery). De thoracoscoop bestaat uit een rechte buis, waarop een kleine videocamera is gemonteerd en een lichtbron. De thoracoscoop wordt verbonden met een tv-monitor, zodat de chirurg zijn handelingen op een tv-scherm ziet en controleert.

De ingreep gebeurt steeds onder algemene verdoving (narcose). De thoracoscoop wordt tussen de ribben door in de borstholte gebracht, zodat de buitenzijde van de long kan worden bekeken. Om chirurgische instrumenten naar binnen te brengen, maakt de chirurg één of meerdere bijkomende sneetjes van enkele centimeter.

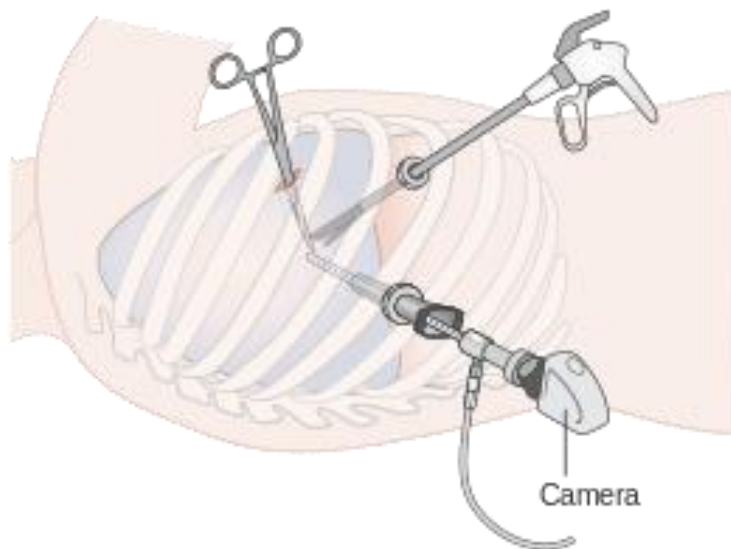


Fig. 3 : Bij een thoracoscopie worden de werkinstrumenten en camera door kleine sneetjes naar binnen gebracht.



Bij het sluiten van de sneetjes laat de chirurg één of twee afvoerslangen (drains) achter in de borstholte. Aan deze slangen wordt een afzuigsysteem bevestigd. Dit afzuigsysteem zorgt ervoor dat de long zich goed kan ontplooien doordat lucht, wondvocht en bloed worden geëvacueerd.

De thoracoscopie is de hedendaagse standaardtechniek voor borstkasoperaties. Ze is minder ingrijpend en geeft duidelijk minder last dan een traditionele operatie (openen van de borstkas of thoracotomie). Die wordt via een grotere snede (15 tot 20 cm) onder de oksel uitgevoerd en daarbij dienen de ribben te worden gespreid.

Het kan zijn dat tijdens de thoracoscopie blijkt dat het niet mogelijk is de ingreep uit te voeren via de kleine sneetjes. Dan dient er alsnog een grote snede te worden gemaakt.



Waarom moet u een thoracoscopie ondergaan?

Deze ingreep wordt om verschillende redenen voorgesteld :

- Klaplong (pneumothorax): in geval van herhaalde klaplong, bij blijvende lekkage van lucht langs een thoraxdrain of indien de longen afwijkingen vertonen die de kans op een nieuwe klaplong vergroten. Het gaat hierbij om blazen (bullae) op het longoppervlak die met een speciaal apparaat worden dichtgeniet en verwijderd. Om nadien de long goed te doen vastkleven aan de borstkaswand, wordt het vlies dat vastzit aan de borstkaswand, ruw gemaakt of gedeeltelijk verwijderd. Meestal wordt ook talkpoeder in de borstholte verneveld, wat zorgt voor extra stevige verkleaving.
- Vochtophoping in de borstkas: dit kan gaan om bloed (hemothorax, bijvoorbeeld na een ongeval), vocht (pleuravocht, goed- of kwaadaardig) of etter (empyeem, bijvoorbeeld bij een longontsteking). In dit laatste geval belemmert het ontstekingsweefsel de longen om goed uit te zetten. De borstholte moet dan worden schoongemaakt.

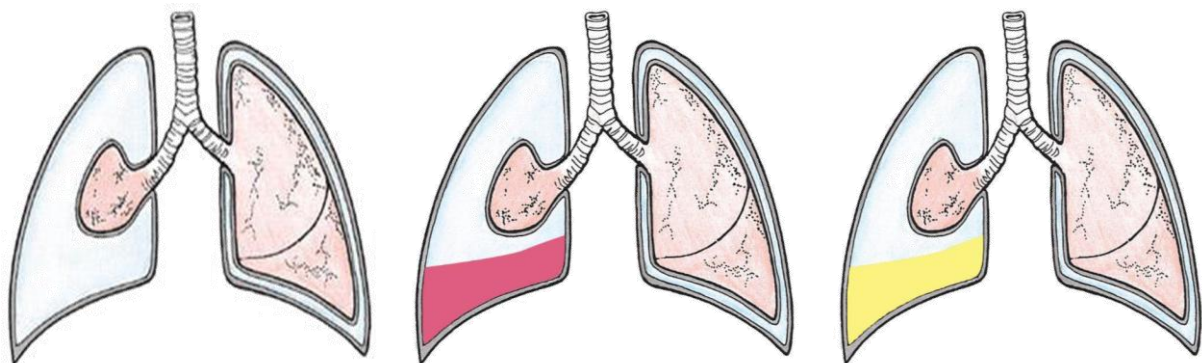
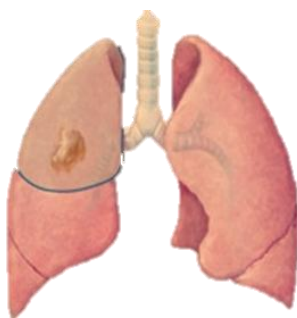


Fig. 4 : Een klaplong (links), bloed in de borstkas (midden) of pleuravocht (rechts) kunnen redenen zijn om een thoracoscopie uit te voeren.

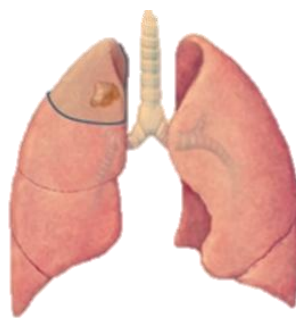


- Diagnostische operaties: bij sommige afwijkingen kan het nodig zijn om weefselmonsters voor microscopisch onderzoek te verkrijgen. Dat kan long-, lymfeklier- of longvliesweefsel zijn. Dit gebeurt bij patiënten met kanker. Ook indien een gezwel goedaardig lijkt, kan het verstandig zijn om dit te verwijderen.
- Wanneer de diagnose van een gezwel vaststaat, wordt dit meestal samen met het omliggende weefsel verwijderd. Ook als een gezwel goedaardig lijkt, kan het verstandig zijn dit te verwijderen.

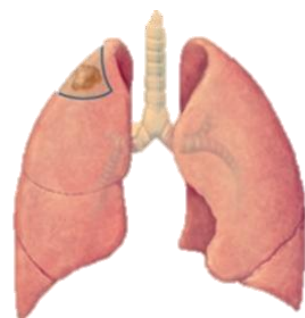
Afhankelijk van de grootte en ligging van het gezwel kan dit de gehele long (pneumectomie) betreffen, één of twee kwabben (lobectomie) of nog beperkter, enkele delen van een kwab (segmentresectie). Ook hier werken we met het speciale nietapparaat.



Lobectomie



Segmentectomie



Wigresectie

Fig. 5 : In geval van een kwaadaardig gezwel bepaalt de grootte en ligging van de tumor hoeveel long er moet worden weggenomen.



Praktisch verloop

We beschrijven hieronder het verloop van de opname bij de meeste patiënten. Omdat een thoracoscopie wordt uitgevoerd voor veel verschillende ziekten, is het verloop sterk afhankelijk van de ernst van de aandoening en complexiteit van de ingreep.

Vorbereiding

- Roken vergroot het risico op complicaties na de ingreep. Het staat vast dat rokers trager genezen en herstellen van de verdoving. Als je rookt en wacht op een operatie, is het belangrijk om zo vlug mogelijk te stoppen met roken.
- De gemiddelde hospitalisatieduur van de operatie bedraagt vijf dagen.
- De dag van de ingreep moet je nuchter zijn: vanaf middernacht mag je niets meer eten of drinken.
- 's Morgens mag je met een klein slokje water de thuismedicatie nemen, behalve de medicatie die de arts gestopt heeft.
- Voor de operatie dienen borstkas en oksel geschoren te worden.

Nazorg

- Na de operatie ga je naar de afdeling Intensieve Zorgen voor nauwkeurige observatie. Afhankelijk van de aard van de operatie, verblijf je daar één nacht tot enkele dagen.
- Je zal spontaan blijven ademen. Vaak wordt nog wat extra zuurstof toegediend, maar verlengde beademing is zelden nodig.
- De pijn wordt zo goed mogelijk bestreden. Soms plaatst de anesthesist een zeer dun slangetje (epidurale katheter) ter hoogte van de rug, waarlangs tijdens en na de operatie extra pijnstilling kan worden gegeven.



Als voornaamste bijwerking hiervan kunnen uw benen wat slapjes aanvoelen. Deze katheter wordt meestal rond de vierde dag verwijderd.

De verpleegkundige zal geregeld naar pijn vragen aan de hand van een pijnscore (0 tot 10). Pijnstilling is cruciaal om goed te kunnen doorademen, hoesten, bewegen en stappen ... Dit zijn activiteiten die van belang zijn voor een spoedig herstel.

- Uit de borst komen één of twee plastic afvoerbuisjes (thoraxdrains). Hoelang deze blijven zitten, is afhankelijk van de hoeveelheid vocht en lucht die eruit komt, en de controle röntgenfoto (RX thorax). Meestal kunnen ze rond de derde dag worden verwijderd.
- Al van de eerste dag word je begeleid door een kinesist die hulp biedt bij het goed rechtop zitten, op de juiste wijze ademen en ophoesten van slijm.
- Zodra je op de gewone kamer bent en de slangetjes verwijderd zijn, mag je weer rustig rondwandelen.
- Als alles goed gaat, mag je de dag nadat het laatste buisje werd verwijderd naar huis.

Ontslag

- Je blijft de thuismedicatie verder innemen, tenzij anders meegedeeld door de chirurg.
- De meeste pijn verdwijnt snel na de operatie. De borstwand kan nog een drietal maanden af en toe pijnlijk zijn. Met eenvoudige pijnstillers (bv. Paracetamol, 1 gram tot driemaal daags) is de last meestal goed te onderdrukken. De huid rond de littekens kan ook lange tijd (on)gevoelig blijven, doordat kleine huidzenuwen doorgesneden werden bij de operatie.
- De operatiewonden zijn droog te verzorgen. Na ontslag mag je douchen. Een bad neem je beter pas als de wonden volledig genezen zijn.



- Uw chirurg ziet jou opnieuw voor verwijderen van de hechtingen.
- Wat je wel en niet kunt doen na de operatie is afhankelijk van de uitgebreidheid van de ingreep en jouw conditie vooraf. Normale activiteiten mogen hervat worden, zware fysieke arbeid is nog enkele weken te mijden. Contactsporten, vliegtuigreizen en diepzeeduiken zijn verboden tot zes weken na de operatie.

Controleraadpleging

Bij ontslag krijg je een afspraak mee voor nazicht bij de chirurg, meestal drie weken na de operatie. Vóór deze raadpleging ga je langs de dienst Radiologie voor een longfoto.



Mogelijke complicaties

Geen enkele ingreep is vrij van het risico op complicaties. Ook bij deze operatie zijn de normale risico's op verwikkelingen aanwezig zoals wondinfectie, (na)bloeding, trombose, longembolie, longontsteking of hartinfarct. Mede door grondig preoperatief nazicht wordt de kans hierop zo klein mogelijk gehouden.

Daarnaast zijn er nog enkele specifieke complicaties mogelijk.

Na de operatie kunnen er zich tijdelijk veranderingen van het hartritme voordoen. Met medicatie is dat te verhelpen.

Na een thoracoscopie kan er de eerste dagen enige luchtlekkage zijn, die via de drain(s) wordt afgevoerd. Een enkele keer kan deze luchtlekkage meer dan een week aanhouden. Uiteindelijk stopt de lekkage vanzelf. Bij een langdurig luchtlek kunnen we tijdelijk een klepsysteem op de draineerbuis plaatsen (Heimlichvalve) zodat je toch naar huis kunt. Uiterst zeldzaam is een bijkomende operatie nodig om het luchtlek te dichten.

Na de operatie kan een deel van de luchtweg door een slijmprop verstopt raken (atelectase). In dit geval is kinesitherapie nodig. Soms moet de slijmprop met een flexibele kijkslang (bronchoscoop) worden verwijderd.

In zeldzame gevallen kan bij een longresectie zenuwbeschadiging optreden. Dat kan leiden tot blijvende heesheid (stemandzenuw) of kortademigheid (middenrifzenuw).



Tot slot

We hopen dat deze brochure voor jou een hulp is geweest om meer te weten te komen over de thoracoscopie, het verloop van de operatie en de richtlijnen nadien. Met bijkomende bemerkingen of vragen kan je steeds terecht bij de verpleegkundigen en de vaatchirurg.

We wensen jou een zo kort en aangenaam mogelijk verblijf in ons ziekenhuis en alvast een spoedig herstel toe!





Voor meer info raadpleeg:

Dokter Bart De Nijs

Dienst Thorax- en vaatheelkunde

algemeen nummer ziekenhuis: 055 33 61 11

www.vaatheelkundeoudenaarde.be

✉ bart.denijs@azoudenaarde.be



AZ Oudenaarde vzw

AZ OUDENAARDE
VZW



AZO/VAH/410

Laatst aangepast op 21/01/2025

V.U.: AZ Oudenaarde

Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde

T 055 33 61 11 - **F** 055 33 66 95

info@azoudenaarde.be

www.azoudenaarde.be