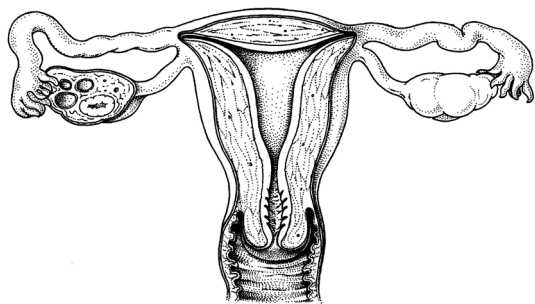


# Verwijderen van een eierstok via een kijkoperatie

Deze folder geeft informatie over de eierstokken, de redenen voor verwijderen van een of beide eierstokken en de manier waarop (een kijkoperatie).

## De baarmoeder, eileiders en eierstokken - algemene informatie

Een normale baarmoeder (uterus) heeft de vorm en grootte van een peer. Aan de brede bovenkant monden twee eileiders (tubae) in de baarmoeder uit. Deze dunne, soepele buisjes, die 8 tot 10 cm lang zijn, beginnen bij de baarmoeder en eindigen bij de eierstokken. Normale eierstokken (ovaria) zijn ongeveer 3 cm groot. Baarmoeder, eileiders en eierstokken liggen niet los in de buik, maar zitten met bloedvaten en bindweefselbanden in het bekken vast. De eierstokken maken hormonen die elke maand het baarmoederslijmvlies opbouwen. De baarmoeder is aan de binnenkant (baarmoederholte) bekleed met dit slijmvlies dat onder invloed van hormonen maandelijks via de baarmoedermond en schede (vagina) wordt afgestoten (de menstruatie). De hormonen dragen ook bij tot het zin hebben in vrijen (libido) en tot het stevig, soepel en vochtig houden van de schede.



Baarmoeder, eileiders en eierstokken op doorsnede

## Redenen om een eierstok (en eileider) te verwijderen

- Een cyste op de eierstok
- Een verhoogd risico op eierstok-/eileiderkanker

### Een cyste op de eierstok

In de eierstokken zitten de eicellen en worden hormonen gemaakt. In een eierstok kan een cyste ontstaan. In een cyste kan vocht zitten (helder vocht, bloed, slijm). Er kunnen ook haren,

deeltjes bot en talg in zitten. Vaak kan een cyste geen kwaad. Het is meestal geen kanker. U kunt meer informatie lezen over een cyste op de eierstok op [degynaecoloog.nl](http://degynaecoloog.nl)

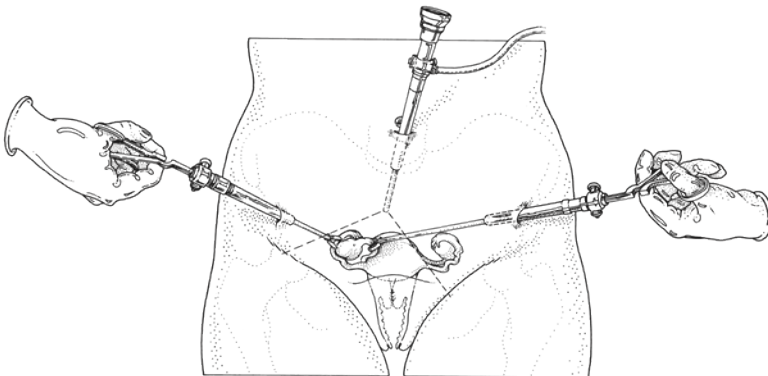
[Ik heb een cyste op mijn eierstok | De Gynaecoloog](#)

## Verhoogd risico op eierstok-/eileiderkanker

U heeft een verhoogd risico op eierstok-/eileiderkanker als gevolg van dragerschap van een BRCA 1 of BRCA 2 genmutatie. Het is ook mogelijk dat u een familiale vorm heeft: er komt bij u in de familie bij twee of meer vrouwen eierstokkanker voor zonder dat er een erfelijke aanleg kon worden aangetoond. Als u de erfelijke aanleg heeft dan is er helaas geen manier om er achter te komen of u ook werkelijk eierstokkanker gaat krijgen. Bovendien heeft eierstokkanker geen duidelijk voorstadium, waardoor vroege opsporing door screening niet mogelijk is. De enige effectieve maatregel die u kunt nemen om het ontstaan van eierstok-/eileiderkanker te voorkómen is het uit voorzorg (preventief) laten verwijderen van uw eierstokken en eileiders.

## De operatie

De ingreep wordt via een kijk(buis)operatie (laparoscopie, zie afbeelding) verricht. De operatie gebeurt onder algehele verdoving (narcose), door een gynaecoloog samen met een gynaecoloog-in opleiding.



De gynaecoloog maakt meestal een sneetje van ongeveer 1 cm in de onderrand van de navel en brengt door dat sneetje een dunne holle buis in de buikholte waardoor eerst de buik wordt gevuld met koolzuurgas (CO<sub>2</sub>). Zo ontstaat ruimte in de buik om de verschillende organen te bekijken. Daarna brengt de gynaecoloog via dezelfde buis de kijkbuis (laparoscoop) in de buik en sluit deze aan op een videocamera. De baarmoeder, eileiders en eierstokken zijn zo zichtbaar op het beeldscherm. Daarna worden meestal op 2 andere plaatsen, links en rechts in de buik naast de heupbotten, kleine sneetjes gemaakt. Hierdoor worden de operatie-instrumenten ingebracht. In totaal zal de gynaecoloog 3 sneetjes maken, soms is een vierde nodig welke dan naast de navel of boven het schaambot wordt geplaatst. Soms wordt een instrument via de schede op de baarmoedermond geplaatst of in de baarmoeder ingebracht om deze te kunnen bewegen. Dit kan de reden voor vaginaal bloedverlies zijn na de ingreep.

Hierna worden de eierstokken en de eileiders losgemaakt van de baarmoeder en de bekkenwand. Nadat deze zijn los gemaakt worden de eierstokken en eileiders in een klein zakje gestopt dat

door de buikwand naar buiten wordt gebracht, via hetzelfde sneetje als waar de instrumenten door naar binnen zijn gegaan.

## Operatierisico's

De meeste laparoscopische (=kijkbuis)operaties (95 procent) verlopen zonder complicaties. De mogelijke complicaties die kunnen optreden worden hierna besproken:

- In ongeveer 2 procent van de kijkbuisoperaties moet er toch een 'gewone' buikoperatie (laparotomie) plaatsvinden via een grotere snede (bikinisnede). Dit is vooral het geval als u eerder een buikoperatie gehad hebt. Soms is opereren met behulp van de laparoscopische methode namelijk niet goed mogelijk of niet veilig. Bijvoorbeeld bij uitgebreide verklevingen na een eerdere buikaandoening of buikoperatie(s). Dit is meestal al voorafgaand aan de kijkbuisoperatie bekend en met u besproken. Heel soms wordt dit pas tijdens de operatie duidelijk. Houdt u er dus rekening mee dat er een heel kleine kans bestaat dat u met een grotere snede dan gepland wakker wordt. De opname in het ziekenhuis en het herstel duren in dat geval ook iets langer.
- In zeer zeldzame gevallen (minder dan 1 procent) kunnen de urinewegen of de darmen tijdens de kijkoperatie worden beschadigd. De gevolgen zijn meestal zichtbaar tijdens de operatie; heel zelden wordt dat pas duidelijk als u al uit het ziekenhuis ontslagen bent. U krijgt dan meer in plaats van minder pijn. In dat geval belt u naar het ziekenhuis. Deze beschadigingen zijn meestal goed te behandelen, maar ze vragen soms opnieuw een operatie, extra zorg en het herstel duurt langer. Indien een beschadiging ontstaat en ontdekt wordt tijdens de operatie, wordt deze direct hersteld, doorgaans via de kijkbuis.
- Voor de operatie wordt een slangetje (katheter) in de blaas ingebracht. Hierdoor is er een kleine kans dat er een blaasontsteking ontstaat. Dit merkt u door een branderig gevoel bij het plassen. Dat is lastig en pijnlijk, maar goed te behandelen met een antibioticum.

In het algemeen geldt dat patiënten die niet roken, of minstens vijf weken voorafgaand aan de operatie gestopt zijn met roken, minder kans hebben op complicaties van de ingreep en de narcose met name aan de luchtwegen.

## Voorafgaand aan de operatie

Nadat de gynaecoloog de operatie met u besproken heeft, wordt u op de wachtlijst geplaatst voor de ingreep. De operatie-planners nemen contact met u op als ze een mogelijke datum voor de ingreep met u willen bespreken.

Vooraf vindt er door een arts die de narcose geeft (anesthesioloog) vooronderzoek plaats via de poli preoperatieve screening (pre assessment) afd. anesthesiologie. Dit bestaat uit een telefonisch of poliklinisch consult. Eventueel wordt er een algemeen lichamelijk onderzoek, soms aangevuld met bloedonderzoek, een longfoto, of een hartfilmpje (ECG) verricht. De anesthesioloog bespreekt met u de narcose. Pas nadat u bij de anesthesioloog bent geweest, kan de operatie worden ingepland. De operatie vindt meestal plaats tijdens een dagopname in de kliniek of via een buitenkliniek.

In principe kunt u dezelfde dag naar huis ontslagen worden. Afhankelijk van de zwaarte van de ingreep of tijdstip van eindigen van de operatie, blijft u één nacht tot enkele dagen in het ziekenhuis. De zorgeenheid gynaecologie in de kliniek van het Amsterdam UMC locatie AMC

bevindt zich op G6Noord. De buitenkliniek is het Boerhaave Medisch centrum, Dintelstraat 60 te Amsterdam, alwaar operatieruimte gehuurd wordt.

## De dag van de operatie

U mag zes uur voorafgaand aan de operatie niets eten en drinken. Ook mag u geen make-up en geen nagellak op. Een verpleegkundige brengt u naar een kamer waar operatiekleding voor u klaar ligt. De arts die u gaat opereren komt vooraf even bij u langs om zich voor te stellen en te horen of u nog vragen heeft. Daarna brengt de verpleegkundige u naar de operatiekamer. Daar wordt u gevraagd om op de operatietafel te gaan liggen. Vervolgens worden de afspraken rond de operatie kort doorgenomen in uw aanwezigheid, door de arts die u gaat opereren, de anesthesioloog en de operatieassistente. U krijgt een infuus, meestal aan de bovenkant van de linkerhand. Via dit infuus krijgt u de narcosemiddelen en vocht toegediend. U valt in slaap en merkt niets meer tot u na de operatie wakker wordt in de uitslaapkamer. Als u onder narcose bent krijgt u een katheter (slangetje) in de blaas gebracht. De laparoscopie (kijkoperatie) wordt uitgevoerd zoals eerder besproken. De operatie duurt gemiddeld 30-60 minuten. Na de kijkbuisoperatie blijft u enige tijd op de uitslaapkamer, waarna u weer naar de afdeling wordt gebracht.

U kunt kortdurend keelpijn hebben als gevolg van het buisje dat onder narcose werd ingebracht om u te beademen. U kunt wat misselijk zijn en het kan zijn dat u moet overgeven. Het infuus blijft aanwezig tot de misselijkheid verdwenen is en u zelf voldoende drinkt. Meestal verwijdert de verpleegkundige het infuus vlak voor u naar huis gaat. Soms, als de operatie eind van de middag plaatsvindt, pas de volgende dag. Voor pijn en misselijkheid na de operatie krijgt u medicijnen. Sommige patiënten hebben behalve buikpijn ook schouderpijn; dit wordt veroorzaakt door het koolzuurgas dat tijdens de operatie wordt ingebracht en een zenuw prikkelt die via het middenrif naar de schouders verloopt. Deze pijn is doorgaans na een dag verdwenen. Als u pijn heeft kunt u hiervoor paracetamol gebruiken, tot 4 maal daags twee tabletten (maximaal 4 x daags 1000 mg).

De gynaecoloog komt voordat u naar huis gaat bij u langs om u te vertellen hoe de operatie is verlopen. Als u goed wakker bent, geplast heeft en iets gegeten of gedronken heeft, mag u naar huis. U mag na de operatie niet zelf naar huis rijden. Ook raden wij u aan om de eerste nacht niet alleen thuis te zijn.

## Herstel

Over het algemeen moet u voor het herstel op één tot twee weken rekenen. De eerste dagen kunt u over het algemeen wel voor u zelf zorgen, maar bijvoorbeeld niet voor een gezin. Voordat u wordt opgenomen, is het aan te raden een en ander te regelen voor de periode na het ontslag uit het ziekenhuis. Eén van de voordelen van een laparoscopische operatie is een vlotter herstel vergeleken met een 'gewone' buikoperatie. Voor sommige vrouwen kan dit ook nadelig werken. Voor de omgeving kan het lijken alsof u met deze kleine sneetjes en het snelle ontslag uit het ziekenhuis nauwelijks ziek bent, zodat u minder hulp en steun krijgt thuis dan na een 'gewone' operatie met een grotere snede. Ook al heeft u geen grote buikwond, u kunt nog wel pijn hebben en zich slap voelen. Afhankelijk van de zwaarte van de operatie en de situatie thuis heeft u na thuiskomst soms enige hulp nodig. Bespreek dit van tevoren met uw familie of omgeving. Als u buitenshuis werkt, moet u over het algemeen rekenen op één tot twee weken

afwezigheid. Eventuele complicaties en uw eigen conditie spelen hierbij een rol. Vaak heeft u buikpijn, bent u sneller moe en kunt u minder aan dan u mogelijk had verwacht. Uw lichaam geeft aan wat u wel en niet aankunt. Hier naar 'luisteren' is belangrijk, op basis hiervan kunt u geleidelijk uw activiteiten uitbreiden.

Om de wond te sluiten gebruikt men meestal hechtingen die uit zichzelf oplossen. Dit duurt 4 - 6 weken. Als de draadjes na twee weken irriteren kunt u (de assistente van) de huisarts vragen de hechtingen te verwijderen. U mag gerust douchen vanaf de dag na de operatie.

Sommige vrouwen hebben na de operatie klachten als duizeligheid, slapeloosheid, moeheid, concentratiestoornissen, eventueel opvliegers of rugpijn.

## **ikHerstel-app: begeleiding op maat**

Als u extra begeleiding wenst in de periode rondom uw operatie, kunt u gebruik maken van de ikHerstel-app. Deze zorg-app biedt u onder andere:

- Uitgebreide informatie over allerlei zaken rondom uw operatie middels teksten en video's;
- Hersteladviezen op maat, afgestemd op uw eigen dagelijkse activiteiten;
- Inzicht in uw eigen herstel.

Bent u geïnteresseerd in deze app, maar heeft u nog geen uitnodiging gekregen? Neem dan contact op met de polikliniek Gynaecologie via 020 566 3400.

## **Contact**

Als het verloop van het herstel na de operatie anders is of langer duurt dan van tevoren is besproken, is het verstandig dit met uw huisarts of gynaecoloog te bespreken. In geval van onverwachte klachten of ongerustheid adviseren wij u contact op te nemen met uw eigen huisarts of (de eerste 24 uur) het ziekenhuis te raadplegen.

Tijdens kantooruren kunt u het ziekenhuis bereiken via de polikliniek Verloskunde & Gynaecologie, telefoonnummer (020) 566 3400 of via de afdeling G6Noord op nummer (020) 5663665. Buiten kantooruren of in het geval van spoed kunt u bellen met de spoedeisende hulp voor vrouwen (SEH-V), gelokaliseerd op H3Zuid via telefoonnummer (020) 5661500.