

PATIËNTEN INFORMATIE

Het verwijderen van de
baarmoeder

**MAASSTAD
ZIEKENHUIS**

een santeon ziekenhuis



Met deze folder wil het Maasstad Ziekenhuis u informatie geven over het verwijderen van de baarmoeder. Wij adviseren u deze informatie zorgvuldig te lezen. Het is goed u te realiseren dat bij het vaststellen van een aandoening de situatie voor iedereen weer anders kan zijn.

De baarmoeder

De baarmoeder is een orgaan, dat bestaat uit spierweefsel en dat aan de binnenkant is bekleed met een slijmvlies. Hormonen die door de eierstokken worden gemaakt, zorgen voor de opbouw van dit slijmvlies. De hoeveelheid menstruatiebloed is onder andere afhankelijk van de dikte van het opgebouwde baarmoederslijmvlies. Bij een daling van de hormoonspiegel stoot de baarmoeder het slijmvlies af. Er ontstaat een bloeding: u wordt ongesteld.

Baarmoederverwijdering (uterusextirpatie of hysterectomie)

De medische term voor het verwijderen van de baarmoeder is uterusextirpatie of hysterectomie.

Het besluit om de baarmoeder te verwijderen, neemt u vrijwel altijd zelf, in samenspraak met uw gynaecoloog. Redenen om tot deze ingreep te beslissen zijn bijvoorbeeld ernstige menstruatieklachten, die met eerdere behandelingen niet zijn verminderd. Ook ernstige vormen van myomen (vleesbomen), endometriose of adenomyose kunnen aanleiding zijn de baarmoeder weg te nemen.

Endometriose houdt in dat zich baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder bevindt. Adenomyose betekent dat het baarmoederslijmvlies diep in de wand van de baarmoeder zit. Bij deze aandoeningen kan het nodig zijn ook de eierstokken weg te nemen. De eierstokken maken hormonen aan die na de operatie endometriose of adenomyose kunnen blijven veroorzaken.

Andere mogelijke indicaties zijn chronische buikpijn . Bij ernstig afwijkende cellen of zelfs kanker in de baarmoeder, kan het noodzakelijk zijn de baarmoeder te verwijderen.

Operatietechnieken

Er zijn verschillende manieren waarop een baarmoeder kan worden verwijderd.

Via de schede

De gynaecoloog verwijdert de baarmoeder via de vagina als de baarmoeder niet te groot is en als ze al ietwat is verzakt waardoor ze al ietwat in de schede naar beneden komt. Bij deze operatietechniek wordt ook de baarmoedermond verwijderd. Wanneer tevens de blaas en endeldarm zijn verzakt, kan tijdens dezelfde operatie de ophanging van blaas en endeldarm weer worden strak getrokken.

Via de buikwand door middel van een snede (abdominaal)

Soms is een operatie via de schede niet mogelijk, of wilt u dat de baarmoedermond behouden blijft. Dan vindt de operatie plaats via de buikwand. De gynaecoloog maakt iets boven het schaambeek een horizontale snede van ongeveer tien à vijftien centimeter lang. Als de baarmoeder erg groot is, of als er sprake is van kanker aan de baarmoeder, kan het nodig zijn een grotere, verticale snede te maken zodat de operateur meer ruimte heeft.

Via de buikwand per laparoscopie

Soms is de baarmoeder te weinig verzakt of te groot om haar via de schede uit te nemen. De gynaecoloog kan dan een laparoscopische operatie adviseren, oftewel een kijkbuisoperatie via de buik. Bij sommige patiënten gebruiken de gynaecologen daarvoor de Da Vinci Robot.

– *De Da Vinci Robot*

In het Maasstad Ziekenhuis opereren we met behulp van de Da Vinci robot. Deze operatierobot is een verdere verbetering van de kijkoperatie. De belangrijkste verbeteringen zijn:

- het 3D-zicht, waardoor de gynaecoloog diepte kan zien;
- een innovatie van de instrumenten waardoor zij/hij sneller en nauwkeuriger kan opereren.

De gynaecoloog stuurt vanuit een console de robotarmen aan. De Da Vinci Robot voert geen zelfstandige handelingen uit. De operatierobot heeft een speciale camera waarmee in de buikholte kan worden gekeken. Het camerabeeld is driedimensionaal en vergroot het beeld ongeveer 10 maal. Zo kan elk detail van het operatiegebied uitvergroot worden. De gewrichtjes van de instrumenten kunnen meer dan 360 graden draaien. Om ruimte te krijgen wordt de buik opgeblazen met koolzuurgas (CO₂). Tevens wordt de operatietafel in een hoek van maximaal 45° gezet.

Tijdens de operatie worden een vier- tot vijftal kleine insteekopeningen gemaakt. Uw voordeel om met deze techniek behandeld te worden zijn:

- minder pijn na de operatie;
- minder bloedverlies en bloedtransfusies;
- sneller herstel, korter ziekenhuisverblijf van 1 – 2 dagen, voorheen 4 dagen;
- minder littekens en minder wondinfecties;
- sneller hervatten van de normale dagelijkse activiteiten.

– *Kijkoperatie (laparoscopie)*

Bij een gewone laparoscopie maakt de gynaecoloog in de onderrand van de navel een sneetje van ongeveer een centimeter en brengt een holle kijkbuis met een cameraatje in de buikholte. Vervolgens wordt een holle naald in de buikholte gebracht. Via deze naald wordt de buik een beetje opgeblazen met koolzuurgas, zodat ruimte ontstaat om te opereren.

Via twee of meer andere sneetjes worden instrumenten ingebracht waarmee de baarmoeder wordt losgemaakt van het omliggende weefsel. Aan het einde van de operatie wordt de baarmoeder via een snede in de schede, of via de kijkbuis, naar buiten gebracht. Als verwijdering via de kijkbuis plaatsvindt, snijdt de gynaecoloog de baarmoeder eerst in kleine stukjes. Bij deze techniek is het soms mogelijk de baarmoederhals te behouden.

Zelf kiezen

De gynaecoloog bespreekt met u welke operatiemethoden mogelijk zijn. De keuze is afhankelijk van de grootte van de baarmoeder, van de mate van verzakking en van de reden van de verwijdering. Bij de keuze voor de operatietechniek is het van belang of ook de baarmoederhals, eileiders, en/of de eierstokken moeten worden weggenomen.

In principe spreekt de gynaecoloog een voorkeur uit voor de techniek die de minste risico's geeft en waarbij het herstel optimaal verloopt. Een operatie via de schede is in dat opzicht in principe de eerste keus. Als deze techniek niet mogelijk is, heeft de gynaecoloog de voorkeur voor een kijkbuisoperatie. Pas in laatste aanleg kiest de gynaecoloog voor een buikoperatie via een snede in de buik.

Bij goedaardige aandoeningen hoeft de baarmoeder niet direct te worden verwijderd. U heeft alle tijd om voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen. Met de gynaecoloog kunt u bespreken of er eventueel alternatieve behandelingen zijn.

Indien u kiest voor een baarmoederverwijdering, bespreek met uw arts dan ook welke operatiemethode u zelf het meest geschikt vindt. Bedenk dat ú degene bent die besluit of er een operatie plaats vindt, zeker wanneer het een goedaardige aandoening betreft.

Baarmoederhals

Een extra punt om over na te denken is het behoud van de baarmoederhals. Bij een baarmoederverwijdering wordt in principe ook altijd de baarmoederhals weggenomen, behalve wanneer tijdens de ingreep blijkt dat er een myoom (vlesboom) of verkleving in de weg zit. Dan laat de gynaecoloog de baarmoederhals zitten.

Ook wanneer er is gekozen voor een buikoperatie, kan de baarmoederhals mogelijk worden gespaard. Er kleven voordelen en nadelen aan zo'n baarmoederhalsbesparende operatie.

Voordelen van behoud baarmoederhals

De (kleine) kans dat de urineleider van de nier naar de blaas tijdens de buikoperatie wordt beschadigd, is nihil. De operatie duurt mogelijk iets korter.

Nadelen van behoud baarmoederhals

Er blijft een geringe kans op baarmoederhalskanker bestaan. Het blijft raadzaam elke vijf jaar een uitstrijkje te laten maken. Als de eierstokken behouden blijven, en dat is meestal het geval, blijft tien procent kans bestaan op licht bloedverlies tijdens de menstruatieperiode. Wanneer zich in de baarmoederhals baarmoederslijmvlies heeft genesteld (endometriose), dan wordt dat weefsel maandelijks onder invloed van hormonen in de eierstokken aangezet tot kleine bloedingen.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het voor het vrijen en plassen geen verschil maakt of de baarmoederhals wel of niet wordt weggenomen.

Eierstokken

Het verwijderen van de eierstokken betekent dat u direct na de operatie in de overgang komt. Wanneer u nog niet in de overgang bent, is het daarom beter de eierstokken te laten zitten. Een enkele keer ontdekt de gynaecoloog tijdens de ingreep dat er afwijkingen zijn aan de eierstokken. Als de afwijking zich beperkt tot één eierstok, neemt de gynaecoloog die weg. Als blijkt dat beide eierstokken zijn aangedaan, dan probeert de gynaecoloog zoveel mogelijk weefsel van de eierstokken te sparen, zodat een vroegtijdige overgang kan worden voorkomen.

Het is belangrijk dat u, voor de operatie, al uw verwachtingen, wensen en ideeën met uw gynaecoloog bespreekt.

Vorbereiding

U wordt meestal op de dag van de operatie opgenomen. Geruime tijd voordat u onder narcose gaat, mag u niet meer eten, drinken en roken, dit wordt u verteld door de anesthesioloog. Meer daarover leest u in de folder Opname, die u krijgt uitgereikt wanneer u een afspraak maakt voor de opname. Als u op de verpleegafdeling opgenomen wordt wacht u daar tot u voor operatie mag.

Na de operatie

Na de operatie wordt u wakker op de uitslaapkamer. Uw bloeddruk, het hartritme en de urineproductie worden gecontroleerd. Ook wordt gekeken of u pijn heeft. Indien u pijn heeft, krijgt u medicijnen toegediend. U heeft nog een infuus en een blaaskatheter. Als alle controles goed zijn, kunt u terug naar de verpleegafdeling.

Terug op de verpleegafdeling

Ook hier worden de controles voortgezet, maar minder frequent. De verpleegkundige helpt u met de verzorging. U kunt, als u niet misselijk bent, beginnen met drinken. Als dit goed gaat mag u ook rustig aan beginnen met eten. 's Avonds krijgt u een injectie in het bovenbeen om trombose te voorkomen.

Na een operatie via de buikwand door middel van een snede (abdominaal) wordt er over het algemeen een morfinepomp gegeven, dit kan via een slangetje in u rug zijn of via het infuus. Dit blijft aan tot dat het pijnteam zegt dat u zonder kan. Het pijnteam loopt dan ook iedere dag bij u langs. Meestal duurt de opname rond de 4 dagen.

Na een laparoscopische operatie kunt u last hebben van buikpijn. Indien nodig kunt u een pijnstillertje krijgen. De pijn is meestal aan het eind van de dag van de ingreep verdwenen. Ook kan pijn in de schouder voorkomen doordat koolzuurgas in de buik is geblazen. De wondjes in uw buik zijn gehecht. Voordat u wordt ontslagen uit het ziekenhuis, hoort u of de hechtingen moeten worden verwijderd, of dat ze vanzelf oplossen. U kunt met de hechtingen gewoon douchen. Meestal duurt de opname rond de 2 dagen.

Tijdens de dagen na de ingreep kunt u wat vaginaal bloed verliezen. Het is beter tot zes weken na de operatie te wachten met baden, tampons en seksueel contact. De inwendige hechtingen in de top van de schede zijn dan goed geheeld.

Bij helder rood bloedverlies, hevige buikpijn of koorts moet u contact opnemen met uw gynaecoloog of uw huisarts.

Na enkele weken kunt u soms via de schede een hechting verliezen. Daar hoeft u zich geen zorgen over te maken.

Adviezen voor thuis

U kunt sneller moe zijn dan voor de operatie. Het beste kunt u rust nemen. Het is belangrijk te luisteren naar de signalen van uw lichaam. Het is de eerste weken na de operatie niet verstandig om zwaar te tillen. Lichtere werkzaamheden kunt u langzaam weer oppakken. Fietsen en sporten zijn in orde, maar stop wanneer u moe wordt. Als u zich zes weken na de operatie nog steeds niet fit voelt, overleg dan met uw huisarts, arbo-arts en/of gynaecoloog.

Mogelijke complicaties op korte termijn

Na een baarmoederverwijdering kan in de top van de schede een nabloeding ontstaan. Meestal lost het lichaam dit zelf op. Uw herstel kan hierdoor iets langer duren. Soms vormt zich een stolsel dat moet worden verwijderd. Dat kan meestal via de schede.

Bij sommige vrouwen ontstaan na de operatie plasproblemen, zoals moeite met het ophouden van de urine. Dat komt doordat tijdens de operatie de blaas wordt losgemaakt van de baarmoeder. Deze problemen gaan bijna altijd vanzelf over.

Mogelijke complicaties op lange termijn

Als de baarmoeder is verwijderd, verliest u in de menstruatieperiode geen bloed meer. Alleen als de baarmoederhals is gespaard, bestaat de kans dat u maandelijks kleine bloedingen houdt. U kunt ook niet meer zwanger worden.

Is een bikinisnede gebruikt, dan kan het litteken gedurende langere tijd na de ingreep gevoelig, of juist ongevoelig zijn omdat huidzenuwen zijn doorgesneden. Dit verdwijnt meestal na verloop van tijd.

Als u voor de operatie niet in de overgang was, kunnen na de ingreep overgangsklachten als opvliegers en nachtzweeten ontstaan. Dat komt doordat de bloedvoorziening van en naar de eierstokken door de ingreep is veranderd. Bij sommige vrouwen verdwijnen deze klachten na verloop van tijd.

Soms verandert de seksuele beleving. Bij sommige vrouwen is die verandering positief: er is minder pijn bij het vrijen. Soms verandert de seksbeleving in negatieve zin. Vrouwen hebben minder zin in vrijen, de beleving van het orgasme is veranderd of de schede is minder gevoelig.

Een baarmoederverwijdering kan een rouwproces op gang brengen. Omdat de baarmoeder is weggenomen, voelen sommige vrouwen zich 'minder vrouw' omdat ze geen kinderen meer kunnen krijgen en niet meer ongesteld worden. Het is belangrijk dat u deze gevoelens serieus neemt.

Als er in uw verleden traumatische ervaringen als incest, mishandeling, verkrachting of ongewenste kinderloosheid hebben gespeeld, kunnen deze ervaringen weer opspelen. Als u dit soort ervaringen hebt gehad, is het verstandig die voor de operatie te bespreken met uw gynaecoloog.

Vragen en praten

Als u na het lezen van deze folder behoefte voelt te praten met lotgenoten, kunt u bij het Informatie Centrum Gynaecologie namen en adressen krijgen van vrouwen die deze ingreep hebben ondergaan, <https://www.icgynaecologie.nl>.

Als u na het lezen van deze folder nog vragen heeft, stelt u die dan gerust aan uw behandelend arts of huisarts. Bent u verhinderd, dan kunt u zich het beste wenden tot de afdeling waar het onderzoek plaats moet vinden.

De polikliniek Gynaecologie is bereikbaar via (010) 291 22 80.

Bij spoedgevallen belt u de triage, zij zijn 24 uur per dag bereikbaar via (010) 291 26 67.

Meer informatie staat te lezen op de website van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, <https://www.nvog.nl>.



De informatie in deze folder is belangrijk voor u. Als u moeite heeft met de Nederlandse taal, zorg dan dat u deze folder samen met iemand leest die de informatie voor u vertaalt of uitlegt.

The information in this brochure is important for you. If you have any difficulties understanding Dutch, please read this brochure together with somebody who can translate or explain the information to you.

Bu broşürdeki bilgi sizin için önemlidir. Hollandaca dilde zorlanıyorsanız, bu broşürü size tercüme edecek ya da açıklayacak biriyle birlikte okuyun.

Informacje zawarte w tym folderze są ważne dla Państwa. Jeśli język niderlandzki sprawia Państwu trudność, postarajcie się przeczytać informacje zawarte w tym folderze z kimś, kto może Państwu je przetłumaczyć lub objaśnić.

المعلومات المتواجدة في هذا المنشور مهمة بالنسبة لكم. إذا كنتم تواجهون صعوبة في اللغة الهولندية،
إحرصوا حينئذ على أن تقرأوا هذا المنشور بحضور شخص ما، الذي يترجم لك المعلومات الواردة فيه
أو بشرحها لكم.

Maasstad Ziekenhuis
Maasstadweg 21
3079 DZ Rotterdam

T: (010) 291 19 11

I: www.maasstadziekenhuis.nl / www.maasnik.nl (kinderwebsite)

I: www.maasstadziekenhuis.nl/mijn (patiëntenportaal)

