

OPERATIE VANWEGE ALVLEESKLIERKANKER

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Operatie aan de alvleesklier
 - 2.1 Wat is de alvleesklier?
 - 2.2 Behandeling
 - 2.3 Operatie
 - 2.4 Hoe verloopt de operatie?
 - 2.4.1 PPPD
 - 2.4.2 Whipple-operatie
 - 2.4.3 Pancreasstaartresectie
 - 2.4.4 Wat u verder nog moet weten...
 - 2.5 Mogelijke complicaties
 - 2.5.1 Algemene complicaties
 - 2.5.2 Naadlekkage
 - 2.5.3 Vertraagde maagontlediging
 - 2.5.4 Lekken van lymfevocht
 - 2.5.5 Nabloeding
 - 2.5.6 Nieuwe operatie of andere procedures
 - 2.5.7 Operatiesterfte
3. De opname
 - 3.1 Voorbereiding op de opname
 - 3.2 Dag van de opname
 - 3.3 De dag van de operatie
 - 3.4 Wat gebeurt er na de operatie?
 - 3.5 De uitslag van het weefselonderzoek
4. Ontslag uit het ziekenhuis
 - 4.1 Herstel thuis
 - 4.2 Mogelijke latere gevolgen van de operatie
 - 4.3 Telefonische nazorg/wanneer moet u contact opnemen?
5. Heeft u nog vragen?



1. Inleiding

Dit supplement geeft u informatie die u nodig heeft om goed voorbereid te zijn op de operatie aan uw alvleesklier. We gaan in op de opname, de operatie en het ontslag. De informatie die we hier geven is algemeen; voor u persoonlijk kan de situatie anders zijn. Heeft u na het lezen van deze informatie vragen over uw behandeling? Stelt u deze dan gerust aan uw medisch of verpleegkundig specialist.

Alvleesklierkanker, galwegkanker, dunne darmkanker (twaalfvingerige darm) en Papil van Vaterkanker

Bij kanker van de galwegen, dunne darm en de papil van Vater krijgt u vaak dezelfde onderzoeken en behandelingen als bij alvleesklierkanker. We noemen dit periampullaire tumoren. Deze types kanker vallen ook binnen dit supplement. Waar in de tekst 'alvleesklierkanker' staat, bedoelen we ook deze 'periampullaire tumoren', tenzij anders aangegeven.

SONCOS-norm

In Nederland worden afspraken gemaakt over hoeveel operaties de ziekenhuizen jaarlijks moeten uitvoeren. Dit noemen we de SONCOS-norm. Voor operaties bij alvleesklierkanker geldt dat er jaarlijks tenminste 20 operaties moeten worden uitgevoerd. In het Jeroen Bosch Ziekenhuis voeren de GE-chirurgen gemiddeld meer dan 30 operaties per jaar uit bij patiënten met alvleesklierkanker. Het gaat daarbij om PPPD, Whipple-operaties en pancreasstaartresecties. Het Jeroen Bosch Ziekenhuis voldoet dus ruimschoots aan de norm.

2. Operatie aan de alvleesklier

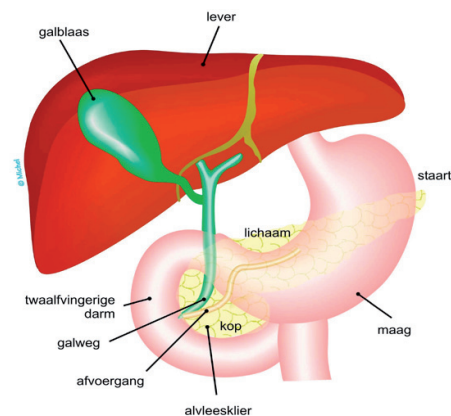
2.1 Wat is de alvleesklier?

De alvleesklier (pancreas) is een langwerpig orgaan dat boven in de buikholte ligt. De alvleesklier maakt enzymen en een aantal hormonen aan, waaronder amylase en insuline. Enzymen als amylase zijn noodzakelijk voor het verteren van voedsel. Hormonen beïnvloeden de stofwisseling, de spijsvertering en het functioneren van de darmen. Insuline bijvoorbeeld regelt onder andere de hoeveelheid suiker in het bloed.

De alvleesklier bestaat uit 3 delen:

- de staart: links in de buikholte dicht bij de milt en de linkernier;
- het lichaam of middengedeelte: dit gedeelte bevindt zich achter de maag;
- de kop: ongeveer in het midden van de buik, onder de lever en tegen de twaalfvingerige darm (duodenum), het eerste deel van de dunne darm.

In de alvleesklier loopt van de staart tot de kop een afvoerkanaaltje. Dit kanaaltje mondt uit in de 'papil van Vater'. Deze papil bevindt zich op de kop van de alvleesklier, in de wand van de twaalfvingerige darm. De enzymen die de alvleesklier aanmaakt, komen terecht in het afvoerkanaaltje van de alvleesklier en lopen via de papil van Vater in de twaalfvingerige darm. Daar werken ze mee aan de vertering van het voedsel. De verteringsproducten die zo vrijkomen (onder andere koolhydraten, eiwitten en vetten) worden via de darmwand opgenomen in het bloed.



2.2 Behandeling

- Wanneer een behandeling is gericht op het genezen van een patiënt, noemen we dat een curatieve behandeling. De enige curatieve behandeling bij alveesklierkanker is een operatie, eventueel aangevuld met chemotherapie.
- Als een behandeling bedoeld is om de ziekte te remmen en om de klachten te verminderen, dan spreken we van een palliatieve behandeling.

Deze informatie gaat over de operatieve behandeling van alveesklierkanker. Als u voor een operatie in aanmerking komt, krijgt u hierover een gesprek met de chirurg en de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialist is steeds uw aanspreekpunt. Bij haar kunt u terecht voor ondersteuning en met uw vragen.

2.3 Operatie

Een operatie is mogelijk als de tumor niet is uitgezaaid. Minder dan eenderde van alle patiënten met alveesklierkanker komt voor een operatie in aanmerking. De operatie wordt uitgevoerd door een gespecialiseerde chirurg.

Het komt helaas voor dat tijdens de operatie blijkt dat de tumor niet kan worden verwijderd. De chirurg maakt dan een bypass (omleiding) zodat de klachten die de tumor veroorzaakt, verminderen. In uiterste situaties kan de chirurg niets verwijderen of omleiden. De operatie zal hierop beëindigd worden.

2.4. Hoe verloopt de operatie?

Er zijn verschillende soorten operaties bij alveesklierkanker:

- PPPD (pylorus-sparende pancreaticoduodenectomie);
- Whipple-operatie
- Pancreasstaartresectie

Duur van de operatie

- De PPPD/Whipple-operatie duurt meestal rond de 3 tot 6 uur, maar kan langer duren afhankelijk van de omstandigheden. Wanneer tijdens de operatie blijkt dat de tumor helaas toch niet verwijderd kan worden, dan duurt deze meestal korter.
- De pancreasstaartoperatie duurt meestal rond de 2,5 uur.

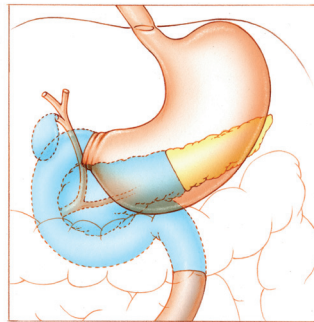
Direct na de operatie belt de chirurg naar uw contactpersoon. Zelf spreekt u de chirurg aan het einde van de dag op de Intensive care, wanneer u weer goed wakker bent.

Wijze van opereren

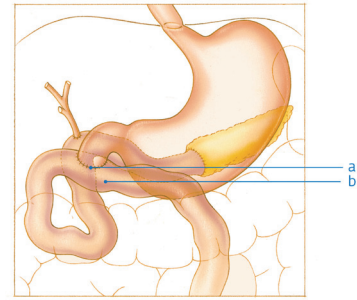
De operatie gaat meestal via een flinke dwarse snede in de bovenbuik. Soms voeren we de operatie uit met een kijkbuis (laparoscopisch) via enkele kleine sneetjes. Het voordeel hiervan is dat u na de operatie sneller herstelt. Ook houdt u minder littekens over aan de operatie. Uw behandelend chirurg vertelt of u in aanmerking komt voor een kijkbuisoperatie.

2.4.1 PPPD

Bij een PPPD verwijdert de chirurg het deel van de alveesklier waarin de tumor zit, maar ook de twaalfvingerige darm, de galblaas en een groot deel van de grote galbuis. Tegenwoordig kan de maag bij deze operatie meestal worden gespaard. De maagsluitspier wordt dan op de dunne darm aangesloten.



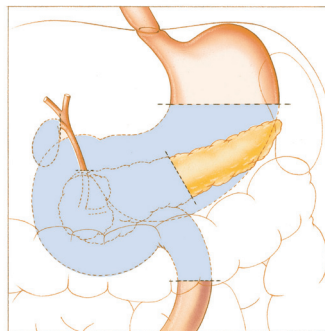
De gekleurde gedeelten worden bij een maag-sparende operatie verwijderd



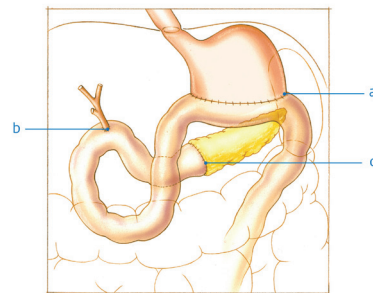
Situatie na een maagsparende operatie
a. maagsluitspier
b. dunne darm

2.4.2 Whipple-operatie

Bij een Whipple-operatie wordt wél (een gedeelte van) de maag verwijderd. Het resterende stuk van de alvleesklier, de galweg en het resterende deel van de maag worden weer verbonden met de dunne darm.



De gekleurde gedeelten worden bij een niet-maagsparende operatie verwijderd



Situatie na een niet-maagsparende operatie
a. maag aan dunne darm
b. afvoerkanaal lever aan dunne darm
c. alvleesklierstaart aan dunne darm

2.4.3 Pancreasstaartresectie

Bij tumoren die in het middendeel of de staart van de alvleesklier liggen, verwijdert de chirurg de staart en vaak ook de milt (soms hoeft de milt niet te worden weggehaald). De kop en de twaalfvingerige darm blijven zitten.

Als u geen milt meer heeft, heeft u uw leven lang een grotere kans op infecties. U krijgt daarom rondom de operatie 3 vaccinaties. Verder krijgt u jaarlijks de grieprik. In de eerste 2 jaar na de operatie kijkt u dagelijks een lage dosis antibiotica.

2.4.4 Wat u verder nog moet weten...

Lymfeklieren

Bij de operatie haalt de chirurg ook de lymfeklieren rondom de alvleesklier weg. Behalve de tumor nemen we dus ook schijnbaar gezond weefsel daaromheen weg. Dit gebeurt omdat tijdens de operatie niet te zien is of het weefsel net buiten het tumorgebied vrij is van kankercellen.

Drain

Tijdens de operatie brengen we een slangetje (drain) aan. Hierdoor kan het overtollig wondvocht weglopen. Dit wondvocht laten we op de tweede en de vierde dag onder-

zoeken. Als er geen amylase in het wondvocht zit, zijn de nieuwe verbindingen goed gesloten. Amylase zit namelijk in de alveeskliersappen.

Bypassoperatie

Soms blijkt tijdens de operatie dat de tumor niet te verwijderen is. Dit komt voor bij ongeveer 10 procent van de operaties bij alveesklierkanker. De chirurg kan er dan voor kiezen om 1 of 2 bypasses aan te leggen. Dit zijn omleidingen die ervoor zorgen dat u minder last heeft van de tumor. De chirurg legt bijvoorbeeld een omleiding aan als door de tumor de gal niet kan weglopen. U heeft dan geen last meer van geelzucht. Als uw maaguitgang dichtgedrukt dreigt te worden door de tumor, krijgt u ook een bypass. De chirurg verbindt dan de maag met de dunne darm.

Een bypassoperatie is dus niet genezend, maar palliatief: om klachten te verminderen.

2.5 Mogelijke complicaties

2.5.1 Algemene complicaties

Net zoals bij iedere grote buikoperatie is er kans op algemene complicaties. Bijvoorbeeld een wondinfectie, blaasontsteking, trombose, longontsteking, longembolie, verklevingen of een maagzweer. Meestal kunnen we dit met medicijnen behandelen. Bij een wondinfectie moeten we soms een deel van de nietjes verwijderen en spoelen we de open wond dagelijks schoon.

2.5.2 Naadlekkage

Een ernstige complicatie die kan ontstaan is een lekkage bij de verbinding van de geopereerde organen (naadlekkage). Daarbij lekt er alveeskliersap, maagsap, dunne-darmsap of gal in de buik. Als dat gebeurt, ontstaat er vaak een ernstige ontsteking in het operatiegebied. Soms ontstaat er een abces (een zwelling gevuld met pus) en heel soms een plotselinge bloeding.

Bij lekkage is het belangrijk dat de drains (slangetjes) dit lekkende vocht geheel naar buiten afvoeren. Daarmee verloopt de lekkage relatief mild en kan deze genezen zonder operatie of andere behandeling. Maar als het lekkende vocht niet goed genoeg wordt afgevoerd, kunt u heel ziek worden. Soms is dan een opname nodig op de Intensive care. U krijgt dan altijd antibiotica rechtstreeks in de ader toegediend. Vaak moeten we dan ook een extra drain plaatsen via een punctie in de buik, of moeten we u opnieuw opereren.

Naadlekkages genezen uiteindelijk meestal vanzelf, maar dit kan soms vele weken duren. Al die tijd moet er een drain in uw buik blijven om het lekkende vocht naar buiten af te voeren. Heel soms is de naadlekkage van de alveesklier niet met extra drains onder controle te krijgen en wordt u ernstig ziek. Dan moeten we soms ook de staart van de alveesklier operatief verwijderen. Het gevolg is dat dan voor altijd afhankelijk bent van insuline (diabetespatiënt wordt).

2.5.3 Vertraagde maagontlediging

Na de operatie leegt de maag zich soms tijdelijk niet zo goed. Hierdoor gaat het eten moeilijker en kunt u misselijk zijn. Een andere naam hiervoor is vertraagde maagontlediging of gastroparese. De kans hierop is na deze operatie ongeveer 30%. Dit gaat vanzelf over, maar u krijgt dan intussen tijdelijk sondevoeding via de voedingslang. Soms duurt dit wel een aantal weken; dan verblijft u langer in het ziekenhuis.

2.5.4 Lekken van lymfevocht

Via de drains kan er lymfevocht (chylus) vanuit het wondgebied in de buik naar buiten lekken. Dit gaat vanzelf weer over. U krijgt dan tijdelijk extra vocht toegediend en een aangepast dieet (of sondevoeding).

2.5.5 Nabloeding

Een nabloeding kan optreden in de eerste dagen na de operatie. Soms is hiervoor een operatie nodig, maar meestal stopt de bloeding vanzelf. Vaak is wel een bloedtransfusie nodig. Heel soms kan een nabloeding veel later optreden, na enkele weken (meestal in combinatie met een langer bestaande naadlekkage) en kan dan ernstig verlopen.

2.5.6 Nieuwe operatie of andere procedures

Bij een ernstige complicaties kan opnieuw een operatie noodzakelijk zijn of een andere behandeling.

2.5.7 Operatiesterfte (mortaliteit)

Er is een kleine kans om aan de operatie te overlijden (1-2%) als er ernstige complicaties optreden. Dit risico is relatief wat groter bij oudere mensen met een beperkte conditie en met bijkomende aandoeningen, zoals hart- of longziekten.

3. De opname

3.1. Voorbereiding op de opname

PreOperatieve Screening

Om u goed en veilig voor te bereiden op de operatie, bezoekt u een tijdje voor de operatie het Centraal Apotheek Punt (CAP) en de afdeling POS/Intake. Deze afdelingen bevinden zich alleen op onze locatie in 's-Hertogenbosch. Het bezoek aan het CAP duurt maximaal 20 minuten. De afspraak op de afdeling POS/Intake duurt ongeveer 1 uur. Let op! Het is belangrijk dat u naar de afspraak bij het CAP gaat; ook als u geen medicijnen gebruikt.

- Op www.jbz.nl/pos leest u meer over dit bezoek.
- Op www.jbz.nl/anesthesiologie leest u meer over de verdoving en bewaking tijdens de operatie. Als u hierover vragen heeft, kunt u deze bespreken tijdens uw bezoek aan de afdeling POS/Intake.
- Op de afdeling POS/Intake krijgt u een informatieboekje mee. Hierin leest u belangrijke informatie die u nodig heeft bij de voorbereiding op uw opname. Lees dit boekje goed door!

De operatiedatum

Een werkdag voor de operatie/opname belt een medewerker van het Planbureau u 's middags op om door te geven hoe laat we u in het ziekenhuis verwachten voor de opname.

Fysiotherapie

U brengt voor de opname ook een bezoek aan de fysiotherapeut in het ziekenhuis. Deze geeft u voorlichting over het bewegen en ademen na de operatie. Ook kijkt de fysiotherapeut of u fit genoeg bent voor de operatie. Als dat nodig is, krijgt u oefeningen mee voor thuis.

Wat neemt u mee bij opname?

- Uw geldig legitimatiebewijs.

- Uw patiëntenpas van het Jeroen Bosch Ziekenhuis.
- Toiletartikelen / nachtkleding / dagkleding.
- Gemakkelijke schoenen die wel stevig aan de voet zitten, zonder gladde zool.
- Het telefoonnummer van uw contactpersoon.
- Uw medicijnen van thuis.
- Uw Actueel Medicatie Overzicht (AMO). Het is voor uw arts belangrijk te weten welke medicijnen u thuis gebruikt. Uw apotheek kan dit AMO voor u uitprinten.
- Een kopie van uw eventuele wilsbeschikking.

Medicatiegegevens delen

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis kan digitaal uw historisch medicatieoverzicht opvragen, maar alleen als u daar toestemming voor heeft gegeven. Deze toestemming regelt u bij alle apotheken waar u uw medicatie ophaalt, of online via www.ikgeeftoestemming.nl

Nuchter zijn

Het is heel belangrijk dat u voor de operatie nuchter bent. Dit betekent dat u de nacht vóór uw operatie vanaf 24.00 uur niet meer mag eten, drinken of roken.

3.2 Dag van opname

In principe wordt u opgenomen op de dag van de operatie. Soms is er een (medische) reden om u al de dag vóór de operatie op te nemen in het ziekenhuis. De arts of de verpleegkundig specialist bespreekt dat met u.

Op de dag van de opname gaat u eerst naar de polikliniek Bloedafname (gebouw B, verdieping 0, ontvangst 3) om bloed te laten prikken. Daarna meldt u zich bij de balie op afdeling A7 Noord (de balie bevindt zich midden op de afdeling).

De verpleegkundige komt bij u voor een opnamegesprek.

- De verpleegkundige bespreekt onder andere met u wat uw thuissituatie is en wie uw contactpersoon is. Zij noteert het telefoonnummer van deze persoon. Wij raden u aan om hier iemand voor te vragen die goed bereikbaar is. Het ziekenhuis verstrekt alleen informatie aan uw contactpersoon. Het is de bedoeling dat de contactpersoon andere familieleden/naasten informeert over uw situatie als daar behoefte aan is.
- Verder geeft de verpleegkundige u uitleg over de gang van zaken op de afdeling en wat u tijdens uw opname kunt verwachten.

3.3 De dag van de operatie

- Bent u de dag voor de operatie al opgenomen in het ziekenhuis, dan kunt u op de dag van de operatie 's ochtends nog gewoon douchen.
- Kort voor de operatie krijgt u een operatiejasje aan. U mag geen make-up, sieraden of gebitsprothese dragen. Gehoorapparaten mag u wel inhouden.
- Zodra u aan de beurt bent, brengt de verpleegkundige u in bed naar het operatiecentrum.

De operatie vindt plaats onder algehele narcose. Vlak voor de narcose krijgt u van de anesthesioloog een epidurale verdoving (ruggenprik). Hiermee kunnen we pijn van de buik en het wondgebied bestrijden in de eerste dagen na de operatie.

3.4 Wat gebeurt er na de operatie?

Na de operatie verblijft u meestal 3 dagen op de afdeling Intensive Care. Als uw toestand dit toelaat, wordt u teruggebracht naar de verpleegafdeling Chirurgie, waar u verder kunt herstellen.

Hulpmiddelen

Direct na de operatie bent u door een aantal slangen verbonden met apparaten. Dat kunnen zijn:

- een infuus in de hals, voor het toedienen van vocht en medicijnen;
- een dun slangetje in uw rug voor pijnbestrijding (epiduraal katheter);
- een slangetje (sonde) in uw neus, dat via de slokdarm in de (resterende) maag ligt en ervoor zorgt dat het overtollige maagsap af kan lopen;
- een dun, flexibel slangetje via de neus (triple lumen sonde) of in de buik (jejunostomie-katheter) voor het toedienen van voeding;
- mogelijk 1 of meer drains in uw buik voor afvoer van eventueel bloed en inwendig wondvocht;
- een slangetje via uw plasbuis in uw blaas (blaaskatheter) voor afloop van urine.

Naarmate u verder herstelt na de operatie, kunnen we al deze hulpmiddelen verwijderen.

Wonden

Bij een 'open' alvleesklieroperatie loopt de wond in een 'boog' van links naar rechts over uw bovenbuik. Bij een laparoscopische operatie (kijkbuisoperatie) zijn het 4 tot 5 kleine sneetje in combinatie met 1 groter sneetje om de tumor te verwijderen. De eerste 2 dagen zit er een pleister op de wonden.

Voeding

Als de darmen weer op gang komen, kunt u langzaamaan weer gaan eten. U begint met heldere vloeistoffen en vloeibare voeding. Geleidelijk gaat u over naar vaste voeding. In het begin kunt u maar kleine porties eten. Hierdoor krijgt u onvoldoende voedingsstoffen binnen. Het is dan belangrijk dat u op een andere manier extra voeding binnenkrijgt. Dit kan via een infuus of met een speciale voedingssonde (via de neus of via de buik). De voedingssonde via de neus brengen we tijdens de operatie in. Het slangetje zit in de dunne darm. Als u weer gewoon kunt eten, verwijderen we het slangetje.

Verzorging van de voedingssonde

De voedingssonde in de neus of de buik spuiten we minstens 4 keer per dag door met kraanwater. Zo gaat het slangetje niet dichtzitten. Het doorspuiten doen we het liefst op vaste tijden en in ieder geval:

- vóór en na het toedienen van een pak sondevoeding;
- bij elke verwisseling van een pak sondevoeding;
- vóór en na het toedienen van medicijnen via de sonde;
- bij het afkoppelen van een pak sondevoeding.

3.5 De uitslag van het weefselonderzoek

Na ongeveer een week is de definitieve uitslag van het weefselonderzoek bekend. Wij begrijpen dat het wachten hierop voor u en uw familie/naasten erg spannend kan zijn.

De chirurg bespreekt de uitslag met u. De chirurg bespreekt ook met u wat uw vooruitzichten zijn en of er een vervolgbehandeling nodig is. Als u nog bent opgenomen is de verpleegkundige ook aanwezig bij dit gesprek. U kunt dan na afloop nog napraten

en eventuele vragen stellen. Als u eerder al met ontslag bent gegaan, maken we een afspraak voor u op de polikliniek voor dit gesprek.

Oncologiebespreking

Een keer per week is er een oncologiebespreking in ons ziekenhuis. Hierbij zijn onder andere de chirurg, de oncoloog, de patholoog, de radioloog en de radiotherapeut aanwezig. Zij bespreken de situaties van mensen bij wie kanker is vastgesteld en overleggen of er een vervolgbehandeling nodig is en welke behandeling dan het beste is.

4. Ontslag uit het ziekenhuis

Als alles goed gaat, kunt u 10 tot 14 dagen na de operatie het ziekenhuis verlaten.

Voordat u met ontslag gaat, bekijkt de verpleegkundige samen met u of u thuis hulp nodig heeft. De meeste mensen kunnen zelfstandig functioneren en hebben alleen ondersteuning nodig bij het huishouden en de boodschappen. Mocht er toch verpleegkundige zorg nodig zijn, dan regelt de afdelingsverpleegkundige dit in overleg met u. De verpleegkundige schakelt hiervoor zo nodig de afdeling Medisch Maatschappelijk Werk en Transferpunt in. Ook vraagt de verpleegkundige u naar uw ervaringen in het ziekenhuis.

Op de dag van ontslag krijgt u afspraken mee voor het eerstvolgende bezoek aan de polikliniek bij de chirurg en /of verpleegkundig specialist. We zorgen ervoor dat u medicijnen en/of verbandmiddelen thuis krijgt. We overleggen met u op welke wijze dat gebeurt.

4.1 Herstel thuis

Thuis zult u nog een tijdje nodig hebben om te herstellen. Het duurt nog zeker 3 maanden voordat u zich weer helemaal goed voelt.

- De eerste 6 weken is het verstandig de buikspieren te ontlasten. Buikspieren worden belast door tillen, buigen, reiken, duwen, fietsen en persen. Wacht zeker 6 weken met het regelmatig tillen van zware voorwerpen.
- Uw kleding kan wat strakker zitten omdat uw buik wat opgezet kan zijn.
- Bewegen is belangrijk. Ga regelmatig rustig wandelen. Luister wel naar uw lichaam en neem op tijd rust. Langzaam mag u de afstand die u wandelt gaan uitbreiden. U kunt bijvoorbeeld wat verder en langer buitenshuis wandelen. Na ongeveer 12 weken kunt u weer even goed wat langere afstanden wandelen als voor de operatie.
- De eerste 4 tot 6 weken moet u het met fietsen rustig aan doen, om de wond goed te laten genezen. Daarna heeft u geen beperkingen.
- De eerste weken na de operatie moet u voorzichtig zijn met traplopen. Na een kijkoperatie kunt u na ongeveer 2 weken weer goed traplopen. Na een open operatie duurt dit ongeveer 4 weken.
- Afhankelijk van hoe u zich voelt, kunt u uw activiteiten en sporten weer langzaam op gaan pakken. Tijdens het eerste bezoek op de polikliniek na ontslag kunt u hierover advies vragen aan de verpleegkundig specialist of aan de chirurg.
- Het hervatten van uw werk gaat in overleg met uw bedrijfsarts. Meestal kunt u na 3-6 maanden uw werk weer hervatten.

4.2 Mogelijke latere gevolgen van de operatie

Vetdiarree

Vetdiarree kan ontstaan doordat de vertering van vet minder goed gaat. Voor een goede vertering van vetten zijn enzymen uit alvleeskliersap en galvloeistof nodig. Door een tekort aan de enzymen wordt vet minder goed verteerd. U kunt dan last hebben van dunne, vettige ontlasting en ondergewicht. Om dit tekort aan te vullen, krijgt u een recept mee voor enzym-capsule. Die moet u - blijvend - bij iedere maaltijd innemen.

Gewichtsverlies

Gewichtsverlies van 5-10% treedt meestal op in de weken direct na de operatie. Normaal gesproken komt u langzaam, na 1-2 maanden, weer terug in de buurt van het oorspronkelijke gewicht.

Dumpingsyndroom

Het dumpingsyndroom kan ontstaan bij mensen bij wie ook een deel van de maag verwijderd is. Voedsel komt bij hen veel sneller dan normaal in de dunne darm terecht. Dit kan klachten veroorzaken zoals een vol gevoel, darmkrampen, diarree, hartkloppingen, duizeligheid, trillen en zweetaanvallen.

Diabetes (suikerziekte)

Wanneer een deel van de alvleesklier verwijderd is, ontstaan soms problemen met de bloedsuikerspiegel waarvoor insuline-medicijnen noodzakelijk zijn. De alvleesklier speelt namelijk een belangrijke rol bij het reguleren van de bloedsuikerspiegel. Vooral mensen met overgewicht, pancreatitis (alvleesklierontsteking) en al bestaande ouderdomsdiabetes hebben een verhoogd risico. Tijdens uw opname in het ziekenhuis controleren we regelmatig uw bloedsuikers en komt de diabetesverpleegkundige bij u langs.

Wondproblemen

Wondproblemen, bijvoorbeeld een littekenbreuk, kunnen bij klachten operatief hersteld worden.

Verwerking

Mogelijk komt u nu of straks thuis pas toe aan de emotionele verwerking van alles wat er is gebeurd. Probeer uzelf de tijd en ruimte te gunnen om toe te geven aan emoties en deze te delen met de mensen om u heen.

4.3 Telefonisch nazorg/wanneer moet u contact opnemen?

Enkele dagen na ontslag neemt de verpleegkundig specialist telefonisch contact met u op om te horen hoe het met u gaat.

Mocht u thuis problemen ervaren met de wond of andere zaken, dan kunt u hiervoor met het ziekenhuis bellen:

- Tijdens kantooruren: polikliniek Chirurgie: (073) 553 60 05 of de verpleegkundig specialist oncologie: (073) 553 82 25 (bereikbaar op werkdagen van 9.00 - 10.30 uur; alleen bij spoed kunt u ook na 10.30 uur bellen).
- Buiten kantooruren belt u met de verpleegafdeling Chirurgie A7: (073) 553 20 23 of de afdeling Spoedeisende Hulp (073) 553 27 00.

5. Heeft u nog vragen?

Stel uw vragen gerust aan uw behandelend specialist en/of huisarts. U mag ook bellen met een van de verpleegkundig specialisten oncologie: (073) 553 82 25.

Meer informatie

Voor meer informatie over alveesklierkanker kunt u ook terecht bij:

- KWF (Koningin Wilhelmina Fonds/Kankerbestrijding). Het telefoonnummer is: (0800) 022 66 22 (ma t/m vrij van 09.00 - 18.00 uur). Website: www.kanker.nl
- Stichting voor Patienten met Kanker aan het Spijsverteringskanaal (SPKS). Het telefoonnummer is (088) 002 9775. Website: www.spks.nfk.nl
- Alveeskliervereniging (Patiëntenvereniging). Telefonische informatie en hulplijn (0900) 258 53 37. Website: www.alveeskliervereniging.nl