



Gastroscoopie met endoscopische mucosale resectie (EMR)

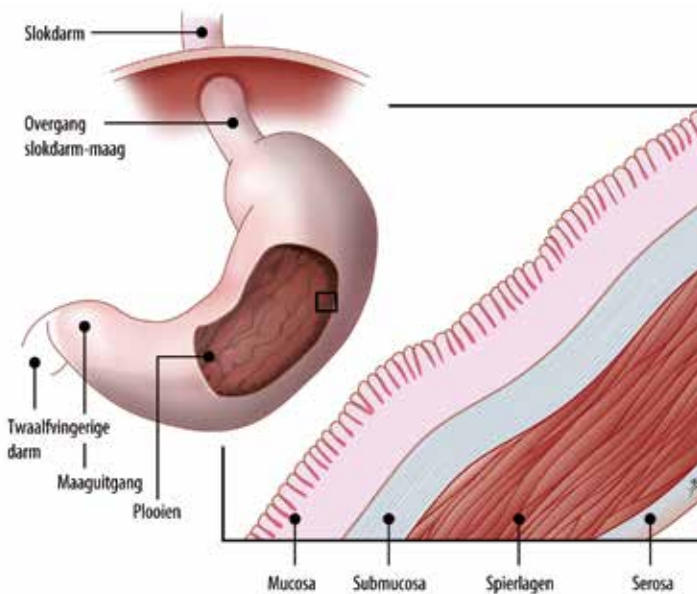
informatie voor patiënten

WAT IS EEN GASTROSCOPIE?

Bij een gastroscopie wordt de binnenzijde van de slokdarm, de maag en een stukje van de dunne darm (twaalfvingerige darm) onderzocht.

Een gastroscoop is een soepele buis (sonde) met een camera die een kleurenbeeld van de binnenzijde van de slokdarm, de maag en de dunne darm toont op een televisiescherm. Doorheen de gastroscoop kunnen andere instrumenten ingebracht worden voor het afnemen van weefselstalen (voor onderzoek onder de microscoop). Ook kan via de gastroscoop lucht ingeblazen worden en kunnen speeksel en maagvocht afgezogen worden om het zicht te verbeteren.

WAT IS EEN ENDOSCOPISCHE MUCOSALE RESECTIE?



Bij een endoscopische mucosale resectie (kortweg EMR) wordt een deel van de bovenste slijmvlieslaag van de wand van de slokdarm, de maag of het eerste deel van de dunne darm via de endoscoop verwijderd.

WANNEER WORDT EEN ENDOSCOPISCHE MUCOSALE RESECTIE TOEGEPAST?

Een EMR wordt uitgevoerd bij patiënten met een letsel (dysplasie of kanker) in een heel vroeg stadium in de slokdarm, de maag of het eerste deel van de dunne darm. Letsels die zich beperken tot de bovenste slijmvlieslaag (ook wel 'mucosa' genoemd) van de wand van de slokdarm, de maag of de dunne darm kunnen goed behandeld worden met een EMR.

Dysplasie: een voorstadium van kanker. We maken een onderscheid in laaggradige dysplasie en hooggradige dysplasie. Dit onderscheid geeft de mate van onrust in de cellen aan. Bij hooggradige dysplasie is er meer onrust in de cellen dan bij laaggradige dysplasie.

In het verleden werden mensen met dysplasie en/of kanker in een vroeg stadium behandeld met een operatie, waarbij de slokdarm, de maag en/of de dunne darm (grotendeels) werden verwijderd. Deze operaties geven echter regelmatig complicaties, zeker bij patiënten met hart- of longaandoeningen en bij oudere patiënten. Bovendien heeft een dergelijk grote ingreep invloed op het dagelijks leven van de patiënt.

Een EMR is een behandeling die minder ingrijpend is. Het is een goed alternatief voor een operatie, maar alleen voor mensen met letsels van de slokdarm, de maag of het eerste deel van de dunne darm die zich tot de bovenste slijmvlieslaag van de wand beperken.

DOET EEN GASTROSCOPIE MET ENDOSCOPISCHE MUCOSALE RESECTIE PIJN?

Een gastroscopie met EMR wordt altijd uitgevoerd onder sedatie of algemene verdoving (anesthesie).

Sedatie

Bij sedatie krijgt u een verdovend middel toegediend via een injectie in de arm. Sedatie is een heel lichte vorm van algemene verdoving, die gebruikt wordt bij onaangename of pijnlijke onderzoeken zoals endoscopieën. De veiligheidsvoorwaarden zijn dezelfde als voor de algemene anesthesie.

Algemene verdoving

Soms kan het nodig zijn dat de gastroscopie met EMR gebeurt onder algemene anesthesie. Een algemene verdoving of anesthesie maakt iemand onbewust en ongevoelig voor pijn door de toediening van geneesmiddelen die op de hersenen en de spieren inwerken. Deze geneesmiddelen worden toegediend via een ader of via een masker op het gezicht. Op het einde van de procedure zal de arts-anesthesist de toediening van deze geneesmiddelen stoppen, waardoor u weer wakker wordt.

Zoals bij een algemene verdoving in de operatiezaal moet u bij een gastroscopie onder algemene verdoving altijd een anesthesievragenlijst invullen. Deze kunt u thuis invullen en terugsturen naar de raadpleging pre-anesthesie, Herestraat 49, 3000 Leuven. Afhankelijk van uw leeftijd en/of gezondheidstoestand kunt u uitgenodigd worden om naar de raadpleging pre-anesthesie te komen. U kunt ook zelf een afspraak maken op het nummer 016 34 48 13.

VOORBEREIDING

- 1 Er wordt op voorhand een **opname** voor één nacht gepland. U wordt door de opnamedienst de dag voor de opname verwittigd of er een bed voor u beschikbaar is en de behandeling kan doorgaan.
- 2 Voor een gastroscopie met EMR moet u **nuchter** zijn vanaf middernacht (dit betekent niet eten, drinken, roken of medicatie innemen). Dit om te vermijden dat vocht of resten van voedsel tijdens het onderzoek naar uw longen kunnen lopen, met een ernstig risico op ademhalingsproblemen.
- 3 Het is belangrijk om vóór het onderzoek te weten of u **bloedverdunnende medicatie** (tabletten of injecties) neemt. U bespreekt best op voorhand met de behandelende arts die de EMR zal uitvoeren of u al dan niet met deze medicatie moet stoppen, en zo ja, hoelang op voorhand. Bij twijfel contacteert u op voorhand de dienst endoscopie (tel. 016 34 33 51). Na de gastroscopie bespreekt de behandelende arts met u wanneer u de medicatie terug mag starten, in functie van de bevindingen tijdens het onderzoek.
- 4 U moet ook een vragenlijst invullen om de arts te informeren over uw **algemene gezondheidstoestand** en over de inname van **medicatie**. Het is immers belangrijk dat de arts op de hoogte is van andere gezondheidsproblemen, in het bijzonder hart- en/of longproblemen, pacemaker, defibrillator, hartkunstkleppen, diabetes, eventuele zwangerschap, borstvoeding, besmettelijke aandoeningen, allergie voor medicatie en risico op vallen.

- 5 Op uw heup komt een kleefpleister (aardingsplaat). Deze is nodig voor de geleiding van de stroom die gebruikt wordt bij het verwijderen van de aangetaste slijmlaag. De pleister kan koud aanvoelen. Als u heuprothesen hebt in beide heupen, wordt de aardingsplaat op de onderrug aangebracht.

VERLOOP VAN EEN GASTROSCOPIE MET EMR

Bij het begin van het onderzoek gaat u op de zijkant van de onderzoekstafel zitten en wordt uw keel met een spray verdoofd. Hierdoor voelt uw keel dik aan zoals bij een verdoving bij de tandarts, maar u kunt normaal blijven ademen.

Het onderzoek gebeurt altijd onder sedatie of algemene verdoving.

Het onderzoek duurt 30 tot 60 minuten.

Het onderzoek begint terwijl u op de linkerzij ligt. De verpleegkundige plaatst een mondstuk in uw mond waarop u mag bijten. Dit mondstuk wordt door een elastiek rond uw hoofd op zijn plaats gehouden. Nadien wordt de gastroscoop ingebracht.

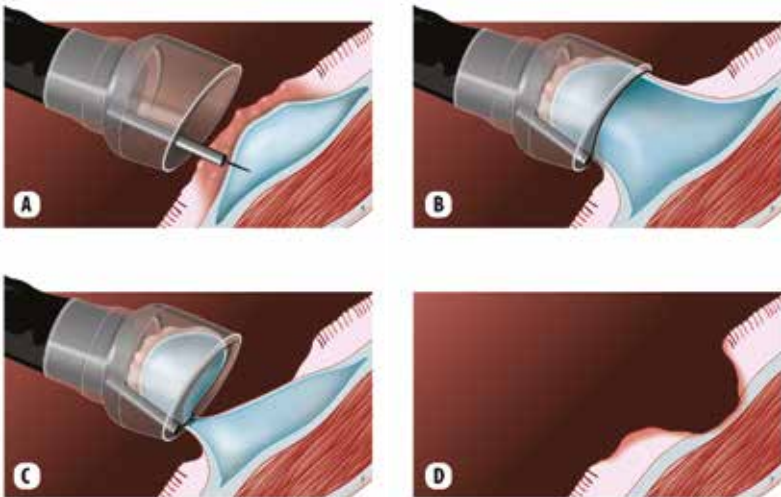
Tijdens het onderzoek kan het zijn dat u de ingeblazen lucht gaat opboeren (deze lucht is nodig om de slokdarm open te blazen om voldoende te kunnen zien). Probeer u nadien terug op uw ademhaling te concentreren door rustig in en uit te ademen.

We streven ernaar om alle onderzoeken volgens de hoogste kwaliteitsnormen uit te voeren, waarbij we gebruik maken van up-to-date materiaal.

DE BEHANDELING: EMR

EMR is een verzamelnaam van verschillende technieken waarmee de oppervlakkige slijmvlieslaag van de wand van de slokdarm, de maag of het eerste deel van de dunne darm kan worden verwijderd. We bespreken hier de meestgebruikte technieken.

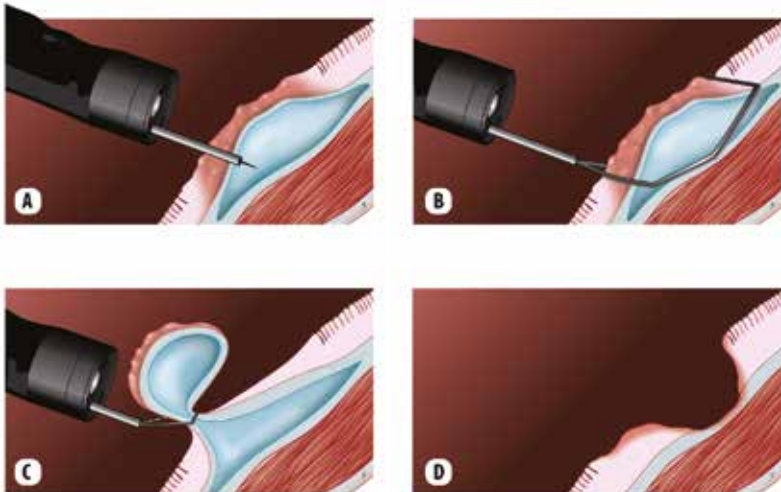
- 1 Bij de eerste techniek wordt er met behulp van een dunne naald vloeistof gespoten onder het vroegtijdige letsel (A). Hierdoor ontstaat er een vochtkussen. Dit vochtkussen wordt opgezogen in een doorzichtig kapje aan het uiteinde van de scoop (B). Vervolgens wordt een lus gelegd om het bolletje en zachtjes aange-trokken (C). Door de draad wordt stroom geleid waardoor het bolletje wordt afgesneden van de onderlaag (D). Afhankelijk van de grootte van het kapje kunnen er weefselstukken verwijderd worden met een grootte variërend van een muntstuk van één tot twee euro.



- 2 Bij de tweede techniek zit er ook een kapje op het uiteinde van de scoop bevestigd, maar dit kapje is een stuk kleiner dan dat van de eerste techniek. Op het kapje zitten elastiekjes gespannen (A). Het letsel wordt in het kapje gezogen (B) en vervolgens wordt er een elastiekje omheen geschoten (C). Daarna wordt een lus gelegd rond het ontstane bolletje en door de lus wordt stroom geleid (D), waardoor het bolletje afgesneden wordt van de onderlaag (E). Met deze techniek worden er kleinere stukjes weefsel weggehaald dan met de eerste techniek. Soms wordt er net als bij de eerste techniek een beetje vloeistof onder het letsel gespoten.



- 3 Bij de derde techniek zit er geen kapje op het uiteinde van de scoop. Er wordt wel met een naaldje vloeistof gespoten onder het letsel (A). Vervolgens wordt er direct een lus om de afwijking gelegd (B). Deze lus wordt vervolgens zachtjes aangetrokken (C) en er wordt stroom door de lus geleid waardoor het letsel van de onderlaag wordt los gesneden (D). De grootte van de stukjes is verschillend.



NA DE BEHANDELING

Na afloop van de behandeling gaat u eerst naar de uitslaapkamer van endoscopie of het operatiekwartier. Nadien gaat u terug naar de afdeling.

De eerste uren na de behandeling kunt u last hebben van een opgeblazen gevoel en pijn in de buik. Dit komt doordat er tijdens de behandeling lucht in de slokdarm, de maag en de darmen wordt ge-

blazen. Daarnaast kan er door de ontstane wonde een stekende pijn ontstaan in de bovenbuik of achter het borstbeen. Meestal vermindert deze pijn een aantal dagen na de behandeling, soms kan de pijn één tot twee weken aanhouden (zie verder bij medicatie).

U krijgt een dagboekje mee: dit vult u dagelijks in en brengt u mee naar de volgende afspraak.

Dieet

De dag van de behandeling mag u na twee uur wat water drinken en als dit goed gaat, mag u wat zachte voeding eten. De dag na het onderzoek mag u in principe alles weer eten en drinken. We raden u echter aan nog zacht voedsel te eten zoals pudding, yoghurt, brood zonder korsten, goed gekookte spaghetti. Ook adviseren we om sterk gekruid, zuur en heet voedsel de eerste twee weken te vermijden.

Medicatie

Het heropstarten van bloedverdünnende medicatie gebeurt in overleg met de behandelende arts en wordt u na het onderzoek meegedeeld door de arts of een verpleegkundige.

Om ervoor te zorgen dat de ontstane wonde goed geneest, krijgt u medicatie voorgeschreven. Deze medicatie zorgt ervoor dat inwerking van het maagzuur op de wonde zoveel mogelijk vermeden wordt. Het voorschrift en de instructies krijgt u na de behandeling van de behandelde arts of een verpleegkundige.

Bij pijn mag u paracetamol innemen: 4 x 1 g. Dit maximaal 4 gram per dag en 1 tablet om de 6 uur. Mocht de paracetamol niet voldoende helpen, dan kunt u contact met ons opnemen (zie achteraan).

Wegens de ontsteking in de slokdarm mag u geen ontstekingsremmers (zogenaamde 'NSAID') nemen.

Vervolgafspraak

De stukjes weefsel die uit de slokdarm, de maag of de dunne darm zijn weggehaald, worden in het laboratorium door een anatoom-patholoog onderzocht onder de microscoop. Twee à drie weken na de behandeling bespreekt de verwijzende of de behandelende arts de uitkomsten van dit onderzoek met u.

RISICO'S

Bij het wegnemen van de weefselstukjes ontstaat een wonde en kunnen de volgende complicaties optreden.

- ① **Bloeding.** Bij 1 op 100 patiënten ontstaat een bloeding doordat een bloedvatje wordt geraakt. Als dit tijdens de behandeling gebeurt, wordt er direct gehandeld waardoor het bloedverlies over het algemeen beperkt blijft. Een bloeding kan ook enige tijd na de behandeling ontstaan. Ook in zo'n geval grijpen we direct in, tijdens een nieuwe endoscopie. In zeldzame gevallen treedt de bloeding pas veel later op, na ontslag uit het ziekenhuis. U merkt dit doordat u bloed braakt en/of zwarte, teerachtige stoelgang heeft.

Wanneer dit gebeurt, moet u direct contact met ons opnemen (zie achteraan) of u aanmelden op de spoedgevallendienst. Bij een EMR in de dunne darm is het bloedingsrisico aanzienlijk hoger, namelijk 30 tot 50%.

- ② **Perforatie** is een complicatie die zeldzaam bij een EMR voorkomt (minder dan 1 op 100 patiënten). Een perforatie is een scheur of een gaatje in de wand van de slokdarm, de maag of de dunne darm. De meeste perforaties kunnen endoscopisch gesloten worden, bij een klein aantal gevallen moet een operatieve ingreep gebeuren. Soms is dan ook een langere opname in het ziekenhuis noodzakelijk.
- ③ **Stenose of vernauwing.** Een vernauwing kan ontstaan als er meerdere stukjes weefsel worden weggehaald in de slokdarm (bij 1 op 10 patiënten). Deze complicatie komt minder vaak voor bij een EMR in de maag of de dunne darm. De slokdarm is als het ware een dunne pijp. Als de wonde die door de endoscopische resectie is ontstaan gaat genezen, ontstaat er littekenweefsel. Dit littekenweefsel is wat stugger dan normaal slokdarmweefsel, waardoor de slokdarm soms nauwer en minder flexibel kan worden. Hierdoor kan voedsel soms minder goed de slokdarm passeren. Het niet goed passeren van voedsel langs de slokdarm, begint meestal pas zo'n twee tot drie weken na de behandeling. Dan is de slokdarm al grotendeels genezen en ontstaat het littekenweefsel. Als het voedsel niet goed de slokdarm kan passeren, moet u contact met ons opnemen. We kunnen u dan een afspraak voor een gastroscopie geven, om de slokdarm wat open te rekken of te dilateren. Het risico op vernauwing hangt af van de hoeveelheid weefsel dat moet verwijderd worden: bij uitgebreide resecties loopt dit op tot 50-80%.

- 4 **Aspiratie** treedt uiterst zeldzaam op. Dit is een ontsteking van de longen nadat braaksel of veel speeksel in de longen is gekomen, doordat men zich verslikt tijdens of na het onderzoek.
- 5 **Infectie**. De gastroscopie is een ingewikkeld optisch-elektronisch toestel bedoeld voor meervoudig gebruik. Het toestel kan niet gesteriliseerd worden door verhitting boven 100 °C. Vóór elk nieuw gebruik wordt de gastroscopie echter grondig gereinigd en gedesinfecteerd volgens de internationale wetenschappelijke normen en de bestaande wetgeving. Hoewel het risico op infectie nooit volledig kan uitgesloten worden, is dit toch extreem zeldzaam (1 op 1 800 000 patiënten).
- 6 **Overlijden**. De kans op overlijden is extreem laag. Hoewel er in de literatuur geen overlijdens gerapporteerd zijn als gevolg van EMR, is dit nooit volledig uitgesloten.

MOGELIJKE RISICO'S VAN DE ALGEMENE VERDOIVING

De moderne anesthesie is heel veilig. Toch kunnen er, zoals bij elke medische ingreep, nevenwerkingen of verwickelingen optreden. De meest voorkomende (bij 1 op 10 tot 1 op 100 patiënten) zijn: misselijkheid en braken, keelpijn en in mindere mate duizeligheid en dubbelzien, rillen, jeuk, hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn, pijn bij het inspuiten van geneesmiddelen of pijnlijke blauwe plekken, verwardheid of geheugenverlies (vooral bij oudere patiënten) en een wat moeizame ademhaling.

De meeste van deze klachten zijn tijdelijk en kunnen in veel gevallen voorkomen of behandeld worden. In zeldzame gevallen kunnen ze meerdere dagen tot weken aanhouden.

Een ernstige overgevoeligheid aan geneesmiddelen, kracht- en/of gevoelsverlies en overlijden treden slechts extreem zeldzaam op (1 op 100 000 patiënten en minder). Het is belangrijk dat u de arts-anesthesist op de hoogte brengt van mogelijke overgevoeligheden en problemen bij vorige ingrepen en anesthesieën, zowel bij uzelf, als bij uw kind of andere familieleden.

Als u hierover meer details wenst, kunt u dit vóór het onderzoek bespreken met uw verwijzende arts of op de raadpleging maag-, darm-, leverziekten.

CONTACTGEGEVENS

Funciemeting endoscopie:	tel. 016 34 33 51
Secretariaat maag-, darm-, leverziekten:	tel. 016 34 42 25
Telefooncentrale UZ Leuven:	tel. 016 33 22 11
Spoeedgevallendienst:	tel. 016 34 39 00

© juli 2019 UZ Leuven

Overname van deze tekst en illustraties is enkel mogelijk na toestemming van de dienst communicatie UZ Leuven.

Ontwerp en realisatie

Deze tekst werd opgesteld door de dienst maag-, darm- en leverziekten in samenwerking met de dienst communicatie.

Met dank aan Myrthe Boymans (www.myrtheboymans.nl) voor de medische illustraties.

U vindt deze brochure ook op www.uzleuven.be/brochure/700960.

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via communicatie@uzleuven.be.

Verantwoordelijke uitgever
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
tel. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 mynexuzhealth

Raadpleeg uw
medisch dossier via
www.mynexuzhealth.be of

