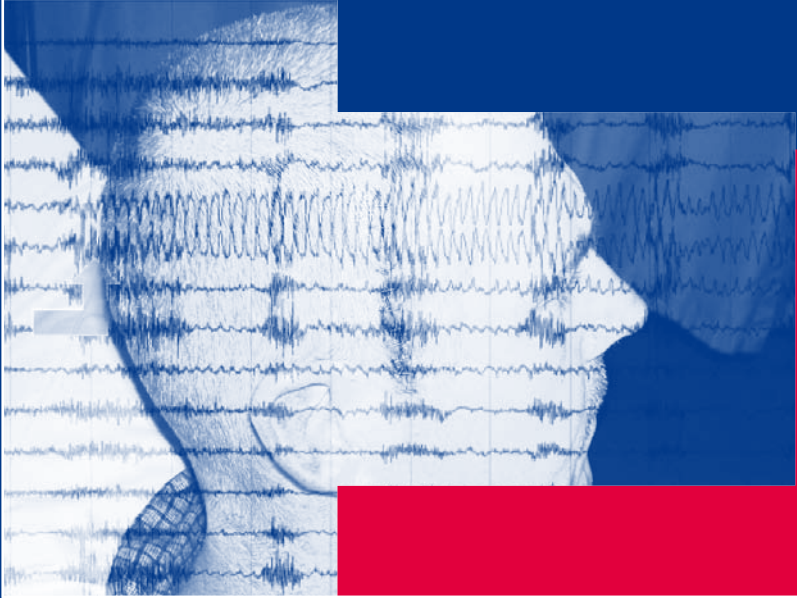


epilepsiechirurgie VU medisch centrum



- het screeningsprogramma
- pre-operatieve voorbereiding
- voor de operatie
- de operatie
- na de operatie
- nazorg



SEIN

Stichting Epilepsie Instellingen Nederland

VU medisch centrum



epilepsiechirurgie in
VU medisch centrum



Inhoudsopgave

	blz.
Inleiding	5
Het screeningsprogramma	6
Pre-operatieve voorbereiding en onderzoek	10
Voor de operatie	14
De operatie	15
Na de operatie	19
Nazorg	23

Inleiding

Patiënten met epilepsie die geen of onvoldoende baat hebben bij deskundig voorgeschreven anti-epileptica kunnen in een klein deel van de gevallen in aanmerking komen voor epilepsiechirurgie. Hiervoor is een landelijk screeningsprogramma, dat voor een deel uitgevoerd wordt in de verschillende epilepsiecentra en voor een deel in de academisch medische centra die epilepsiechirurgie uitvoeren. Op basis van deze uitgebreide screening kan bekeken worden of er een chirurgische behandeling mogelijk is.

Het VU medisch centrum participeert als epilepsiechirurgiecentrum in de Landelijke Werkgroep Epilepsiechirurgie (LWEC) en werkt in dit verband nauw samen met de Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN), waaronder twee gespecialiseerde klinieken in Heemstede en Zwolle en tien poliklinieken voor epilepsie.

Bij de screening voor epilepsiechirurgie gaat het onder andere om de volgende vragen:

- Zijn de epileptische verschijnselen terug te voeren op een min of meer afgebakend hersengebied?
- Is een veilige verwijdering van dit gebied mogelijk?
- Mag er na de operatie een flinke kans op aanvalsvrijheid of aanvalsvermindering verwacht worden?

In grote lijnen gaat het daarbij om twee soorten patiënten:

- patiënten met een specifieke aandoening in de slaapkwab (een van de kwabben van de grote hersenen bij de mens). Het kan gaan om een aandoening van de hippocampus (letterlijk: zeepaardje, vanwege de opgerolde structuur) of bijvoorbeeld een goedaardig gezwel in de slaapkwab.

- patiënten met een aangeboren hersenafwijking of goedaardig gezwel elders in de grote hersenen. Waarschijnlijk hebt u, als u dit leest, al een deel van het screeningsprogramma achter de rug. Deze folder geeft u informatie over het verdere traject, toegespitst op de onderzoeken en de mogelijke behandeling in het VU medisch centrum. Niet alles zal daarbij op u van toepassing zijn. Tijdens uw polikliniekbezoeken zal met u besproken worden welke aanvullende onderzoeken voor u nodig zijn.

Het screeningsprogramma

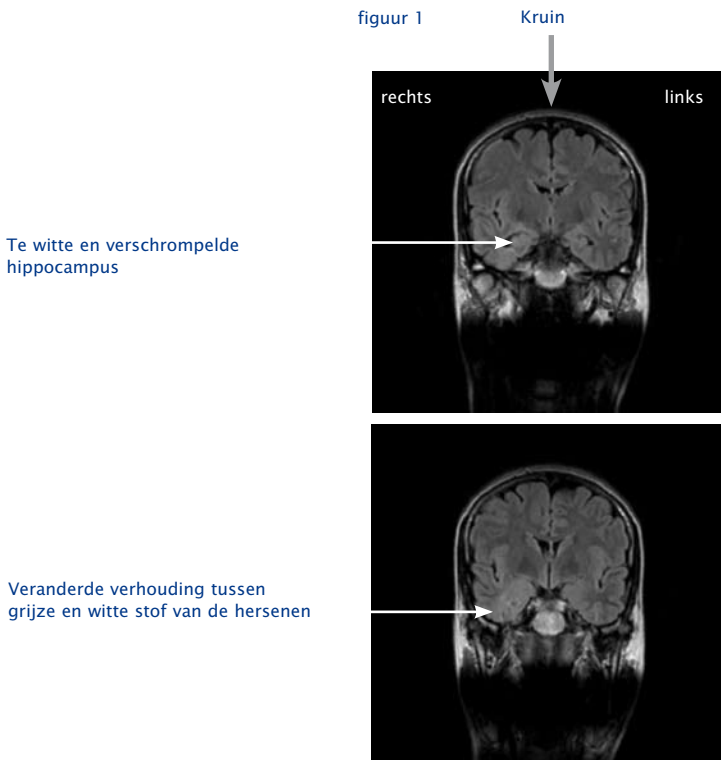
Beoordeling vindt plaats door een epileptoloog (neuroloog gespecialiseerd in epilepsie).

In Nederland bestaat de mogelijkheid voor een verwijzing naar een gespecialiseerde polikliniek voor epilepsie, die verbonden is aan een van de twee epilepsiecentra: SEIN, met vestigingen in Heemstede, Cruquius en Zwolle, en tien poliklinieken, en Kempenhaeghe, gevestigd te Heeze en te Oosterhout (Hans Berger Kliniek). In de meeste, grote(re) steden zijn poliklinieken voor epilepsie te vinden.

De epilepsiecentra onderzoeken de patiënten die voor epilepsie-chirurgie in aanmerking komen. Zij worden ook door de poliklinieken neurologie van de algemene en academische ziekenhuizen naar deze epilepsiecentra verwezen.

Beeldvormend onderzoek

Veelal zal er in deze eerste fase een MRI-onderzoek volgens epilepsie-protocol aangevraagd worden ,meestal in een van de epilepsie-chirurgiecentra. Soms zijn aanvullende onderzoeken nodig, zoals een PET-scan, SPECT, MEG (magneto-encefalografisch)-onderzoek, functionele MRI of EMSI (een combinatie van EEG, MEG en MRI). Indien u hiervoor in aanmerking komt, wordt u daarover apart voorgelicht.



MRI-beelden van een slaapkwabaandoening met tekenen van verharding van de hippocampus, zogenaamde mesiotemporale sclerose (MTS).

Aanvalsregistratie in het epilepsiecentrum

Bij het vooronderzoek voor epilepsiechirurgie maken langdurige registraties van de aanvallen met EEG en video een belangrijk onderdeel uit van het totale onderzoek. Om aanvallen op te wekken, wordt de medicatie afgebouwd. Met deze langdurige EEG-videoregistraties, die in de regel vijf dagen in beslag nemen, kan het verloop van de aanvallen in detail worden bekeken. Op die manier is het mogelijk om de plaats van het aanvalsbegint vast te stellen en om te beoordelen of dit overeenkomt met de gegevens die uit andere onderzoeken, bijvoorbeeld de MRI-scan, bekend zijn. Bij deze aanvalsregistraties wordt frequent gebruik gemaakt van naaldelektroden, die in de wang geplaatst worden en waarmee de EEG-signalen van de slaapkwab beter kunnen worden geregistreerd. Door de resultaten van de verschillende onderzoeken naast elkaar te leggen, wordt duidelijk of een operatie haalbaar is en veilig kan worden uitgevoerd. Bij de epilepsiecentra die de aanvalsregistraties uitvoeren, is aanvullende schriftelijke informatie beschikbaar. Voorafgaand aan en gedurende het onderzoek heeft u contact met de neuroloog die het onderzoek uitvoert. Er wordt bijvoorbeeld aan de hand van de video-opnamen van de aanvallen besproken of de aanvallen tijdens de registratie overeenkomen met het voor u gebruikelijke aanvalsverloop. De uitslag van de onderzoeken krijgt u van de neuroloog die u voor het onderzoek verwezen heeft. De medicijnen worden na de aanvalsregistraties in de regel weer op het oude niveau gebracht, tenzij hierover iets anders is afgesproken.

Invasieve EEG-registratie

Wanneer aan de hand van de resultaten van het langdurige EEG-onderzoek en de MRI niet met zekerheid kan worden gezegd of een operatie haalbaar is, wordt het onderzoek in een deel van de gevallen aangevuld met een zogenaamd intracranieel EEG-onderzoek, waarbij de elektroden operatief in het hoofd geplaatst worden.

Mocht dit voor u aan de orde zijn, dan wordt u daarover apart geïnformeerd. Voor dit onderzoek zijn verschillende methoden beschikbaar - in alle gevallen worden via een opening in het hoofd op en/of in de hersenen elektroden geplaatst. Deze elektroden liggen dicht bij de plaats van het vermoedelijke aanvalsbegint, waardoor een veel nauwkeuriger beeld van het aanvalsverloop in het EEG zichtbaar wordt. Afhankelijk van de resultaten, kan dan worden vastgesteld of een operatie mogelijk is.

Neuropsychologisch onderzoek in het epilepsiecentrum

In het screeningsprogramma is uitgebreid neuro-psychologisch onderzoek opgenomen, om goed geïnformeerd te zijn over onder andere geheugenfuncties, denk- en taalvermogen en om een goede indruk te kunnen krijgen van het effect van een eventuele operatie op het functioneren van de hersenen. Als er een epilepsiechirurgische behandeling volgt, wordt het onderzoek een half jaar, twee en zes jaar na deze behandeling herhaald.

Preoperatieve voorbereiding en onderzoek in het VUmc

Als het bovengenoemde screeningsonderzoek achter de rug is en in de Landelijke Werkgroep voor Epilepsiechirurgie is besloten dat u verder kunt in het epilepsiechirurgietraject, volgt een aanvullende screening in het VU medisch centrum.

- **Polikliniek epilepsiechirurgie VUmc**

U krijgt in principe afspraken bij dr. Debets, neuroloog SEIN, en dr. Baayen, neurochirurg VUmc. Hierbij krijgt u voorlichting over het mogelijke verdere traject en de op handen zijnde operatie. Indien u voor een zogenaamde Wada-test in aanmerking komt, krijgt u daarover ook verdere voorlichting (zie hieronder).

Tijdens dit polikliniekbezoek kunnen diverse aanvullende onderzoeken worden aangevraagd. Ook kan verdere begeleiding in gang gezet worden, bijvoorbeeld via Maatschappelijk Werk van SEIN.

- **Verhoogde bloedingsneiging - Depakine®**

Indien u Depakine® (valproïnezuur) gebruikt, wordt met uw behandelend neuroloog overlegd of dit afgebouwd kan worden.

Depakine® kan namelijk een verhoogde bloedingsneiging geven, hetgeen een risicofactor vormt voor een eventuele operatie.

Indien afbouwen vanwege uw epilepsie niet verantwoord lijkt, kan in plaats daarvan een speciaal stollingsonderzoek aangevraagd worden. Dit onderzoek wordt ook aangevraagd als u zonder Depakine®-gebruik last lijkt te hebben van een verhoogde bloedingsneiging.

- **Polikliniek preoperatieve screening**

Aansluitend aan bovengenoemde polikliniekbezoeken of in een later stadium bezoekt u de polikliniek preoperatieve screening. Daar wordt u onderzocht door een verpleegkundige en een anesthesioloog. De anesthesioloog vraagt ook routineonderzoeken aan om uw geschiktheid om narcose te ondergaan te bekijken. Dit onderzoek bestaat meestal uit bloedonderzoek, een hartfilmpje (ECG) en een röntgenfoto van de longen. Soms is er uitgebreider onderzoek nodig, de anesthesioloog zal u daar dan over voorlichten. Ook krijgt u voorlichting over de praktische gang van zaken rond de operatie.

- **MRI-onderzoek**

Soms is het nodig om een elders verricht MRI-onderzoek in het VUmc te herhalen. Dit nieuwe onderzoek kan dan ook gebruikt worden bij de navigatieapparatuur die bij de operatie nodig kan zijn. Bij hersenafwijkingen in of bij spraakgebieden of gebieden voor het aansturen van bewegingen (motorische schors) van de hersenen, kan aanvullend functioneel MRI-onderzoek of MEG - onderzoek aangevraagd worden. U wordt daar dan apart over voorgelicht.

- **Oogheelkundig onderzoek**

Sommige hersenaandoeningen kunnen een gezichtsveldbeperking veroorzaken. Ook door een slaapkwaboperatie kan er een klein, meestal niet hinderlijk, gezichtsvelddefect ontstaan. Voor de ingreep wordt er in deze gevallen een gezichtsveldonderzoek bij de oogarts aangevraagd.

- **Wada-test (amobarbitaltest volgens Wada)**

U komt in aanmerking voor een Wada-test indien u een vorm van slaapkwab (temporale) epilepsie hebt en/of er bij de voorgenomen ingreep taalgebieden en geheugenfuncties betrokken zijn.

Met deze test kan vastgesteld worden:

- welke hersenhelft verantwoordelijk is voor de taalvermogens (meestal: linker hersenhelft);
- of het geheugen intact blijft als er een temporaalkwaboperatie wordt gedaan.

Voor deze test is een ziekenhuisopname van twee dagen nodig. Op de eerste dag krijgt u instructies van de neuropsycholoog en wordt zondig nog ontbrekend aanvullend onderzoek zoals bovenvermeld gedaan.

Op de tweede dag van opname volgt dan de eigenlijke test.

Voor de test worden er op de EEG-afdeling EEG-elektroden bij u opgeplakt. Hierna gaat u naar de vaatonderzoekkamer. Hier wordt via een punctie in de lies (meestal niet erg pijnlijk!) een katheter in de liesslagader opgevoerd tot aan de halsslagaders. Vervolgens wordt er beperkt vaatonderzoek van de hersenen gedaan. Meestal ervaart men daarbij een warm gevoel in het hoofd, soms hele korte pijnsensaties. Hierna wordt een sterk en kortwerkend slaapmiddel (amobarbital) beurtelings in een van de halsslagaders gespoten. Hiermee wordt een hersenhelft gedurende vijf à tien minuten functioneel uitgeschakeld. Er treedt, indien in de betrokken hersenhelft verantwoordelijk is voor de taal, een tijdelijke taalstoornis (afasie) op. Onder die omstandigheden kan ook de geheugencapaciteit van de andere hersenhelft, waar geen slaapmiddel in werkzaam is, onderzocht worden. De neuropsycholoog biedt daarvoor kleine geheugentesten aan, vaak in de vorm van plaatjes die onthouden moeten worden. Indien de geheugencapaciteit van de gezonde hersenhelft voldoende is, zijn er in principe geen beletsels voor een slaapkwaboperatie waarbij de hippocampus wordt verwijderd.

Tijdens de Wada-test wordt een EEG-registratie gedaan om de effecten van de amobarbital-inspuiting op de EEG-activiteit te controleren.

In principe vindt de test voor beide hersenhelften plaats. Voor nadere bestudering en documentatie wordt de test vastgelegd op video. Na de test gaat u terug naar de verpleegafdeling met een drukverband op de lies. Indien er geen bijzonderheden zijn, mag na zes uur bedrust het drukverband af. Hierna mag u, als u door de zaalarts bent gezien, in principe naar huis.

De Wada-test is heel veilig. Een zeldzame complicatie (ongeveer 1% kans) is een, meestal tijdelijke, doorbloedingsstoornis van een hersengebied tengevolge van de kathetermanipulaties in de halsslagader. De kans op blijvende neurologische uitval is kleiner dan 1%.

Indien met de Wada-test (meestal na bespreking in de Landelijke Werkgroep) is vast komen te staan dat er geen beletsel is voor de voorgenomen ingreep, is de volgende stap in het proces de opname op de zorgeenheid neurochirurgie van het VUmc. Over de gang van zaken rond de opname (bezoekuren enzovoorts) ontvangt u de aparte voorlichtingsfolder 'welkom op de afdeling neurochirurgie'.

Hieronder krijgt u alvast algemene informatie over de operatie.

Voor de operatie

Uiteraard bent u voor uw operatie uitgebreid voorgelicht over de aard van de ingreep die bij u gepland is. Ook op de dag van opname volgt hierover 's middags nog een gesprek met uw chirurg. Bij de receptioniste of uw verpleegkundige kunt u vragen naar het tijdstip. Die dag krijgt u ook verdere voorlichting over de precieze gang van zaken rond de operatie, zoals douchen, antitrombosemaatregelen (bepaalde steunkousen en een onderhuidse injectie) en laxeren. Bij epilepsiechirurgische ingrepen in het VUmc is het scheren van hoofdhaar niet of slechts heel beperkt nodig. Voor (en na) de operatie moeten de haren met desinfecterende shampoo worden gewassen. De ingreep duurt gemiddeld circa zes uur. Indien de ingreep langer duurt, kan dit bijvoorbeeld komen door technische tegenslag bij de metingen. Een lange operatieduur betekent vrijwel nooit dat het slecht gaat met de patiënt!

Anti-epileptica

In verband met uw anti-epileptische medicatie wordt er voor u een speciaal vervangingsschema opgesteld als blijkt dat er voor uw mid-delen geen toediening via een infuus mogelijk is. Tijdens de narcose kunt u immers geen tabletten innemen. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat deze middelen rond de operatie, maar ook daarna, goed ingenomen blijven worden tot zeker twee jaar na de operatie en vaak zelfs levenslang, om de kans op nieuwe epileptische verschijnselen zo klein mogelijk te houden. Uw neuroloog/epileptoloog zal u aan de hand van het beloop van uw ziektebeeld na de ingreep hier-over nader informeren. Het kleine deel van uw hersenen dat bij een ingreep verwijderd wordt, is niet gevoelig voor de anti-epileptica. Het overige gedeelte van uw hersenen dat bij de epilepsie betrokken is, reageert in de regel goed op de anti epileptica.

Wetenschappelijk onderzoek

Het weefsel dat bij epilepsiechirurgie operaties verkregen wordt, zal voor weefseldiagnostiek naar de patholoog worden gezonden. Het resterende weefsel is interessant voor allerlei laboratoria die onderzoek naar epilepsie doen. Uw chirurg zal dit verder toelichten en voor dit onderzoek zonodig uw schriftelijke toestemming vragen.

De operatie

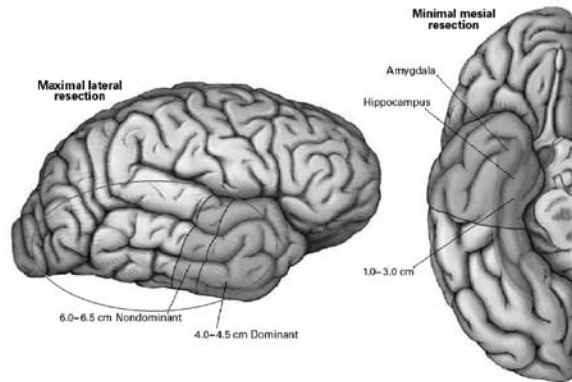
De bedoeling van epilepsiechirurgie is het hersengebied te verwijderen dat verantwoordelijk is voor het totstandkomen van de epileptische aanvallen zonder hinderlijke schade aan de overige functies van de hersenen teweeg te brengen.

Slaapkwaboperaties (temporale resectie)

Hierbij wordt een gedeelte van de temporaalkwab weggenomen, evenals de diep in de temporaalkwab gelegen amandelkern en de hippocampus. Slaapkwaboperaties kunnen beperkt of uitgebreid uitgevoerd worden, dit hangt af van de uitgebreidheid van het gebied waar de epilepsie ontstaat. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van EEG-metingen via een elektrodenmatje op de hersenen. Soms is het nodig om patiënten tijdens de ingreep wakker te maken om taaltesten uit te kunnen voeren. Dit wordt een Penfield-procedure genoemd. Hieronder wordt daar verder op ingegaan. Gemiddeld wordt er met deze slaapkwaboperatie, afhankelijk van de aandoening, een kans op aanvalsvrijheid van 60 tot 70% na twee jaar bereikt. In individuele gevallen kan dit in de loop der tijd veranderen: er zijn patiënten die

na een temporale resectie aanvankelijk aanvalsvrij zijn, maar later opnieuw aanvallen krijgen. Anderzijds kunnen er aanvankelijk nog aanvallen optreden, waarna op den duur toch aanvalsvrijheid ontstaat met anti-epileptische medicatie.

figuur 2

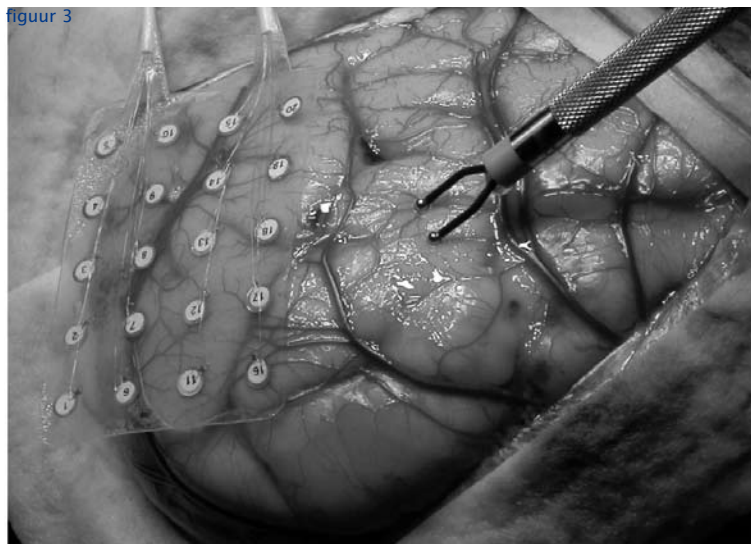


Linker zijaanzicht van de hersenen. Het omcirkelde gebied is de slaapkwab. Het gebied rechts van de twee strepen, met daarin de hippocampus, kan in meer of mindere mate worden weggenomen bij epilepsiechirurgische ingrepen aan de slaapkwab.

Verwijderen van een hersenaandoening (vaak: goedaardig gezwel) en het omgevende, epilepsie veroorzakende hersenweefsel (laesionectomie)

Hierbij worden tijdens de operatie met een elektrodenmatje directe EEG-metingen op de hersenschors gedaan. Deze metingen spelen een rol bij het vaststellen van de zones rondom een hersenafwijking/-gezwel die betrokken zijn bij het veroorzaken van de epilepsie. Als dit veilig kan, worden deze zones, evenals de afwijking of het gezwel, chirurgisch verwijderd. Deze vorm van epilepsiechirurgie kan aangewend worden voor de slaapkwab, maar ook voor andere hersengebieden.

Gemiddeld wordt bij een epilepsiechirurgische laesionectomie bij patiënten in 50 tot 60% van de gevallen aanvalsvrijheid of een bevredigende aanvalsreductie verkregen. Ook hiervoor geldt dat in individuele gevallen het beloop kan wisselen.



Tijdens de operatie: elektrodenmatje en stimulatiepincet op het hersenoppervlak.

Combinaties

Er zijn ook combinaties mogelijk van slaapkwaboperaties en het verwijderen van een hersenaandoening/gezwel (plus eventueel omgevend hersenweefsel) in een belendende hersenkwab, als deze gebieden samenhangen en verantwoordelijk zijn voor de epilepsie van de patiënt.

Epilepsiechirurgie kan in verschillende vormen plaatsvinden:

- Operatie onder algehele narcose, vaak met directe EEG-registratie op de hersenen met elektrodenmatjes. Onder algehele narcose kunnen ook bepaalde functietesten van de hersenen gedaan worden, waarmee bijvoorbeeld de plaats van mond-, arm- en beenfunctie in een hersenwinding kan worden vastgesteld. Dergelijke metingen vergroten de veiligheid van de ingreep in deze gebieden aanzienlijk.
- Operatie volgens Penfield. Hierbij krijgt de patiënt wel algehele narcose, maar wordt hij/zij tijdens de ingreep wakker gemaakt om bepaalde taken uit te voeren, meestal het benoemen van plaatjes. Op datzelfde moment worden de betrokken hersengebieden met een zwak stroompje gestimuleerd. Kan de patiënt op zo'n moment een eenvoudig plaatje niet vlot benoemen, dan is waarschijnlijk het geprikkelde hersengebiedje betrokken bij de taalvorming. De chirurg kan hier dan bij de operatie rekening mee houden en geen gebieden verwijderen die met de taal te maken hebben.
Na de test, die ongeveer een uur duurt, wordt de patiënt weer onder algehele narcose gebracht. De ingreep, de verwijdering van het gebied waar de epilepsie ontstaat, kan nu aan de hand van met de Penfield-procedure verkregen gegevens worden uitgevoerd.

Na de operatie

In principe wordt u direct na de operatie wakker gemaakt en gaat u voor ongeveer twee à drie uur naar de uitslaapkamer. In deze fase komt uw chirurg langs om te zien hoe u het maakt en u eventueel al iets te vertellen over de ingreep. Meestal heeft de chirurg in deze fase ook even contact met degene die u als eerste contactpersoon heeft aangegeven. Nadien gaat u naar de medium care-afdeling, waar u gedurende de nacht geobserveerd wordt. Als alles goed met u gaat mag u de volgende morgen weer terug naar de afdeling neurochirurgie.

Hoe bent u eraan toe na de operatie?

Bij slaapkwaboperaties:

- *Inactiviteit*

Na een slaapkwaboperatie zijn de patiënten de eerste dagen vaak niet erg actief. Na ongeveer drie dagen gaan de meeste patiënten al redelijk vaak uit bed en worden zij geleidelijk aan actiever.

- *Pijn*

Bij slaapkwaboperaties hebben de patiënten na de operatie vaak last van hoofdpijn. Dit komt doordat het harde hersenvlies in het operatiegebied erg gevoelig is. Ook kunnen patiënten last hebben van het kaakgewrichtje aan de aangedane zijde en kunnen ze hun mond niet ver open doen. Goede pijnstillers en uitleg/geruststelling helpen, de pijn gaat altijd weg, maar dat kan dagen tot weken duren.

- *Taalstoornis*

Bij slaapkwaboperaties aan de taaldominante kant (meestal linkszijdig, maar niet altijd) kunnen er na de operatie in meer of mindere mate spraak- en begripsproblemen zijn. Deze zijn goeddeels voorbijgaand van aard, en trekken vaak in de eerste dagen na de operatie

snel bij. Na een half jaar is er bij de meeste patiënten niet heel veel meer van te merken en hebben ze er zelf geen last meer van. Bij neuropsychologisch onderzoek kan er wel enige vermindering van het zogenaamde ‘verbale geheugen’ worden vastgesteld, hetgeen betekent dat u minder snel op bepaalde woorden komt.

- *Emotionele ontregeling*

Indien er bij een slaapkwaboperatie een zogenaamde hippocampectomie is gedaan, is er na de operatie een kans op emotionele ontregeling. De patiënt kan bijvoorbeeld depressief of juist prikkelbaar tot agressief zijn. Hoewel tijdelijk van aard (bij de meeste patiënten zijn deze verschijnselen na een half jaar verdwenen) is goede voorlichting en begeleiding noodzakelijk om dit in goede banen te leiden. Soms kan deze begeleiding na ontslag poliklinisch vorm krijgen, in andere gevallen kan een kortdurende opname in het epilepsiecentrum nodig zijn.

- *Gezichtsvelden*

Een gebruikelijk neveneffect van een slaapkwaboperatie is een beperkte gezichtsvelduitval: in de bovenzijden aan de tegenovergestelde kant van de operatie. Dit komt door het specifieke verloop van de gezichtsbaan in de temporaalkwab. In aansluiting op de operatie kan een patiënt soms voorbijgaande visuele hallucinaties hebben in het uitgevallen bovenkwadrant. De patiënt heeft van het beperkte gezichtsvelddefect doorgaans geen hinder en veroorzaakt bijvoorbeeld geen gevaar in het verkeer. Wel zal poliklinisch door de oogarts gecontroleerd moeten worden of het gezichtsvelddefect inderdaad heel beperkt is gebleven.

Operaties buiten de slaapkwab wegens een goedaardige aandoening of gezwel:

Afhankelijk van plaats van de operatie krijgt u van uw chirurg de hierop toegespitste informatie. Over het algemeen is een epilepsieoperatie wegens een goedaardige aandoening of gezwel, als er geen gedeeltelijke verwijdering van de slaapkwab bij plaatsvindt, een kleinere ingreep met een sneller herstel. Uiteraard hangt dat wel af

het gebied waar geopereerd wordt, omdat bij bepaalde ingrepen (tijdelijke) uitvalsverschijnselen denkbaar zijn, bijvoorbeeld taalstoornis, zwakte van arm en/of been. Hiervoor kan een revalidatieperiode nodig zijn. Is dit laatste niet aan de orde, dan gaat het herstel meestal vlot en is ontslag naar huis binnen enkele dagen na de operatie vaak mogelijk.

Algemene verschijnselen

- **Plaatselijke zwelling**

Er is altijd in meer of mindere mate zwelling van de hoofdhuid in het operatiegebied. Dit kan leiden tot dicht gaan zitten van de oogleden een 'blauw oog' aan de geopereerde kant, meestal op de tweede of derde dag na de operatie. Dit is niet verontrustend en verdwijnt in de meeste gevallen weer snel. De haren mogen vanaf de eerste dag na de operatie gewassen worden met desinfecterende shampoo.

- **Dove huid**

Rondom het litteken is er vaak een gevoelloze huid. Dit kan geheel of gedeeltelijk herstellen in weken tot maanden na de operatie. Het fronsen aan de geopereerde kant lukt na een slaapkwaboperatie vaak niet, door kneuzing van een zenuwtakje. Dit herstelt vaak, maar niet altijd, in verloop van weken tot maanden. Doorgaans heeft men hier vrijwel geen last van.

- **Epilepsie**

Epilepsiechirurgie is, afhankelijk van de aandoening, voor ongeveer 50 tot 80% succesvol wat aanvalsvrijheid betreft. De kans op epileptische aanvallen (direct) na de operatie is heel klein. Door een goed en eventueel aangepast anti-epilepticaschema rondom de operatie wordt getracht elk epileptisch fenomeen in deze fase te onderdrukken. Aanvallen na de ingreep verdienen grote aandacht en aanvullende medicamenteuze bestrijding. Uw neuroloog/epileptoloog wordt volledig op hoogte gehouden

tijdens het gehele traject en houdt u na ontslag uit het VUmc of uit het epilepsiecentrum onder controle.

- **Zeldzame complicaties**

In verband met een minimale kans op hersenzwelling dan wel een nabloeding direct na de operatie, wordt u goed geobserveerd op de medium care-afdeling. Andere neurologische uitvalsverschijnselen dan die hierboven beschreven, zoals verlamingsverschijnselen, behoren tot de grote zeldzaamheden. Zelden is er sprake van lekkage van hersenvocht uit de wond, waarbij aanvullende maatregelen nodig kunnen zijn.

Een wondinfectie wordt zelden gezien, meestal is er dan in het verloop van weken na de operatie sprake van een niet goed genezende operatiewond. U moet uw chirurg in het VUmc hiervan direct op de hoogte stellen.



Voorbeeld van een operatielitteken vlak na de operatie.

figuur 4

Nazorg

- Ontslag is meestal mogelijk rond de zevende dag na de operatie. U bent dan in staat om, rustig aan, voor u zelf te zorgen. Na ontslag moet u het ook rustig aan blijven doen, tijdig bedrust nemen etc: voorkom zo veel mogelijk psychische en fysieke stress. Dit kunnen epilepsie uitlokkende factoren zijn.
- Voor bepaalde patiënten, bijvoorbeeld als er emotionele ontregeling dreigt te ontstaan, wordt er in deze fase overplaatsing naar een epilepsiecentrum, bijvoorbeeld bij de SEIN-kliniek in Heemstede, gerealiseerd. Ook poliklinische begeleiding door een maatschappelijk werker van SEIN is daarbij mogelijk.
- De hechtingen of krammetjes kunnen rond de tiende dag na de operatie door de huisarts of bij de verpleegpost van de polikliniek neurochirurgie van het VUmc, receptie J (tel. 020-4441160) verwijderd worden. Hechtingen of korstjes moet u niet zelf verwijderen.
- Bij ontslag naar huis krijgt u het advies om bij wondproblemen, epileptische verschijnselen dan wel emotionele problemen direct in contact te treden met de afdeling neurochirurgie van het VUmc of met uw behandelend neuroloog/epileptoloog van de polikliniek van uw epilepsiecentrum.
- Continueren van de anti-epileptische medicijnen is van groot belang! U gebruikt daarbij in principe dezelfde middelen en doseringen als voor de operatie, tenzij uw behandelaars anders hebben aangegeven. Heeft u hier vragen over, stelt u zich dan snel in verbinding met dr. Debets of uw eigen behandelend neuroloog/epileptoloog.
- Neurochirurgische controle: op het epilepsiespreekuur (dinsdagmiddag) van dr. Baayen wordt ca. twee weken na opname een belafspraak gepland en een controleafspraak na ca. zes weken.

- Neurologische controle: bij uw eigen neuroloog of dr. Debets drie tot vier weken na opname.
- Controle MRI-onderzoek en zonodig controle gezichtsveldonderzoek wordt op termijn van ca. drie maanden na de operatie poliklinisch gepland. Een half jaar, twee en zes jaar na de ingreep volgt er in uw epilepsiecentrum, of bij de afdeling Neuropsychologie van SEIN, locatie Meer en Bosch, een controle neuropsychologisch onderzoek. Tevens wordt op deze tijdstippen een EEG-controle uitgevoerd. Voor het neuropsychologisch onderzoek wordt u automatisch opgeroepen, het EEG-onderzoek wordt door uw eigen neuroloog aangevraagd.
- Geleidelijke werkhervatting is veelal 3 tot 6 maanden na de operatie mogelijk. Dit gaat in overleg met de behandelend neuroloog en de Arbo arts.

Vragen, opmerkingen of suggesties?

Indien u vragen heeft, kunt u bellen met mw Rita Markhorst, secretaresse epilepsiechirurgie VUmc, telefoon (020) 444 3783, 444 3715 of via de centrale (020) 444 4444 vragen naar sein 6428.
E-mail: r.markhorst@VUmc.nl.

Op het internet vindt u bij www.vumc.nl verdere informatie over het VU medisch centrum, waaronder de polikliniek en afdeling neurochirurgie.

Voor contact met de polikliniek voor epilepsie in Heemstede kunt u bellen: telefoon (023) 558 8000. De website van SEIN vindt u op: www.sein.nl.

De website van het epilepsiecentrum Kempenhaege is: www.kempenhaeghe.nl

VU medisch centrum©
oktober 2007
www.VUmc.nl

207019

