

Polikliniek Gynaecologie

Preventief verwijderen van eierstokken en eileiders

Locatie VUmc

Inhoud

Voor wie is deze informatie bedoeld?	3
De baarmoeder, eileiders en eierstokken - algemene informatie	4
Verhoogd risico op eierstok-/eileiderkanker	5
De operatie	7
Voorafgaand aan de operatie	10
De dag van de operatie	11
Herstel	13
Weefselonderzoek	15
De belangrijkste gevolgen van de operatie	16
Conclusie	17
Aanvullende informatie	18
Vragen	19

Voor wie is deze informatie bedoeld?

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 erachter te komen óf 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.

Deze informatie is bedoeld voor vrouwen die overwegen om preventief, dus uit voorzorg, hun eierstokken en eileiders te laten verwijderen, ook wel *preventieve bilaterale salpingo-oöphorectomie* (pBSO) genoemd.

Hieronder wordt ingegaan op de redenen waarom u zou kunnen besluiten over te gaan tot deze ingreep. Vervolgens worden de operatie zelf, de eventuele risico's, de herstelperiode en de gevolgen van deze operatie besproken. De keuze voor het laten verwijderen van eierstokken en eileiders is geen gemakkelijke. U kunt hier alle voor- en nadelen rustig nalezen. Dit kan u helpen bij het maken van een keuze. Deze informatie kan bovendien gebruikt worden om andere personen duidelijk te maken wat er bij u leeft en voor welke keuze u staat.

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 centimeter lang zijn, beginnen bij de baarmoeder en eindigen bij de eierstokken. Normale eierstokken (ovaria) zijn ongeveer 3 centimeter 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.

Verhoogd risico op eierstok-/eileiderkanker

Vrouwen met een afwijking (mutatie) in een van de BRCA1- en BRCA2-genen hebben een sterk verhoogde kans op het krijgen van borstkanker en ook op eierstok-/eileiderkanker. (Waar in het vervolg van de tekst eierstokkanker genoemd wordt, wordt daar ook eileiderkanker mee bedoeld). Vrouwen bij wie een mutatie (nog) niet is aangetoond, kunnen op basis van de familiegeschiedenis ook een verhoogd risico hebben op het krijgen van borst- en/of eierstokkanker. Als bij u een afwijking in de BRCA-genen is aangetoond, wordt het preventief verwijderen van eierstokken en eileiders met u besproken. Ook als de mutatie niet bij u is aangetoond, maar uit uw familiegeschiedenis duidelijk een verhoogd risico op eierstokkanker naar voren komt, kan het zijn dat deze ingreep met u wordt besproken.

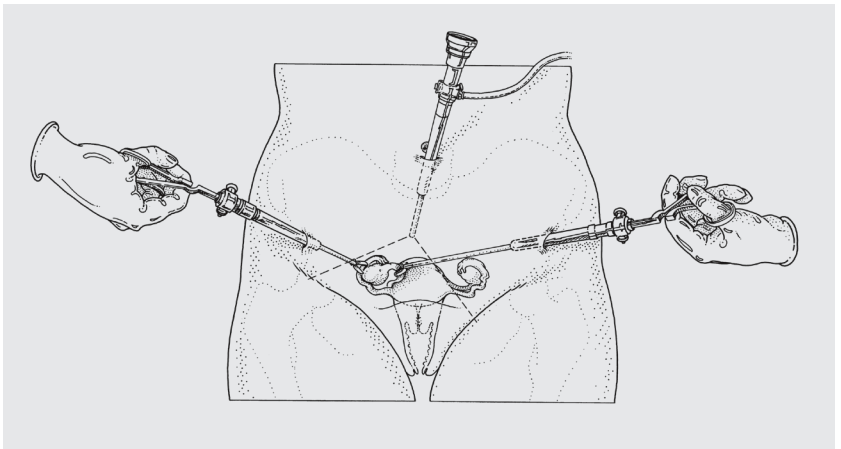
Bij u is komen vast te staan dat u een verhoogd risico heeft op het krijgen van eierstokkanker. Uit onderzoek is gebleken dat controle op eierstokkanker met behulp van echo-onderzoek, de kans op het krijgen van de ziekte of de kans eraan te overlijden niet verkleint. De enige mogelijkheid om uw risico te verkleinen, is uw eierstokken en eileiders te laten verwijderen. Het preventief verwijderen van de eierstokken en de eileiders verlaagt het risico tot minder dan 5 procent. Het risico wordt niet helemaal nul, omdat er heel zelden een soort eierstokkanker van het buikvlies ontstaat. Het buikvlies dat aan de binnenkant van de buik zit heeft van oorsprong hetzelfde type weefsel als de eierstokken. Het risico hierop wordt geschat op minder dan 5 procent en is bijna gelijk aan dat van de populatie vrouwen zonder verhoogd risico. Controle hierop is ook niet zinvol. BRCA genmutatie: vrouwen met een BRCA1 genmutatie hebben een kans van 30–60 procent om in hun leven eierstokkanker te krijgen. Voor vrouwen met een BRCA2 genmutatie is deze kans 5-20procent. Voor vrouwen met een BRCA1-mutatie wordt preventieve verwijdering van eierstokken en eileiders geadviseerd rond de leeftijd van

35-40 jaar en voor vrouwen met een BRCA2-mutatie rond de leeftijd van 40-45 jaar. Familiaire eierstokkanker: voor vrouwen met een familiäre belasting leidend tot een risico van meer dan 10 procent op eierstokkanker wordt ook preventieve verwijdering van eierstokken en eileiders geadviseerd, waarbij geen duidelijk leeftijdsadvies gegeven kan worden op basis van de literatuur.

Voor vrouwen zonder erfelijke aanleg is de kans om eierstokkanker te krijgen ruim 1 procent.

De operatie

De ingreep wordt meestal 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 centimeter 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 (CO₂). 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 op 2-3 andere plaatsen, zoals net boven het schaambeentje en links en/of rechts in de buik, kleine sneetjes gemaakt waardoor men operatie-instrumenten inbrengt. In totaal zal

de gynaecoloog 3 à 4 sneetjes maken . Via de schede (vagina) en de baarmoederhals wordt doorgaans een instrument in de baarmoederholte gebracht om de baarmoeder tijdens de operatie te kunnen bewegen om de operatie te vergemakkelijken. Dat is de reden dat u na de operatie soms een klein beetje vaginaal bloedverlies bemerkt. 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.

Grotere snede

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.

Beschadiging

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.

Blaasontsteking

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

- Een gynaecoloog bespreekt de operatie met u en hoe lang de verwachte ziekenhuisopname is.
 - Voorafgaand aan de operatie verricht de arts die de narcose geeft (anesthesioloog) een vooronderzoek. Dit is een poliklinisch onderzoek en vindt plaats op de polikliniek Preoperatieve screening. Het bestaat uit een algemeen lichamelijk onderzoek, soms aangevuld met bloedonderzoek, een longfoto, of een hartfilmpje (ECG).
 - De anesthesioloog bespreekt de narcose met u. Pas nadat u bij de anesthesioloog bent geweest, kan de operatie worden ingepland.
 - Op de dag dat u voor het vooronderzoek naar de anesthesioloog in het Amsterdam UMC locatie VUmc komt, kunt u een gesprek met een verpleegkundige hebben die met u de mogelijke gevolgen van de operatie, zoals in deze folder beschreven nogmaals met u doorneemt.
 - De operatie vindt meestal plaats tijdens een dagopname in het Medisch Centrum Boerhaave. Indien u in aanmerking komt voor operatie in de kliniek, krijgt u een ziekenhuisopname. Afhankelijk van de zwaarte van de operatie en uw conditie blijft u één of enkele dagen in het ziekenhuis.
 - De zorgeenheid Gynaecologie in de kliniek van Amsterdam UMC, locatie VUmc bevindt zich op locatie 8B.
-

De dag van de operatie

U mag zes uur voorafgaand aan de operatie niets eten en drinken. Ook mag u geen make-up en 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 rechterhand. 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 met enkele dunne buizen die door de huid in de buikholte worden ingebracht. Met de kijkbuis (laparoscoop) kan de gynaecoloog vrijwel alle organen en weefsels in de buikholte en het bekken bekijken.
 - De gynaecoloog maakt een snede van één à twee centimeter in de buikwand (meestal in de onderrand van de navel). In de buikholte wordt eerst koolzuurgas geblazen om meer ruimte te krijgen. Daarna wordt de kijkbuis ingebracht. Dan worden twee sneden van één à twee centimeter in de buikwand gemaakt om de dunne hulpinstrumenten in te brengen, waarmee de operatie wordt uitgevoerd. De eierstokken en eileiders worden verwijderd via één van de kleine sneden van de buik.
 - Na de operatie laat de arts het gas weer naar buiten lopen.
-

De wondjes worden gehecht en afgedekt met een pleister.

- De operatie duurt (inclusief de voorbereidingen) ongeveer 1,5–2 uur, afhankelijk van de bevindingen. Aan het einde van de operatie wordt de katheter verwijderd.
 - Na de kijkbuisoperatie blijft u enkele uren in het Dagchirurgisch centrum (Medisch Centrum Boerhaave) of, indien u in Amsterdam UMC, locatie VUmc bent geopereerd, gaat u terug naar de zorgenheid Gynaecologie.
 - 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 loopt. Deze pijn is doorgaans na een dag verdwenen. Als u pijn heeft, kunt u hiervoor paracetamol gebruiken, tot 4 keer per dag twee tabletten (maximaal 4 keer per dag 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

Thuis

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.

Buitenshuis

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.

Wond

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. Zolang er nog wondvocht uit de

wondjes komt, is het verstandig een pleister of een gaasje aan te brengen. Als de wondjes droog zijn, is dit niet meer nodig. U mag gerust douchen vanaf de dag na de operatie.

Klachten

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

Contact

Tijdens kantooruren kunt u het ziekenhuis bereiken via de polikliniek Obstetrie & Gynaecologie:
T (020) 444 1190, tussen 09.00 en 11.30 uur

Buiten kantooruren kunt u bellen met het algemene nummer van het ziekenhuis: (020) 444 4444. Vraagt u dan naar de dienstdoende gynaecoloog.

Weefselonderzoek

De eierstokken en eileiders worden door een patholoog onderzocht op afwijkende cellen. Ongeveer twee weken na de operatie ontvangt u telefonisch bericht over deze uitslag.

Postoperatieve controle

Na de operatie krijgt u de mogelijkheid om een afspraak te maken met een arts of gespecialiseerd verpleegkundige. U kunt dan bespreken hoe u zich voelt en welke mogelijke gevolgen of klachten u ervaart. De arts of verpleegkundige kijkt samen met u naar mogelijke oplossingen of verbeteringen. U krijgt 4-6 weken na de operatie een controle, als u daar behoefte aan heeft. Ook als u andere vragen heeft of al eerder een gesprek wilt, mag u altijd contact met ons opnemen.

De belangrijkste gevolgen van de operatie

Vervroegde overgang

De overgang is de levensfase van vrouwen waarin de hormoonproductie van de eierstokken afneemt en uiteindelijk helemaal ophoudt, gemiddeld rond de leeftijd van 52 jaar. Dit uit zich in het onregelmatig worden en uiteindelijk stoppen van de menstruatie en in het optreden van overgangsverschijnselen. Meestal treedt de overgang zeer geleidelijk in.

Sommige vrouwen merken niet zoveel veranderingen van hun lichaam behalve het wegblijven van de menstruatie. Andere vrouwen hebben veel last van overgangsklachten, die variëren van opvliegers tot psychische klachten.

Bij u worden de eierstokken operatief verwijderd. Dit betekent dat de productie van de vrouwelijke hormonen (onder andere oestrogenen) direct stopt. Als u nog niet in de overgang bent, komt u definitief en vervroegd in de overgang en doorgaans zijn de overgangsklachten dan heviger dan na een natuurlijke overgang. In de brochure *De vervroegde overgang na verwijdering van eierstokken* treft u een beschrijving aan van de klachten die eventueel kunnen ontstaan. Daarna wordt uitgelegd wat er eventueel aan gedaan kan worden. In het geval u al in de overgang was voor de operatie, kan het toch zinvol zijn om de informatie te lezen in deze brochure.

Conclusie

Het is belangrijk dat u zelf achter de beslissing staat om de operatie te ondergaan. Voor deze operatie heeft u ruim de tijd om na te denken.

Voordat u de definitieve beslissing neemt tot een operatie, is het verstandig om na te gaan of voor u de volgende vragen beantwoord zijn:

- Weet ik waarom ik de operatie laat doen? Wat zijn de voordelen?
 - Hoe is het met mijn eventuele kinderwens?
 - Wat wordt er precies verwijderd en wat zijn de gevolgen daarvan?
 - Waar komen de littekens op de buik?
 - Wat zijn de mogelijke risico's en complicaties? Wat zijn de nadelen?
 - Heb ik voldoende informatie en tijd gehad om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen?
-

Aanvullende informatie

Op internet kunt u betrouwbare informatie vinden over erfelijke kanker:

- www.brca.nl
- www.b-bewust.nl
- www.hebon.nl
- www.erfelijkheid.nl
- www.olijf.nl
- www.nvog.nl
- www.amsterdamumc.nl
- www.facingourrisk.org

Over prenatale diagnostiek:

- www.pgdnederland.nl
-

Vragen

Als u na het lezen van deze informatie nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met de verpleegkundige post van de polikliniek Verloskunde en gynaecologie, receptie H, telefonisch spreekuur tussen 09.00 – 11.30 uur:
T: (020) 444 1190.

Problemen

Bij hevige buikpijn, koorts of hevig bloedverlies (meer dan bij een normale menstruatie) dient u contact op te nemen met het ziekenhuis.

Overdag

Polikliniek Verloskunde en gynaecologie, receptie H
T: (020) 444 1190

Buiten kantooruren en in het weekend

Zorg eenheid Gynaecologie (afdeling 8B)
T: (020) 444 2280

U kunt uw vragen natuurlijk ook stellen aan uw huisarts of behandelend arts.

Heeft u vragen over uw behandeling? We raden u aan deze op te schrijven.
