

Preventieve verwijdering van eierstokken en eileiders

Het is geen gemakkelijke keuze om de eierstokken en eileiders te verwijderen. In deze folder kunt u alle voor- en nadelen rustig nalezen. Dit kan u helpen bij het maken van een keuze. Deze folder kan bovendien gebruikt worden om andere personen duidelijk te maken wat er bij u leeft en welke keuze u kunt maken.

Voor wie is deze informatie bedoeld?

Deze informatie is bedoeld voor vrouwen die overwegen om preventief, dus uit voorzorg, hun eierstokken en eileiders te laten verwijderen vanwege het verhoogde risico op eierstokkanker en om daarmee bovendien het risico op borstkanker te verkleinen.

Algemeen

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

Baarmoeder, eileiders en eierstokken liggen niet los in de buik, maar zitten met bindweefselbanden onder in het bekken vast. De baarmoeder is aan de binnenkant (baarmoederholte) bekleed met slijmvlies dat onder invloed van hormonen maandelijks via de baarmoedermond en schede (vagina) wordt afgestoten (de menstruatie). De eierstokken maken hormonen aan die elke maand het baarmoederslijmvlies opbouwen. De hormonen dragen ook bij tot het zin hebben in vrijen (libido) en tot het stevig en soepel houden van de schede.

Elke maand komt er bij de eisprong een eicel uit één van de eierstokken vrij. De eileiders hebben een transportfunctie. Zaadcellen komen via de schede en de baarmoeder door de eileiders naar de eierstok toe. Als een eisprong heeft plaatsgevonden is bevruchting mogelijk.

Een bevruchte eicel wordt door de eileider naar de baarmoeder vervoerd. Een niet bevruchte eicel lost vanzelf op.

De informatie in deze folder is van algemene aard en is bedoeld om u een beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In uw situatie kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze folder is dan ook slechts een aanvulling op de specifieke (mondelinge) voorlichting van uw specialist of behandelaar.

Verhoogd risico op eierstokkanker

U heeft een verhoogd risico op het krijgen van eierstokkanker. Omdat tijdens de operatie de eierstokken en de eileiders worden weggehaald, wordt de kans op eierstokkanker minimaal, maar is nog steeds niet uit te sluiten. Dit komt doordat het buikvlies, dat aan de binnenkant van de buik zit, van oorsprong hetzelfde type weefsel is als de eierstokken. Het risico hierop wordt geschat op 1-2% en lijkt gelijk aan dat van de populatie vrouwen zonder het verhoogd risico.

Vrouwen met een afwijking (mutatie) in een van de bij erfelijke kanker betrokken genen (in het geval van erfelijke eierstokkanker; de BRCA1- en BRCA2-genen) hebben de hoogste kans op het krijgen van borst- en/of eierstokkanker. 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 mutatie is aangetoond, zal het preventief verwijderen van eierstokken en eileiders met u besproken worden. Maar ook als de mutatie niet bij u is aangetoond, maar uit uw familiegeschiedenis duidelijk een verhoogd risico naar voren komt op borst- en eierstokkanker, wordt deze ingreep met u besproken. Mogelijk berust dit namelijk op een tot op heden nog niet ontdekte mutatie.

Operatie

De ingreep wordt meestal via een kijkbuisoperatie (laparoscopie) verricht. De operatie gebeurt onder algehele verdoving (narcose). De gynaecoloog maakt meestal een sneetje van ongeveer 1 cm in de onderrand van de navel en brengt door dat sneetje een dunne holle naald in de buikholte. Hiermee wordt de buik gevuld met koolzuurgas. Zo ontstaat ruimte in de buik om de verschillende organen te bekijken. Daarna brengt de gynaecoloog via hetzelfde sneetje de kijkbuis (laparoscoop) in de buik en sluit deze aan op een videocamera. De baarmoeder, eileiders en eierstokken zijn zo zichtbaar op de monitor.

Bij het vermoeden op het bestaan van verklevingen brengt men soms de naald en de laparoscoop op een andere plaats in, bijvoorbeeld onder de ribbenboog. Ook op een paar andere plaatsen, zoals net boven het schaambeentje en links en/of rechts in de buik, worden sneetjes gemaakt waardoor men operatie-instrumenten inbrengt.

Via de schede (vagina) en de baarmoederhals wordt soms een instrument in de baarmoederholte gebracht om de baarmoeder tijdens de operatie te kunnen bewegen.

Eierstokken en eileiders worden via de instrumenten die in de buik zitten losgemaakt en naar buiten gehaald, via hetzelfde sneetje als waar de instrumenten door naar binnen zijn gegaan.

Operatierisico

De meeste laparoscopische operaties verlopen zonder complicaties. De mogelijke complicaties die kunnen optreden worden hieronder besproken:

- De meest voorkomende ‘complicatie’ bij een laparoscopische operatie is dat er toch een ‘gewone’ buikoperatie (laparotomie) moet plaatsvinden via een grotere snede (bikini-snede). In sommige gevallen is opereren met behulp van de laparoscopische methode namelijk niet mogelijk. Dit komt vooral voor bij uitgebreide verklevingen, bijvoorbeeld door een eerdere buikaandoening of een eerdere buikoperatie. Tijdens de operatie wordt dit duidelijk. Houdt u er dus altijd rekening mee dat u met een grotere snede dan gepland wakker kunt worden. De opname in het ziekenhuis en het herstel duren in dat geval ook langer.
- In zeer zeldzame gevallen kunnen de urinewegen of de darmen worden beschadigd. De gevolgen zijn soms pas zichtbaar als u al uit het ziekenhuis ontslagen bent. 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.
- Voor de operatie wordt een afvoerbuisje (katheter) in de blaas ingebracht. Hierdoor kan een blaasontsteking ontstaan. Deze ontsteking is lastig en pijnlijk, maar goed te behandelen.
- Er kan in de buikwand of in de vagina een bloeding optreden. Meestal verwerkt het lichaam zelf zo’n bloeuitstorting, maar dit vraagt een langere periode van herstel. Bij een ernstige nabloeding is soms een tweede operatie nodig, vaak via een grote snede (laparotomie).
- Bij iedere operatie is er een klein risico op het ontstaan van een infectie of trombose.

Een gynaecoloog (of gynaecoloog in opleiding onder supervisie van een gynaecoloog) bespreekt met u de operatie en hoe lang de verwachte ziekenhuisopname is.

Poliklinisch vindt door een arts die de narcose geeft (anesthesioloog) het vooronderzoek plaats, tijdens het pre-operatief spreekuur (POS). Dit bestaat uit een algemeen lichamelijk onderzoek, soms aangevuld met bloedonderzoek, longfoto of een hartfilmpje (ECG). De anesthesioloog die de narcose geeft, ziet u bij binnenkomst op de operatieafdeling. Dit kan een andere arts zijn dan die bij het POS.

De operatiedag

Vanaf middernacht, voorafgaande aan de operatie, moet u nuchter blijven. Dat betekent niet eten en drinken. De duur van de operatie varieert van een half uur tot anderhalf uur, afhankelijk van de bevindingen. Na de operatie gaat u als u goed wakker bent terug naar de afdeling. U kunt keelpijn hebben als gevolg van een buisje dat onder narcose werd ingebracht om u te beademen.

Via een infuus krijgt u vocht. 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. Tijdens de operatie kan de urine via de ingebrachte katheter wegstromen. De katheter wordt na de operatie op de OK verwijderd.

Voor pijn en misselijkheid na de operatie krijgt u medicijnen toegediend. Sommige patiënten hebben behalve buikpijn ook schouderpijn; dit wordt veroorzaakt door het koolzuurgas dat tijdens de operatie wordt ingebracht.

Het merendeel van deze operaties wordt verricht in dagbehandeling, zodat u dezelfde dag weer thuis bent.

Herstel

Over het algemeen moet u voor het herstel zeker op één tot twee weken rekenen. De eerste dagen kunt u wel voor u zelf zorgen, maar niet voor een gezin.

Vaak bent u sneller moe en kunt u minder aan dan u dacht. In dat geval is het verstandig toe te geven aan de moeheid en extra te rusten. Te hard van stapel lopen heeft vaak een averechts effect. Uw lichaam geeft aan wat u wel en niet aankunt. Als u voelt dat het beter gaat, kunt u geleidelijk uw activiteiten uitbreiden.

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 dan na een 'gewone' operatie met een grotere snede.

Om de wond te sluiten gebruikt men in het algemeen hechtingen die uit zichzelf oplossen. Dit duurt zeker zes weken.

Soms worden hechtingen of nietjes gebruikt, zeker bij een uitgebreide operatie (laparotomie), die na een week moeten worden verwijderd. Dit gebeurt op de polikliniek of door de huisarts.

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 als u weer op de been bent.

Sommige vrouwen hebben na de operatie klachten als duizeligheid, slaperigheid, moeheid, concentratiestoornissen, buik- en/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.

Voordat u wordt opgenomen, is het aan te raden een en ander te regelen voor de periode na het ontslag uit het ziekenhuis. 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 gynaecoloog of huisarts. Als u buitenshuis werkt, moet u over het algemeen rekenen op één tot enkele weken afwezigheid. De zwaarte van de operatie, uw eigen conditie en daarmee de snelheid van herstel spelen hierbij een rol.

Na twee weken wordt u gebeld voor een afspraak op de polikliniek voor een nacontrole. Tijdens de nacontrole krijgt u ook de uitslag van het microscopisch onderzoek van het weggehaalde weefsel. Ook krijgt u adviezen over werkhervatting en natuurlijk kunt u zelf ook vragen stellen.

De belangrijkste gevolgen van de operatie

(Vervroegde) Overgang

De overgang (climacterium) is de levensfase van vrouwen waarin de hormoonproductie van de eierstokken schommelingen gaat vertonen, en uiteindelijk helemaal ophoudt. Dit uit zich in het onregelmatig worden en uiteindelijk stoppen van de menstruatie en in het optreden van overgangsverschijnselen. Deze nieuwe fase in het leven van de vrouw wordt vaak ervaren als een heroriëntatie op bezigheden, oude idealen en nieuwe toekomstverwachtingen. Meestal treedt de overgang zeer geleidelijk in. Sommige vrouwen merken niet zoveel veranderingen aan 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 echter operatief verwijderd. Dit betekent dat de hormoonproductie van de vrouwelijke hormonen (o.a. oestrogenen) abrupt stopt. Dit houdt automatisch in dat u (vervroegd) in de overgang komt.

Hieronder treft u een beschrijving aan van de klachten die eventueel kunnen ontstaan en daarna wordt uitgelegd wat er eventueel aan te doen is. In het geval u al in de overgang bent voor de operatie, is het toch zinvol om onderstaande informatie te lezen.

Typische overgangsklachten die kunnen optreden zijn opvliegers, (nachtelijk) transpireren, vaginale droogheid en veranderde seksuele beleving. Als gevolg van een chronisch verstoorde nachtrust kunnen klachten ontstaan: gejaagdheid, moeheid, lusteloosheid, gebrek aan energie, prikkelbaarheid, depressieve gevoelens en hartkloppingen. Deze klachten hoeven niet (allemaal) voor te komen en zeker niet meteen na de operatie. De menstruatie blijft dus na de operatie helemaal weg. Wel kunt u vlak na de operatie nog kort vaginaal bloedverlies hebben. Dit is niet verontrustend. Het is een gevolg van het plotseling stoppen van de hormoonproductie. Het slijmvlies in de baarmoeder wordt niet verder meer opgebouwd, maar afgebroken.

Een ander gevolg van het stoppen van de oestrogeenproductie is dat het slijmvlies van de vagina droger wordt en dat de huid ook anders wordt van structuur. De volgende klachten kunnen daardoor optreden: verzakkingsgevoel van de baarmoeder, veranderingen in het plaspatroon (veel plassen, veel aandrang, incontinentie), of pijn bij het fietsen of tijdens het vrijen.

Een gevolg op de langere termijn kan zijn het ontstaan van botontkalking (osteoporose). Omdat er geen oestrogenen meer door het lichaam worden gemaakt, verandert de structuur van uw botten. Dit is een normaal verschijnsel bij het ouder worden. Als de eierstokken zijn verwijderd en de oestrogeenproductie daardoor plotseling stopt, kan de botontkalking hierdoor eerder ontstaan. Botontkalking geeft in het begin geen klachten. Indien de botontkalking toeneemt, kunt u jaren later pijn in de rug krijgen, en zelfs wat kleiner worden doordat de ruggenwervels inzakken. U loopt dan ook meer risico op een botbreuk.

Seksualiteit

Omdat de seksuele en voortplantingsorganen van vrouwen niet alleen een biologische functie vervullen, maar ook een sterk emotionele betekenis hebben, bepalen ze mede het beeld dat vrouwen van zichzelf hebben. Een gynaecologische operatie kan dan ook veel meer betekenen dan louter het verwijderen van een orgaan. Hoe de seksualiteit zal zijn na de operatie, hangt sterk samen met de wijze waarop u de seksualiteit beleefde voor de operatie.

Het verwijderen van de eierstokken en de eileiders zelf heeft geen consequenties voor het vrijen. Net na de operatie is de buik nog gevoelig en is het hebben van gemeenschap nog te pijnlijk. Er is niets op tegen om seksueel opgewonden te raken. Na het stoppen van de hormoonproductie hoeft u niet veel te merken bij het vrijen, behalve dat op de langere termijn uw schede wat minder vochtig wordt. Hierdoor kan het binnendringen van de penis wat moeizamer gaan of pijnlijk worden. Zin in vrijen (libido), wordt mede bepaald door de testosteron-productie in de eierstokken, en deze kan na de operatie afnemen.

Onvruchtbaarheid

Door de operatie bent u definitief onvruchtbaar geworden. Hierop wordt wisselend gereageerd door vrouwen die voor deze operatie kiezen. Indien het gezin compleet is of de kindervens niet (meer) aanwezig is, kan men veelal beter omgaan met dit gegeven. Indien men geen kinderen heeft, of de beslissing tot kinderen willen krijgen altijd heeft uitgesteld, dan is dit definitieve verlies van vruchtbaarheid wellicht moeilijker. Doordat uw eierstokken en eileiders zijn weggehaald, is de kans om zwanger te worden nul procent. Een hersteloperatie is niet mogelijk.

Maatregelen tegen overgangsklachten

Na de operatie wordt eerst afgewacht of er klachten ontstaan. Niet iedere vrouw krijgt opvliegers of slapeloze nachten. Indien er toch klachten ontstaan, wordt er samen met u gekeken in welke mate de klacht uw kwaliteit van leven beïnvloedt. Met behulp van deskundig advies en leefregels lukt het over het algemeen om de klachten te verminderen of beheersbaar te maken.

Als het toch nodig blijkt om medicamenteus in te grijpen kan kortdurende behandeling met hormonen die onder normale omstandigheden door de eierstok gemaakt worden, een goede en veilige oplossing zijn voor één of meer van deze problemen (hormonale substitutie). Dit is echter wel afhankelijk van het feit of u borstkanker heeft of heeft gehad.

Opvliegers en transpiratieaanvallen

Klachten van opvliegers en transpiratie die u ernstig belemmeren in het dagelijkse leven, kunnen met behulp van leefregels verminderen. Draag luchtige kleding van natuurlijke materialen; meerdere lagen over elkaar heen maakt het mogelijk een kledingstuk uit te trekken als u het te warm krijgt.

Ontspanningsoefeningen en lichaamsbeweging kunnen ook de intensiteit en het aantal opvliegers verminderen. Ook is het belangrijk stress zoveel mogelijk te vermijden. Verder is

het bekend dat cafeïnehoudende dranken, chocolade, heet en gekruid voedsel, alcohol en roken opvliegers kan verhevigen of uit kan lokken.

Er zijn ook medicijnen die kunnen helpen tegen overgangsklachten, die niet bestaan uit hormonen. Ook borstkanker-patiënten kunnen deze medicijnen veilig gebruiken. Voor ieder medicijn geldt echter dat het ook weer bijwerkingen kan geven. In overleg met uw arts of gespecialiseerd verpleegkundige kan gekeken worden of voor u medicamenteuze behandeling wenselijk is.

Er zijn verschillende voedingssupplementen te koop die fyto-oestrogenen of isoflavonen (plantaardige voedingsstoffen met hormoonachtige werking) bevatten die zouden helpen tegen opvliegers. Echter de werkzaamheid en veiligheid van deze voedingssupplementen zijn niet wetenschappelijk aangetoond, noch zijn de effecten op lange termijn bij vrouwen met borstkanker bekend. Het is beter deze producten nooit op eigen initiatief te gebruiken. Ook soja of sojaproducten bevatten fyto-oestrogenen. Het buitensporig gebruik hiervan wordt aan vrouwen met borstkanker ook afgeraden.

Slapeloze nachten

Deze klacht wordt voornamelijk veroorzaakt door de transpiratieaanvallen. Hierdoor wordt u plotseling wakker en is het soms noodzakelijk om voor droge kleren en beddengoed te zorgen. Als de transpiratieaanvallen minder worden, gaat het slapen 's nachts ook beter.

Psychische klachten

U kunt het gevoel krijgen dat u emotioneler op dingen reageert dan voor de operatie. Door de beslissing te nemen tot operatie, maar ook doordat het vrouwelijk hormoon niet meer wordt aangemaakt, kunt u wat labieler reageren op zaken.

Voldoende nachtrust, gezond en regelmatig leven kan verbetering brengen. Ook een gesprek met een verpleegkundige of psycholoog met wie u (mogelijk) al voor de operatie kennis heeft gemaakt, kan uitkomst bieden.

Vaginale droogheid

Een droge vagina kan een schrijnend gevoel geven tijdens het plassen of pijn doen bij het vrijen. Een glijmiddel kan een oplossing zijn bij het vrijen. Mocht dit niet afdoende werken dan kan een tijdelijke behandeling met een oestrogeencrème nodig zijn. Het gebruik van locale oestrogeencrème bij vrouwen met borstkanker staat nog steeds ter discussie en dient alleen na overleg met uw arts te worden gebruikt.

Botontkalking

Om botontkalking zo goed mogelijk te voorkomen is het gebruik van zuivelproducten (kaas, melk en yoghurt) zeer aan te raden. Zorg ook dat u dagelijks buiten komt. Dit is belangrijk voor de aanmaak van vitamine D, wat ervoor zorgt dat het calcium uit de voeding beter wordt opgenomen in uw lichaam.

Daarnaast is voldoende beweging erg belangrijk. Met name bewegingen waarbij het skelet belast (springen, dansen, hardlopen) wordt, zijn een goede stimulans voor de botopbouw.

Indien de voeding ontoereikend is, kan extra calcium worden voorgeschreven om een inname van 1000 – 1500 mg per dag te garanderen.

Mocht er aanleiding zijn om te denken dat u botontkalking aan het ontwikkelen bent doordat u klachten heeft of een hoog risico hierop heeft, dan wordt u aangeraden om een botdichtheid- meting te laten verrichten. Afhankelijk van de uitslag zal dan worden gekozen om wel of geen medicatie te gaan gebruiken die een gunstig effect heeft op de botdichtheid. Dit zijn geen hormonen.

Conclusie

Het is belangrijk dat u zelf achter de beslissing tot een operatie staat. 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:

- Wat is de reden voor de operatie?
- Zijn er andere behandelingsmogelijkheden?
- Hoe is het met de eventuele kinderwens?
- Wat wordt er verwijderd en wat zijn de gevolgen daarvan?
- Waar komen de littekens op de buik?
- Wat zijn de mogelijke risico's en complicaties?
- Heeft u voldoende informatie en tijd gehad om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen?

Meer informatie op internet

Op internet kunt u betrouwbare informatie vinden op:

www.brca.nl

www.mmc-vrouw.nl

www.nvog.nl

Heeft u vragen?

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, neem dan tijdens kantooruren contact op met de polikliniek gynaecologie via telefoonnummer (040) 888 83 80.