

Het coloscopie onderzoek: Wat houdt

Door: Hanneke Kleijwegt-Balk, verpleegkundig specialist chirurgische oncologie

Per jaar worden veel coloscopieën gedaan. Voor de een zal dit zijn om tot een diagnose te komen, voor de ander om te screenen op aandoeningen van de dikke darm en voor nog weer een ander om te controleren of de ziekte niet terugkomt. Vele redenen, maar het onderzoek zelf is in alle gevallen hetzelfde.

De ervaringen van patiënten kunnen verschillen, evenals de werkwijze per ziekenhuis. Hierdoor kan in sommige gevallen onduidelijkheid ontstaan bij patiënten. 'Wat gebeurt er nu wel of niet en waar moet ik rekening mee houden?' Dit artikel hoopt daar een beetje duidelijkheid in te geven.

Wat?

Een coloscopie is een inwendig onderzoek van de dikke darm. De arts gebruikt hiervoor een flexibele slang (endoscoop) met een camera en een lampje. Op een beeldscherm kan de arts gelijk zien of er afwijkingen zijn aan de binnenkant van de dikke darm. Het onderzoek kan ook worden uitgevoerd door een gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Waarom?

Door middel van een coloscopie kan de arts het slijmvlies van de dikke darm onderzoeken op eventuele afwijkingen, zoals ontstekingen van de dikke darm, poliepen en darmkanker. Een belangrijk voordeel van zo'n inwendig onderzoek is dat de arts met de endoscoop direct kleine ingrepen kan uitvoeren, zoals stukjes weefsel (bipten) wegnemen voor nader onderzoek. Poliepen worden direct verwijderd.

Vorbereiding

Aan een colonoscopie gaat een intakegesprek vooraf. Voor het onderzoek zelf moeten de darmen goed leeg en schoon zijn. Dit gebeurt door middel van een sterk laxeermiddel. Deze voorbereiding kan thuis of in het ziekenhuis plaatsvinden.

Hoe verloopt het onderzoek?

Een patiënt die een coloscopie moet ondergaan, wordt eerst voorbereid door een verpleegkundige van de endoscopie-afdeling. Onzekerheid en spanning kan een grote rol spelen. Het kan helpen om eerst even een praatje te maken met de verpleegkundige en te vragen naar tips om eventuele ongemakken te verlichten. Meestal is in de ruimte wel een aparte ruimte of gordijn waar de patiënt zich gedeeltelijk kan uitkleden.



het in?



De eigen kleding kan gewoon aangehouden worden, met uitzondering van het ondergoed. Als de patiënt op de onderzoeksbank ligt (op de linkerzij), dan wordt het onderlichaam bedekt met een handdoek of laken. Daarna komt vaak pas de arts binnen om het onderzoek te starten.

Deze brengt eerst een beetje gel aan de anus aan, zodat de endoscoop beter glijdt. De arts kan dan ook direct de anus en laatste deel van de endeldarm onderzoeken met een vinger (rectaal toucher). Dit is meestal niet pijnlijk.

Via de anus wordt de endoscoop steeds verder de darm ingevoerd. De kop van de endoscoop is hierbij bestuurbaar. De arts ziet het beeld op een scherm. De patiënt kan zelf ook meekijken als hij dat wil.

Soms is de darmwand of het slijmvlies van de darm niet goed zichtbaar. Dan blaast de arts via de endoscoop lucht in de darm. De darm gaat hierdoor wijd openstaan. Dit kan pijnlijke darmkrampen veroorzaken. Ook kan winderigheid optreden. Het beste is om deze lucht gewoon te laten ontsnappen. De arts zal eerst de endoscoop tot het begin van de dikke darm voeren. Dit kan lastig zijn en vergt vaak concentratie van de arts. Om te voorkomen dat de endoscoop tijdens de invoering de dikke darm teveel uitrekt, trekt de arts de endoscoop regelmatig korte stukjes terug.

Ondanks de flexibiliteit van de slang kan het passeren van de bochten in de darm een pijnlijk of vervelend gevoel veroorzaken. Soms is het nodig om een andere houding aan te nemen. Of de verpleegkundige ondersteunt de buik van de patiënt om zo het opvoeren van de endoscoop gemakkelijker te maken. Verder werkt zo ontspannen mogelijk blijven liggen vaak het beste. Als het begin van de dikke darm bereikt is, is het meest vervelende deel van het onderzoek voorbij.

Tijdens het terugtrekken van de endoscoop bekijkt de arts de binnenkant van de dikke darm heel nauwkeurig. Soms is het nodig dat er bipten worden genomen voor nader onderzoek.

Ook kunnen poliepen verwijderd worden. Dit gebeurt

door een metaaldraadje als een lusje om de poliep heen te leggen. Met een elektrisch stroompje wordt de poliep afgesneden en zo nodig onderzocht onder de microscoop. Omdat er met elektriciteit wordt gewerkt, krijgt de patiënt een aardsticker op zijn been geplakt om een goede stroomgeleiding te krijgen. Dit verwijderen van weefsel is pijnloos, maar het kan wel wat bloedverlies geven.

Het onderzoek duurt 15-30 minuten. Dit is afhankelijk van de lengte van de darm, de scherpte van de bochten in de darm en of er kleine ingrepen gedaan moeten worden.

Na het onderzoek

Als het onderzoek klaar is, zal de verpleegkundige een slangetje ("schoorsteentje") in de anus plaatsen waardoor de anus even open gehouden wordt en de overbodige lucht gemakkelijk weg kan. Er kunnen dan soms ook wat resten ontlasting of bloed meekomen. Ondanks dit slangetje kan de patiënt nog een tijdje last hebben van buikpijn, darmkrampen, een opgeblazen gevoel en winderigheid. Dit is heel normaal. Zo nodig kan een pijnstiller ingenomen worden.

Tot enkele dagen na het onderzoek kan er wat slijm- en vochtverlies optreden. Indien er weefsel is verwijderd, kan er daarnaast ook wat bloedverlies optreden. Vaak duurt het een aantal dagen voordat er weer ontlasting komt. Dit komt doordat de lege darm zich eerst weer moet vullen en dit duurt even.

Uitslag van het onderzoek

Als er tijdens het onderzoek duidelijk afwijkingen te zien waren, zal de arts dit direct na afloop vertellen. Soms is het nodig om een afspraak te maken op de po-

likliniek om een eventuele behandeling te starten of de uitslagen van eventuele bipten of poliepen te bespreken.

Verdoving of roesje

Patiënten ervaren een coloscopie heel verschillend. Dit is afhankelijk van de eigen beleving en van de eigen pijngrens.

In de meeste ziekenhuizen kunnen patiënten vragen om een roesje. Via een infuus in hand of arm wordt een medicijn toegediend dat het bewustzijn verlaagt.

Vaak wordt Midazolam (Dormicum) gebruikt. Soms wordt hier een pijnstillend middel aan toegevoegd. Hierdoor merkt de patiënt weinig van de coloscopie. Maar hij kan nog wel meewerken aan het onderzoek, als de arts hem bijvoorbeeld vraagt anders te gaan liggen. Mocht de pijnbeleving toch nog te erg zijn, dan kan de patiënt rustig om een extra verdoving vragen. Een heel enkele keer wordt het onderzoek gestaakt als ook een hogere dosering niet afdoende helpt.

Een roesje kan in zeldzame gevallen ademhalingsproblemen en problemen met het hart veroorzaken. Daarom wordt de hartslag en ademhaling in de gaten gehouden door middel van een knijpertje op de vinger. Na het onderzoek wordt de patiënt naar de uitslaapkamer gebracht waar hij blijft liggen totdat hij weer goed wakker is en iets heeft gegeten en gedronken. Vaak duurt dat ongeveer een uur.

De verdoving kan echter nog tot 24 uur in het lichaam zitten. De patiënt kan zich dus nog enige tijd slaperig of suffig voelen. Deelname aan het verkeer is dus niet

toegestaan na het onderzoek. Ook de volgende dag kan het reactievermogen nog verminderd zijn. Daarom is het belangrijk dat er iemand meegaat naar het onderzoek.

Sommige patiënten kunnen ook de volgende dag nog last hebben van verminderde concentratie.

Het is afhankelijk van de werksituatie van de patiënt of het verstandig is om de volgende dag alweer te gaan werken.

Patiënten kunnen zich na het onderzoek vaak niets meer herinneren, niet van het onderzoek maar ook niet van wat er gezegd is door henzelf of door de arts. Ook om deze reden is het raadzaam om iemand mee te nemen.

Complicaties

Een colonoscopie is een veilig onderzoek, maar er kunnen wel complicaties optreden.

Een zeldzame, maar ernstige complicatie is een darmperforatie. Dit is een scheurtje of gaatje in de wand van de darm. De kans hierop is met name aanwezig als er sprake is van een vernauwing, een ernstige ontsteking van de darm of als er veel uitstulpingen (divertikels) in de darm zitten.

Het is dan ook belangrijk om direct een arts te waarschuwen als de buikpijn toeneemt, er koorts optreedt of als er veel bloedverlies is.

Auteur: Hanneke Kleijwegt-Balk, verpleegkundig specialist chirurgische oncologie, Ziekenhuis Gelderse Vallei

