



Hersentumoren

informatie voor patiënten

INLEIDING	3
HERSENTUMOREN: ALGEMENE INFORMATIE	5
Soorten hersentumoren	
Kansen op genezing of controle	
Wat zijn de symptomen?	
Hoe stelt uw arts de diagnose?	
Gevolgen voor de patiënt	
HOE VERLOOPT DE ZIEKENHUISOPNAME BIJ EEN HERSENTUMOR?	12
De voorbereiding van de ingreep	
De eigenlijke hersenoperatie	
De fase direct na de ingreep: begeleiden van herstel, onderkennen en behandelen van complicaties	
De late fase na de ingreep: de opvolging van de behandeling en tumorcontrole	
VEELGESTELDE VRAGEN OVER EEN HERSENTUMOR	25
VOORSTELLING VAN HET TEAM	28

Onlangs werd bij u een hersentumor of een tumor in de schedel vastgesteld. Met deze brochure geven we u achtergrondinformatie bij deze ziekte en maken we u wegwijs in de dagen en weken die volgen op de diagnose en de opname in het ziekenhuis. U kunt rekenen op ons team van artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, kinesitherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten, sociaal werkers, psychologen en logistieke medewerkers dat alles in het werk zal stellen om u en uw familie zo goed mogelijk te begeleiden.

Deze brochure is uiteraard slechts een aanzet om te antwoorden op de vragen en twijfels die kunnen ontstaan nadat een tumor in het hoofd of de hersenen werd vastgesteld. Hebt u nog specifieke vragen, aarzel dan niet om ons medisch en paramedisch team aan te spreken.

Wij wensen u een comfortabel verblijf in ons ziekenhuis en een spoedig herstel.

Dienst neurochirurgie
Eenheid 451 - 452 - 510
Tel. 016 34 42 90

HERSENTUMOREN: ALGEMENE INFORMATIE

SOORTEN HERSENTUMOREN

Hersentumoren kunnen op vele manieren worden ingedeeld.

Intrinsieke of extrinsieke tumoren

- ✗ Intrinsieke hersentumoren zijn tumoren die in de hersenen zelf ontstaan.
- ✗ Extrinsieke tumoren zijn uitzaaiingen of metastasen van een tumor elders in het lichaam.

Hoe vaak komen hersentumoren voor?

Uitzaaiingen van andere tumoren in het lichaam komen duidelijk meer voor dan intrinsieke hersentumoren. Heel vaak is er dan vroeger al een diagnose gesteld van een andere tumor in het lichaam, waarvoor de patiënt werd behandeld of opgevolgd.

Nieuwe intrinsieke hersentumoren komen jaarlijks voor bij 16 tot 17 mensen per 100 000. Net iets meer dan de helft (9 per 100 000 per jaar) zijn goedaardige hersentumoren en hebben dus niets met kanker te maken. 7 per 100 000 per jaar gedragen zich agressiever en worden ook wel kwaadaardige hersentumoren genoemd. Deze kwaadaardige hersentumoren maken ongeveer 1,4 procent uit van alle kankeraandoeningen.

Goedaardige of kwaadaardige tumoren

We gaven al aan dat er zowel goedaardige als kwaadaardige tumoren voorkomen in de hersenen. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft een gradering of schaal opgemaakt van I tot 4. Die weerspiegelt de graad van agressiviteit van de hersentumor.

- ✓ Een **graad I**-tumor is in regel volledig goedaardig. Vaak, maar niet altijd, volstaat hier een chirurgische verwijdering.
- ✓ Een **graad II**-letsel wordt beschouwd als een biologisch goedaardig of laaggradig letsel. Dit wil zeggen dat het gaat om een traaggroeiend gezwel. In een aantal gevallen volgt er na de operatie het best al onmiddellijk een nabehandeling, bijvoorbeeld een bestraling. In een aantal andere gevallen volstaat een nauwkeurige opvolging.
- ✓ Letsels van **graad III en IV** gedragen zich agressief. Een nabehandeling, onder de vorm van bestraling of medicatie (of beide), is vaak noodzakelijk.

Volgens de oorsprong van de tumor

Ook het weefsel van waaruit de tumor is beginnen groeien is een belangrijk element. Als we uitzaaiingen van tumoren elders in het lichaam buiten beschouwing laten, kunnen hersentumoren uitgaan van:

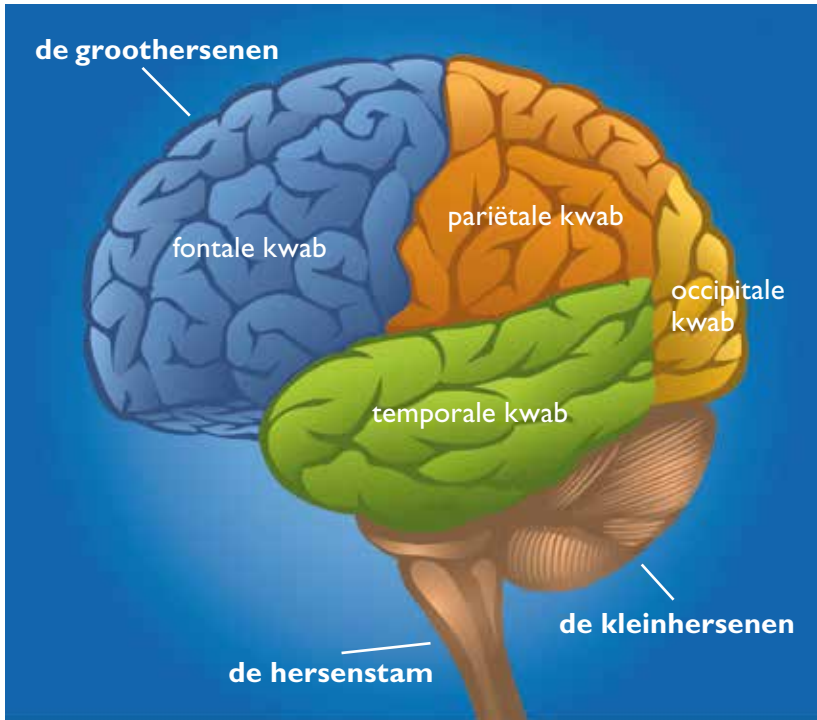
- X De gliacellen of steuncellen van het hersenweefsel: we spreken dan van gliomen.
- X De hersenvliezen: het gaat dan om meningiomen.
- X De hypofyse, een klein kliertje onderaan de hersenen: hypofysetumoren zijn altijd goedaardig.
- X De schede rondom bepaalde zenuwen binnen de schedel rondom de hersenen: schwannomen of neurinomen.
- X Ten slotte zijn er zeldzame tumoren die nog een andere oorsprong hebben.

Volgens de ligging van de tumor

De ligging van de hersentumor is vaak van cruciaal belang. Deze ligging kan zijn:

- in de groothersenen
- in de kleinhersenen
- in de hersenstam

In de groothersenen kan de tumor een of meerdere hersenkwabben aantasten. De ligging van een hersentumor is erg belangrijk voor de symptomen die hij veroorzaakt, voor de risico's en mogelijkheden van behandelingen, en voor de globale uitkomst van de behandelingen.



KANSEN OP GENEZING OF CONTROLE

De globale uitkomst wordt bepaald door de behandelmogelijkheden, maar daarnaast door andere factoren zoals:

- X de ouderdom van de patiënt
- X de algemene lichamelijke conditie waarin hij verkeert
- X het biologische gedrag van het letsel (goed- of kwaadaardig)
- X de herkomst van de tumor
- X de ligging van de tumor in de hersenen.

Met de globale uitkomst bedoelen we de genezingskansen of de kansen op een goede langdurige controle van de tumor, maar ook de kans op het optreden van blijvende symptomen of ziekte tekens.

WAT ZIJN DE SYMPTOMEN?

De symptomen die een hersentumor kan veroorzaken zijn zeer uiteenlopend. In het algemeen worden ze beïnvloed door de snelheid waarmee de tumor ontstaat en door de ligging van het letsel.

- ✓ Heel wat hersentumoren worden ontdekt naar aanleiding van aanhoudende, met de tijd erger wordende hoofdpijn die al dan niet gepaard gaat met misselijkheid, braken, slechter zien en bewustzijnsdalingen. Die symptomen komen hoofdzakelijk voor door een drukstijging in het hoofd.
- ✓ Epilepsie of vallende ziekte is een frequent symptoom van een letsel in de hersenen. Epilepsie kan zich op verschillende manieren uiten: afwezigheden, ongecontroleerde bewegingen of schokken in de ledematen, lichtflitsen, spraakproblemen, snel optredende en verdwijnende gevoelssensaties – telkens met of zonder bewustzijnsverlies.
- ✓ Afhankelijk van de ligging van de tumor en de druk die het op de omgeving uitoefent, kunnen ook de volgende symptomen voorkomen: karakterwijzigingen; gedragsveranderingen; veranderingen in spraak-, taal-, stem- en slikvermogen; veranderingen in concentratie, aandacht en geheugen; moeilijkheden met rekenen, lezen, schrijven of abstraheren; krachtvermindering of verlammingen in arm of been; coördinatiestoornissen; abnormale gevoelsgevoelsgewaarwordingen en gevoelsstoornissen in arm en been.

- ✓ Klachten als gehoorvermindering, dubbel zien, zichtstoornissen, gevoelsstoornissen in het gelaat, slikstoornissen, veranderingen van geur en smaak komen ook regelmatig voor.

Het is echter niet zo dat deze symptomen altijd moeten aanwezig zijn om te leiden tot de diagnose van een hersentumor. Het omgekeerde geldt ook: het optreden van deze symptomen is niet altijd het gevolg van een hersentumor. Sommige hersentumoren worden toevallig aan het licht gebracht naar aanleiding van klinisch onderzoek voor andere problemen.

De tumoren die uitgaan van de hypofyseklief kunnen een aantal specifieke symptomen teweegbrengen: uitval van delen van het gezichtsveld, hormonale stoornissen in de zout-, suiker- en vochthuishouding, gewichtsveranderingen, schildklierproblemen en stoornissen in de seksuele hormonen.

HOE STELT UW ARTS DE DIAGNOSE?

De diagnose van een hersentumor stellen we na het uitvoeren van gespecialiseerde hersenscans.

- ✓ De CT-scan is een prima screeningsonderzoek.
- ✓ De MR-scan (ook wel MRI-, NMR- of KST-scan genaamd) toont een meer gedetailleerd beeld van de tumor en zijn omgeving.



Een NMR-scanner

In een aantal gevallen kan het nodig zijn een bloedvatenonderzoek (angiografie), een PET-scan of een functionele NMR-scan van de hersenen te doen. Al deze onderzoeken leiden tot een verfijning van de aanpak van de hersentumor.

GEVOLGEN VOOR DE PATIËNT

Zoals al aangegeven zijn de uiteindelijke uitkomst en prognose van een hersentumor van heel wat factoren afhankelijk. In elk geval betekent de diagnose van een hersentumor een ingrijpende verandering in het leven van elke patiënt die hiermee wordt geconfronteerd.

Het is dan ook volledig normaal dat er bij deze diagnose **verschillende gevoelens en vragen** naar boven komen, zowel bij u als

bij uw naasten. Een gevoel van ontkenning, de vraag “waarom bij mij?”, verdriet, angst en onzekerheid, verzet en aanvaarding: het zijn allemaal veelvoorkomende emoties die zich in wisselende mate kunnen voordoen bij mensen die de diagnose te verwerken krijgen.

Welke emoties u ook ervaart of welke gedachten u ook heeft, u kunt altijd uw arts en verpleegkundige hierover aanspreken. Zij kunnen u hierin steunen en indien u dit wenst, in contact brengen met de psycholoog voor meer systematische begeleiding. Het is belangrijk om op zoek te gaan naar hoe u kunt omgaan met de veranderingen die de ziekte met zich meebrengt en hoe u terug een nieuw evenwicht kunt vinden. Dat gebeurt samen met familie, vrienden en kennissen, en ook met het medisch en paramedisch team dat voor uw behandeling instaat.

HOE VERLOOPT DE ZIEKENHUISOPNAME BIJ EEN HERSENTUMOR?

Mensen met een hersentumor worden in UZ Leuven doorgaans opgenomen op de eenheden E 452 en E 451.

Vanaf **de middag voor de ingreep**, in uitzonderlijke gevallen al vroeger, wordt u opgenomen om de nodige voorbereidingen te treffen.

Die bestaan uit een grondig nazicht, het op punt stellen van de medicatie, het opstellen van het medisch dossier, een bloedafname, eventueel een onderzoek door de anesthesist, een gerichte hersenscan en sowieso een uitleg door de chirurg. Vanaf de avond (12 uur 's nachts) voor de ingreep moet u nuchter blijven: u mag dus niet meer eten of drinken.

De **dag van de ingreep** wordt u door de verpleegkundige naar de operatiezaal gebracht, waar de anesthesist u onder narcose brengt. Aansluitend op de ingreep volgt meestal een opname op E 510 neuro-intensieve geneeskunde, een eenheid waar u nauwlettend in de gaten wordt gehouden. Gemiddeld verblijft een patiënt na een hersenoperatie ongeveer 48 uur op de eenheid neuro-intensieve geneeskunde.

De **dag na de ingreep** maken we routinegewijs een scan van de hersenen.

- X Op de eenheid neuro-intensieve zorg is het bezoeken beperkt: tussen 14 uur en 14.45 uur in de namiddag en tussen 19 uur en 19.45 uur 's avonds.
- X Eens op de gewone hospitalisatiekamer kunt u in de loop van de namiddag bezoek ontvangen (in de voormiddag vindt de verzorging plaats). In de periode kort na de herseningreep mag het bezoek echter op geen enkele wijze een belasting voor u betekenen. Spreek indien mogelijk af om uw bezoek te spreiden of te beperken.

We overlopen nu de drie belangrijke fases van een hospitalisatie voor een hersentumor:

- ✓ **de periode die voorafgaat aan de ingreep**
- ✓ **de periode van de operatie zelf**
- ✓ **de periode van hospitalisatie na de operatieve ingreep**

Deze fase delen we nog op in een 'vroeg' en 'late' periode. In de late fase na de ingreep bent u in principe reeds uit het ziekenhuis ontslagen.

DE VOORBEREIDING VAN DE INGREEP

De medische aanpak

De arts-assistent zal het dossier komen opmaken. Er zullen u verscheidene vragen worden gesteld en er wordt een klinisch onderzoek uitgevoerd. In functie van de vereisten zullen we diverse preoperatieve onderzoeken uitvoeren, gaande van scans, bloedonderzoeken, onderzoeken van hart- en longfunctie, tot een nazicht door de anesthesist.

De medicatie zal worden nagekeken en aangevuld daar waar nodig. Heel belangrijk is dat medicatie die de bloedstolling tegenwerkt ('bloedverdunners' zoals Marcoumar, Sintrom, Aspirine, cardio-Aspirine, Asaflow, Plavix, Ticlid, Marevan) tijdig gestopt is: meestal 7 dagen voor de ingreep. Deze medicijnen zullen door uw arts enige tijd na de operatie worden heropgestart.

Ook zullen we starten met spuitjes die onder de buikhuid worden ingespoten en bedoeld zijn om klontervorming in de benen (thromboflebitis, diepe veneuze trombose) tegen te gaan.

Heel wat mensen met een hersentumor hebben een verhoogde druk in het hoofd. Een deel van deze overdruk kunnen we reeds verminderen door de vochttopstapeling rond de tumor te verminderen met aangepaste medicijnen. Het meest gebruikte medicijn hiervoor is Medrol. In de meeste gevallen zullen we dit medicijn al voor de ingreep opstarten. In bepaalde gevallen nemen mensen al medicijnen tegen epileptische aanvallen, de zogenaamde anti-epileptica. Als dit nog niet het geval was, worden deze anti-epileptica soms, in welbepaalde gevallen, voor de ingreep opgestart: uw arts zal hiervoor zorgen. Vele hersentumoren behoeven echter geen anti-epileptica.

In elk geval heeft u de avond voor de ingreep nog een gesprek met de chirurg. Die zal u algemene technische uitleg geven over de operatie en hij zal het postoperatieve verloop met u doornemen. Dit is een goede gelegenheid voor u om de chirurg gerichte vragen te stellen. Er wordt in ons universitair ziekenhuis ook veel onderzoek gedaan. De kans dat u, vrijblijvend, gevraagd wordt om aan één of meerdere onderzoeken deel te nemen, is reëel.

De verpleegkundige aanpak

De verpleegkundigen staan in voor het nauwkeurig registreren van belangrijke medische parameters, zoals bewustzijn, bloeddruk, pols, temperatuur, voeding- en vochtinname, vochtverlies en stoelgang-

problemen. Zij zorgen mee voor de dagelijkse hygiëne en wasbeurten. Zij coördineren de voedingsmomenten, dienen de medicijnen toe en organiseren de nodige afspraken tijdens de opname. Via de verpleegkundigen kunt u ook steeds een afspraak met de verantwoordelijke artsen vastleggen.

Onze medewerkers van kinesithérapie, logopedie en ergotherapie, maar ook onze sociale dienst en onze psychologen zullen indien nodig een stand van zaken opmaken. Van daaruit kunnen zij dan in de periode na de ingreep zonnodig bepaalde stappen ondernemen. De toekenning en coördinatie van deze paramedische zorgen gebeurt per patiënt in een multidisciplinair overlegmoment, met uw behandelende arts als coördinator.

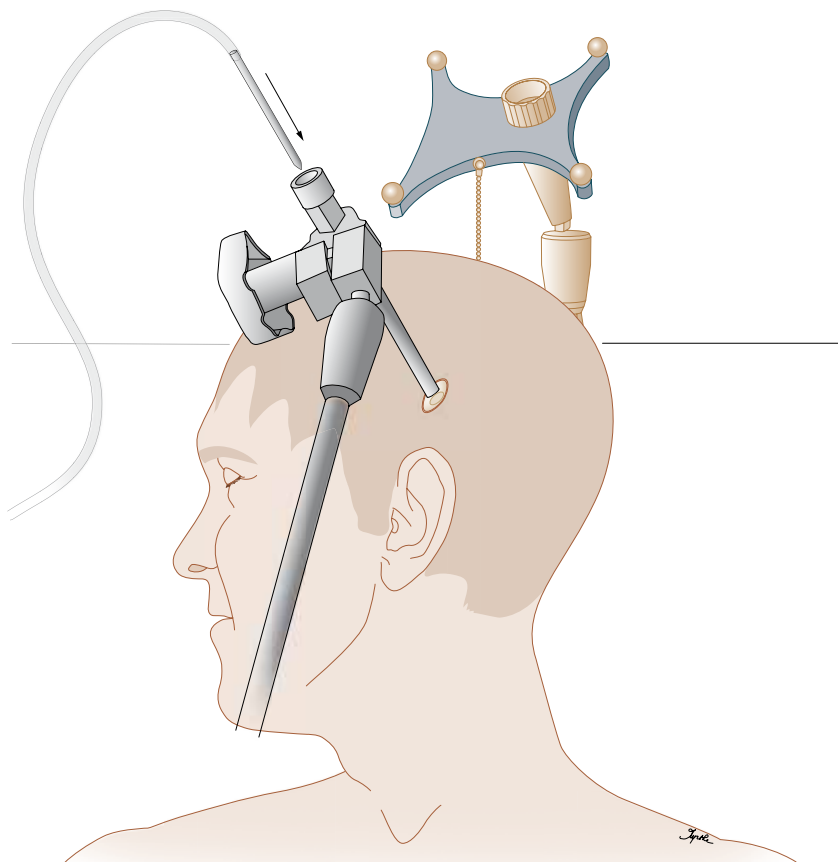
DE EIGENLIJKE HERSENOPERATIE

De medische aanpak

De meest voorkomende chirurgische ingrepen zijn de ‘stereotactische of genavigeerde biopsie-name’ en de ‘trepanatie of craniotomie’ voor verwijdering van een tumor.

Stereotactische of genavigeerde biopsiename

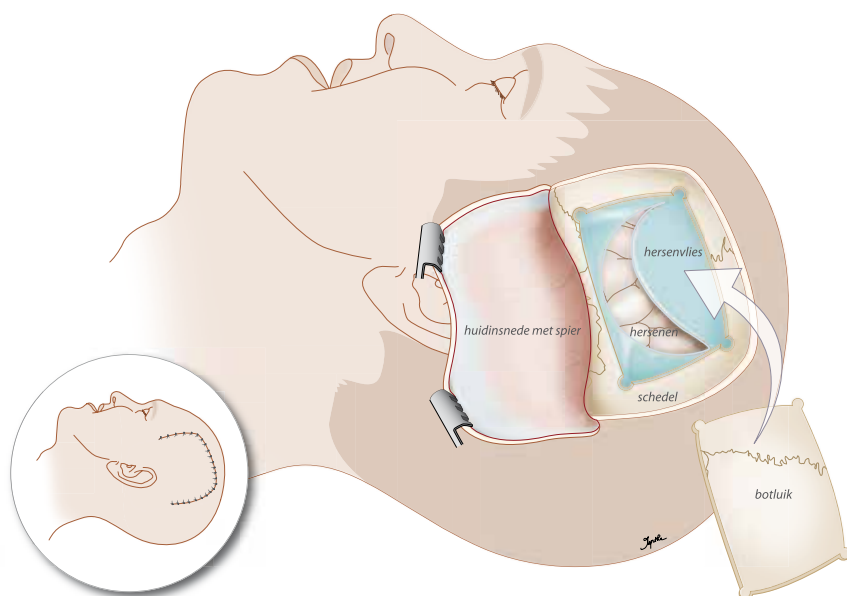
Er wordt via een klein sneetje in de huid en een klein gaatje in de schedel een naald tot in de tumor gebracht. Dit gebeurt op zeer nauwkeurige wijze en via een vooraf berekend veilig traject. Langs die naald wordt een stukje tumorweefsel opgezogen. Met deze techniek wordt de tumor niet verwijderd, maar worden er stukjes tumorweefsel uit het letsel weggenomen met de bedoeling de aard, de herkomst en de karakteristieken van de tumor te kunnen onderzoeken. Dit is heel erg belangrijk om een verdere correcte behandeling mogelijk te maken.



Een genavigeerde biopsienam

Trepanatie of craniotomie

Als de hersentumor volledig of gedeeltelijk moet en kan verwijderd worden, voeren we een trepanatie of craniotomie uit. Voor deze ingreep, net als voor het overgrote deel van de biopsienames, bent u onder algemene narcose. Afhankelijk van de plaats van de hersenen die we moeten bereiken, bepalen we uw lighouding. In elk geval moeten we voor een hersenoperatie uw hoofd stevig fixeren tijdens de operatie. Courante houdingen zijn een rug- of zijligging voor operaties aan de grote hersenen, en een zij- of buikligging voor operaties aan de kleine hersenen.



Een trepanatie of craniotomie

Voor dit soort ingrepen is het noodzakelijk dat we een insnede in de huid maken, dat we onderhuidse weefsels doorsnijden en dat we een stukje van de schedel (botluik) uitzagen. Dat stukje wordt in zijn oorspronkelijke staat teruggeplaatst en vastgemaakt op het einde van de ingreep. In specifieke gevallen gebruiken we neuronavigatie (een soort gps voor de neurochirurg), waarvoor dan de avond of ochtend voor de ingreep een gerichte hersenscan wordt gemaakt. In andere gevallen kan het nodig zijn gebruik te maken van specifieke toestellen die hersenfuncties controleren, of van vloeistoffen die tumoren doen oplichten. Soms is het aangewezen dat u wakker wordt gemaakt in bepaalde fases van de ingreep. Dit is ter controle van de belangrijke hersenfuncties. Indien deze zaken op u van toepassing zouden zijn, zal uw behandelende arts dit uiteraard aan u uitleggen.

In alle gevallen worden ook minstens eenmaal antibiotica toegediend om de kans op een infectie van de operatiestreek te verminderen.

Als u lijdt aan een letsel in de hypofyseklieer, is het in vele gevallen mogelijk om dit letsel via een operatie langs de neus (transsfenoïdale toegang) te verwijderen. Het gaat om een specifieke situatie waarvoor vaak ook een korter verblijf op intensieve zorg nodig is na de operatie.

Het **doel** van het verwijderen van een hersentumor is drieledig:

1. We willen het weefsel onderzoeken om een zo goed mogelijke behandeling mogelijk te maken.
2. De ingreep is essentieel om de belangrijke hersenfuncties te herstellen of te bewaren. Logopedie, kinesitherapie en ergo-

therapie kunnen hierbij soms een noodzakelijke ondersteuning vormen.

3. Bij elke verwijdering van een hersentumor willen we de tumor zo goed mogelijk onder controle houden en in heel wat gevallen – afhankelijk van de eigenschappen van de tumor – ook genezen.

De verpleegkundige aanpak

Tijdens de operatie staan meerdere verpleegkundigen de arts bij. Ze reiken de gevraagde operatie-instrumenten aan en dragen er zorg voor. Zij staan ook in voor de wondzorg na de ingreep. In heel wat gevallen plaatsen we een onderhuids drainagebuisje (redon) om het overtollige bloed gedurende de eerste 24 tot 48 uur naar buiten te leiden en een mooie wondgenezing mogelijk te maken. In de overgrote meerderheid van de gevallen brengen we ook een elastisch rekverband aan rond uw hoofd.

DE FASE DIRECT NA DE INGREEP: BEGELEIDEN VAN HERSTEL, ONDERKENNEN EN BEHANDELEN VAN COMPLICATIES

De medische aanpak

Tijdens de eerste dagen tot een week na de operatie staat uw chirurg in voor een correcte opvolging van het herstelproces. In elk geval wordt een scan uitgevoerd om de operatiezone correct te kunnen beoordelen. Alle handelingen in deze fase zijn erop gericht een gunstig herstel te ondersteunen en complicaties te onderkennen en eventueel te behandelen.

Complicaties zijn verwickelingen of gebeurtenissen die zich ongewild kunnen voordoen na een operatie. Ze zijn sterk afhankelijk van het type ingreep, maar wijken steeds af van een normaal herstelproces. Soms kunnen complicaties de voorziene duur van de ziekenhuisopname verlengen. In elk geval zal uw arts alle nodige stappen ondernemen om verwickelingen te voorkomen, te onderkennen en te behandelen indien nodig. De arts zorgt er in de vroegtijdige fase na de operatie ook voor dat de pijnstilling aangepast wordt aan uw noden. Dit gebeurt in nauw overleg met de verpleegkundigen.

Het spreekt voor zich dat er zich bij complexe operaties, wat hersenoperaties toch zijn, meerdere verwickelingen kunnen voordoen. Het is dus nuttig de onderstaande lijst, die enkel een idee geeft van verwickelingen, te lezen als een bijsluiter: elk van deze verwickelingen kan zich in bepaalde situaties voordoen, maar het zijn gelukkig **uitzonderingen**. Voor elk van deze verwickelingen wordt een gepaste therapie of begeleiding ingesteld.

De belangrijkste verwickelingen bij operaties voor hersentumoren zijn:

- X toename of ontstaan van een neurologisch symptoom zoals krachtvermindering, een gevoelsstoornis, een probleem met het zicht, een spraakstoornis, een coördinatieprobleem, problemen met stappen, sliklast, een gehoorstoornis, een verzwakking van de gelaatsspier, verwardheid, concentratieproblemen of geheugenklachten
- X uitzetting van de vochtkamers van de hersenen met stijging van de druk in het hoofd: men spreekt dan van hydrocefalie

- X bloeding binnen de schedel, dus in of rondom de hersenen
- X bloeding in de onderhuidse weefsels
- X verlies van hersenvocht, lekkage van hersenvocht
- X opstapeling van lucht in het hoofd
- X koorts
- X wondinfectie
- X epilepsie
- X urinewegontstekingen
- X longontstekingen
- X hersenvliesontstekingen
- X hersenabces
- X bloeddrukstoornissen
- X thromboflebitis en diepe veneuze thrombose met of zonder longembool
- X bloedarmoede of anemie
- X verstoring van de vocht- en zouthuishouding
- X ontregeling van de bloedsuikerspiegel
- X acute ziekenhuisverwardheid of delier
- X bewustzijnsdaling of coma
- X overlijden

De verpleegkundige aanpak

In de vroege fase na de ingreep zullen de verpleegkundigen opnieuw zeer regelmatig uw belangrijke parameters opvolgen en aan de arts rapporteren: koorts, bloeddruk, polsslag, bewustzijn, toestand van de wonde en resultaat van de slikscreening. De wondzorg wordt uitgevoerd door de verpleegkundigen onder sturing van de arts.

De verpleegkundige zal, eens u weer op de gewone hospitalisatieafdeling bent, het herstel optimaal begeleiden door toe te zien op de persoonlijke hygiëne, de beginnende mobilisatie, het opstarten van het voedingsproces, het stimuleren van voedsel- en vochtinname, en het psychologische welbevinden.

De paramedische aanpak

In de vroege fase na de ingreep kan het noodzakelijk zijn dat onze **kinesitherapeuten** u intensief begeleiden om opnieuw rechtop te zitten, de romp te controleren, te stappen, handelingen met armen en benen te coördineren en complexere handelingen uit te voeren. In sommige gevallen betekent dit een eerste aanzet tot een revalidatie. Die zal zich in de thuissituatie of soms in een revalidatiecentrum verderzetten. De kinesitherapeuten zijn elke werkdag beschikbaar van 8 tot 16.30 uur.

Na uw operatie streeft u ernaar weer zo zelfstandig mogelijk te worden. De **ergotherapeut** helpt u daarbij en zal in overleg met u uw dagelijkse activiteiten (bijvoorbeeld wassen, aan- en uitkleden), huishoudelijke taken en indien nodig uw werksituatie evalueren en trainen. Tijdens deze handelingen brengt de ergotherapeut uw arm-handfunctie en uw cognitie in kaart. Bijvoorbeeld het verbeteren van de bewegingsmogelijkheden van de bovenste ledematen, alsook gerichte oefeningen om uw aandacht, concentratie, geheugen, denken ... te stimuleren en te verbeteren. Indien nodig zoekt de ergotherapeut samen met u naar geschikte hulpmiddelen (bijvoorbeeld aangepast bestek) om uw handelingen te vergemakkelijken.

Een zelfstandige therapeut kan u in de thuissituatie verder opvolgen. Ga hiervoor eerst de terugbetalingsregels na bij uw ziekenfonds. Het ergoteam is elke werkdag van 8 tot 16.30 uur beschikbaar.

De **logopedist** evalueert verworven spraak-, taal-, stem- en slikproblemen. U krijgt onmiddellijk toepasbare adviezen aangeboden en indien nodig wordt gestart met therapie. Deze wordt meestal in de thuissituatie of in een revalidatiecentrum verdergezet. Slikadviezen kunnen aanpassingen in voeding en drank inhouden, om het veilig en efficiënt slikken te bevorderen. Als u specifieke vragen heeft, kunt u de logopedist op werkdagen bereiken tussen 8.30 en 17 uur.

Een hersentumor kan het leven van de patiënt en zijn familie ingrijpend veranderen en heeft gevolgen voor de thuissituatie, relaties, werk en toekomstperspectieven. Een **sociaal werker** ondersteunt u en uw familie in het omgaan met de nieuwe situatie en luistert naar jullie verhaal. In complexe zorgsituaties bereidt een sociaal werker samen met de patiënt en/of familie het ontslag uit het ziekenhuis voor en geeft informatie over de gepaste mogelijkheden (thuisondersteuning, revalidatiecentrum enzovoort). Bovendien zal de sociaal werker u en uw familie helpen en gericht doorverwijzen bij het verkrijgen van tegemoetkomingen, voordelen en wettelijke voorzieningen voor zieken en personen met een handicap. Ook juridische vragen en financiële problemen die te maken hebben met uw ziekte, ziekenhuisopname of behandeling kunnen aan bod komen. U kunt hulp en advies vragen met betrekking tot de kostprijs van uw opname, facturatie, ziekte- en hospitalisatieverzekering. Als de communicatie in het Nederlands moeilijk verloopt, kan de sociaal werker gratis een tolk inschakelen.

Onze **psychologen** kunnen psychologische ondersteuning opstarten voor u en uw familie. Dit kan al in een vroege fase, maar indien gewenst ook over langere periodes.

DE LATE FASE NA DE INGREEP: DE OPVOLGING VAN DE BEHANDELING EN TUMORCONTROLE

Van zodra u voldoende hersteld bent om het ziekenhuis te verlaten, zullen we de nodige afspraken maken voor een eventuele nabehandeling en voor regelmatige controles bij de arts – met de nodige hersenscans. Indien er op het moment van ontslag nog nood is aan verdere behandeling van een bepaald probleem, kan een gerichte revalidatie aangewezen zijn. Die richt zich dan op motorische, intellectuele of psychologische training. In dat geval wordt dit ook steeds met u en uw familie besproken.

VEELGESTELDE VRAGEN OVER EEN HERSENTUMOR

1. Hoe lang duurt een gemiddelde ziekenhuisopname?

De duur van de opname is sterk afhankelijk van de nood aan voorbereidingen voor de ingreep en het eventueel optreden van complicaties na de ingreep. In het algemeen echter is de gemiddelde verblijfsduur voor een hersentumoroperatie ongeveer zeven tot acht dagen. Een hersenbiopsie vereist een kortere ziekenhuisopname van twee tot drie dagen.

2. Wat zijn de risico's van een ingreep voor een hersentumor?

De risico's van een ingreep zijn afhankelijk van: de ligging en de aard van de hersentumor, de al dan niet reeds aanwezige symptomen vóór de ingreep, de algemene conditie van de patiënt en de mate waarin een

ingreep hoogdringend of gepland wordt uitgevoerd. De risico's van een ingreep zullen steeds door de chirurg met u worden besproken.

3. Wat zijn de genezingskansen van een tumor?

De kansen op genezing of op een langdurige controle van de ziekte, zijn sterk afhankelijk van de aard van de hersentumor en het al dan niet aanslaan van de ingestelde behandelingen. In het algemeen is er voor goedaardige hersentumoren een hoge genezingskans. Voor kwaadaardige tumoren streven we naar een langdurige controle van de ziekte. Dit blijkt niet altijd, maar gelukkig steeds vaker mogelijk. Wij engageren ons om u de best mogelijke behandeling te bieden, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

4. Is er nood aan aanvullende of vervangende behandelingen?

Of er, aansluitend op of ter vervanging van een herseningreep, aanvullende of vervangende behandelingen nodig zijn, wordt steeds bekeken en besloten in multidisciplinair overleg ('multi-oncologische consultatie' of 'MOC'). De meest uitgevoerde aanvullende behandelingen zijn bestraling en behandeling met medicijnen, bijvoorbeeld onder de vorm van chemotherapie. Voor enkele types hersentumoren worden er ook nieuwere aanvullende behandelingen zoals immunotherapie ontwikkeld, in studieverband en op maat van de patiënt.

5. Moet uw haar worden geschoren voor een ingreep?

Afhankelijk van de ligging van het letsel moet er meer of minder van uw haar worden weggeschoren. Volledig ontharen is niet echt nodig. Een goede hygiëne, inclusief het wassen van uw haar voor de ingreep met de daarvoor bestemde shampoo, is wel noodzakelijk.

6. Wanneer mag u uw haar weer wassen na de ingreep?

Voor het wassen van de haren raden wij u aan te wachten tot minstens een tweetal dagen na de verwijdering van de draadjes van de wonde. Wilt u uw haren al vroeger wassen, dan zal de verpleegkundige u helpen om te vermijden dat de wonde nat wordt.

7. Mag u met de auto rijden?

Autorijden is wettelijk verboden voor minstens zes maanden bij mensen die epilepsie of epileptische verschijnselen hebben gehad. Voor patiënten die niet aan epilepsie lijden en die geen afwijkingen hebben overgehouden aan de hersentumor, bestaat er strikt wettelijk geen rijverbod. Toch is er een tendens, ook bij de verzekeringsinstellingen, om een langdurig rijverbod aan te raden, zeker zolang de actieve therapie loopt.

8. Wanneer kunt u het werk hervatten?

Het hervatten van het werk is in eerste instantie afhankelijk van de vlotheid van het herstel, het al dan niet optreden van complicaties en vooral de nood aan nabehandeling en/of revalidatie. Het type werk dat u doet, speelt ook een rol. Bij een normaal herstel, zonder nood aan nabehandeling, kunt u het werk hervatten tussen de zesde en de twaalfde week na de ingreep.

VOORSTELLING VAN HET TEAM

STAFLEDEN NEUROCHIRURGIE

prof. dr. Johannes van Loon, diensthoofd
prof. dr. Joost Dejaegher
prof. dr. Bart Depreitere
prof. dr. Steven De Vleeschouwer
prof. dr. Philippe De Vloo
prof. dr. Bart Nuttin
prof. dr. Tom Theys
prof. dr. Frank Van Calenbergh

Dit vaste team van neurochirurgische stafleden wordt dagelijks bijgestaan door artsen-specialisten in opleiding in de neurochirurgie in verschillende fases van hun opleiding.

HOOFDVERPLEEGKUNDIGEN

- ✓ Patiënten met een hersentumor worden opgenomen op de eenheden E 452 (hoofdverpleegkundige Liesbet Vleugels) en E 451 (hoofdverpleegkundige Guy Aerts).
- ✓ Operaties vinden plaats in kern D van onze operatieblok (hoofdverpleegkundige Anja Celen).
- ✓ Behalve voor een biopsiename worden patiënten na een ingreep gedurende gemiddeld 48 uur opgevolgd op de verpleegafdeling neuro-intensieve geneeskunde E 510 (hoofdverpleegkundige Ann Vanbel)

© september 2020 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 neurochirurgie in samenwerking met de dienst communicatie.

Medische tekeningen op pagina 16 en 17: Myrthe Boymans (www.myrtheboymans.nl).

U vindt deze brochure ook op www.uzleuven.be/brochure/700135.

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 download de app

