

Levertransplantatie

Beschrijving

Wat is het?

De lever is een belangrijk orgaan met veel verschillende functies. Behalve de aanmaak van galvloeistof vindt ook opslag van vitaminen en mineralen in de lever plaats. In de lever worden veel essentiële stoffen geproduceerd zoals eiwitten en vetten. Daarnaast maakt de lever giftige stoffen en medicijnen onschadelijk en speelt hij een belangrijke rol bij de energiehuishouding. De lever is een bijzonder orgaan met een grote reservecapaciteit en een groot herstelvermogen. De lever ligt rechtsboven in de buikholte, vlak achter de ribben. Bij volwassen mensen weegt de lever ongeveer anderhalve kilo en is bijna zo groot als een voetbal. Wanneer een deel van de lever verwijderd wordt, groeit het resterende deel weer aan. Een voorwaarde hiervoor is dat het achtergebleven deel van de lever gezond en groot genoeg is.

Een levertransplantatie wil zeggen dat door middel van een operatie een zieke lever wordt vervangen door een gezonde lever van een orgaandonor. Jaarlijks worden in Nederland, afhankelijk van het aanbod, tussen de 110 en 140 levertransplantaties uitgevoerd. De vraag is echter groter dan het aanbod en daarom is er een lange wachtlijst. In Nederland worden levertransplantaties uitgevoerd in gespecialiseerde levercentra. Deze levercentra zitten in de academische ziekenhuizen in Groningen, Rotterdam en Leiden. Levertransplantaties bij kinderen worden alleen in Groningen uitgevoerd.

Patiënten met onder andere de volgende leverziektes kunnen in aanmerking komen voor een levertransplantatie:

- ? Levercirrose als gevolg van hepatitis B of C;
- ? Acuut leverfalen als gevolg van bijvoorbeeld vergiftiging of medicijngebruik;
- ? Primaire biliaire cirrose (een chronische ontsteking van de galkanaaltjes in de lever);
- ? Primaire scleroserende cholangitis (een chronische ontsteking van de galwegen binnen en buiten de lever);
- ? Levercirrose als gevolg van auto-immun hepatitis;
- ? Kanker in de lever, waarbij de kanker is ontstaan in de lever en er geen uitzaaiingen elders in het lichaam zijn;
- ? Ziekte van Wilson (koperstapelingsziekte);
- ? Galgangatresie (een aangeboren afwijking aan de galwegen);
- ? Levercirrose als gevolg van overmatig alcoholgebruik;

Er zijn verschillende vormen van levertransplantatie.

Orthotope (of gewone) levertransplantatie (OLT)

De zieke lever wordt in zijn geheel verwijderd en vervangen door een donorlever. Deze methode wordt het meest toegepast.

Split-levertransplantatie

Hierbij wordt de donorlever gesplitst, waardoor twee patiënten getransplanteerd kunnen worden. De kleinste linkerkwab van de donorlever kan aan een kind worden gegeven. De grotere rechterkwab kan bij een volwassene getransplanteerd worden. Ook hierbij wordt de eigen lever verwijderd.

Auxilaire transplantatie

De donorlever wordt naast de eigen lever van de patiënt geplaatst. Hierbij wordt de eigen (zieke) lever van de patiënt dus niet verwijderd. Deze operatie wordt in zeldzame gevallen uitgevoerd, en alleen bij patiënten met acuut leverfalen, waarbij op zeer korte termijn getransplanteerd moet worden. In de acute fase neemt de donorlever de functie over van de zieke lever. Na verloop van tijd kan de eigen lever herstellen. De donorlever verschrompeld en wordt eventueel met een operatie verwijderd.

Levende donor levertransplantatie

Bij deze operatie wordt een deel van de lever van een gezonde volwassene verwijderd. Dit deel van de levende donor, wordt getransplanteerd bij de patiënt. Sinds 2004 worden levende donor levertransplantaties in Nederland uitgevoerd, vanwege het tekort aan orgaandonoren. De meeste donoren zijn familie van de ontvanger of hebben een emotionele band met de ontvanger. Het deel van de lever dat bij de donor achterblijft, groeit aan tot normaal formaat. Het getransplanteerde deel van de lever groeit met de ontvanger mee. Het risico op overlijden van de donor aan de gevolgen van de operatie is tussen de 0.5 en 1%.

Dominotransplantatie

Bij deze vorm van levertransplantatie komt de donorlever van een patiënt met een erfelijke stofwisselingsziekte. Door deze ziekte maakt de lever een afwijkend eiwit aan. Verder is de lever gezond. Deze aandoening begint meestal rond het dertigste levensjaar en kan op den duur levensbedreigend worden. De enige manier om dit te voorkomen is door transplantatie van een gezonde donorlever. De verwijderde 'zieke' lever is nog wel bruikbaar bij andere patiënten die dringend een donorlever nodig hebben. Het duurt namelijk vele jaren voordat de ontvanger van de lever last krijgt van de stofwisselingsziekte.

Voor de operatie

Screening

Als u in aanmerking komt voor een levertransplantatie, wordt u doorverwezen naar een levertransplantatiecentrum voor een screening. Hiervoor wordt u één tot twee weken opgenomen in het ziekenhuis. Deze screening wordt uitgevoerd door een levertransplantatieteam. Dit team bestaat uit verschillende medische specialisten, zoals een chirurg, een maag-darm-leverarts, een verpleegkundig coördinator, een verpleegkundige, een diëtist, een fysiotherapeut en een maatschappelijk werker. Zij onderzoeken of u in aanmerking komt voor de transplantatie.

Gesprekken met uw partner en familie kunnen ook deel uitmaken van de screening. De specialisten zullen verschillende onderzoeken doen om een goed beeld te krijgen van het verloop van uw ziekte. Daarnaast onderzoeken zij uw algehele lichamelijke conditie en het functioneren van andere organen, zoals uw longen, hart en nieren. De maatschappelijk werker zal gesprekken met u voeren over uw motivatie om de transplantatie te ondergaan. Ook zal hij of zij de leefregels met u bespreken die gelden na de operatie en een inschatting maken of u zich daaraan kunt houden.

Als de uitslagen van alle onderzoeken bekend zijn, zal het transplantatieteam de uitslagen

bespreken. Het team neemt een gezamenlijk besluit over de levertransplantatie.

Om in aanmerking te komen voor een levertransplantatie moet een patiënt voldoen aan de volgende voorwaarden:

- ? Er is langer dan zes maanden geen alcohol- of drugsgebruik;
- ? Er is sprake van een ernstige leverziekte, waarbij de lever zijn functies niet meer kan uitoefenen;
- ? Er is geen andere behandeling mogelijk;
- ? Er is een beperkte levensverwachting;
- ? Er zijn geen andere ernstige aandoeningen, die een bezwaar vormen voor de levertransplantatie;
- ? De patiënt begrijpt wat een levertransplantatie inhoudt en is in staat om zich te houden aan de leefregels na de operatie.

Wachtlijst

Als blijkt dat u in aanmerking komt voor een levertransplantatie, komt u op een wachtlijst voor mensen die een nieuwe lever nodig hebben. De artsen en de verpleegkundig coördinator zullen een inschatting maken wanneer de operatie zal plaatsvinden. **Dit is een grove schatting; niemand kan u precies vertellen hoe lang u moet wachten op een donorlever.** De wachttijd is afhankelijk van de beschikbaarheid van donorleveren en de ernst van uw leverziekte.

De ernst van uw leverziekte wordt ingeschat met een zogeheten MELD score. MELD staat voor Model of Endstage Liver Disease (schema voor eindstadium leverziekte). Deze score wordt vastgesteld aan de hand van laboratoriumuitslagen van bloed. De MELD score geeft een schatting van de kans om de eerstkomende drie maanden te overlijden. De score loopt van 7 tot 40. Hoe hoger de score hoe groter de kans op overlijden en hoe eerder de transplantatie moet plaatsvinden. Plaatsing op de wachtlijst vindt meestal plaats bij MELD scores van 15 of hoger. De hoogte van de MELD score bepaalt de plaats op de wachtlijst. De meeste patiënten worden getransplanteerd bij MELD scores van 25 of hoger. In geval van leverkanker kan de score na zes maanden worden verhoogd. De verpleegkundig coördinator zal u op de hoogte houden van uw plaats op de wachtlijst.

Tijdens de operatie

Tijdens de operatie

Als u in het ziekenhuis bent aangekomen, kan het nog een paar uur duren voordat u wordt geopereerd. De lever moet namelijk worden vervoerd naar het ziekenhuis en de chirurg moet de lever inspecteren. Dit gebeurt terwijl u op de afdeling wordt voorbereid op de operatie. Wanneer de lever niet in goede staat is, kan deze worden afgekeurd en gaat de transplantatie niet door. Dit is een heel vervelende situatie. Toch is het uiteindelijk beter om langer te wachten dan een slechte lever te krijgen. Als de lever wordt goedgekeurd, wordt u naar de operatiekamer gebracht. De operatie vindt plaats onder algehele narcose. De chirurg maakt een snee vlak onder uw ribben en verwijdert eerst uw zieke lever. De donorlever wordt klaargemaakt en vervolgens in uw lichaam geplaatst. De chirurg kan de donorlever op twee manieren in uw lichaam plaatsen, namelijk volgens de klassieke methode en volgens de piggy back methode. De piggy back methode wordt in Nederland het meeste toegepast.

De chirurg sluit alle bloedvaten en galwegen van de nieuwe lever aan op de bloedvaten en galwegen van uw lichaam. Tijdens de operatie verwijdert de chirurg uw galblaas. U kunt goed leven zonder galblaas. De operatie duurt in totaal ongeveer zes tot acht uur.

Na de operatie

Na de operatie gaat u naar de intensive care. Op deze afdeling krijgt u intensieve zorg en worden al uw vitale functies (zoals de bloeddruk en ademhaling) goed in de gaten gehouden. U hebt verschillende slangen in uw lichaam, die zorgen voor de afvoer van wondvocht, maagsap en urine. Ook hebt u een infuus voor het toedienen van vocht en medicijnen. In uw mondholte zit een buis voor de beademing, waardoor u niet kunt praten. Zodra u goed wakker bent en in staat bent om zelf te ademen, wordt de buis verwijderd. Gemiddeld blijven patiënten na een levertransplantatie twee tot drie dagen op de intensive care. Vervolgens gaat u naar een verpleegafdeling. Hier blijft u waarschijnlijk twee tot drie weken, afhankelijk van uw herstel.

Na de operatie krijgt u verschillende routine onderzoeken. Deze zijn bedoeld om complicaties en infecties op te sporen en uw lichamelijke conditie te controleren. De eerste weken wordt er regelmatig onderzoek gedaan, zoals bloedonderzoek, urineonderzoek en een echo van de lever. Ook na ontslag uit het ziekenhuis zult u regelmatig terugkomen voor controle. Na zes en twaalf maanden (en daarna jaarlijks) vindt een grote controle plaats in het ziekenhuis.

Om uw conditie zo goed mogelijk te houden, is het belangrijk dat zo snel mogelijk na de operatie wordt gestart met sondevoeding. Sondevoeding krijgt u via een slangetje in uw neus, omdat u direct na de operatie nog niet direct zelf kunt eten. Als sondevoeding niet mogelijk is, krijgt u voeding via het infuus. Wanneer u de sondevoeding goed verdraagt, mag u starten met het eten van vloeibare voeding zoals pap, vla en soep. Langzaam zult u overgaan naar meer vaste en normale voeding. Een diëtist zal u begeleiden in dit proces. Meer informatie vindt u in onze brochures over sondevoeding.

Complicaties

Voorafgaand aan de operatie zal de arts of chirurg de mogelijke complicaties en risico's van een levertransplantatie uitvoerig met u bespreken. Na de levertransplantatie kan een algemene complicatie optreden, bijvoorbeeld trombose, wondinfectie of complicaties door de narcose. Er kunnen ook complicaties optreden die specifiek zijn voor levertransplantatie. Bijvoorbeeld een nabloeding, gallekkage, een afsluiting van één van de aanvoerende bloedvaten of afstoting van de donorlever.

Afstoting van de nieuwe lever

Nadat de donorlever in het lichaam is getransplanteerd, kan het voorkomen dat het lichaam de nieuwe lever niet als 'lichaamseigen' herkent. Er vindt dan een afweerreactie plaats. Dit wordt ook wel afstoting genoemd. Na de transplantatie wordt daarom altijd direct gestart met het toedienen van medicijnen (immunosuppressiva) die deze afweerreactie onderdrukken. Deze medicijnen moeten levenslang worden gebruikt. De kans op afstoting en infectie is daardoor kleiner. Helaas blijft deze kans wel altijd aanwezig. Soms zijn daardoor hogere doseringen medicijnen of een nieuwe ziekenhuisopname noodzakelijk.

De eerste drie maanden na een levertransplantatie zijn het meest kritisch in het genezingsproces. Toch kunnen ook na drie maanden nog afstotingsverschijnselen of infecties ontstaan.

Door het gebruik van medicijnen, met name de immunosuppressiva, kunt u last krijgen van bijwerkingen. De meest voorkomende bijwerkingen zijn:

- ? De medicijnen onderdrukken uw afweersysteem. Daardoor vermindert uw weerstand tegen infecties. U kunt dus gemakkelijker ziek worden door besmetting met een bacterie of virus;
- ? Maag- en darmklachten, zoals misselijkheid en diarree;
- ? Verhoogde bloeddruk is een mogelijke bijwerking. De arts kan hiervoor bloeddrukverlagende medicijnen voorschrijven;
- ? U kunt diabetes (suikerziekte) krijgen, waardoor u insuline moet gebruiken. Dit kan een tijdelijke bijwerking zijn van de medicijnen;
- ? Botontkalking kan ontstaan door gebruik van prednisolon;
- ? Er kunnen nierfunctiestoornissen ontstaan;
- ? U kunt last krijgen van trillende handen en/of voeten;
- ? U kunt dikker worden, onder andere doordat u meer vocht vasthoudt en door een toename van de eetlust door de medicijnen. Vooral in het eerste jaar kunt u een dikker gezicht krijgen;
- ? Extra haargroei op het gezicht en de rest van het lichaam kan een vervelende bijwerking zijn van prednisolon en cyclosporine.

Wanneer u last krijgt van bijwerkingen, bespreek deze dan altijd met uw arts.

Meer informatie

Voor lotgenotencontact en informatie: Nederlandse Leverpatiënten Vereniging (NLV); telefoon: 033-4 220981; internet www.leverpatientenvereniging.nl