

Trommelvliessluiting: myringoplastiek

**Informatie voor patiënten over de
sluiting van een trommelvliesperforatie/
sluiten van het trommelvlies na het
verwijderen van buisjes**

Uw behandelend arts heeft voorgesteld om vanwege uw gehoor en/of oorklachten een oorooperatie te laten verrichten. Deze folder geeft u informatie over wat de KNO-arts in het CWZ met u bespreekt, zodat u zich kunt voorbereiden op het gesprek of na het gesprek alles nog eens rustig kunt nalezen.

Als na een periode van ontstekingen en / of het plaatsen van trommelvliesbuisjes een gat in het trommelvlies blijft bestaan, kan dit gehoorverlies veroorzaken en/of een steeds terugkerend loopoor.

Een klein gaatje kan worden gesloten met een stukje spierkapsel van een dichtbij liggende spier.

Wanneer het gaatje te groot is, kan het trommelvlies ook worden hersteld met een donortrommelvlies. Dit trommelvlies, dat door orgaandonatie is verkregen, is zodanig bewerkt dat er geen afstotingsverschijnselen optreden en geen infecties worden overgebracht.

De operatie vindt plaats via de uitwendige gehoorgang of via het bot (rotsbeen) achter de oorschelp. De KNO-arts bespreekt dit van tevoren met u.

Hoe werkt het oor?

Het oor is onder te verdelen in:

1. Uitwendige gehoorgang;
2. Trommelvlies waarachter zich het middenoor bevindt. Hierin bevinden zich de drie gehoorbeentjes en via de buis van Eustachius is het middenoor verbonden met de neus- en keelholte;
3. Het eigenlijke gehoororgaan: daar waar het geluid door zenuwen wordt opgevangen en naar de hersenen wordt geleid (dit wordt het slakkenhuis genoemd).

De trillingen in de lucht die we geluid noemen, komen via het oor en onze uitwendige gehoorgang op het trommelvlies terecht. Het trommelvlies vangt de trillingen op en voert deze door via de gehoorbeentjes naar het slakkenhuis. De signalen die als gevolg van het geluid in het slakkenhuis ontstaan, worden via de gehoorzenuw naar de hersenen getransporteerd. Wanneer deze signalen ten slotte aan de buitenkant van de hersenen, de hersenschors, zijn aangekomen, dan worden we het geluid gewaar of anders gezegd: dan horen we het geluid.

Normaal is het middenoor achter het trommelvlies - dus daar waar de gehoorbeentjes zich bevinden - gevuld met lucht. De druk in deze kleine holte heeft dezelfde druk en samenstelling als de buitenlucht. Dit komt doordat deze ruimte in verbinding staat met de buitenlucht via de buis van Eustachius. De buis van Eustachius werkt, vooral op jonge leeftijd, vaak niet goed. Als de buis niet goed werkt, kan ook sprake zijn van een neusverkoudheid of een gewone griep. In alle gevallen betekent een slecht werkende buis dat het middenoor 'op slot' is: de lucht kan er niet meer in of uit. Dit is dan vooral te merken bij luchtdrukverschillen, zoals op de autoweg in de bergen en vooral in een vliegtuig.

Wanneer wordt een trommelvliessluiting aangeraden?

In het algemeen geldt dat opereren zinvol kan zijn, wanneer het probleem ligt het trommelvliesdefect. Bijvoorbeeld:

- Een middenoorontsteking die van buitenaf veroorzaakt wordt zoals zwemmen. Bij een ontsteking zal de arts eerst proberen om het oor met medicijnen, meestal oordruppels en/of antibiotica, te genezen. Meestal lukt dat goed en geneest het oor zonder nadelige gevolgen. Wanneer dit echter niet lukt, dan kan de ontsteking een meer permanent karakter krijgen. In een dergelijk geval kan een operatie de oplossing brengen.
- Bepaalde vormen van gehoorverlies. Indien na een periode van terugkerende ontstekingen toch enige schade is overgebleven, bijvoorbeeld een gat in het trommelvlies en/of een beschadiging aan een van de gehoorbeentjes, dan kan dit meestal met een operatie worden hersteld om het gehoorverlies te verhelpen.

Vorbereiding ooperatie

Een goede verdoving bij een operatie is belangrijk, dus ook bij een operatie aan het oor. Deze verdoving kan algemeen (narcose) of plaatselijke verdoving zijn. In beide gevallen zult u geen pijn voelen tijdens de ingreep. Meestal vindt de operatie onder volledige narcose plaats. Hierover kunt u meer lezen in de CWZ-folder 'anesthesie'. U wordt voor deze ingreep twee dagen in het ziekenhuis opgenomen.

Het secretariaat KNO regelt de opname- en operatieplanning. Op de polikliniek krijgt u onder voorbehoud de datum waarop de operatie gepland is. Deze wordt ongeveer een week van tevoren schriftelijk bevestigd door het secretariaat KNO. Heeft u nog geen operatiedatum gekregen dan neemt het secretariaat KNO nog contact met u op.

Voor de operatie en de anesthesie zijn meestal enige voorbereidingen noodzakelijk, dit wordt ook wel pre-operatief onderzoek of pre-operatieve voorbereiding genoemd.

Spreekuur anesthesioloog

De anesthesioloog schat in welke risico's in uw geval aan de operatie en de anesthesie verbonden zijn en hoe deze kunnen worden beperkt. Daarom heeft de doktersassistente een afspraak voor u op het spreekuur van de anesthesioloog gemaakt. In de folder 'Pre-operatief onderzoek/ spreekuur anesthesioloog' kunt u hierover meer lezen.

Verpleegkundig spreekuur

Aansluitend aan uw afspraak op de polikliniek anesthesiologie heeft u een afspraak voor een verpleegkundig intakegesprek op de afdeling kort verblijf C42.

U kunt alle informatie hierover lezen in de folder 'Kort verblijf'.

De dag van de operatie

Volgens de afspraken met de anesthesioloog op het anesthesiespreekuur blijft u nuchter en bent u eventueel gestopt met (bloedverdunnende) geneesmiddelen.

U meldt zich op het afgesproken tijdstip op de afdeling kort verblijf C42.

Na een opnamegesprek met de verpleegkundige krijgt u de voorbereidende medicatie voor de anesthesie (premedicatie). Het is belangrijk dat u voor de ingreep nog even plast, zodat de blaas leeg is.

Wanneer u een kunstgebit en / of contactlenzen draagt, moet u deze uitdoen. Ook mag u tijdens de operatie geen sieraden, make-up en nagellak dragen. Als u lang haar heeft, wordt u verzocht dit te vlechten. Tijdens de operatie draagt u een operatiehemd dat u al vast aantrekt.

Een verpleegkundige rijdt u met uw bed naar de voorbereidingsruimte van de operatie-afdeling. Vervolgens krijgt u een infuus. U gaat naar de operatiekamer en schuift over op de operatietafel. Voordat de anesthesioloog u de narcosemiddelen via het infuus toedient, wordt eerst de bewakingsapparatuur aangesloten. Na toediening van een snelwerkend slaapmiddel bent u binnen een halve minuut in een diepe slaap.

De operatie

De oorchirurg verricht de operatie met behulp van een speciale microscoop, waardoor zeer kleine details goed zichtbaar zijn en heel precies kan worden gewerkt.

Trommelvliessluiting met spierkapsel

Bij een klein gaatje kan het trommelvlies worden gesloten met een stukje spierkapsel van een dichtbij liggende spier. Hierbij wordt een sneetje binnen de haarlijn gemaakt om deze weg te halen. Daarna wordt of door de gehoorgang of achter de oorschelp een toegang tot het middenoor gemaakt door het trommelvlies opzij te klappen. De verlittekende randen van het trommelvliesgaatje worden weggenomen zodat het gaatje over het spierkapsel dicht kan groeien. Het middenoor wordt gevuld met sponsachtig materiaal dat vanzelf oplost. Hierop wordt het spierkapsel gelegd, waarna het trommelvlies wordt terugklapt.

Sluiting met donortrommelvlies

Wanneer het gaatje te groot is, kan het trommelvlies ook worden hersteld met een donortrommelvlies. In dit geval worden alle eigen trommelvliesresten verwijderd. Het donortrommelvlies wordt onder de randen van de huid van de uitwendige gehoorgang gelegd. De bedoeling is dat de eigen huidranden over het donorvlies heen groeien.

Aan het eind van de operaties wordt de uitwendige gehoorgang gevuld met een gaasje (oortampon). Het gaasje mag er in de regel na zes dagen weer uit. Dan worden ook de hechtingen van de eventuele huidsnede verwijderd.

Na de operatie

Na de ingreep onder narcose blijft u in de uitslaapruijnte (verkoeverkamer) van de operatie-afdeling tot u goed wakker bent. Daarna haalt een verpleegkundige van de verpleegafdeling u weer op.

U mag niet uit bed (bedrust). U moet hierbij op het geopereerde oor, op één kussen liggen. Een bel en een bekkentje heeft u bij de hand. U hebt een tampon in het geopereerde oor, waardoor u minder goed kunt horen. Het is mogelijk dat u een licht drukkend verband om uw oor heeft. Dit verband is om het wondvocht op te vangen en wordt regelmatig verschoont.

Wanneer het evenwichtsorgaan bij de operatie betrokken is, kunnen er wat duizeligheidsklachten zijn. Deze zijn meestal van voorbijgaande aard. Om duizeligheid te voorkomen, is het belangrijk dat u uw hoofd stil houdt en geen plotselinge bewegingen maakt. U mag rechtop gaan zitten als u daar niet duizelig van wordt.

Als het drinken, eten en urineren goed gaat, verwijdert de verpleegkundige het infuus.

U mag dan gewoon eten.

Na een ooroperatie hebt u over het algemeen weinig pijn. Een lichte pijn in of rond het oor of wat spierpijn in de nek kan voorkomen.

De dag na de operatie mag u zich wassen. Ook mag u uit bed en naar het toilet.

De tweede dag na de operatie mag u de hele dag uit bed, maar u moet nog wel rustig aan doen en wordt het ontslag naar huis voorbereid.

De tampon in de gehoorgang wordt ongeveer een week na de ingreep op de polikliniek gewisseld. Als u al naar huis mag dan krijgt u hiervoor een afspraak mee.

Richtlijnen voor de eerste twee weken thuis

De eerste twee weken na de operatie moet u voorkomen dat er drukverhoging in het oor ontstaat.

Dit kunt u voorkomen door:

- Niet te bukken, te tillen en te persen;
- Niezen met de mond open.

Kijkt u uit met onverwachte bewegingen deze kunnen duizeligheid veroorzaken.

U mag douchen en de haren wassen, maar houdt dan een bekertje op het oor zodat er geen water inloopt.

Pijnbestrijding

Een ooroperatie is na afloop meestal weinig pijnlijk, ook als daarbij bepaalde botgedeelten van de schedel uitgeboord moeten worden. Een goede pijnbestrijding is belangrijk voor het genezingsproces. Daarom is het raadzaam dat u de eerste twee dagen de pijn met pijnstillers onderdrukt en dit langzaam afbouwt.

Dit doet u als volgt.

De eerste twee dagen neemt u vier maal daags - om de zes uur - twee tabletten paracetamol van 500 mg. Dan neemt u twee dagen vier maal daags - om de zes uur - één tablet paracetamol van 500 mg. Daarna stopt u met de pijnbestrijding en gebruikt alleen zonnodig bij pijn twee tabletten paracetamol van 500 mg. (maximaal 4 maal daags).

Wanneer u weer kunt gaan werken, naar school gaan of sporten overlegt u met de KNO-arts bij de eerstvolgende controle op de poli.

Treden er ondanks de richtlijnen problemen of bijzonderheden op die niet kunnen wachten tot de eerstvolgende controle bij de KNO-arts dan kunt u contact opnemen met de polikliniek KNO.

Is er een kans op complicaties?

Bij alle operaties kunnen complicaties optreden zoals een nabloeding of wondinfectie. Daarnaast zijn er meer specifiek ingreepgebonden complicaties mogelijk. Een ooroperatie wordt echter verricht onder een zogenaamde operatiemicroscoop met een sterke vergroting. Daardoor is elk deel van het oor tijdens de operatie goed zichtbaar te maken, zodat de ingreep zeer nauwkeurig kan gebeuren. Het gevolg is, dat complicaties bij ooroperaties in de praktijk weinig voorkomen. Voor de volledigheid worden de belangrijkste complicaties hieronder beschreven.

- De meest bekende is een onbedoelde afname van het gehoor door beschadiging van het slakkenhuis. Dit kan plaatsvinden door een mechanisch letsel tijdens de operatie. Het kan echter ook door de oorontsteking zelf worden veroorzaakt. Een dergelijk zintuiglijk gehoorverlies is meestal blijvend.
- Het evenwichtsorgaan bevindt zich in de nabijheid van het slakkenhuis. Bij een ooroperatie kan dus ook een beschadiging van het evenwichtsorgaan optreden. De hierdoor veroorzaakte duizeligheidsklachten verdwijnen in het algemeen binnen een paar maanden.
- Door het middenoor loopt een dunne zenuw die van belang is voor de smaak van de betrokken tonghelft. Deze zenuw kan bij de operatie bijna steeds intact gelaten worden. Wanneer de zenuw tijdens de operatie echter moet worden doorgesneden, dan ontstaat een verminderde en veranderde smaak van de tong aan deze zijde. Deze klacht neemt echter in het verloop van enige weken snel af en verdwijnt op den duur meestal volledig.

- De aangezichtsenuw, verantwoordelijk voor de bewegingen van het gelaat, loopt door hetzelfde gedeelte van het schedelbot waarin ook het gehoororgaan ligt. Letsel aan deze zenuw is bij ooroperaties echter uiterst zeldzaam.
- Wellicht ten overvloede, de bovengenoemde complicaties zijn vooral voor de volledigheid vermeld. Ze komen in de praktijk zelden voor.

Vragen

Als u na het lezen van de informatie nog vragen heeft, schrijf deze dan op of vraag iemand met u mee te gaan. De KNO-arts beantwoordt graag uw vragen over uw gehoor- en oorproblemen en de behandeling daarvan. De anesthesioloog zal de vragen over de anesthesie beantwoorden. Voor vragen over de operatie, de opname en de nazorg kunt u bij de verpleegkundige terecht.

U kunt ook bij de patiëntenvereniging terecht voor steun of met vragen.

Nederlandse Vereniging voor Slechthorende

Postbus 129

3990 DC Houten

Telefoon algemeen: 030 261 76 16

Teksttelefoon: 030- 261 76 77

Website: www.nvvs.nl

Bericht van verhindering

Bent u op het afgesproken tijdstip verhinderd, meldt u dit dan zo snel mogelijk aan het secretariaat KNO. Er kan dan nog een andere patiënt in uw plaats gepland worden. Telefoon: voor dr. Hanrath en dr. van den Borne: (024) 365 87 10; voor dr. Engel en dr. de Vries: (024) 365 87 11.

U kunt het secretariaat ook e-mailen: secretariaat.kno@cwz.nl

Adres en telefoonnummer

Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis

Weg door Jonkerbos 100

6532 SZ Nijmegen

Polikliniek KNO (B66)

Telefoon (024) 365 82 25

Afdeling kort verblijf (C42)

Telefoon (024) 365 77 40

Website: www.cwz.nl