

Infobrochure voor patiënten

Robot geassisteerde radicale prostatectomie



UroNA Urologie Noord Antwerpen



AZ Voorkepen
algemeen ziekenhuis
emmaüs



AZ Klina
▶ voluit voor zorg

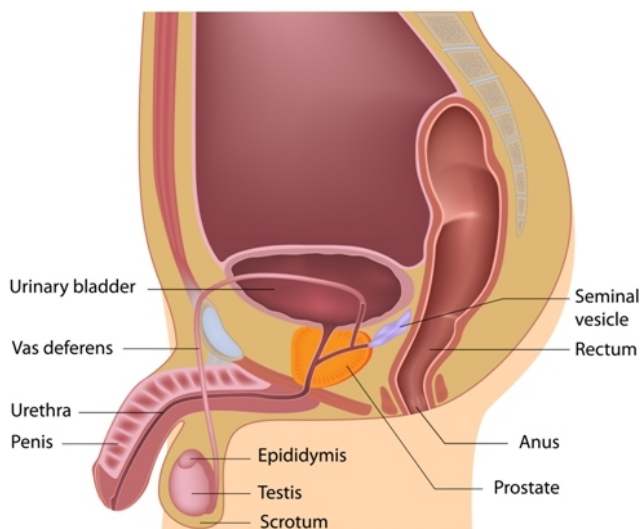
INHOUDSOPGAVE

1. Werking prostaat
2. Prostaatkanker
3. Het verloop van de procedure
4. Voorbereiding
5. Na de procedure

1. WERKING EN LIGGING PROSTAAT

De prostaat is een klier die vlak onder de blaas ligt en de plasbuis omgeeft. De prostaat is goed te voelen via de anus omdat deze net achter de sluitspier ligt. Hij heeft ongeveer het formaat van een walnoot. Het volume van de prostaat verandert in de loop van het leven, onder invloed van het mannelijk hormoon. De geleidelijke toename zorgt voor goedaardige prostaatvergroting, wat op zijn beurt kan leiden tot plasklachten. Dit hoeft op zich niet behandeld te worden wanneer de patiënt geen of onvoldoende last ervaart.

De prostaat speelt vooral een rol bij de voortplanting. Het produceert een deel van het ejaculaat hetgeen tesamen met het vocht uit de zaadblaasjes en de zaadcellen vanuit de testikels naar buiten komt bij klaarkomen.



2. PROSTAATKANKER

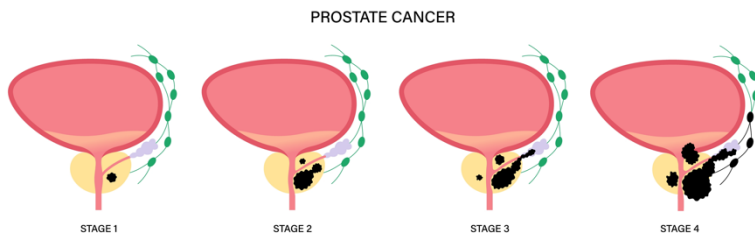
Bij prostaatkanker vormen zich kwaadaardige cellen in het weefsel van de prostaat. Een kwaadaardige prostaattumor veroorzaakt in een vroeg stadium meestal nauwelijks klachten. Prostaatkankercellen kunnen zich verspreiden via het lymfestelsel of via het bloed en zo uitzaaien, bijvoorbeeld naar de lymfeklieren, het bot of andere organen.

Bij oudere mannen kan de prostaat ook goedaardig vergroot zijn en klachten geven. Die goedaardige vergroting van de prostaat (benigne prostaathyperplasie) is geen prostaatkanker.

Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij mannen. Er zijn echter verschillende soorten prostaatkankers, wat betreft agressiviteit en uitgebreidheid.

Meestal zal er bij u een gestegen PSA waarde in het bloed gevonden zijn waardoor verdere onderzoeken (rectaal toucher, echo van de prostaat, prostaatbiopsie en/of een MRI scan) zijn uitgevoerd en de diagnose van prostaatkanker werd gesteld. Soms worden nog bijkomende scans genomen om na de diagnose ook na te kijken of er sprake is van uitzaaiingen (PSMA-PET CT, CT scan en/of botscan).

De prognose en ernst van uw prostaatkanker wordt bepaald door de grootte en uitgebreidheid van de tumor (T-stadium), de hoogte van uw PSA, de agressiviteit van de cellen op biopsie (Gleason of ISUP score) en aanwezigheid van eventuele uitzaaiingen (lymfeklieren (N-stadium) of andere organen zoals bot (M-stadium)).



Er zijn verschillende behandelingen mogelijk voor prostaatkanker. De meest toegepaste behandelingen zijn actieve opvolging, een operatie (radicale prostatectomie +/- lymfeklierdissectie) of bestralingen (radiotherapie) met of zonder hormoontherapie.

Uw behandelend uroloog zal steeds kijken naar uw individueel dossier en zowel in multidisciplinair verband als in overleg met u een keuze maken voor een geschikte behandeling.

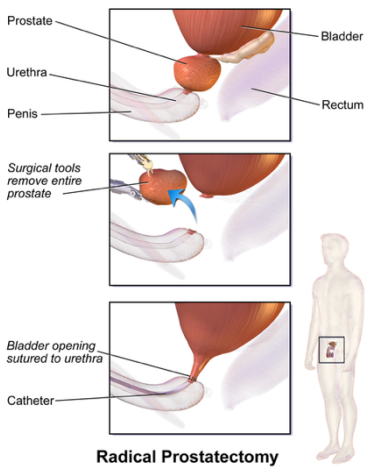
3. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

De ingreep zal steeds in het AZ Klina worden uitgevoerd en gebeurt onder algemene narcose. Hiervoor dient u nuchter te zijn (zie hieronder bij voorbereiding). U dient gemiddeld te rekenen op een opnameduur van 2 tot 5 dagen.

Vroeger ging men de prostaat verwijderen door middel van één grotere snede in de onderbuik ('open' techniek), maar sinds 2008 gebeurt de ingreep in het AZ Klina via een kijkoperatie met behulp van de operatierobot (**Da Vinci Xi**). Dit heeft een aantal **voordelen**:

- Nauwkeurige werking mogelijk en hierdoor betere functionele uitkomst (incontinentie en indien mogelijk zenuwsparring voor erecties)
- Kortere hospitalisatieduur
- Minder postoperatieve pijnklachten en minder wondproblemen
- Minder bloedverlies
- Betere esthetische uitkomst

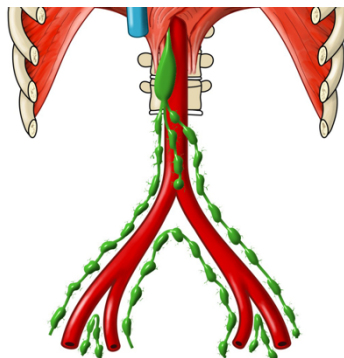




Tijdens de operatie worden de prostaat en zaadblazen samen verwijderd en zal de plasbuis opnieuw worden vastgemaakt aan de blaas. Om deze nieuwe verbinding goed te laten genezen wordt tijdens de procedure een **blaassonde** geplaatst die klassiek 5 dagen ter plaatse dient te blijven. U kan hier eventueel tijdelijk mee naar huis gaan en dan komt u terug naar het ziekenhuis op de afgesproken dag om de sonde te laten verwijderen (soms met voorafgaande contrastfoto's (cystografie) ter uitsluiting van eventuele lekkage).

Langsheen de prostaat lopen de zenuwen die verantwoordelijk zijn voor uw erecties. Afhankelijk van de tumor (agressiviteit, localisatie, volume) en ook uw individueel dossier bekijken we tijdens de procedure of er **zenuwsparend** kan gewerkt worden. Soms kan dit niet, soms kunnen we deze gedeeltelijk sparen en soms volledig. Maar zelfs indien we veilig volledig zenuwsparend kunnen werken, bedraagt de kans op goede erecties (met of zonder medicatie) 50-60%.

Op voorhand zal uw uroloog nagaan of er tijdens de procedure ook **lymfeklieren** moeten weggenomen worden. Deze bevinden zich rondom de bloedvaten in het klein bekken (nabij de prostaat). Het doel van deze verwijdering is om na te gaan of eventuele nabehandeling (radiotherapie) ter hoogte van de klieren nodig is.



Mogelijke gevolgen door deze procedure

▪ **Continentie**

Door het wegnemen van de prostaat zien we dat een deel van de patiënten na deze ingreep inspanningsgebonden (stress)incontinentie kan ervaren. Dit is urineverlies dat optreedt bij inspanning (hoesten, springen, lopen, lachen ...). Dit betreft in de meeste gevallen tijdelijk urineverlies. Door de ervaring en ook verbetering van technieken is de kans op dit urineverlies drastisch verbeterd. Waar ongeveer een 80 procent van de patiënten sociaal continent is op moment van de eerste controleraadpleging, stijgt dit aantal naar 90-95% op 1 jaar na de ingreep. Het adequaat volgen van bekkenbodempkinesitherapie helpt om deze continentie te verbeteren. In het zeldzame geval dat u blijvende inspanningsgebonden incontinentie ondervindt, kan uw uroloog bekijken welke eventuele behandeling dit probleem kan oplossen (medicatie - male sling – kunstsfincter)

▪ **Erectiele functie**

Door het wegnemen van de prostaat zien we dat een groot deel van de patiënten zijn erectiele functie afneemt. Dit komt door de nauwe relatie tussen de prostaat en de zenuwen die verantwoordelijk zijn voor de erectie. Ongeveer 50-60% van de patiënten behoudt (met of zonder medicatie) zijn erecties bij een zenuwsparende ingreep. Indien erectiele dysfunctie aanwezig, kan met uw uroloog worden gekeken naar oplossingen (medicatie, intracavernosale injecties, pomp of erectieprothese).

▪ **Ejaculatie**

Wanneer de prostaat en de zaadblazen worden verwijderd zal u geen ejaculatievocht meer aanmaken en bij het klaarkomen zal dan ook geen ejaculatie meer optreden.

▪ **Onvruchtbaarheid**

Door het wegnemen van de prostaat en zaadblazen, zal er geen transport van zaadcellen meer naar uw plasbuis plaatsvinden en aangezien er geen ejaculatie meer optreedt, zal u na de ingreep geen natuurlijke bevruchting meer kunnen teweegbrengen.

- **Orgasme**

Een orgasme is een – in hoofdzaak – mentale beleving. Na de operatie zal u nog steeds in staat zijn om een orgasme te beleven.

- **Lymfeklierresectie**

Zoals reeds aangegeven kan het zijn dat er tijdens de ingreep ook lymfeklieren worden verwijderd. Indien dit gebeurt zal dit ook in een klein percentage van patiënten kunnen leiden tot gevolgen.

De vochtdrainage (lymfedrainge) uit de benen en genitale streek zou hierdoor minder adequaat kunnen verlopen waardoor lymfoedeem (zwellung door vochtophopping) thv de benen en de genitale streek kan optreden. Dit is niet eenvoudig op te lossen en dient vaak met ‘zwachtel’therapie en/of kinesitherapie worden aangepakt.

Zeldzaam kan er ook een lymfocoele ontstaan in de buik. Dit is een afgekapselde lymfe-opstapeling rond de bloedvaten van het klein bekken.

Meestal geeft dit geen klachten, maar sporadisch kan dit infecteren en klachten geven van koorts of buikpijn al dan niet met uitstraling naar de benen. Wanneer dit klachten geeft, kan uw uroloog bekijken hoe dit dient aangepakt te worden.

4. VOORBEREIDING

Verpleegkundige

In het AZ Klina trachten we de patiënt te laten kennismaken met onze gespecialiseerde oncologisch verpleegkundige. Zo mogelijk zullen we na de diagnose en voor de ingreep een raadpleging bij hem/haar inplannen. De verpleegkundige zal de praktische aspecten van de ingreep en mogelijke gevolgen nogmaals overlopen zoals uitleg omtrent gebruik van incontinentiemateriaal. De onco-verpleegkundige zal ook een laagdrempelig aanspreekpunt worden voor u als patiënt tijdens dit ganse proces.

Kinesithérapie

Zoals reeds aangegeven bestaat er een kleine kans op stressincontinentie na de operatie. Middels bekkenbodempkinesithérapie kan dit urineverlies worden aangepakt en kan u zo snel mogelijk opnieuw naar continëntie toewerken. We adviseren elke patiënt om voor de ingreep reeds contact op te nemen en eventueel af te spreken met een gespecialiseerde bekkenbodempkinesithérapeut in de buurt. De aangeleerde oefeningen kunnen van start gaan vanaf de blaassonde na de ingreep wordt verwijderd.

U kan een therapeut in uw buurt vinden op één van volgende websites www.pelvired.be of www.bicap.be.

Vorbereiding

Besprek steeds uw medicatielijst met uw uroloog bij de planning van deze procedure. Bepaalde medicamenten (**bv. bloedverduunners**) zullen voor de ingreep tijdelijk worden gestaakt.

Wat betekent nuchter zijn?

Bij een ingreep of onderzoek onder narcose of sedatie moet u nuchter zijn. Wat betekent dit?

- Voedsel, niet-heldere vloeistoffen, flesvoeding tot 6 uur vóór het tijdstip van de ingreep.
- Borstvoeding tot 4 uur vóór het tijdstip van opname.
- Heldere vloeistoffen (enkel water, appelsap, koffie/thee zonder melk) tot 2 uur vóór het tijdstip van opname.
- Medicatie (de toegelaten producten zoals besproken met uw arts) met een slokje water tot 1 uur vóór het tijdstip van opname.

Vorbereiding anesthesie

- Het is belangrijk om uw medische achtergrond te kennen voor een ingreep.
 - AZ Klina
U vult voor de ingreep de preoperatieve vragenlijst in. U zorgt dat deze vragenlijst minimaal 3 dagen voor de ingreep bij anesthesie terechtkomt. Dit kan via uw AZ Klina patiëntenportaal, door de lijst per mail door te sturen naar preopvragenlijst@klina.be of per post

naar 'AZ Klina, Preoperatief Circuit, Augustijnslei 100, 2930 Brasschaat'.

- AZ Voorkempen

U vult voor de ingreep de preoperatieve vragenlijst (patiëntanamnese) in. U dient deze lijst volledig ingevuld mee te brengen op de dag van uw opname.

- Zorg dat uw medicatieschema correct werd ingevuld. Ga dit desnoods na bij uw huisarts of apotheker.
- Uw behandelend arts of anesthesist kan bijkomende onderzoeken hebben gepland (bloedonderzoek, electrocardiogram, longtest, ...). Gelieve deze tijdig en correct te laten uitvoeren via de huisarts of polikliniek van het ziekenhuis.

Opname AZ Klina

Verblijfsafdeling Chirurgische Eenheid 1 (CE1; route 275); Bereikbaar: TEL: 03 650 50 60

- Gelieve tijdig aanwezig te zijn voor uw opname.
- Gelieve steeds uw identiteitskaart, gegevens mutualiteit en eventuele documenten/kaart voor de hospitalisatieverzekering mee te brengen.
- U dient zich eerst aan de inkomhal in te schrijven via de kiosk.
- Nadien wordt u doorgestuurd naar de verblijfsafdeling Chirurgische Eenheid 1 (CE1; route 275), alwaar u zich opnieuw aanmeldt. Vervolgens zal de verpleegkundige uw opname verder begeleiden.
- Lees zeker bijkomende informatie over uw opname na op de website www.klina.be.

5. NA DE PROCEDURE

Ontslag uit het ziekenhuis

- Meestal zal u in totaal 2-5 dagen in het ziekenhuis verblijven.
- Indien een drain (buisje ter evacuatie van wondvocht) werd geplaatst, zal deze verwijderd worden voor u naar huis gaat.
- De blaassonde blijft ter plaatse bij ontslag en zal na 5-7 dagen (uw uroloog zal u hierover informeren) worden verwijderd met een korte

dagopname. Soms wordt er tijdens deze dagopname een contrastopname (cystografie) gemaakt ter controle van eventuele lekkage. De verpleging zal u helpen met educatie omtrent het verzorgen en gebruiken van een blaassonde thuis (beenzak en nachtzak).

- Controleer uw thuismedicatie bij ontslag. Bepaalde bloedverdunders worden soms langer gestopt en vervangen door andere medicatie.
- Meestal zal u ook bloedverdunnende spuitjes (Clexane®, Fraxiparine®, Innohep® ...) voorgeschreven krijgen die u 20 dagen dient te gebruiken. Dit voorkomt bloedklonters na de operatie.
- U krijgt nog de nodige pijnmedicatie voorgeschreven die u zo nodig kan innemen de eerste dagen.
- U wordt geadviseerd om vervoer te regelen bij ontslag aangezien u best niet zelf naar huis rijdt.
- Controleer zeker uw voorschriften en eventuele attesten alvorens het ziekenhuis te verlaten.

Waar moet u op letten na de procedure?

- De **wondes** dienen **droog en aseptisch** (proper) verzorgd te worden. Vervang de verbandjes en ontsmet de wondes indien het verband bevuild is en ten minste elke 2 dagen.
- U mag douchen (met douchepleisters), maar **niet baden of zwemmen** tijdens de eerste **14 dagen**.
- Controleer op uw ontslagbrief hoe de wondes werden gesloten: indien 'huidnietjes' werden gebruikt zullen deze nog moeten **verwijderd worden** door uw huisarts of thuisverpleging **na 10-14 dagen**; indien **verteerbare hechtingen** werden gebruikt zullen deze **niet** moeten **verwijderd worden**.
- Gelieve de **eerste 6 weken niet te heffen of te tillen** (max. 5 kg), niet te sporten en zeker **geen fiets** te gebruiken. U mag wel rustige dagelijkse activiteiten uitvoeren. U mag **na het verwijderen van de sonde ook starten met uw bekkenbodempneumotherapie oefeningen**.
- Gelieve de voorgeschreven **bloedverdunnende spuitjes** te zetten, al dan niet met thuisverpleging.
- Gelieve de **urine per plasbeurt en het eventuele urineverlies te meten na het verwijderen van de blaassonde**. U kan hiervoor een plasdagboek gebruiken. Noteer de hoeveelheid urine per plasbeurt door in een oude

maatbeker te urineren en het aantal milliliter af te lezen. Het urineverlies meten doet u aan de hand van het gewicht van uw opvangmateriaal (pamper, inlegkruisje) en meet u per 24 uur: het gewicht van een volle pamper dient verminderd te worden met het gewicht van een droge pamper.

U komt een **eerste keer op controle** voor het **verwijderen van de blaassonde (na 5 dagen)**, al dan niet met voorafgaande cystografie/contrastfoto).

U komt een **6-tal weken na de ingreep op controle** bij uw behandelend uroloog. Graag kort voor deze controle een **PSA-controle** laten uitvoeren via uw huisarts. Dit is enorm belangrijk voor de bespreking van verder beleid. Op dat moment zal ook de wonde worden nagekeken en het weefselonderzoek worden besproken.

Mogelijke problemen na ontslag

- **Pijn:** schouderpijn komt vaak voor tijdens de eerste 48 uur, dit komt voor als gerefereerde pijn uit het middenrif door de resorptie van CO₂ (het gas dat tijdens de ingreep wordt gebruikt om de buik op te blazen). Trekkende last ter hoogte van de wondes is ook normaal tijdens de eerste twee weken. Wanneer de darmen op gang komen, kan dit als krampende pijn worden ervaren. Dit treedt typisch op na enkele dagen. Dit is normaal.
- **Stoelgang:** het kan enkele dagen tot een week duren voor u adequaat stoelgang kan maken. We adviseren in het begin tot inname van voldoende vocht in combinatie met movicol ter bevordering van een vlotte stoelgang. Op die manier dient u ook niet te persen tijdens de eerste weken —dit is belangrijk om eventuele nabloeding of wondproblemen te voorkomen.
- **Hematurie** (bloed plassen): dit is normaal en kan nog verschillende dagen aanhouden na de operatie. Tracht zoveel mogelijk vocht te drinken om de blaas wat meer te spoelen. Enkel indien het plassen niet meer gaat bij klontervorming en pijn in de onderbuik ontstaat, dient contact opgenomen te worden.
- **Zwelling en roodheid van penis en scrotum:** dit dient ook als normaal beschouwd te worden. Dit zal vanzelf verbeteren tijdens de eerste weken.

- **Blaaskrampen:** continue aandrang tot urineren en krampachtige last in de onderbuik is meestal ten gevolge van de irritatie van uw blaassonde in de blaas. Indien deze klachten te uitgesproken worden, kan medicatie worden opgestart.

Indien u sneller problemen ondervindt (koorts > 38,5 °C, fors bloedverlies, wondinfectie, onmogelijkheid tot plassen ...) gelieve dan contact op te nemen met uw huisarts, behandelend uroloog of de spoeddienst.



Hebt u vragen of opmerkingen?

Heeft u nog vragen, aarzel dan niet om uw arts, het verplegend personeel of het secretariaat om meer uitleg te vragen.

UroNA - Urologie Noord Antwerpen

Dr. M. Claessens

Dr. A. De Brouwer

Dr. V. De Coninck

Dr. Ph. Delcourt

Dr. A. Duchateau

Dr. R. Hente

Dr. W. Vanderbruggen

Consulent: prof. dr. S. Joniau

Bereikbaarheid

- AZ Klina, Augustijnslei 100, 2930 Brasschaat;
Tel. 03 650 50 56; E-mail: secretariaat.urologie@klina.be
- AZ Voorkepen, Oude Liersebaan 4, 2390 Malle;
Tel. 03 380 20 44
- Praktijk Ekeren, Marcel De Backerstraat 53, 2180 Ekeren;
Tel. 03 609 53 88
- Praktijk Schilde, Turnhoutsebaan 207, 2970 Schilde;
Tel. 03 320 06 05; www.doctena.be