

Dienst urologie campus Bornem

Robotgeassisteerde radicale prostatectomie



Operatieve behandeling van een gelokaliseerd prostaatcarcinoom

Inleiding

Binnenkort onderga je een robotgeassisteerde prostaatingreep. Om je hier reeds op voor te bereiden hebben we deze brochure opgesteld.

De robotchirurgie is ontworpen om de arts verbeterde mogelijkheden te bieden, zoals een 3D-beeld met hoge resolutie en een uitvergroete weergave. Jouw arts bedient de robot, waarmee zijn handbewegingen worden vertaald in kleinere, meer nauwkeurige bewegingen van piepkleine instrumenten in je lichaam. Hoewel men vaak over een "robot" spreekt, kan het systeem niet zelfstandig handelen: de operatie wordt volledig door de arts uitgevoerd. Samen met deze technologie kan de arts de ingreep uitvoeren via slechts enkele kleine openingen.

Bijgevolg kan je achteraf mogelijk sneller de draad van je gewone leven weer opnemen, zonder de gebruikelijke herstelperiode die op grote operaties volgt. Deze ingreep heeft een aantal subjectieve gevolgen op je plassen, je seksualiteit en je algemeen welbevinden. Om ons te helpen de evolutie hiervan op een objectieve manier te volgen, zullen we je op vaste tijdstippen vragen om enkele vragenlijsten in te vullen.

Je krijgt reeds vóór de ingreep de eerste vragenlijst mee. Wij verzoeken je om deze vragenlijsten eerlijk, zorgvuldig en zo objectief mogelijk in te vullen. **Heb je nog bijkomende vragen, stel deze dan aan je arts of verpleegkundige: ze zijn er om jou te helpen!**

De prostaat

De prostaat is een klier gelegen aan de plasbuis (urethra), tussen de blaasuitgang (inwendige sluitspier) en de uitwendige urinaire sluitspier. Aan de achterzijde rust de prostaat op de endeldarm (rectum). Aan de voorzijde van de endeldarm, in zeer nauw contact met het omhulsel van de prostaat (kapsel), lopen de zenuwen noodzakelijk voor een goede erectie. De prostaat is ongeveer zo groot als een kastanje en groeit naarmate we ouder worden. Wanneer hierdoor de plasbuis wordt dichtgeknepen, ontstaan er plasklachten en kan de blaas zich niet goed meer ledigen. Wanneer de omknelling van de plasbuis zo sterk wordt kan het zijn dat de blaas "blokkeert" (urinaire retentie).

In het buitenste gedeelte van de prostaat, de zogenaamde perifere zone, kan prostaatkanker ontstaan. Aangezien deze zone ver van de plasbuis gelegen is, geeft prostaatkanker slechts zeer laattijdig plasklachten. Wanneer de kanker zich beperkt tot de prostaatklier zelf, spreken we over **gelokaliseerde prostaatkanker**.



Wat is een RALP?

Indien de tumor zich uitbreidt tot in de omgeving van de prostaat of tot in nabijgelegen lymfeklierstations spreken we van **lokaal-evolutief prostaatcarcinoom**.

Waarom is deze operatie aangewezen?

Het doel van deze operatie is

- een lokale, curatieve behandeling van een gelocaliseerd prostaatcarcinoom
- OF
- een lokale behandeling van een lokaal-evolutief prostaatcarcinoom als deel van een gecombineerde behandeling.

De robotgeassisteerde radicale prostat-ectomie is een operatie waarbij via een kijkoperatie de prostaat in zijn geheel (radicaal) wordt verwijderd (prostat-ectomie). De chirurg maakt hierbij gebruik van het DaVinci robotplatform. Hierbij bestuurt de chirurg vanuit een nabijgelegen console de robotarmen waaraan de operatie-instrumenten zijn bevestigd.

De mogelijke voordelen van deze techniek zijn o.m.:

- minder pijn na de operatie
- minder bloedverlies
- korter ziekenhuisverblijf
- kleine littekens
- minder kans op blijvend urineverlies
- minder kans op erectiestoornissen
- sneller herstel
- sneller hervatten van de normale dagelijkse activiteiten

Hoe verloopt de voorbereiding van de operatie?

Nadat je op de raadpleging de nodige informatie hebt gekregen over de geplande ingreep zal onze oncologie-verpleegkundige je begeleiden naar het oncologisch dagziekenhuis waar zij je wat meer praktische informatie zal verstrekken betreffende de ingreep.

De verpleegkundige zal je:

- tijdens het verdere verloop van je behandeling verder begeleiden
- een aantal vragenlijsten overhandigen welke je op vastgestelde tijdstippen dient in te vullen en ons terug te bezorgen tijdens de opvolgraadplegingen.

Op de raadpleging krijg je een map met enkele informatiebrochures. Hierin zitten eveneens 2 formulieren betreffende je dagelijkse medicatie en medische voorgeschiedenis. Je dient deze bij opname ingevuld mee te brengen. Vraag eventueel je huisarts je hiermee te helpen. Sommige medicamenten, zoals bloedverduunners en diabetesmedicatie, dienen vooraf te worden gestopt. Vergeet dit zeker niet aan je arts te vermelden.

De meeste thuismedicatie mag je verder innemen zoals voordien. Breng je geneesmiddelen zeker mee naar het ziekenhuis.

Meestal vragen wij je vooraf bij de huisarts langs te gaan voor de noodzakelijke préoperatieve onderzoeken (bloedname, hartregistratie en foto van de longen en préoperatieve vragenlijst). **Ook vragen wij je om in de mate van het mogelijke de resultaten bij je huisarts op te vragen en deze mee te brengen bij opname in het ziekenhuis.**

Bij dit type operaties dient er een **uitgebreid onderzoek van het hart** te gebeuren. Een afspraak voor een echografie van het hart en een fietsproef zal worden gemaakt.

Indien nodig kan je vooraf een afspraak maken bij de anesthesist voor het bespreken van de narcose en een evaluatie van de reeds gebeurde préoperatieve onderzoeken.

Eén van de gevolgen van de operatie is dat er tijdelijk urineverlies kan zijn. Om dit te vermijden of zo snel mogelijk onder controle te krijgen starten wij reeds voor de operatie met **bekkenbodemoefeningen**. De beste resultaten worden verkregen wanneer je bij een kinesist gaat met een bijzondere bekwaamheid in deze technieken. Wij zullen je iemand aanbevelen, maar je bent uiteraard vrij om een kinesist naar keuze te nemen.

Afhankelijk van het uur van de operatie word je de dag van de operatie of de dag voordien opgenomen. Het exacte opname-moment zal je door de dienst opnameplanning worden doorgebeld.



Voor de operatie moet je vanaf een **bepaald tijdstip nuchter** zijn. Dit houdt in dat je vanaf dan niets meer mag eten en/of drinken. Het exacte tijdstip hangt af van de tijd waarop wij je opereren. Je arts zal je hierover bij het plannen van de ingreep informeren.

Je zal worden opgenomen op de afdeling urologie. Een verpleegkundige voert een opnamegesprek met je. Tijdens of na het opnamegesprek worden een aantal controles gedaan, zoals bloeddruk, temperatuur, hartslag, gewicht en urineonderzoek. Je krijgt een operatieschort en er worden anti-trombosekousen aangedaan.

Hoe verloopt de operatie?

Voor het vertrek naar de operatiekamer krijg je nog een licht sedativum toegediend. **De ingreep zal plaatsvinden onder algemene narcose en duurt ongeveer 3 uur.**

Tijdens de prostaatoperatie wordt de prostaat weggenomen, samen met het omliggend weefsel, het stuk plasbuis dat doorheen de prostaat loopt, een deel van de blaasuitgang, een gedeelte van de zaadleiters en de zaadblaasjes achter de prostaat. Vervolgens wordt er een nieuwe verbinding gemaakt tussen de blaas en het overgebleven gedeelte van de plasbuis. Bij de ingreep worden ook de zaadleiters afgesloten. Afhankelijk van de uitgebreidheid van de tumor kan eventueel worden beslist om één of beide zenuwbundels (erectie) te sparen. In sommige gevallen worden tevens de lymfeklierstations verwijderd.

Op het einde van de ingreep laat de uroloog een drain achter in jouw buik voor het afvloeien van wondvocht.

Het weggenomen weefsel wordt opgestuurd voor nader microscopisch onderzoek. Dit onderzoek neemt ongeveer 7 dagen in beslag.

Wat gebeurt er na de operatie?

Onmiddellijk na de operatie brengen wij je naar de ontwaakkamer. Controle van de vitale parameters, pijn, urinedebiet en het debiet van de drain behoren tot de aandachtspunten. Na enkele uren brengen wij je terug naar de verpleegeenheid.

Mogelijks heb je last van een opgeblazen gevoel in de buik. Dit is het gevolg van de lucht die tijdens de ingreep in de buikholte geblazen wordt. Deze last verdwijnt na een tijdje vanzelf. Eventueel heb je hierdoor last in de schouders, ook dit is normaal.

Je zal ook een infuus hebben. Zodra je terug darmbewegingen hebt, kan er gestart worden met de inname van heldere vloeistoffen (water, koffie, thee, ...).

Zodra de pijn onder controle is met pilletjes kan het infuus verwijderd worden. De drainage wordt meestal een 2-tal dagen na ingreep verwijderd. Het is belangrijk dat je, zodra de darmwerking dit toelaat, voldoende drinkt. Mocht je bloed in de urine opmerken, wat in het begin normaal is, moet je meer drinken.

De blaassonde loopt via de urinebuis tot in de blaas. Zij zorgt ervoor dat er een goede genezing kan gebeuren van de nieuwe aangelegde verbinding tussen de urinebuis en de blaas. De verblijfsonde blijft ongeveer 7 dagen ter plaatse.

Dit wil zeggen dat je met een blaassonde naar huis zal gaan. Je krijgt hiervoor een beenzakje, de verpleging zal je uitleggen hoe je hiermee moet omgaan. Deze sonde kan soms aanleiding geven tot blaaskrampen. Medicatie kan dit verhelpen.

Wat zijn de mogelijke problemen en complicaties?

Wij willen je op enkele mogelijke complicaties wijzen. Voor al deze complicaties geldt dat je ze **KAN** krijgen, maar niet **HOEFT** te krijgen. Bij robotgeassisteerde prostaatwegname kunnen omringende zenuwbanen en sluitspiervezels beter worden gespaard, zodat de kans op bijwerkingen (incontinentie, erectiestoornissen) maximaal kunnen worden beperkt.

Urineverlies (incontinentie):

Na het verwijderen van de sonde kunnen verschijnselen als valse plasdrang (niet kunnen plassen), buikpijn en ongewild urineverlies optreden. Aanvankelijk is ongeveer de helft van de mannen incontinent. Deze continentie kan worden herwonnen met behulp van bekkenbodemspieren. Zodra de blaassonde verwijderd is, mag je herstarten met de bekkenbodemspieren.

Erectiële dysfunctie:

De uroloog probeert bij de ingreep zo veel mogelijk de zenuwen intact te laten die verantwoordelijk zijn voor het krijgen van een erectie. Deze zenuwen lopen dicht langs de prostaat. Of de uroloog hierin volledig slaagt, hangt ondermeer af van de grootte en de ligging van het gezwel.

Het mee verwijderen van deze zenuwen is soms onvermijdelijk. Dit heeft als gevolg dat de noodzakelijke prikkel om de zwellichamen aan te zetten zich te vullen met bloed verloren is en er dus een verlies van erecties optreedt. De mogelijkheid tot het krijgen van een erectie, wanneer de zenuwen gespaard blijven, komt terug na 3 tot 12 maanden (of soms zelfs nog later). De genezing van deze zenuwen gaat dus traag. Maar zelfs bij de meest gezonde, seksueel actieve mannen zijn de erecties na een behandeling voor prostaatkanker niet meer gelijk aan de erecties van voor de behandeling.

De erecties zijn vaak moeilijker te krijgen, ze zijn minder stijf en ze zijn moeilijker te behouden. Een afwezige of onvolledige erectie betekent niet het einde van je seksleven. De gevoelszenuwen komen niet in het gedrang tijdens de behandelingen. Ook een slappe penis blijft gevoelig voor aanraking. Bij voldoende stimulatie kan een man ook zonder erectie een aangenaam orgasme ervaren. De zaadlozing is na de operatie altijd verdwenen. Het bereiken van een hoogtepunt na seksuele stimulatie blijft wel mogelijk.

We spreken van een droge ejaculatie omdat er geen zaadvocht meer naar buiten komt tijdens het orgasme. Een orgasme blijft mogelijk omdat aan die bezuwung niet geraakt wordt.

Vernauwing van de plasbuis:

In de nieuwe verbinding tussen de blaas en de plasbuis kan een vernauwing (littekenvorming) ontstaan, die leidt tot een slappere urinestraal. Tijdens de opvolgconsultaties zal de uroloog hiernaar vragen.

Wondcomplicaties:

Complicaties aan de wondjes kunnen ondermeer bestaan uit infecties en vochtophopingen in het operatiegebied. Deze complicaties komen zelden voor.

Diep veneuze trombose (DVT):

Elke ingreep in het kleine bekken kan aanleiding geven tot stolsels (trombose) in de diepe bloedvaten van het onderbeen. Dergelijke trombose wordt tegengegaan door het dragen van steunkousen tijdens en na de operatie. Deze steunkousen draag je tot je meer in beweging bent dan ligt of zit. Om complicaties na de ingreep zo veel mogelijk te voorkomen is het belangrijk om de lichamelijke activiteit snel te hervatten.

Ontslag

Ongeveer 3 dagen na de ingreep ben je klaar om naar huis te gaan. Bij ontslag krijg je een afspraak mee voor het verwijderen van de blaassonde. Dit zal ongeveer 1 week na je ingreep gepland worden.

Je dient thuis nog verder een bloedverdunner (Clexane) te krijgen. Je kan dit zelf doen of de thuisverpleging kan dit voor jou doen. Je dient dit nog 20 dagen verder te zetten. Als je thuis bloedverduuners nam, dien je dit samen met de uroloog of huisarts verder te bekijken, wanneer deze terug kan gestart worden.

Je krijgt tevens al een voorschrift voor een antibioticum (Urfadyn). Je dient dit pas te starten zodra de sonde is verwijderd.

Heropname na 1 week

Na 1 week gaat men na of de blaassonde kan worden verwijderd.

Voordat de blaassonde verwijderd wordt, zal er een cystografie verricht worden, dit gebeurt op de dienst medische beeldvorming. Op deze manier kan men eventuele lekkage opsporen. Wanneer er een lek is ter hoogte van de anastomose (= plaats waar de nieuwe verbinding gemaakt is), blijft de sonde langer ter plaatse.

Indien de verbinding lek dicht is, wordt de verblijfssonde verwijderd. **Je dient dan goed te drinken en een aantal maal te plassen.** Na 3 à 4 urinelozingen wordt er met de bladderscan (er wordt gel op de buik gedaan en vervolgens wrijft de verpleegkundige met dit toestel over jouw buik) het residu bepaald. Het residu is de hoeveelheid urine die achterblijft in de blaas na een urinelozing. Dit residu mag niet te hoog zijn.

In het begin kan je geconfronteerd worden met ongewild urineverlies. Met behulp van het oefenen van de bekkenbodemspieren zal je opnieuw continent worden. Een eerste raadpleging bij de arts wordt na 3 weken voorzien met een PSA-controle. Er zal je tevens een vragenlijst worden meegegeven. Je dient deze net voor de volgende raadpleging in te vullen en aan de arts te overhandigen. Dit zal je op maand 3, 12 en 24 opnieuw worden gevraagd.

Bespreking weefselonderzoek

Het gesprek over het weefselonderzoek vindt doorgaans plaats tijdens de dagopname voor het verwijderen van de sonde. Het anatomopathologisch verslag zal uitmaken of er al dan niet een bijkomende therapie moet gestart worden, bv. bijkomende radiotherapie en/of hormonen-therapie. Ook deze materie zal uitgebreid met jou en je partner besproken worden wanneer deze behandelingen aan de orde zijn.



Aandachtspunten voor de thuissituatie

Het is belangrijk dat jij en je omgeving vooraf goed geïnformeerd worden over potentiële problemen. **Een goede voorlichting zal de angst sterk reduceren.** Het is belangrijk dat jij en je partner kunnen gebruikmaken van een telefonische support in geval van problemen of onzekerheden.

- Je mag 6 weken lang geen lasten tillen van meer dan 5 kg en geen zware inspanningen verrichten.
- Je mag 8 weken lang niet met de fiets rijden.
- Je mag 6 weken geen seksueel contact hebben.
- Na 4 weken mag je met de auto beginnen rijden, te beginnen met kleine ritjes. Je mag wel als bijzit in de auto.
- Indien je verband is afgesloten door een waterdicht verband mag je reeds onmiddellijk douchen.
- In bad gaan mag pas na het verwijderen van de hechtingen.
- Het voorkomen van bloed in de urine is normaal en kan enkel weken duren. Na stoelgang kan het bloedverlies iets groter zijn.

- Lekkage van urine naast de sonde kan het gevolg zijn van blaasspasmen (= gevoel dat je moet plassen en niet kan). Je lichaam reageert immers op de sonde met een samentrekking van de blaasspier, met als gevolg dat de urine naast de sonde loopt. Ingeval van overlast kan medicatie een uitweg bieden. Er moet altijd nagegaan worden of de verblijfsonde goed doorgankelijk is.
- Indien je vaststelt dat er gedurende een paar uur geen urine in de urinezak loopt en je het gevoel hebt van een volle blaas, moet je de uroloog contacteren.
- Indien de sonde accidenteel verwijderd werd, mag enkel een uroloog deze eventueel herplaatsen.
- Je kan de kans op lekkage en infectie verkleinen door ervoor te zorgen dat de afvoerslang niet afknikt zodat de urine vlot kan doorstromen naar de urine opvangzak.
- Om de kans op urineweginfecties te beperken en om de stoelgang zachter te maken, wordt geadviseerd om minstens 2 liter vocht per dag in te nemen. Buikchirurgie en de inname van sommige pijnstillers kunnen de darm-peristaltiek vertragen en het stoelgangpatroon verstoren.
- Normale dagelijkse intieme hygiëne is belangrijk ter preventie van infectie. Reinig de sonde met water en zeep. Droog ze af met een propere handdoek.



- Wanneer er obstipatie optreedt, kan er aanvullend nog medicatie gegeven worden om de stoelgang zachter te maken. Het eten van vezelrijke voeding, fruit en groenten kan hierbij helpen.
- Vermijd sterk gekruide voedingsmiddelen.
- Verwittig de huisarts of uroloog bij pijn of koorts (meer dan 38 graden).
- Zorg voor voldoende lichaamsbeweging.
- De steunkousen mag je achterwege laten zodra je thuis bent en voldoende beweegt.
- Na het verwijderen van de sonde kan er opnieuw worden gestart met de bekkenbodemspieren, met of zonder kinesist.

Wat te doen bij vragen of problemen?

Indien je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt of wanneer je na de operatie één van de beschreven problemen ervaart neem dan gerust contact met ons op:

Raadpleging urologie: 03 890 16 11 (campus Bornem) of 03 860 32 22 (campus Willebroek).

Oncologieverpleegkundige:
Maggy Van Eetvelt 03 890 16 71

Verpleegafdeling heelkunde 1:
03 890 16 65

Spoedgevallen Bornem: 03 890 16 03

CAMPUS BORNEM

Kasteelstraat 23 | 2880 Bornem
03 890 16 11

CAMPUS WILLEBROEK

Tisseltsesteenweg 27 | 2830 Willebroek
03 890 16 11

ref.: 50006127 (B)

versie: 18/06/2020

foto's & illustraties: Adobe stock

eigenaar: Maggy Van Eetvelt, verpleegkundige urologie

v.u.: Sofie Vermeulen, communicatieverantwoordelijke

Maatschappelijke zetel:

vzw AZ Rivierenland | 's Herenbaan 172 | 2840 Rumst

RPR 0416 851 659 | Erkenningsnummer 104 | Bevoegde rechtbank: Antwerpen

www.azrivierenland.be | info@azr.be

