

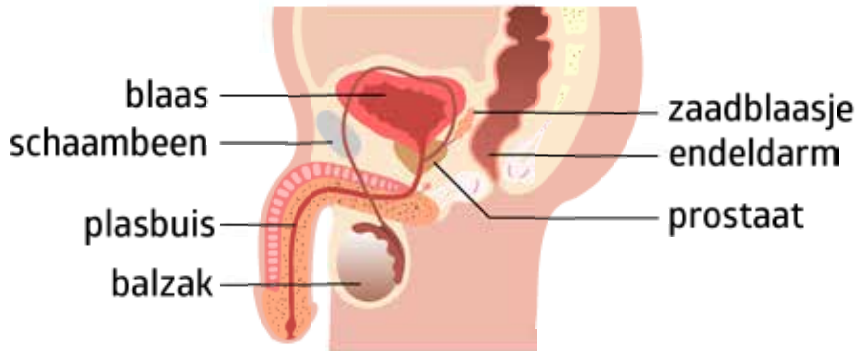
Urologie

Radicale cystectomie (blaasverwijdering)

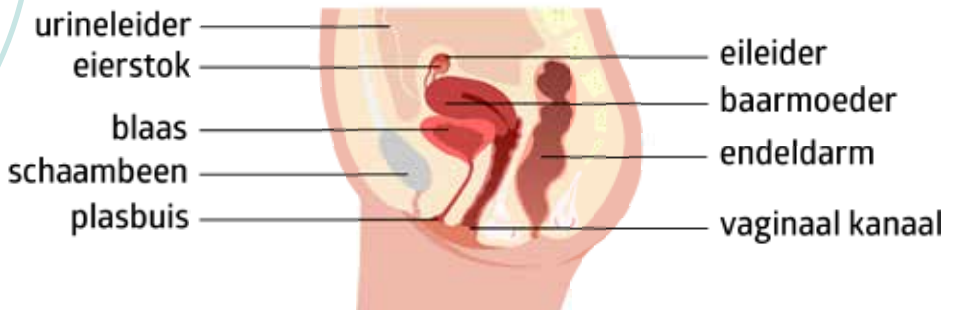


az Rivierenland

MAN



VROUW





Beste patiënt,

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

De blaas

De urine die door de nieren wordt geproduceerd, wordt via de urineleiders afgeleid naar de blaas. De blaas staat in voor het verzamelen van de urine tot het moment dat het mogelijk is om te plassen. Ze is opgebouwd uit verschillende lagen: blaasslijmvlies, bindweefsel, spier en vet. De meeste blaastumoren ontstaan in de binnenste slijmvlieslaag en kunnen door- groeien tot in de spierlaag of de omlig- gende vetlaag.

Bij de man ligt de prostaat tussen de blaas en de sluitspier en omgeeft daar de plasbuis. Bij een vrouw liggen de baarmoeder en de vagina dicht tegen de blaas.

De lymfeklieren zijn punten waar de lymfe of het weefselvocht gefilterd wordt. In deze klieren bevinden zich afweercellen van het lichaam die onzui- verheden in het weefselvocht bestrijden. Kwaadaardige cellen kunnen zich ook stapelen in deze lymfeklieren.

Wat is een cystectomie?

Een cystectomie of verwijdering van de blaas is doorgaans noodzakelijk bij blaaskanker. Minder vaak voorkomende redenen zijn onder andere een schrompelblaas, onoplosbare urinaire incontinentie of therapieresistente ontstekingsziekten van de blaas (interstitiële cystitis, radiocystitis,...).

De operatie gebeurt via een open operatie of eventueel via een robotgeassisteerde kijkoperatie. Bij een open operatie wordt een insnede gemaakt op de middellijn vanaf het schaambeentot aan, rond of voorbij de navel. Bij een kijkoperatie worden meerdere (5 tot 6) kleine insnedes van ongeveer 1 cm gemaakt om een camera en fijne werkinstrumenten in de buikholte te brengen. Er dient wel een iets grotere insnede te worden gemaakt om de blaas uit het lichaam te verwijderen.

Verloop van de ingreep

Bij een cystectomie wordt de blaas weggenomen. In het geval van blaaskanker wordt een radicale cystectomie uitgevoerd, waarbij de blaas in zijn geheel (radicaal) wordt verwijderd (cystectomie). Om alle aangetaste weefsel met zekerheid weg te nemen, worden vaak ook omliggende organen verwijderd:

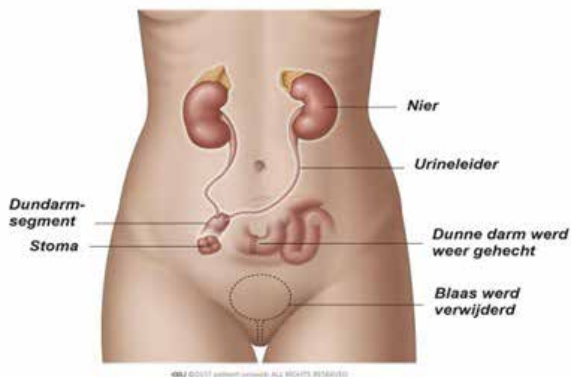
- Bij de man zullen ook de prostaat en de zaadblaasjes en soms de plasbuis tot aan de eikel worden weggenomen.
- Bij de vrouw moeten soms ook de baarmoeder, de voorste vaginawand en/of de plasbuis worden weggenomen.

Om de kans op genezing te vergroten, worden daarnaast de lymfeklieren verwijderd (lymfadenectomie).

Na een blaasverwijdering moet er een afleiding gemaakt worden om de urine af te voeren uit het lichaam. Er zijn verschillende mogelijkheden en deze worden hieronder verder toegelicht. Krijgen. De ernst van de nevenwerkingen verschilt van persoon tot persoon en is onvoorspelbaar.

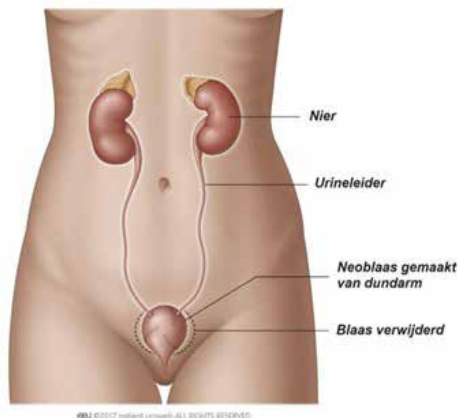
1. Urinederivatie via een incontinent urostoma (Bricker)

De urineleiders worden aangesloten op een stukje dunne darm van 10 à 15 cm dat doorheen de buikwand wordt gelegd en aan de huid wordt gehecht. De urine loopt voortdurend in een stomazakje dat aan de huid kleeft. Met behulp van een stuk van de dunne darm wordt een nieuwe uitgang (urostoma) gemaakt. De twee urineleiders worden hierop ingeplant en zorgen voor een continue afvloeit van urine via het stoma.



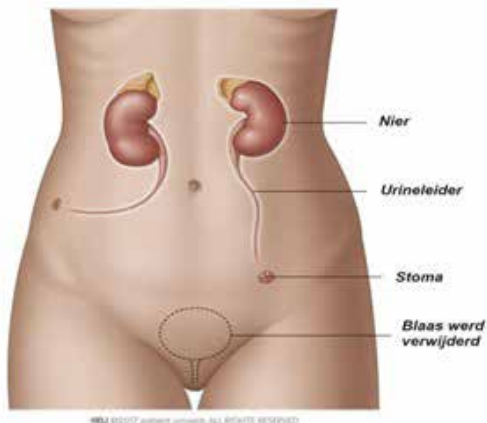
2. Urinederivatie via een vervangblaas (neoblaas)

Dit is enkel mogelijk wanneer uw plas-kanaal en sluitspier kunnen worden gespaard, wat afhankelijk is van de locatie van de tumor. Van een stuk dunne darm wordt een nieuwe blaas gemaakt waarop de urineleiders worden aangesloten. Deze nieuwe blaas wordt aangesloten op jouw sluitspier zodat je na de ingreep opnieuw kunt plassen via de natuurlijke weg.



3. Ureterocutaneostomie

Eén of beide urineleiders worden onmiddellijk aan de huid genaaid. De urine loopt op permanente wijze in een zakje dat aan de huid is gekleefd. De twee urineleiders worden, indien mogelijk, samengebracht aan één zijde, zodat slechts één zakje moet worden aangebracht. In de urineleiders moeten meestal een buisje of katheter worden aangebracht om vernauwing van de opening aan de huid te voorkomen. Deze katheter moet regelmatig worden vervangen.



Mogelijke verwikkelingen

Elke ingreep kan leiden tot verwikkelingen. De complicaties die worden beschreven in deze brochure kunnen optreden tijdens of in de eerste weken na jouw opname. Laat je niet afschrikken door de opsomming hieronder. Hoogstwaarschijnlijk zal je niet van al deze nevenwerkingen last krijgen. De ernst van de nevenwerkingen verschilt van persoon tot persoon en is onvoorspelbaar.

Bloedingen

Na het verwijderen van de blaas kan een bloedophoping optreden. Dit is een zeldzaam voorkomend probleem. Meestal stopt dergelijke bloeding vanzelf door jouw eigen bloedstolling en zeer zelden is een nieuwe interventie noodzakelijk.

Trombose en flebitis

Bij een trombose is er sprake van een stolsel of klontertje dat zich vormt in de bloedvaten aan de binnenzijde van de vaatwand. Dit kunnen we voorkomen door een bloedverdunnende inspuiting en door het dragen van steunkousen. Deze kousen voorkomen het ontstaan van flebitis, ook wel ontsteking van de aders genoemd. Zowel een trombose als flebitis ontstaan vaak door onvoldoende beweging en bedlegerigheid.

Infectie

Koorts wijst in vele gevallen op een infectie. Na de operatie is dit meestal een infectie van de urinewegen, de nieren, de longen, het buikvlies of een wonde.

Om met zekerheid een infectie te bevestigen, zal men stalen van verschillende lichaamsstelsels (urine, speeksel, bloed, wondvocht, drainagevocht, ...) afnemen. We starten alvast met antibiotica in afwachting van het resultaat van de kweek. Indien nodig wordt de antibiotica aangepast.

Lymfoedeem

Aangezien de lymfeklieren zijn weggenomen, kan het lymfevocht uit de benen minder gemakkelijk afgevoerd worden. Dit vocht kan zich ophopen in één of beide benen, in de schaamlippen, in de penis of in de balzak.

Als je last hebt van vochtophoping in de benen, leg ze dan op een voetbankje wanneer je neerzit. Met de benen hoger dan het onderlichaam slapen, helpt ook om het vocht vlotter te laten afvoeren naar de overige lymfevaten en -klieren.

Heb je last van gezwollen geslachtsorganen, probeer die dan ook in hoogstand te brengen. Leg een opgerolde handdoek tussen jouw benen waarop de penis en balzak kunnen rusten. Bij het stappen kan je een aansluitende slip dragen, waardoor het vocht dieper in het lichaam wordt gedraineerd. Het oedeem in de penis kan zo sterk aanwezig zijn, dat het tijdelijk onmogelijk is om de voorhuid achteruit te trekken en weer over de eikel te schuiven. Trek dan de voorhuid niet achteruit tot de penis ontszwollen is. Eventueel kan je met de hand druk uitoefenen om de zwelling te verminderen.

Maag-darmproblemen

Indien bij de ingreep een deel van de dunne darm werd gebruikt, wordt de darm nadien opnieuw met elkaar verbonden. Zo kan voedsel opnieuw de normale passage volgen.

Een lekkage van darmvocht of een volledige verstopping, waarbij een deel van de darm dreigt af te sterven, is theoretisch mogelijk, maar gelukkig uiterst zeldzaam. In dat geval is een heroperatie noodzakelijk.

Een tijdelijke verstopping door verlamming van de darmen (zogenaamde paralytische ileus) in de eerste dagen na de operatie komt frequenter voor. Dit gaat meestal gepaard met buikpijn en braken. Tot de darmen hun normale werking hervatten, kan het nodig zijn tijdelijk een maagsonde te plaatsen (een dun slangetje dat via de neus in de maag wordt ingebracht).

Zuur-base verstoringen

Bij bepaalde types van urinederivaties is er een verhoogde kans op verstoringen in de zuur-basebalans en de zouthuishouding van het lichaam. Deze stoornissen kunnen optreden in de vroege postoperatieve fase, maar komen ook vaak pas later voor, bijvoorbeeld tijdens een urineweginfectie. Het gaat om een frequente complicatie, die doorgaans goed behandeld kan worden met medicatie.

Verwikkelingen eigen aan deze ingreep

Seksualiteit

Na een cystectomie kan de seksuele functie bij zowel mannen als vrouwen beïnvloed worden.

Vrouw

Verkorte vagina/vaginale droogte

Bij het verwijderen van de blaas worden vaak ook de voorwand van de vagina en de baarmoeder mee weggenomen. De achterwand van de vagina wordt vervolgens naar voren geklapt en vastgehecht aan de resterende voorwand. Hierdoor wordt de vagina aanzienlijk korter, wat het vrijen moeilijker of pijnlijk kan maken. Daarnaast komt vaginale droogte vaker voor, wat het ongemak tijdens seksueel contact kan vergroten. Bespreek dit vooraf met je partner. Het libido – je seksuele verlangen – wordt door de ingreep zelf niet aangetast. Wel kan de diagnose kanker of de emotionele impact van de behandeling tijdelijk invloed hebben op je zin in seksuele betrekkingen.

Man

Onvruchtbaarheid/droog orgasme

Onvruchtbaarheid en droge orgasmes zijn nevenwerkingen waar je zeker mee te maken krijgt. Tijdens de operatie worden ook de prostaat en de zaadblaasjes verwijderd, waardoor de zaadcellen en het zaadvocht niet naar buiten komen bij het klaarkomen.

Je zal dus een droog orgasme krijgen. Met andere woorden zal je bij het klaar-komen geen sperma (zaadcellen en -vocht) hebben. Het orgasme kan aanwezig blijven, maar het gevoel zal veranderen.

De teelballen blijven wel ter plaatse, dus je blijft mannelijke hormonen aanmaken en zaadcellen produceren. De zaadcellen geraken echter niet meer op een natuurlijke manier tot bij de eikel. Dit betekent dat je onvruchtbaar bent.

Erectiestoornissen

Bij erectiestoornissen wordt de penis niet meer stijf of niet stijf genoeg om seksuele betrekkingen te hebben. Dit wordt impotentie genoemd. De kans op erectiestoornissen wordt bepaald door de leeftijd, de kwaliteit van de erecties voor de ingreep en de beschadiging van één of beide zenuwbundels die instaan voor de erectie. Deze zenuwbundels liggen tegen de prostaat aan.

In sommige gevallen kan de uroloog zenuwsparend opereren. Zelfs in geval van een zenuwsparende ingreep, komen tijdelijke erectiestoornissen vaak voor. Worden beide zenuwbundels beschadigd, dan is een spontane erectie weinig waarschijnlijk, maar niet geheel onmogelijk. Tot twee jaar na een ingreep is verbetering mogelijk. Jouw uroloog kan medicatie voorschrijven om de erectie op gang te brengen of te verbeteren.

Zijn de zenuwen niet gespaard of geeft de medicatie onvoldoende resultaat, dan zijn nog andere behandelingen mogelijk, zoals injecties in het zwellichaam van de penis,

een vacuümpomp of een prothese. De erectieprothese kan ten vroegste één jaar na de operatie geplaatst worden.

Strictuur op de verbinding urineleider – stoma

Soms ontstaat er een vernauwing (strictuur) op de nieuwe verbinding tussen de urineleiders en de darm (het stoma). Dit kan leiden tot een obstructie van de urine-afvoer. Wanneer dit gepaard gaat met een achteruitgang van de nierfunctie of een nierinfectie, is behandeling noodzakelijk. Afhankelijk van de situatie kan een inwendige of uitwendige katheter geplaatst worden om de urineafvoer vanuit de nier te verbeteren.

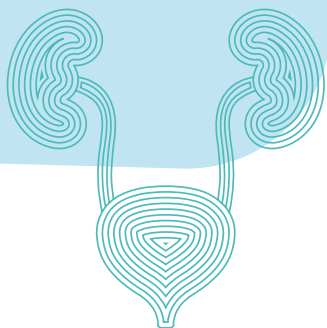
Herhaalde urineweginfecties

Bij alle vormen van urinederivatatie bestaat er een verhoogd risico op terugvloeiing van urine naar de nieren. Hierdoor kunnen bacteriën gemakkelijker de nieren bereiken en een nierinfectie (pyelonefritis) veroorzaken.

Wanneer nierinfecties zich herhaaldelijk voordoen, kan dit blijvende schade aan de nierfunctie veroorzaken. In sommige gevallen leidt dit tot een merkbare achteruitgang van de nierwerking.

Diarree en vitaminetekorten

Wanneer een stuk darm wordt gebruikt voor het stoma of de nieuwe blaas, kunnen er problemen met de darmfunctie optreden. Dit kan leiden tot klachten zoals diarree en tekorten aan vitamines en andere voedingsstoffen.



Wat is ERAS?

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) is een kwaliteitsprogramma. Dat wil zeggen dat we de impact op jouw lichaam zo minimaal mogelijk proberen te houden en zo jouw verblijf in het ziekenhuis proberen te verkorten.

Dit alles gebeurt aan de hand van een patiëntgerichte en wetenschappelijk onderbouwde aanpak met een samenwerking van verschillende zorgverleners.

Er wordt gestreefd om, op een zo snel mogelijke en veilige manier, jouw volledige zelfstandigheid te herwinnen. Bij elke stap van het zorgtraject ligt de focus op jou als actieve deelnemer van jouw eigen herstelproces.

Het chirurgisch ERAS-zorgpad omhelst het volledige traject: vóór jouw operatie, de dag van de ingreep en de nazorg. Per element in het zorgtraject zijn verschillende zorgverleners betrokken die nauw samenwerken om jou optimaal te begeleiden.

Voordelen van ERAS

ERAS-trajecten zorgen ervoor dat jij als patiënt fitter en sneller naar huis kan, uiteraard steeds met de juiste omkadering. Daarnaast leidt ERAS tot een daling in complicaties na een ingreep, minder heropnames, betere pijnbestrijding en hogere patiëntentevredenheid.

Hoe verloopt de voorbereiding op de operatie?

Consultatie bij de chirurg

Op de consultatie bij de chirurg krijg je uitleg omtrent jouw ziektebeeld en jouw operatie. Tijdens deze raadpleging krijg je een onthaalmap met hierin het chirurgisch patiëntenboekje (invuldocument) en een opnamebrochure (infodocument). Het chirurgisch patiëntenboekje bevat uitgebreide vragenlijst over jouw medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik en allergieën.

Je dient deze bij raadpleging aan de preopnamebalie **ingevuld** mee te brengen.

Verpleegkundig consulent oncologie

Nadat je tijdens de de consultatie bij de chirurg de nodige informatie hebt gekregen over de geplande ingreep zal de oncologisch consulent je de praktische informatie verstrekken over de ingreep. Deze verpleegkundige kan je tijdens het verdere verloop van jouw behandeling begeleiden.

Prehabilitatie: wat is dit?

Prehabilitatie heeft als doel jou, als patiënt, optimaal voor te bereiden op de operatie en de revalidatie nadien. Het accent ligt hierbij op: het bereiken van een optimale fysieke conditie, correcte voedingsstatus, mentale weerbaarheid, rook- en alcoholstop en de behandeling van bloedarmoede. Dit alles ter bevordering van een vlot herstel. Prehabilitatie verbetert dus je algemene fitheid, optimaliseert je gemoedstoestand en is geassocieerd met minder complicaties.

Prehabilitatie: praktisch voor jou als patiënt:

- **Rookstop** wordt sterk aanbevolen. Idealiter 4 weken voor de ingreep via begeleiding door de tabakoloog.
- **Alcoholstop** dient overwogen te worden bij meer dan 3 eenheden per dag. Indien je hiervoor begeleiding wenst, kunnen onze psychiaters je hierin bijstaan.
- **Slaaphygiëne**: rust voldoende!

- **Beweeg**: Probeer dagelijks te gaan wandelen, fietsen, zwemmen ... Een goede fysieke conditie is namelijk gunstig voor een beter en vlotter herstel na de ingreep.
- **Relaxatietherapie**: doe regelmatig enkele ontspannings- en ademhalings-oefeningen.
- **Mentale coaching**: indien gewenst, kan mentale ondersteuning via een psycholoog zorgen voor een vermindering van stress en angst. Dit komt dan weer het herstel na de ingreep ten goede.
- **Voeding**: een heelkundige ingreep is een zware inspanning voor het lichaam en het is sterk aan te raden om die in de beste conditie te ondergaan. In geval van (of het risico op) ondervoeding ontvang je aangepast advies om je voedings-toestand te verbeteren. Zo nodig word je verwezen naar één van onze diëtisten voor de op puntstelling van jouw voedingstoestand.



Raadpleging bij de preopnamebalie

De verpleegkundigen van de preopnamebalie, de anesthesist en de ERAS-coördinator zullen, op basis van jouw persoonlijk dossier, bepalen welke **preoperatieve onderzoeken** nodig zijn om de ingreep op een veilige manier uit te voeren. De meest frequent uitgevoerde onderzoeken zijn een bloedafname en/of een elektrocardiogram (filmpje van het hart). Deze kunnen, in overleg met jou, in het ziekenhuis (bij de preopnamebalie) of bij de huisarts gebeuren.

Bring het chirurgisch patiëntenboekje ingevuld mee naar de preopnamebalie.

Dit bevat een uitgebreide vragenlijst over jouw medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik en allergieën. Je krijgt dit boekje mee tijdens de raadpleging bij de arts.

Het is belangrijk dat je de medicatie die je thuis inneemt en het tijdstip waarop je die inneemt, volledig en correct noteert in het chirurgisch patiëntenboekje. De meeste geneesmiddelen mag je verder innemen zoals voordien. Sommige medicamenten, zoals bloedverdunners en diabetesmedicatie moet je immers vooraf stoppen.

Daarom vragen we om je huidige thuismedicatie in de originele verpakking mee te brengen naar de preopnamebalie. Eén van onze verpleegkundigen overloopt samen met jou welke maatregelen er genomen moeten worden om jouw fitheid en prehabilitatie te bevorderen.

Kinesitherapie

Na de ingreep is **een vroege mobilisatie** essentieel. Dit zorgt niet alleen voor minder complicaties van de longen, maar eveneens voor minder risico op het ontwikkelen van embolieën of bloedklonters en minder afname van de spierkracht. Daarom raden we aan reeds **vóór** de operatie te starten met ademhaling- en relaxatieoefeningen. Daarnaast worden enkele preoperatieve richtlijnen overlopen om jouw conditie te optimaliseren. Je zou zo veel als mogelijk moeten bewegen. Probeer dagelijks te gaan wandelen, fietsen, zwemmen, ... Een goede fysieke conditie is namelijk gunstig voor een beter en vlotter herstel postoperatief.

Medicatie

Bring bij jouw opname al je huidige thuismedicatie mee, bij voorkeur in de originele verpakking. Op de dag van de ingreep neem je jouw eigen medicatie in zoals vermeld in het chirurgisch patiëntenboekje.

Neem je bloedverdunners? Meld dat aan je uroloog. De meeste bloedverdunners moeten gestopt worden voorafgaand aan de ingreep. In sommige gevallen zal de uroloog beslissen om je een minder krachtige bloedverdunner te laten nemen.

Bezoek stomaverpleegkundige

Voor de ingreep zal een gespecialiseerde stomaverpleegkundige op bezoek komen. Hij of zij zal jou de nodige informatie aanreiken betreffende de praktische zaken van het leven met een stoma. Hij of zij zal ook samen met jou de ideale positie van het stoma trachten te bepalen. Hou er rekening mee dat het tijdens de operatie niet steeds mogelijk is om ook effectief deze plaats te gebruiken. De stomaverpleegkundige zal ook na de operatie met jou op zoek gaan naar het ideale stomamateriaal. Het stomamateriaal wordt na het ontslag aan huis afgeleverd en wordt volledig vergoed door het ziekenfonds/mutualiteit.

Voeding

Voor de vorming van de stoma, maakt de chirurg gebruik van een stuk dunne darm. Omdat het niet mogelijk is om tijdens de ingreep het stuk dunne darm te reinigen, vragen we je om de darm schoon te maken door het aanpassen van de voeding. Om hiervoor te zorgen moet je drie dagen voor de ingreep restenarme voeding eten. Een restenarm dieet betekent dat je voeding gebruikt die arm is aan voedingsvezels. Dit houdt in dat je bepaalde voedingsmiddelen niet mag eten, zoals groenten, fruit, noten, peulvruchten, volkoren graanproducten en aardappelen. Je krijgt hierbij een overzicht met wat je wel nog mag eten.

Standaard wordt Nutricia preop® aan jou voorgesteld bij de preopnameconsultatie - tenzij je aan suikerziekte of diabetes lijdt. Drink hiervan **800 ml (4 flesjes) op de avond voor de ingreep en 400 ml (2 flesjes) worden op de ochtend van de ingreep (tot 2 uur voor de ingreep) gedronken.** Deze drankjes zorgen voor een betere suikerhuishouding en een beter behoud van de lichaamsreserves. Je mag tot 6 uur voor de ingreep een lichte maaltijd (brood) eten en tot 2 uur voor de ingreep een heldere suikerrijke drank drinken. Het is heel belangrijk om **geen melkproducten of dranken met pulp** te drinken.

De dranken die wel toegestaan zijn:

- helder appelsap
- thee met suiker, **zonder melk!**
- koffie met suiker, **zonder melk!**
- sportdranken: Aquarius®, Extran®, Isostar®...
- Nutricia Preop®

Let op, indien je diabetes (suikerziekte) hebt, mag je uitsluitend plat water of thee met zoetstof drinken.



Wat mag je wél eten?

Bij de broodmaaltijd:

- wit brood, beschuiten, cracotten of pistolets
- minarine of smeerbare margarine
- magere kaas en smeerkaas
- magere charcuterie zoals filet americain puur, filet de sax,
- filet de york, filet d'anvers, kipfilet, kalkoenfilet, magere ham, runds- en kalkoengebraad, rookvlees en rosbief
- gekookt ei of roerei
- zoet beleg: siroop*, honing** of gelei/confituur zonder vellen of pitten*

Bij de warme maaltijd:

- witte rijst, pasta, noedels of couscous
- mager vlees zoals rund-, kalfs-, paarden- en varkensvlees (bv. steak, filet, gebraad, mignonette, médaillon, oester, lapje)
- gevogelte
- magere vis (vers of diepvries) zoals kabeljauw, tonijn, pangasius, dorade, griet, koolvis, tarbot, schol, wijting,
- pladijs, rog, forel, snoek, baars en tong
- magere saus, zoals:
 - vleessaus op basis van vleesbouillon en maïzena
 - witte saus met magere melk en maïzena
 - magere vissaus met magere visbouillon en maïzena
 - gezeefde tomatensaus of tomatenpuree is ook toegestaan
- vetstof: plantaardige olie (uitgezonderd palm- of kokosvet), vloeibaar bak- en braadvet of margarine

Tussendoor:

- magere melkproducten zonder fruit*
- droog gebak zoals droge cake
- droge koekjes zoals boudoir, petit beurre, madeirakoek, nic nac, mariakoek, soldatenkoek of madeleintjes

Toegestane dranken:

- plat water, koffie*, thee*
- magere bouillon
- (light/zero) frisdrank* zonder bruis

Belangrijke opmerking:

* Voor diabetespatiënten: kies voor producten zonder toegevoegde suikers of suikerarme varianten.

** Honing is niet toegestaan voor diabetespatiënten.



Heb je nog vragen over je dieet of de voedingsgerelateerde voorbereiding op je ingreep? Neem dan gerust contact op met de diëtist via 03 880 90 50.

De dag/avond vóór de operatiedag

Bereid de avond voor jouw operatie jouw verblijf in het ziekenhuis voor. Lees nogmaals deze brochure door om te controleren of je niets vergeten bent en leg volgende zaken klaar voor de dag nadien:

- gemakkelijke vrijetijdskleding
- veilige gesloten schoenen
- jouw gebruikelijke medicatie (in de originele verpakking)
- jouw persoonlijke documenten (opname-dossier met chirurgische vergenlijst, identiteitskaart, ...)

Hoe verloopt de opname?

Bij aankomst in het ziekenhuis meld je je aan via de **kiosken** in het onthaal. Daarvoor heb je jouw identiteitskaart nodig. Nadien word je verwacht op de verpleegafdeling waar je ontvangen wordt door een verpleegkundige. Die voert het opnamegesprek en verricht enkele controles. Ongeveer één uur voor de operatie word je opgehaald om naar de operatiezaal te gaan.

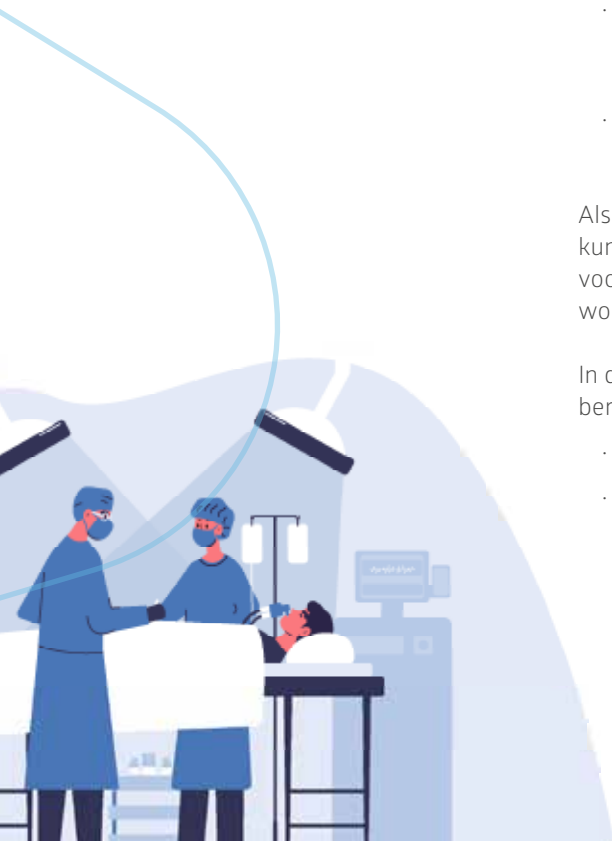
Vlak vóór het vertrek naar de operatiekamer vragen we je om:

- nog eens naar het toilet te gaan
- juwelen, piercings, bril, lenzen, hoorapparaat, tandprothese, ... te verwijderen
- een operatiehemd en steunkousen aan te trekken

Als je dat wenst, krijg je van de verpleegkundige een kalmerend geneesmiddel als voorbereiding op de verdoving. Daarna word je naar de operatiezaal gebracht.

In de operatiezaal zal je verder voorbereid worden op de operatie:

- je krijgt een pijnstiller
- een infuus wordt geplaatst



Wat gebeurt er na de operatie?

De ingreep zal plaatsvinden onder algemene verdoving en duurt ongeveer 4 tot 6 uur. Na de ingreep verblijf je één nacht op de afdeling intensieve zorgen. Hier word je extra opgevolgd voor je terug naar je kamer gaat.

Katheters na de ingreep

Een **infuusleiding** zit in de arm, waarlangs (op vraag) pijnstillende medicatie en vocht kan toegediend worden.

Ter hoogte van de buikstreek heb je één of meerdere **drains**. Een drain heeft als functie het overtollig vocht uit de buik te verwijderen. Afhankelijk van het verloop na de operatie wordt deze drain verwijderd door de verpleegkundige. Dat gebeurt één tot twee dagen na de ingreep.

In de Brickerstoma zitten 2 **ureterstents**. Deze hebben als functie de urine uit de nieren vlot te laten afvloeien.

In geval van een open procedure heb je een **pijnpomp** gekregen via een ruggenprik.

Eten en drinken

Dezelfde dag mag je al wat water of koffie drinken. Daags na de ingreep starten we geleidelijk aan met hernemen van de voeding. Dit gebeurt steeds onder het toezicht van de chirurg. We proberen zo snel mogelijk te starten met medicatie in pilvorm.

Beweging

Na jouw operatie word je aangemoedigd om regelmatig uit bed te komen en te bewegen. De dag na de ingreep word je gestimuleerd om in de zetel te zitten en kleine afstanden te wandelen. Dit wordt stapsgewijs uitgebreid in de dagen nadien, afhankelijk van jouw herstel. Vroege en geleidelijke mobilisatie helpt complicaties ter hoogte van de longen te voorkomen, vermindert het risico op bloedklonters en draagt bij aan het behoud van spierkracht.

Enkele eenvoudige oefeningen. Oefen deze ook al voor jouw ingreep.

1. Ademhaling

Probeer elk uur 5 minuten te oefenen, met korte pauzes om op adem te komen. Voer deze oefening langzaam uit. Adem zo diep mogelijk in langs de neus. Hou jouw adem 3 tellen vast. Steun met jouw handen goed ter hoogte van de wonde. Met de mond goed open krachtig uitademen. Hoesten mag ook.

2. Beenoefeningen

Cirkels maken met de voeten. Afwisselend één been optrekken en weer neerleggen. De knieën in de matras duwen en vijf tellen naar beneden gedrukt houden.

Pijn

De verpleegkundige zal regelmatig jouw pijn bevragen. Na een kijkoperatie kan je tijdelijk last hebben van schouderpijn als gevolg van het gebruik van CO₂-gas tijdens de operatie. Het is belangrijk dat **je zelf aangeeft hoeveel pijn je ervaart**, ook tijdens beweging. Een goede pijnstilling is belangrijk voor jouw herstel.

Jouw medicatie in het ziekenhuis

Tijdens jouw verblijf in het ziekenhuis krijg je naast jouw thuismedicatie, nog andere medicatie. Deze bestaat groten-deels uit pijnstillers. Daarnaast krijg je ook bloedverdunders ter preventie van het ontwikkelen van trombose en flebitis (klonter in het been). Hierbij zal je spuitjes (bv. Clexane®) of jouw gekende bloedver-dunner krijgen.

Mentale weerbaarheid

Het is zeer normaal dat tijdens dit traject verschillende emoties naar boven komen. Ziek worden heeft niet enkel op fysiek vlak een invloed, maar mogelijks ook op je mentale draagkracht. Het kan helpend zijn om met iemand te praten. Daarom bieden wij op elk moment in jouw behan-deltraject **psychologische begeleiding** aan. Dit kan zowel voor, tijdens als na je ziekenhuisopname. Indien je graag een gesprek wenst kan je dit te allen tijde aangeven aan jouw arts of verpleeg-kundige. Je kan zelf ook contact opnemen met onze psychologen of verpleegkundig oncologisch consulent.

Ontslag

Je kan gemiddeld na 7 dagen het zieken-huis verlaten.

Je krijgt verschillende geneesmiddelen voorgeschreven. Je kan deze terugvinden op jouw identiteitskaart:

- pijnstillers, inclusief 'rescue medicatie'. Bij erge pijn kan deze pijnstiller worden ingenomen
- bloedverdunnende spuitjes
- movicol in geval van obstipatie

Jouw thuismedicatie wordt - in principe - hervat. Bij wijzigingen zal dit vermeld staan in jouw dossier.

Stomazorg thuis wordt verdergezet door de thuisverpleegkundige in samenspraak of overleg met de stomaverpleegkundige.

Opvolging

- **Drie weken na de ingreep** wordt een eerste consultatie gepland voor het verwijderen van de stents (2 katheters die tot in de nier gaan).

Graag vijf dagen voor deze consul-tatie een urinestaal laten afnemen door de huisarts of thuisverpleeg-kundige. Dit urinestaal dient te worden afgenomen rechtstreeks uit de stoma (**niet uit het stoma-zakje**). Hiervoor zal een korte sonde gebruikt worden.

De dag van de consultatie neem je 's morgens één zakje Monuril®. Indien het resultaat van dit urinestaal zou aantonen dat er een besmet-ting aanwezig is met een kiem die niet gevoelig is voor Monuril®, dan moet je een ander antibioticum in te nemen die dag. Neem dus op voorhand contact op met je huisarts voor het resultaat.

- **Vier weken na de ingreep** (1 week na het verwijderen van de stents) zien we je terug op de consultatie voor een echografie van de nieren en bespreking van de resultaten van de bloedafname.

Graag een tweetal dagen voor deze consultatie bij de huisarts langs te gaan voor een bloedafname. Die resultaten bespreken we tijdens de consultatie.

- **Drie maanden na de ingreep** volgt een echografie van de nieren en een bloedonderzoek.

Een urostoma

Het krijgen van een stoma is een ingrijpende gebeurtenis en vraagt tijd om te verwerken. Het is normaal dat je moet wennen aan de aanwezigheid van de stoma, de verzorging en de invloed die het heeft op jouw dagelijks leven. Elke verandering heeft tijd nodig en iedereen verwerkt zijn of haar situatie op een eigen manier. Uit ervaring weten we dat de meeste mensen binnen een tweetal maanden vertrouwd omgaan met het stomamateriaal en het vertrouwen vinden om de dagelijkse routine terug op te nemen.

Verzorging van de stoma

Voor de eerste keer de stoma zien, is voor veel mensen een moeilijk moment. De stomaverpleegkundige helpt je te wennen aan de stoma en leert je stap voor stap hoe je jouw stoma kunt verzorgen.

Enkele algemene stoma-adviezen:

- Gebruik geen prikkelende zeep of lotion rond uw stoma.
- Zorg dat de huid rond het stoma schoon en droog is alvorens het stomamateriaal aan te brengen.
- Maak het stomazakje op tijd leeg. Liever niet voller laten worden dan 2/3 van het zakje.
- Zorg altijd voor reservemateriaal zodat je het opvangsysteem kan vervangen als het nodig is.
- Om 's nachts niet te moeten opstaan om te plassen, kan je het stomazakje aansluiten op een grotere urinezak.



Aandachtspunten voor thuis

- Vanaf 2 weken na de operatie mag je lichte huishoudelijke taken doen.
- Je mag 6 weken lang geen lasten van meer dan 5 kg tillen en geen zware inspanningen verrichten.
- Indien je een bureau job doet, kan je vermoedelijk na een viertal weken opnieuw aan het werk. Indien je een fysiek belastende job uitoefent, moet je rekenen op minstens 6 weken arbeidsongeschiktheid. Het is verstandig om jezelf voldoende tijd te geven om te herstellen en op regelmatige tijdstippen te rusten.
- De operatiewonden worden bedekt door verbandjes. Als ze droog blijven, moeten ze niet dagelijks verzorgd worden. Als de verbandjes bebloed zijn of nat worden door wondvocht, is dagelijkse desinfectie en vervanging wel nodig.
- Indien jouw verband is afgesloten door een waterafstotend verband mag je onmiddellijk douchen. In bad gaan mag pas na 10 dagen.
- De hechtingen mogen na 10 dagen worden verwijderd.
- Zorg voor voldoende lichaamsbeweging.
- Je moet steunkousen dragen gedurende 3 weken na de operatie. Indien je overdag voldoende beweegt, mag je de steunkousen overdag achterwege laten en hoeft je ze enkel 's nachts te dragen.
- Je krijgt ook dagelijks een bloedverdunner ter preventie van bloedklonters. Deze inspuitingen moet je thuis gedurende 20 dagen verderzetten. Hiervoor kan een thuisverpleegkundige langskomen.
- Om de kans op urineweginfecties te beperken en om de stoelgang zachter te maken, wordt geadviseerd om minstens 1,5 liter vocht per dag in te nemen.
- Wanneer obstipatie optreedt, kan je aanvullend medicatie innemen om de stoelgang zachter te maken. Het eten van vezelrijke voeding, fruit en groenten kan hierbij helpen.



Vragen of problemen?

Indien je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt of wanneer je na de operatie een van de beschreven problemen ervaart, neem dan gerust contact op.

- Secretariaat urologie: 03 890 17 58
- Verpleegafdeling heelkunde 1: 03 890 16 65
- Spoedgevallen campus Bornem: 03 890 16 03
- Preopnamebalie campus Bornem: 03 890 18 55
- Preopnamebalie campus Willebroek: 03 890 17 59



Honger of dorst?

Breng een bezoekje aan onze bistro Azter op campus Bornem of op campus Rumst!

CAMPUS BORNEM

Kasteelstraat 23 | 2880 Bornem
03 880 90 11

spoedgevallen: 03 890 16 03

CAMPUS WILLEBROEK

Tisseltsesteenweg 27 | 2830 Willebroek
03 880 90 11

ref.: 8482 - 50121222

versie: 07/08/2025

foto's & illustraties: Adobe stock & eigen foto's

eigenaar: dr. Jolien Van der Jeugt, uroloog

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

