

Totale Radicale Prostatectomie



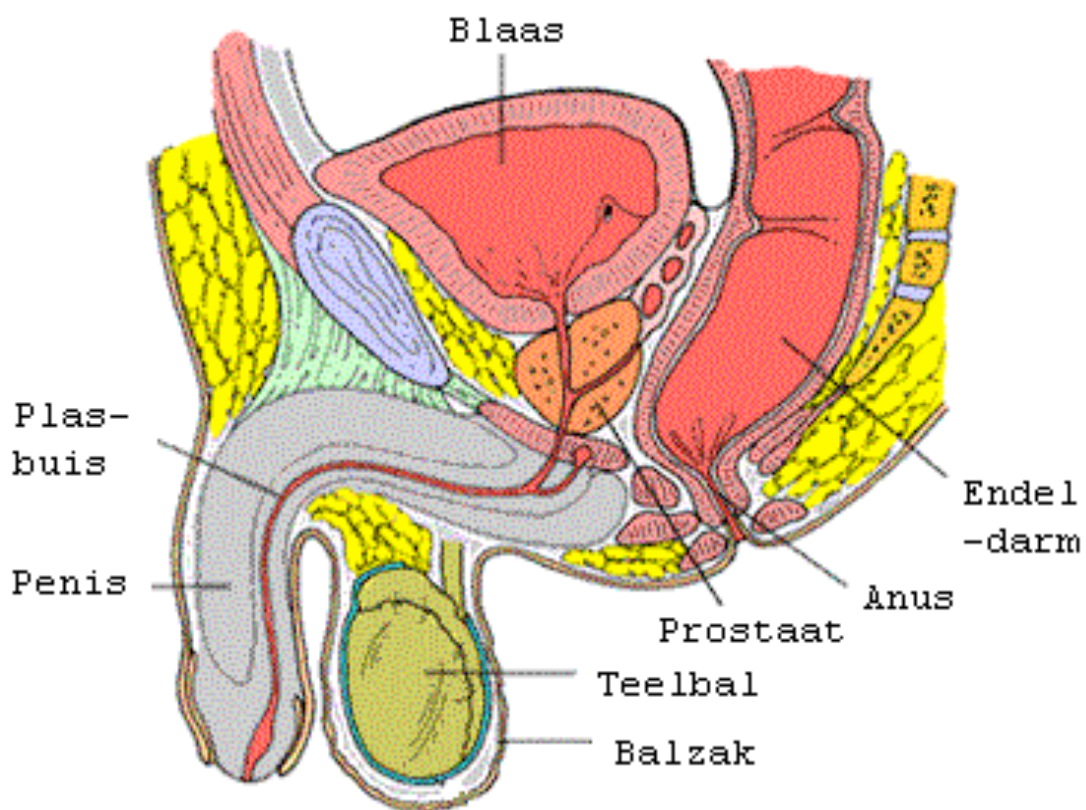
www.urologischcentrum.be

Geachte heer,

Bij u werd onlangs een kwaadaardig gezwel in de prostaat aangetroffen. Uw behandelende uroloog heeft met u besproken dat uw prostaat en de zaadblaasjes in hun geheel verwijderd moeten worden. Dit heet een totale radicale prostatectomie. Tijdens het voorgesprek op de consultatie heeft de uroloog u hierover verteld. Deze brochure is een herhaling en een aanvulling van wat de uroloog met u besproken heeft. Voor meer informatie kunt u ook altijd terecht bij uw huisarts, de prostaatverpleegkundige of via de website van onze urologische dienst.

De prostaat

Iedere man heeft een prostaat. Vroeg of laat kan deze aanleiding geven tot klachten. De prostaat is een klier, die niet groter hoort te zijn dan een tamme kastanje en ongeveer 20 gram weegt als de man volgroeid is. Deze klier bestaat uit drie zones, die zich rondom de plasbuis (urethra) en onder aan de ingang van de urineblaas bevinden.



De plasbuis loopt van de blaas tot aan het uiteinde van de penis. Op de tekening ziet u dat de plasbuis (urethra) door de prostaat heen loopt. Bij de ouder wordende man wordt de prostaat groter onder invloed van hormonale veranderingen. Als gevolg hiervan wordt het ledigen van de blaas bemoeilijkt doordat de weerstand van de blaashals en/of prostaat toeneemt. U merkt dit doordat urineren moeilijker gaat, met één of meer van de volgende klachten:

- Urinestraal is minder krachtig en wordt soms onderbroken.
- Niet goed kunnen beginnen met urineren.
- Meer aandrang en steeds weer moeten urineren.
- Vaker moeten urineren met minder drang en weinig urine per keer.
- Nadruppelen en ongewenst urineverlies.
- Nachtelijk urineren.
- Een branderig gevoel ondervinden bij het urineren.
- Het gevoel hebben dat de blaas niet leeg komt.

Functie van de prostaat

De prostaat is een klier. Klieren zijn organen die vocht uitscheiden. De prostaat produceert een vloeistof die, bij zaadlozing, samen met de zaadcellen naar buiten komt (sperma). De prostaat is dus van belang voor de vruchtbaarheid en niet voor de seks. Het prostaatvocht houdt de zaadcellen in leven tijdens hun tocht naar de eicel. De zaadcellen worden geproduceerd in de zaadballen. Hormonen regelen de groei van de prostaat, de vorming van prostaatvocht en de zaadcelproductie.

Prostaatkanker

Een kwaadaardige aandoening van de prostaat heet prostaatkanker of prostaatcarcinoom. Het gaat om een vorm van kanker die op jonge leeftijd zelden voorkomt.

Het kwaadaardige gezwel ontstaat meestal dicht aan de rand van de prostaat en veel minder vaak in het prostaatweefsel direct om de plasbuis heen.

Prostaatkanker is in de industriële landen de meest frequente kanker bij mannen. De gestegen incidentie wordt enerzijds veroorzaakt door de toenemende gemiddelde leeftijd van de bevolking, maar anderzijds ook omdat de kanker steeds vroeger ontdekt wordt. Men schat dat in de Westerse landen het risico op een microscopische kanker 30% bedraagt. Aangezien deze kankers echter traag groeien is het risico op een klinische prostaatkanker 10%. 1 op de 10 mannen boven de 50 jaar zal dus een evolutieve prostaatkanker ontwikkelen indien het gezwel niet op tijd wordt opgespoord en behandeld.

De oorzaken van prostaatkanker

Over de oorzaken van prostaatkanker is nog weinig met zekerheid bekend. Wel weten we dat prostaatkanker vaker voorkomt bij mannen in West - Europa en de Verenigde Staten. Waarschijnlijk heeft dit te maken met onze voedingsgewoonten. Ook is bekend dat veranderingen in de hormonale regeling van de prostaat een belangrijke rol spelen in het ontstaan van prostaatkanker. Erfelijkheid speelt ook een rol. Volgens bepaalde studies zouden de mannen met een directe verwante met prostaatkanker, een tot drie keer hoger risico lopen.

De klachten

Prostaatkanker evolueert over het algemeen heel langzaam. Meestal zijn er in het begin geen ziekteverschijnselen merkbaar. Soms treden er symptomen op die vergelijkbaar zijn met die van een goedaardige prostaatvergroting: moeilijkheden bij het urineren, vaak urineren, nachtelijk urineren, bloed in de urine en zelden bloed in het sperma. Het kan voorkomen dat de ziekte pas wordt ontdekt wanneer er uitzaaiingen zijn en deze klachten veroorzaken in het lichaam. Zo kunnen er bijvoorbeeld rugklachten met pijn ontstaan ten gevolge van uitzaaiingen in één of meerdere wervels.

De onderzoeken

Rectaal onderzoek

Bij het algemeen lichamelijk onderzoek wordt altijd een rectaal toucher gedaan. Een gehandschoende met glijmiddel gladgemaakte vinger wordt via de sluitspier in de endeldarm van de patiënt gebracht. Zo kan de grootte, de vorm, de stevigheid en het oppervlak van de prostaat worden beoordeeld. Dit is een eenvoudig onderzoek en het duurt maar kort. Het voelen naar de prostaat kan in verschillende houdingen worden gedaan en is in de regel niet pijnlijk. Maar het kan wel een vervelend gevoel geven, omdat de sluitspier van de endeldarm gepasseerd moet worden.

Bloed- en urineonderzoek

Bloed wordt afgenomen voor beoordeling van de algemene gezondheidstoestand en vooral van de nierfunctie. Tevens zal het bloed worden onderzocht op stoffen die kenmerkend zijn voor prostaataandoeningen (PSA= Prostaat Specifiek Antigeen). Het PSA kan verhoogd zijn bij prostaatontsteking, prostaatvergroting en prostaatkanker. De waarden van het PSA zijn veelal ook leeftijdsafhankelijk (zie tabel). Met het ouder worden en het groeien van de prostaat zal ook het PSA stijgen.

Ook de urine wordt onderzocht. Soms wordt een zaadonderzoek gedaan.

Gemiddelde PSA normaal waarden

40 – 49 jaar : PSA < 2,5 ng/ml

50 – 59 jaar : PSA < 3,5 ng/ml

60 – 69 jaar : PSA < 4,5 ng/ml

70 – 79 jaar : PSA < 6,5 ng/ml

80 – 89 jaar : PSA < 8,5 ng/ml

Straalmeting

Straalmeting wordt ook uroflowmetrie genoemd. De flowmeter is een instrument dat de kracht van de urinestraal en de hoeveelheid geplaste urine meet. Over het algemeen zal uw uroloog vragen om bij het bezoek aan de polikliniek met een volle blaas te komen en eerst in een flowmeter te plassen. De flowmeter staat in een daarvoor speciaal ingerichte ruimte.

Urodynamisch onderzoek

Dit is een onderzoek waarbij de druk en de werking van de blaas en de plasbuis wordt uitgemeten. In sommige gevallen berusten de plasklachten niet op een vergrote prostaat maar op afwijkingen aan blaas of blaashals. De druk in de blaas en in de plasbuis wordt gemeten door een heel dun drukkathetertje van slechts een 2 tot 3 mm diameter. Dit wordt ingebracht via de plasbuis tot in de blaas. Via dit dunne kathetertje kan de blaas gevuld en geledigd worden. Behalve de drukmeting kan tijdens dit onderzoek ook een straalmeting worden uitgevoerd. Deze metingen geven uitsluitsel of de plasklachten worden veroorzaakt door een plasbelemmering van de prostaat of door een abnormale functie van de blaas.

IVP

IVP staat voor Intra Veneuze Pyelografie. Soms is het nodig nadere informatie over de urinewegen te verkrijgen door middel van een IVP. Dit is een onderzoek waarbij een röntgenfoto wordt gemaakt nadat contrastvloeistof in een ader in de arm is gespoten. De vloeistof wordt snel naar de nieren getransporteerd en via de urinewegen uitgescheiden. Bij dit röntgenonderzoek worden eventuele afwijkingen aan de urinewegen zichtbaar gemaakt. Het onderzoek is niet pijnlijk. De ingespoten contrastvloeistof kan tijdelijk een bittere smaak en een warm gevoel geven. De dag voor dit onderzoek krijgt u een laxeermiddel en mag u na middernacht niets meer eten tot na het onderzoek. Als de darmen leeg zijn, zijn de urinewegen beter te zien.

Echografie

Echografie is een onderzoek met behulp van geluidsgolven, waarbij een orgaan in beeld wordt gebracht. Echografie kan zowel uitwendig via de buikwand, als inwendig via de endeldarm worden uitgevoerd. Bij uitwendige echografie kunnen via de buikwand de nieren en de blaas

zichtbaar worden gemaakt. Ook kan de uroloog vaststellen hoeveel urine er in de blaas achterblijft na het urineren. Bij inwendige echografie kunnen via de anus en de endeldarm de grootte, de aard en de vorm van de prostaat worden bepaald. Dit gebeurt met behulp van een vingerdik apparaat, dat via de anus pijnloos wordt ingebracht.

Cystoscopie

Een cystoscopie is een inwendig onderzoek om de doorgankelijkheid van de plasbuis, de grootte van de prostaatkwabben en het aspect van het blaasslijmvlies te beoordelen. Een dun, meestal buigzaam buisje, de cystoscoop, wordt door de plasbuis naar binnen gebracht. Vooraf wordt in de plasbuis een glijmiddel gebracht dat ook het slijmvlies in de plasbuis verdooft. Het instrument is voorzien van een lens en verlichting, waardoor de uroloog, via de plasbuis, naar de prostaat en de blaas kan kijken. Door de cystoscoop stroomt ook steriel water naar binnen om de blaas te vullen, zodat de blaas ontplooit en de uroloog beter kan kijken. Na afloop van het onderzoek kunt u last hebben van een vals aandranggevoel, dat na enkele uren vanzelf verdwijnt.

Biopsie

Soms is het nodig om prostaatweefsel te onderzoeken. Dit gebeurt door middel van het nemen van een aantal biopten onder geleide van een echografie. Bij een biopsie wordt een stukje weefsel weggenomen met behulp van een dunne naald die via de endeldarm in de prostaat wordt gestoken. De uroloog zal u ter voorkoming van infectie een antibioticum geven. Dit antibioticum dient vóór de biopsie al te worden ingenomen of wordt voordien intraveneus toegediend. Het weefsel wordt onder de microscoop beoordeeld. Dit onderzoek kan uitsluitsel geven of er wel of geen prostaatkankercellen zijn. De uitslag van dit onderzoek is meestal pas na meerdere dagen bekend. U kunt na de biopsie bloed verliezen bij de plas, bij de ontlasting of bij het sperma. Bij verlies van grote hoeveelheden bloed en klonters moet u zich aanmelden op de spoedgevallendienst van ons ziekenhuis. Een enkele keer kan koorts ontstaan boven de 38,5°C. In dat geval dient u contact op te nemen met uw uroloog. Een biopsie geeft geen verhoogde kans op eventuele uitzaaiingen van prostaatkanker en is dus ongevaarlijk.

Gradering

Als er na microscopisch onderzoek prostaatkankercellen in het biopsieweefsel worden aangetroffen, zal ook de gradering – de mate van agressiviteit – van de prostaatcellen worden bepaald. Men spreekt dan van de differentiatiegraad. Een goed gedifferentieerde prostaattumor groeit bijvoorbeeld minder snel of agressief dan een matig of slecht gedifferentieerde tumor.

Botscan

Een botscan is een foto van het skelet, waarop eventuele uitzaaiingen in de botten zichtbaar gemaakt kunnen worden. Dit onderzoek heet ook wel een isotopenscan. In uw arm wordt een zwak radioactieve stof (isotoop) gespoten. De stof gaat op de actieve plaats van het bot zitten. De foto laat dankzij het isotoop de eventuele uitzaaiingen zien. Na de inspuiting van de radioactieve stof duurt het een paar uur voordat deze stof uw botten heeft bereikt,

waarna de foto's genomen kunnen worden. De hoeveelheid straling van de radioactieve stof is verwaarloosbaar en onschadelijk.

U ondervindt hier geen nadelige gevolgen van, dus ook de mensen in uw omgeving niet.

CT-scan (computertomografie) van het bekken

Een computer-tomograaf is een apparaat waarmee men millimeter voor millimeter zeer gedetailleerde foto's van de organen en/of weefsels kan maken. Hierbij wordt gelijktijdig gebruikgemaakt van röntgenstraling en een computer. Het apparaat heeft een opening waar de patiënt, liggend op een beweegbare tafel, doorheen wordt geschoven. Terwijl de tafel telkens een stukje doorschuift, wordt er een serie foto's gemaakt. Voor het maken van goede foto's kan een contrastvloeistof nodig zijn. De contrastvloeistof moet op de dag zelf worden ingenomen. Soms wordt ook nog tijdens het onderzoek contrastvloeistof toegediend. Dit gebeurt via een bloedvat van een arm. Het middel kan een warm gevoel veroorzaken. Soms wordt er een CT-scan van het bekken gemaakt, als de uroloog vermoedt dat er uitzaaiingen zijn in de lymfeklieren rondom de prostaat.

Vorbereiding

Als voorbereiding op de operatie zal bij u wat bloed worden afgenomen voor onderzoek. Vaak gebeurt dit op voorhand door uw huisarts of zal dit ten laatste de dag voor de operatie doorgaan.

Er wordt ook een cardiogram en een longfoto gemaakt. Deze beide onderzoeken worden poliklinisch verricht óf de dag voor de operatie.

Als nodig kunnen nog aanvullende onderzoeken plaatsvinden.

De dag voor de operatie gebeurt ook een reiniging van de darmen door het drinken van een aangepaste oplossing. Deze voorbereiding is noodzakelijk omdat de prostaat tegen de endeldarm (laatste gedeelte van de dikke darm) ligt. Als dit gedeelte van de darm leeg is, zal de ingreep vlotter kunnen uitgevoerd worden.

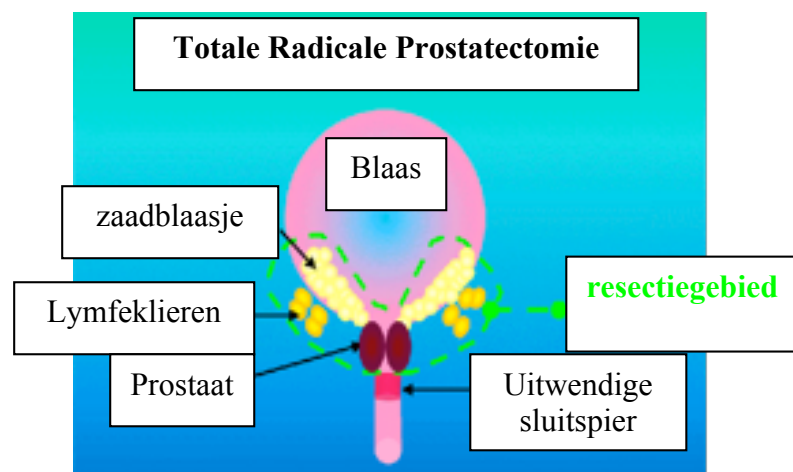
Na de darmvoorbereiding mag u niets meer eten (tenzij een yoghurt zonder vruchtvlees of een pudding). U mag wel nog onbeperkt zwarte koffie, thee en water drinken.

De dag voor de operatie zullen de uroloog en de prostaatverpleegkundige bij u langskomen om alles nog eens met u te bespreken. Wanneer u op dat moment nog vragen heeft, kunt u ze gerust stellen. Ook de anesthesist komt bij u langs. De ingreep zal plaatsvinden onder algemene narcose. U krijgt ook een ruggepriek voor pijnstilling na de operatie (pijnpomp).

De operatie

Voor het verwijderen van de prostaat zult u ongeveer 5 à 10 dagen in het ziekenhuis worden opgenomen. Dat is mede afhankelijk van het directe herstel na de operatie.

Bij een totale radicale prostatectomie wordt de prostaat weggenomen, samen met het omliggende weefsel, het stuk plasbuis dat doorheen de prostaat loopt, een deel van de blaasuitgang, een gedeelte van de zaadleiters en de beide zaadblaasjes achter de prostaat. Vervolgens wordt een nieuwe verbinding gemaakt tussen de blaas en het overgebleven gedeelte van de plasbuis. Bij de ingreep worden ook de zaadleiters afgesloten. Het weggenomen weefsel wordt opgestuurd voor nader microscopisch onderzoek. Dit onderzoek neemt enige dagen in beslag en de uitslag ervan zal meestal tijdens uw verblijf in het ziekenhuis en zeker tijdens de eerste poliklinische controle met u besproken worden. De operatie duurt in totaal ongeveer één uur. Na de operatie blijft u nog gedurende enkele uren op de ontwaakkamer. Daarna gaat u voor één nacht naar een intensieve zorgafdeling (midcare). De dag daarop wordt u terug naar uw kamer gebracht.



Na de operatie

Op het einde van de ingreep laat de uroloog één dunne drain in uw buik achter voor het laten afvloeien van wondvocht. U krijgt een sonde in de plasbuis voor de afvoer van urine. U zult ook nog een infuus hebben en er zal een pijnpomp aanwezig zijn die u zelf manueel kunt bedienen en die u van uw pijn zal verlossen. De pijnstilling wordt toegediend via een zeer dunne katheter die de anesthesist voor de operatie d.m.v. een ruggeprik ter plaatse heeft gebracht.

De drain wordt verwijderd zodra er weinig volume is aan wondvocht.

De verblijfsonde blijft 6 tot 10 dagen ter plaatse en wordt daarna op de consultatie, na het nemen van een contrastfoto (lektest), verwijderd.

Bijwerkingen en/of complicaties

Op enkele mogelijk optredende bijwerkingen en/of complicaties willen wij u hier wijzen. Voor alle van de hieronder genoemde bijwerkingen/complicaties geldt dat u ze kunt krijgen, maar niet hoeft te krijgen.

Urineverlies (incontinentie)

Na het verwijderen van de sonde kunnen verschijnselen als bloedplassen, valse plasdrang, niet kunnen plassen, buikpijn en ongewild urineverlies optreden. Aanvankelijk is ongeveer de helft van de mannen incontinent. Deze continence wordt vlug herwonnen met behulp van bekkenbodemspieroefeningen. De kinesiste zal u aanleren hoe u, door gebruik te maken van uw bekkenbodemspieren, urineverlies kunt voorkomen. Bij alle mannen wordt voor ontslag uit het ziekenhuis een plastest gedaan in de polikliniek. Als, na uitvoering van deze plastest, blijkt dat u nog onvoldoende controle hebt over het urineren, zal de uroloog u bijkomende oefeningen bij een kinesist(e) voorschrijven. Een jaar na de ingreep blijken nog ongeveer drie tot vijf van de honderd patiënten zodanig last te hebben van urineverlies, dat andere behandelingen kunnen overwogen worden.

Erectiele disfunctie

De uroloog probeert bij de ingreep zoveel mogelijk de zenuwen en bloedvaten intact te laten die verantwoordelijk zijn voor het krijgen van een erectie. Deze zenuwen en bloedvaten lopen dicht langs de prostaat en zijn moeilijk zichtbaar. Of de uroloog hierin volledig slaagt, hangt ondermeer af van de grootte en de ligging van het gezwel. Veelal komt de mogelijkheid tot het krijgen van een erectie vanzelf terug na drie tot twaalf maanden (of soms zelfs nog later). Bij sommigen echter zullen erecties afwezig blijven. De zaadlozing is na de operatie altijd verdwenen. Het bereiken van een hoogtepunt na seksuele stimulatie blijft mogelijk. Problemen op dit gebied kunnen later steeds met uw uroloog besproken worden.

Vernauwing van de plasbuis (urethra stenose)

In de nieuwe blaas-plasbuis verbinding kan een vernauwing ontstaan, die leidt tot een slappere urinestraal. Tijdens de periodieke poliklinische bezoeken zal de uroloog u hiernaar vragen. Om die reden is het noodzakelijk dat u zich bij een volgende raadpleging op de dienst urologie aanmeld met een volle blaas opdat een plastest zou kunnen gebeuren. Deze vernauwing van de plasbuis kan over het algemeen poliklinisch behandeld worden door het dilateren van het vernauwde gebied. Soms moet de vernauwing ingesneden worden onder narcose.

Wondcomplicaties

Complicaties aan de wonde kunnen ondermeer bestaan uit wondinfecties, vochtophopingen in het operatiegebied en urinelekkage via de wonde. Deze complicaties komen niet vaak voor.

Diepe veneuze trombose (DVT)

Elke ingreep in het klein bekken kan aanleiding geven tot stolsels (trombose) in de diepe vaten van het onderbeen.

Dergelijke trombose wordt tegengegaan door het dragen van steunkousen tijdens en na de operatie. Deze steunkousen draagt u tot u meer in beweging bent dan ligt of zit.

U krijgt ook dagelijks een prik in de buik ter preventie van trombose.

Om complicaties na de ingreep zoveel mogelijk te voorkomen is het belangrijk om de lichamelijke activiteit snel te hervatten.

Nacontroles

Het gesprek over het weefselonderzoek vindt doorgaans plaats op de consultatie en dat 2 weken na de operatie. Er wordt een afspraak voor u gemaakt nog voor u uit het ziekenhuis ontslagen wordt. Dan zullen ook eventueel aanvullende therapieën met u besproken worden. De nacontroles vinden het eerste jaar na de ingreep iedere 3 maanden plaats, daarna wordt de frequentie hiervan verminderd.

Besluit

Wellicht wekt deze operatie onzekerheid en spanning op. Ervaring wijst uit dat goede informatie een belangrijke steun kan zijn voor u, uw partner en uw omgeving. Aarzel daarom niet uw vragen te stellen aan uw uroloog, uw huisarts, de prostaatverpleegkundige of de paramedici. Het urologisch team van de prostaatkliniek zal u graag bijstaan.

Geachte heer,

U wordt binnenkort uit het ziekenhuis ontslagen. Wij hopen dat u tevreden was over uw verblijf en over de zorgen waarmee wij u mochten omringen. Toch willen we nog even uw aandacht vestigen op het volgende:

Verpleegkundige aandachtspunten:

Documenten bij ontslag

- Brief voor de huisarts.
- Eventueel brief en voorschrift voor de thuisverpleegkundige.
- Medicatievoorschrift en voorschriften incontinentiemateriaal.
- Voorschrift kinesitherapie.
- Afspraak volgende consultatie.
- Formulieren voor de verzekering en de arbeidsongeschiktheid.

Gerichte informatie

- Mogelijke incontinentie zal verdwijnen door het toepassen van de bekkenbodemspieroefeningen. Eventueel krijgt u verder kinesitherapie thuis.
- Te vermijden gedurende 6 weken: heffen, zware inspanningen, fietsen, (autorijden). Voldoende lichaamsbeweging is noodzakelijk.
- Drink voldoende (2 liter water per dag), liefst weinig alcoholische dranken. Beperk het gebruik van koffie en thee.
- Sterk gekruide voedingsmiddelen vermijden.
- De huisarts verwittigen bij aankomst thuis.
- De huisarts verwittigen bij pijn of koorts (meer dan 38°C).
- Bij volgend consult: Voldoende drinken om er te urineren (eventueel ter plaatse drinken). Breng ook uw plaskalender, met de notities van de laatste 2 dagen, mee.
- Geen ligbad nemen gedurende de eerste veertien dagen. Een douche mag wel.
- Draag overdag uw buikband voor een periode van 6 weken.
- U zult nog gedurende enkele dagen 1 tablet antibiotica per dag moeten nemen. Tevens zal de thuisverpleegkundige moeten gecontacteerd worden voor de

dagelijkse toediening van 1 spuitje (Fraxiparine of Clexane) in de buik en dit ter preventie van een diepe veneuze thrombose.

- De steunkousen mag u achterwege laten van zodra u meer in beweging bent dan ligt of zit.

Richtlijnen in verband met het incontinentiemateriaal

- Draag nooit extra inleggers in het verband. Dit belemmert de absorptie. Bij twijfel kunt u beter een groter verband gaan gebruiken.
- Draagverbanden in een nauw aansluitend ondergoed of speciaal (net)broekje. Ze moeten strak tegen het lichaam gedragen worden want alleen dan functioneren verbanden optimaal en worden luchtjes voorkomen. Ondergoed dat langer in gebruik is en dat door het vele wassen uit model is geraakt moet worden vervangen.
- Draag het verband iets hoger aan de voorkant dan aan de achterkant. Sommige verbanden geven door middel van een teken aan wat de voorkant is.
- Een te groot verband gaat opbollen en sluit onvoldoende aan bij de liezen, waardoor lekkage kan ontstaan. Het dragen van de juiste maat van verband is daarom belangrijk.
- Controleer regelmatig of het verband vol is. Sommige verbanden hebben een zogenaamde vochtindicator. Deze tekens of letters geven door middel van verkleuring of vervaging aan of het verband verzadigd is.
- Voor de nacht en op dagen dat u diuretica (vochtafdrijvende medicatie) gebruikt, is het aan te bevelen om een verband met een groter absorptievermogen te gebruiken.
- Verschoon uw verband regelmatig. Afhankelijk van de mate van incontinentie en de frequentie van urineverlies, is 2 tot 5 keer per dag verschoonen een algemene richtlijn. Verliest u voortdurend urine dan is 5 maal per dag verschoonen aan te bevelen.

Hygiëne

Een goede huidverzorging bij incontinentie is erg belangrijk. De werking van urine op de huid kan leiden tot vervelende huidirritaties. Dit kunt u voorkomen door de huid goed schoon en droog te houden. Was daarom de huid regelmatig, bij voorkeur zonder zeep, en droog deze goed af. Besteed daarbij extra aandacht aan de huidplooien omdat de huid op deze plaatsen sneller gaat 'broeien'. Na het afdrogen kunt u de huid eventueel insmeren met een lotion (olie) of crème. Een huidbeschermende zalf op basis van zinkoxide kan ook gebruikt worden.

Richtlijnen voor het gebruik van katheters en urine-opvangzakken

- Er is een groot aanbod van urine-opvangzakken met toebehoren. Urine-opvangzakken met een inhoud van 500 tot 600ml kunnen overdag worden gebruikt als beenzak. De grote zakken (1500 tot 2000ml) zijn geschikt voor de nacht en kunnen met een beugel aan het bed worden bevestigd. Nachtzakken hebben over het algemeen een lange slang.
- Sommige urine-opvangzakken hebben een kraantje (aftap) waarmee u de urine-opvangzak kunt laten leeglopen in het toilet. Daarnaast zijn er ook zakken met een terugslagventiel (ter voorkoming van het teruglopen van de urine). Het aanzetstuk van het collecteursysteem moet ondergedompeld worden in de ontsmettingsalcohol alvorens deze aan te sluiten op de katether.
- De meeste urine-opvangzakken hebben een zacht vlies (non-woven) aan de achterkant. Zo voorkomt men dat de urine-opvangzak aan het been gaat kleven.
- Er zijn ook urine-opvangzakken met 2 of 3 vakken waardoor het zakje de vorm van het been aanneemt. Als de urine-opvangzak gevuld is met urine heeft men geen last van een bolle ballon op het been.
- U kunt 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.
- Als het dragen van een urine-opvangzak op het onderbeen onmogelijk is, is fixatie op het bovenbeen noodzakelijk. Als u bij deze vorm van bevestiging gaat zitten heeft u kans dat de urine-afvoer uit de katheter stagneert. U kunt dit voorkomen door bij een zittende houding de knie op een iets lager niveau te brengen dan het onderlichaam. Dus: zorg ervoor dat de urinezak zich steeds lager bevindt dan de blaas.
- Het verwisselen van urine-opvangzakken is afhankelijk van het soort urine-opvangzak en de hoeveelheid urine die u loost. Ook de geurontwikkeling of een urineweginfectie kan aanleiding zijn om de urine-opvangzak te verwisselen.
- Een hulpmiddel om de blaas te trainen is het gebruik van een katheterventiel (ook wel katheterstop genoemd). Dit ventiel wordt direct op de katheter aangebracht en op bepaalde tijden (oefening) gaat u naar het toilet waar u het ventiel manipuleert en kunt urineren. Het gebruik van een urine-opvangzak is hier overbodig.

Kinesitherapeutische aandachtspunten:

Na een radicale totale prostatectomie kan tijdelijk urineverlies (incontinentie) optreden en dit voornamelijk bij inspanning (vb. hoesten, niezen, opstaan, hurken, ...).

We zullen door middel van training van de bekkenbodemspieren deze incontinentie onder controle krijgen. Met deze training zal men bewust worden van deze spieren en er opnieuw gebruik van maken. Indien mogelijk wordt met deze oefeningen gestart voor de operatie.

De lijst van de gespecialiseerde kinesitherapeuten kunt u bekomen op het secretariaat van de polikliniek urologie, bij de huisarts of via www.pelvired.be.

Na de operatie worden de oefeningen hervat. De behandelingen duren zolang tot u de continentie herwint en tot u de oefeningen kunt toepassen tijdens de dagelijkse activiteiten. De oefeningen vergen een inspanning daar ze in de beginfase veel concentratie vragen, maar het is uit meerdere studies bewezen dat door middel van deze bekkenbodenspieroefeningen de periode van incontinentie heel wat korter wordt.

De thuis training

- 90 contracties van de bekkenbodemspieren per dag geven goede resultaten.
- Oefeningen over de ganse dag spreiden.
- Oefeningen tijdens dagelijkse activiteiten uitvoeren.
- Gradueel weglaten van incontinentiemateriaal (eerst 's nachts, dan 's morgens).
- Plaskalender bijhouden en meebrengen bij de eerste post-operatieve controle.
- Thuis training vraagt veel discipline.
- In de beginfase vergt de training veel concentratie waardoor de oefeningen nogal vermoeiend zijn.

De plaskalender

Een plaskalender laat toe een evolutie van het urineverlies en de resultaten van de behandeling na te gaan.

Urine

U noteert gedurende enkele dagen de hoeveelheid urine per plas (zowel overdag als 's nachts). Men meet de urine met een maatbeker. Als u de hoeveelheid urine niet kan meten, plaatst u een kruisje op het tijdstip van de plas.

Vochtopname

U noteert hoeveel u drinkt en wat u drinkt. Koffie, thee, cola, ice tea, alcohol, ... werken diuretisch (vochtafdrijvend). U drinkt hierbij telkens uit het zelfde recipiënt waarvan u de inhoudsmaat kent.

Urineverlies

Het incontinentiemateriaal wordt gewogen (droog en nat – het verschil is de hoeveelheid urineverlies). Lang gebruik van incontinentiemateriaal wordt afgeraden omdat dit u minder alert maakt.

Activiteit

U noteert tijdens welke activiteit het urineverlies zich voordeed.

Het plasgedrag

Plashouding

De man plast zittend met de voeten gesteund op de grond en de dijen gespreid om zodoende ter hoogte van het perineum een goede ontspanning te verkrijgen. De rug is recht.

Niet meepersen

Het persen voor en tijdens het urineren moeten afgeleerd worden omdat bij het persen de sluitspier zich onvoldoende gaat ontspannen waardoor een onvolledige urinelozing plaatsvindt.

Niet onderbreken

Men mag de mictie niet onderbreken omdat men dan de bekkenbodemspieren opspant. We krijgen dan het zogenaamde 'streepjes-plassen' (mictiestop-test). Dit resulteert in een

onvolledig ledigen van de blaas, wat op langere termijn infectie en blaasproblemen kan veroorzaken.

Geen residu

Neem voldoende tijd om te plassen. Wanneer men van het plassen vlug wil af zijn, zal men de neiging hebben om mee te persen, wat zal resulteren in een residu (achterblijven van urine in de blaas na het plassen).

Nadruppelen voorkomen

Om na de urinelozing nadruppelen te voorkomen, geeft men de raad om een paar contracties van de bekkenbodemspieren uit te voeren of bulbair massage toe te passen om zo de laatste druppels urine uit de plasbuis te verwijderen.

De medisch-sociale aandachtspunten:

Naar aanleiding van een consultatie of tijdens een verblijf in het ziekenhuis kunnen talrijke vragen opduiken. Graag geven wij advies en hulp.

Wij kunnen informatie geven over:

- Gezins- en thuishulp
- Zelfhulpgroepen.
- Organisaties die specifieke tussenkomsten voorzien.
- Huur en aankoop van materialen voor thuisopvang, ...

Bemiddelen en samenwerken met interne en externe diensten:

- Wij kunnen u helpen bij het oriënteren en contacteren van eerste lijnsdiensten, zoals diensten van gezinszorg, thuisverpleging, sociale diensten van ziekenfondsen, OCMW, centra algemeen welzijn,...

Sociale voorzieningen:

- Inkomensvervangende voorzieningen: tegemoetkomingen van het Ministerie van Sociale Voorzorg, ziekte-uitkering, ...
- Sociale en fiscale voordelen: vermindering van belasting op inkomen, vermindering van onroerende voorheffing, parkeerkaart, ...

Ontslagregeling:

- Wij kunnen de patiënt bijstaan in de voorbereiding van zijn ontslag uit het ziekenhuis naar huis, naar een herstelverblijf, een rustoord, ... Dit gebeurt steeds in overleg met alle leden van de prostaatkliniek, uw familie en uzelf.

Wij zorgen voor ondersteuning:

- Als de psychische draagkracht van de patiënt en zijn familie bij het verwerken van hun angsten en emoties op de proef wordt gesteld.
- Bij bejaarden en andere kwetsbare groepen die te kampen krijgen met financiële moeilijkheden ten gevolge van hun ziekenhuisopname, ambulante zorg en de kosten voor thuisopvang.

Nazorg:

- Als de ziekenhuisfactuur te hoog blijkt te zijn, kunnen wij samen met u een afbetalingsplan bespreken.

De medisch-maatschappelijk werk(st)er kan u hierbij helpen. Met bijzondere aandacht luistert hij of zij naar uw specifieke noden. Samen met u en in overleg met de leden van de prostaatkliniek wordt er naar adequate oplossingen gezocht voor vragen betreffende uw psychosociale noden.

Tot slot:

Deze brochure bevat een algemene voorlichting en is bedoeld als extra informatie naast het gesprek met uw uroloog, de huisarts en de prostaatverpleegkundige. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven tot wijzigingen. Dit zal altijd door uw uroloog aan u kenbaar gemaakt worden.

Ook voor uw naasten kan het belangrijk zijn deze brochure te lezen. Het is misschien gemakkelijker praten als zij meer over uw ziekte weten. Hebt u na het lezen van deze brochure nog vragen, dan kunt u steeds uw uroloog, uw huisarts of de prostaatverpleegkundige contacteren. Wij hopen alvast u van dienst te zijn geweest en wij willen u danken voor het gestelde vertrouwen.

Met genegen groeten,

De leden van de prostaatkliniek

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, kunt u steeds contact opnemen met uw huisarts, kunt u bellen naar de dienst urologie of kunt u de expertverpleegkundige contacteren.



Diensthoofd-uroloog

Dr. Peter Van Oyen

Urologen

Dr. Jo Ampe

Dr. Christophe Ghysel

Dr. Bart Kimpe

Dr. Ludo Vanden Bussche

Dr. Harm Arentsen

Nurse Specialist

Dhr. Luc De Laere

Tel: 050 45 31 52

Expertverpleegkundigen

Mevr. Sophie Vantieghem

Tel: 050 45 28 41

Dhr. Thijs Develter

Tel: 050 45 97 88

Mevr. Veronique Viaene

Tel: 050 36 51 34

Mevr. Stephanie Lannoo

Tel: 050 36 51 39

Secretariaat Campus De Mouterie Damse Vaart Zuid 3 te 8310 Sint-Kruis

Tel: 050 37 22 33

Fax: 050 27 04 66

secretariaat@urologischcentrum.be

Secretariaat Campus AZ Sint-Jan AV

Tel: 050 45 25 30

Fax: 050 45 25 29

urologie@azsintjan.be

Secretariaat Campus AZ Sint-Lucas

Tel: 050 36 51 12

Fax: 050 36 51 23

secretariaat.urologie@stlucas.be