Amphia Ziekenhuis

Verwijderen van de prostaat met operatierobot

Urologie

Inhoudsopgave

1. Inleiding		Pagina
1.1	Prostaat	3
1.2	Prostaatkanker	3
1.3	Prostatectomie	3
2. Operatie		3
2.1	Mogelijkheden	3
2.2	Ingreep	3
2.3	Voordelen robot	4
2.4	Open operatie	4
3. Verwijdering		5
3.1	Voorbereiding	5
3.2	Opname	5
3.3	Operatiedag	5
3.4	Complicaties	5
3.5	Herstel	6
3.6	Heropname	6
4. Aandachtspunten		6
4.1	Leefregels	6
4.2	Gevolgen	6
4.3	Belangrijk	7
5. Meer informatie		7
5.1	Vragen	7
5.2	Contact	7

1. Inleiding

Tijdens uw bezoek aan de polikliniek Urologie heeft de uroloog met u gesproken over de noodzaak van het verwijderen van de prostaat. Deze folder geeft u informatie over de voorbereiding, de operatiemogelijkheden en de nazorg.

1.1 Prostaat

De prostaat is een klier ter grootte van een kastanje en bevindt zich rondom de plasbuis onder de blaas. De prostaat produceert het prostaatvocht. Het prostaatvocht komt samen met het zaad (dat in de zaadbal wordt gemaakt) tijdens de zaadlozing naar buiten (sperma) en houdt de zaadcellen in leven.

1.2 Prostaatkanker

De uroloog heeft na verschillende onderzoeken prostaatkanker bij u ontdekt. Prostaatkanker ontstaat meestal aan de buitenrand van de prostaat. Soms kan dit via de endeldarm door de arts gevoeld worden aan het oppervlak van de prostaat. Via een prostaatfunctie is de kwaadaardigheid vastgesteld. Wanneer er geen uitzaaiingen zijn geconstateerd en afhankelijk van uw leeftijd, komt u in aanmerking voor een prostatectomie. Het verwijderen van de prostaat geeft tot op heden het beste resultaat op de langere termijn.

1.3 Prostatectomie

Bij een prostatectomie worden de prostaat, het stuk plasbuis dat door de prostaat loopt, een deel van de blaasuitgang, een gedeelte van de zaadleiders en de beide zaadblaasjes achter de prostaat weggenomen. Vervolgens wordt een nieuwe verbinding gemaakt tussen de blaas en het overgebleven gedeelte van de plasbuis.

2. Operatie

2.1 Mogelijkheden

De operatie kan op verschillende manieren worden uitgevoerd:

- open operatie (via een snee in de onderbuik);
- laparoscopische radicale prostatectomie (via een kijkoperatie);
- laparoscopische prostatectomie met behulp van robotchirurgie (RALP).

U bent hierover door uw behandelend arts geïnformeerd.

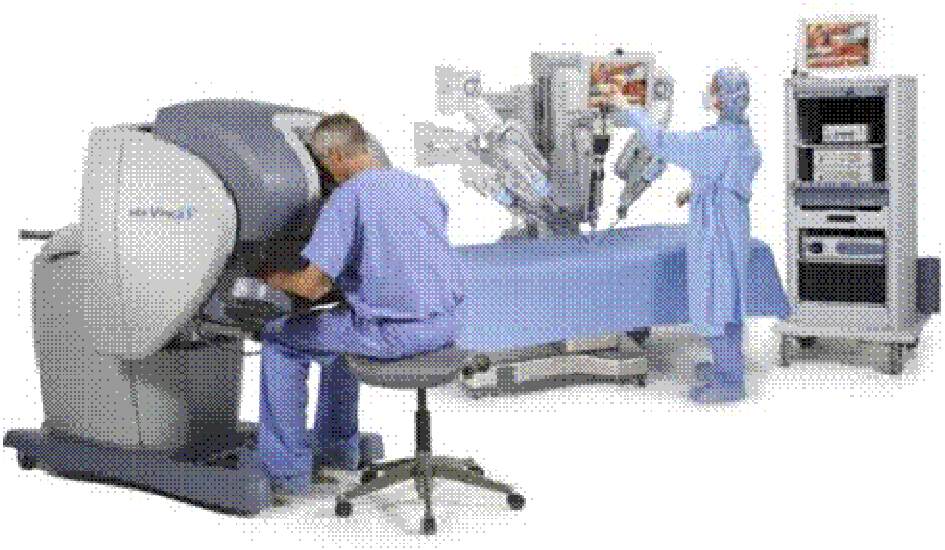
In het verleden werd de prostaat via een snee in de onderbuik verwijderd. De laatste jaren heeft het Amphia Ziekenhuis veel ervaring opgedaan met de kijkoperatie. Inmiddels is onze techniek verder verfijnd door de Da Vinci operatierobot. Door het gebruik van de robot hebben we een nauwkeuriger driedimensionaal beeld en kan nog preciezer en sneller worden geopereerd.

2.2 Ingreep

Bij de operatie wordt de prostaat weggenomen, alleen zonder daarvoor een grote snee of wond in de buik te hoeven maken. De robotarmen worden door de uroloog aangestuurd en de instrumenten gaan samen met een camera via kleine sneetjes de buik in.

Allereerst wordt de buik gevuld met onschadelijk koolzuurgas (CO^2). Zo wordt ruimte gemaakt tussen de verschillende organen. Hierdoor is het mogelijk om veilig te kunnen opereren. Vervolgens wordt een aantal – meestal 5 – buisjes in de buik gebracht, die 0,5 tot 1 centimeter dik zijn. De wondjes in de buikwand worden hierdoor dus ook slechts 0,5 tot 1 centimeter groot.

Door één van de buisjes wordt een camera ingebracht, zodat de uroloog vergroot en in 3D-beeld de buikinhoud kan zien.



Door de andere buisjes worden de instrumenten ingebracht, bijvoorbeeld een schaartje en een pincet die met behulp van de robot meer dan 360° kunnen draaien. Om de prostaat daadwerkelijk te kunnen verwijderen is het nodig om één van de sneetjes iets groter te maken. De specialist opereert als het ware via het televisiescherm, vandaar de naam 'kijkoperatie'.
Aan het einde van de ingreep wordt eerst al het koolzuurgas verwijderd en daarna worden de wondjes gesloten. Meestal wordt voor enkele dagen een wonddrain achtergelaten om het wondvocht af te voeren. Het herstel na de operatie is sneller dan na een open ingreep. Meestal mag u na 3 dagen weer naar huis.

2.3 Voordelen robot
Een kijkoperatie met de robot heeft verschillende voordelen. Zo kan de uroloog tijdens de ingreep veel beter alle details van het lichaam zien. Hierdoor kan de operatie nauwkeuriger worden uitgevoerd, waardoor er beduidend minder bloedverlies en minder risico op incontinentie is. Als de kanker in de prostaat het toelaat kan er zenuwsparend worden geopereerd, waardoor er een grotere kans op behoud van erecties bestaat. Verder gaat het herstel over het algemeen sneller en is dus het ziekenhuisverblijf korter. Dit komt vooral door de kleinere wondjes, waardoor er ook veel minder pijnklachten zijn. Eenmaal thuis is ook het herstel sneller. Na een kijkoperatie is werkhervatting na 3 tot 4 weken geen uitzondering.

2.4 Open operatie
Soms blijkt bij een kijkoperatie dat toch een 'open' operatie (een snede in de onderbuik) nodig is. Hiervoor kunnen veel verschillende redenen zijn. Het kan zijn dat de uroloog niet goed het orgaan of de belangrijke bloed-vaten in beeld krijgt. Bijvoorbeeld doordat er veel verklevingen zijn door eerdere operaties, door overgewicht of doordat er een afwijkende ligging of bloedvoorziening van het orgaan is. Het belangrijkste is dat de operatie goed en veilig gebeurt met zo weinig mogelijk risico's. Wanneer de uroloog niet 100% zeker is van zijn zaak, moet hij toch een 'open' operatie uitvoeren. De uroloog bespreekt dit voor de ingreep met u.

3. Verwijdering

3.1 Voorbereiding

Voordat u deze operatie ondergaat heeft u een afspraak met onze urologisch oncologisch verpleegkundige en op het preoperatieve spreekuur van de anesthesioloog. Er wordt bloed afgenomen en eventueel wordt een hartfilmpje en een longfoto gemaakt. Deze onderzoeken zijn nodig om uw complete gezondheidstoestand te controleren, zodat u de operatie met een minimale kans op problemen kunt ondergaan.

Slikt u bloedverdunnende medicijnen, meldt dit dan aan uw arts. Ruim voordat de operatie plaatsvindt, moet u stoppen met het gebruik van deze bloedverdunners.

De ingreep vindt plaats onder algehele narcose. De anesthesioloog vertelt vanaf welk tijdstip u nuchter moet zijn en of u uw medicijnen moet innemen. Wij raden u aan 24 uur voor de opname geen alcohol te gebruiken, ook mag u in die tijd niet roken.

3.2 Opname

Meestal wordt u de avond voor de operatie opgenomen. U meldt zich op de afgesproken tijd op de afdeling. Breng uw verzekeringspapieren, medicijnen en eventueel allergiegegevens mee. Eventueel kan een gastvrouw u naar de afdeling begeleiden.

Hier wordt u ontvangen door een verpleegkundige voor een anamnese (intake) gesprek. Zij legt de gang van zaken op de afdeling en rondom de operatie aan u uit. De dag voor de operatie wordt u gelaxeerd. Het is belangrijk dat het laatste deel van de darm leeg is tijdens de operatie. De buik en de schaamstreek worden geschoren. En er wordt bloed afgenomen waarmee op de bloedbank bloed besteld kan worden.

Alle informatie over uw gezondheid is privé. Wij geven deze informatie alleen aan u of aan de door u aangewezen contactpersoon.

3.3 Operatiedag

Op de dag van de operatie kunt u douchen. Daarna krijgt u van de verpleegkundige een operatiejasje aan. De patiënten voor een laparoscopische operatie krijgen ook steunkousen aan. Dit is ter voorkoming van trombose (bloedstolsel in de bloedvaten). Voordat u naar de operatiekamer wordt gebracht moet u eventuele sieraden, prothesen (kunstgebit) en contact-lenzen uitdoen.

Op het verwachte tijdstip brengt de verpleegkundige u naar de operatieafdeling. In de ontvangstruimte krijgt u een infuus. Zodra u aan de beurt bent, wordt u naar de operatiekamer gebracht. Daar wordt u in slaap gebracht door medicatie via het infuus.

3.4 Complicaties

Bij elke ingreep, hoe klein ook, kunnen er problemen optreden. Na een kijkoperatie kunnen, net zoals na een ‘gewone’ operatie, complicaties optreden zoals een nabloeding of een wondinfectie. Littekenbreuken komen slechts zeer zelden voor omdat de wondjes zo klein zijn. Heel soms ontstaan er beschadigingen aan andere organen, bijvoorbeeld een gaatje in de endeldarm (1% kans). Dit wordt dan direct gesloten, soms is een tijdelijk stoma noodzakelijk. Dit gebeurt gelukkig bij hoge uitzondering. Kort na de ingreep kunt u schouderpijn krijgen. Dit komt door prikkeling van

het gebruikte CO^2-gas.

3.5 Herstel
U gaat na de operatie voor enige tijd naar de uitslaapkamer. Als de controles, zoals bloeddruk en ademhaling in orde blijken, gaat u terug naar de afdeling.

Als u wakker wordt, bent u verbonden met een aantal 'slangetjes':
- Een infuus in uw arm voor vochtbediening.
- Een drain voor het afvoeren van wondvocht.
- Een blaaskatheter voor het afvoeren van urine uit de blaas.

Afhankelijk van uw herstel worden, na goedkeuring van de arts, de drain en het infuus verwijderd. Dit is meestal op de 1e of 2e dag na de operatie. Omdat er een nieuwe aansluiting is gemaakt tussen de blaas en de plasbuis blijft de blaaskatheter zitten. Hier gaat u mee naar huis. Tijdens de opname krijgt u uitleg hoe u met de katheter moet omgaan. De dag na de operatie kunt u gewoon douchen en uzelf mobiliseren. De 1e dag na de operatie mag u weer normaal eten en drinken.

De verwachting is dat u 3 dagen opgenomen bent bij een laparoscopische ingreep met behulp van de robot.

3.6 Heropname
Na ongeveer 7 – 10 dagen volgt een heropname in de dagverpleging.
- De blaaskatheter wordt verwijderd.
- Soms wordt eerst nog een blaasfoto gemaakt om te zien of de aansluiting goed is genezen.
- Er wordt gekeken of u goed leeg kunt plassen en of u de urine kunt ophouden.
- De hechtingen (nietjes) worden verwijderd.
- De fysiotherapeut komt langs voor een bekkenbodemtraining.
- Bij eventuele incontinentie (ongewild urineverlies) geeft de verpleegkundige informatie over incontinentiemateriaal voor thuis.
- De uroloog vertelt u tijdens deze opname ook de uitslag van het weefselonderzoek.
- U krijgt een afspraak mee voor over 6 weken bij de uroloog. Eén week ervoor wordt ter controle PSA geprikt.

4. Aandachtspunten

4.1 Leefregels
De eerste 6 weken na de operatie is het belangrijk dat u:
- Goed drinkt (2 liter per dag).
- Zorgt voor een gemakkelijke stoelgang waarbij u niet mag persen. Eet daarom laxerend voedsel zoals peren, pruimen en peper(ontbijt)koek.
- Geen zware lichamelijke inspanning verricht of fietst.

Het is niet nodig de elastische steunkousen thuis te dragen. Ook medicatie voor de prostaat is na de operatie niet meer nodig. U kunt na het ontslag weer starten met bloedverdunners zoals aspirine/acetylsalicylzuur. Ook middelen via de trombosedienst (Marcoumar, Sintrom) kunnen na ontslag worden hervat en vervolgens verlopen de controles weer via de trombosedienst.

4.2 Gevolgen
De eerste maanden na de operatie kunt u last krijgen van incontinentie (urineverlies). Er is dan nog onvoldoende controle over het plassen. Na de operatie moet de sluitspier weer 'getraind'

worden. Na 3 tot 6 maanden is de incontinentie meestal over. In 5% – 10% van de gevallen blijft er geringe incontinentie. Bij onverwachte bewegingen of hoesten wordt dan soms een druppel urine verloren.

Wanneer de prostaat en zaadblaasjes zijn verwijderd kan er tijdens het orgasme geen zaadlozing meer plaatsvinden. U bent hierdoor ook steriel. Het orgasmegevoel zelf blijft meestal onveranderd. Het doel van de operatie blijft om op een veilige manier alle kanker weg te halen. Aangezien de zenuwen die voor de erectie zorgen vlak langs de prostaat lopen, is het vaak niet verantwoord deze te sparen. Vóór de operatie bespreekt de uroloog dit met u. Als de zenuwen niet gespaard zijn is de kans op erectiestoornissen 70% – 90%. Indien er zenuwsparend is geopereerd en u nog goede erecties had voor de operatie is de kans ongeveer 50% tot 80% dat dit na de operatie zal herstellen. Dit kan echter 3 – 6 maanden duren tot soms wel 1 jaar. Erectiestoornissen kunnen wel behandeld worden met medicatie of injecties in de penis. De uroloog bespreekt dit met u.

4.3 Belangrijk

In de volgende gevallen is het belangrijk om contact op te nemen:

- Bij koorts boven de 38,5°C bestaat de kans dat u een ontsteking heeft.
- Wanneer de blaaskatheter vroegtijdig is uitgevallen.
- Wanneer de urine erg bloederig is en eventueel stolsels bevat die u met extra drinken (2½ liter) niet lichter krijgt.

5. Meer informatie

5.1 Vragen

Heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen, stel deze gerust aan uw behandelend arts of aan de verpleegkundigen van de polikliniek of verpleegafdeling.

5.2 Contact

Tijdens kantooruren kunt u contact opnemen met:

- Polikliniek Urologie, locatie Langendijk te Breda: (076) 595 10 26
- Polikliniek Urologie, locatie Pasteurlaan te Oosterhout: (0162) 32 74 62

Buiten kantooruren kunt u contact opnemen met:

- SpoedEisende Hulp (SEH): (076) 595 10 00