

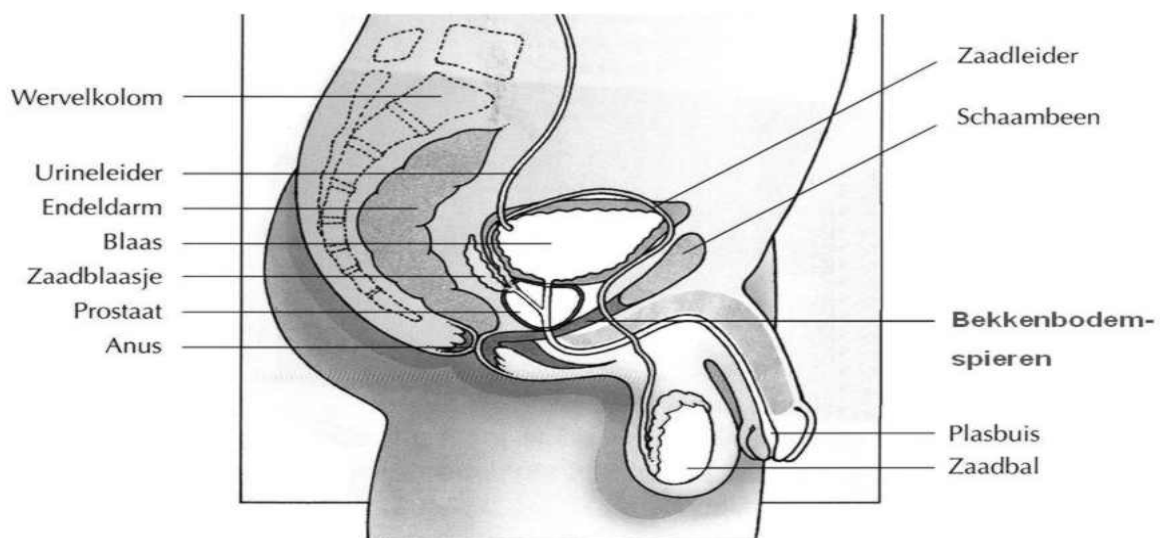
Verwijdering van de prostaat via robot geassisteerde operatie

Bij u werd onlangs een kwaadaardig gezwel in de prostaat aangetroffen. Uw behandelend uroloog heeft met u besproken dat uw prostaat in zijn geheel verwijderd moet worden. Dit heet een radicale prostatectomie. In deze folder vindt u informatie over de operatie. Heeft u na het lezen nog vragen, stel deze dan gerust aan de arts of verpleegkundige.

Functie van de prostaat

De prostaat is een klier ter grootte van een walnoot. Hij bevindt zich rondom de plasbuis onder de blaas. Tussen de blaas en de prostaat bevindt zich de inwendige sluitspier van de blaas. De uitwendige sluitspier zit onder de prostaat.

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 heeft geen invloed op de seksualiteit. 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.



Doorsnede onderlichaam man

De informatie in deze folder is van algemene aard en is bedoeld om u een beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In uw situatie kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze folder is dan ook slechts een aanvulling op de specifieke (mondelinge) voorlichting van uw specialist of behandelaar.

Prostaatkanker

Een kwaadaardige aandoening van de prostaat heet prostaatkanker of prostaatcarcinoom. Het is de meest voorkomende kanker bij mannen. De toename van prostaatkanker wordt veroorzaakt door de hogere gemiddelde leeftijd van de bevolking, maar ook omdat kanker steeds vroeger ontdekt wordt. Deze vorm van kanker groeit traag op oudere leeftijd, maar sneller op jongere leeftijd (<70 jaar). 1 Op de 10 mannen boven de 50 jaar ontwikkelt prostaatkanker.

Oorzaken prostaatkanker

Over de oorzaken van prostaatkanker is nog weinig bekend. Wel weten we dat prostaatkanker vaker voorkomt bij mannen in West-Europa en de Verenigde Staten. Mogelijk heeft dit te maken met onze voedingsgewoonten (veel dierlijke vetten, te weinig groenten en fruit). Erfelijkheid speelt ook een belangrijke rol. Volgens bepaalde studies zouden de mannen met een directe verwante met prostaatkanker een één tot drie keer hoger risico lopen.

De klachten

Prostaatkanker groeit over het algemeen langzaam. Meestal zijn er in het begin geen ziekteverschijnselen merkbaar. Soms treden er symptomen op zoals: moeilijkheden bij het urineren, vaak urineren, 's nachts urineren, bloed in de urine en soms bloed in het sperma.

POS (preoperatief spreekuur)

Voor de opname heeft u een afspraak bij het POS (preoperatief spreekuur). Breng bij deze afspraak de verpakking van uw medicijnen mee.

Indien u bloedverdunnende medicijnen gebruikt, dan worden deze in opdracht van uw behandelaar minimaal 7 dagen voor de operatie gestopt.

Preoperatief gesprek continëntieverpleegkundige

U heeft een gesprek met de continëntieverpleegkundige. Zij begeleidt u tijdens en na de opname. Een afspraak bij de bekkenfysiotherapeut mag u maken nadat u de machtiging hiervoor van de uroloog of de verpleegkundig specialist heeft ontvangen.

Deze fysiotherapeut meet de spierkracht, spierspanning en spierfunctie van de bekkenbodem. Verder wordt er gestart met bekkenbodemoefeningen.

Wat is een robot geassisteerde operatie?

Bij deze operatie wordt de buik, via ingebrachte buisjes, gevuld met koolzuurgas (CO²). Dit zorgt voor meer ruimte tussen de verschillende organen. Zo heeft de uroloog een goed zicht op het operatiegebied. Daarna worden 4 extra smalle buisjes ingebracht. Via deze buisjes worden de camera en andere werkinstrumenten ingebracht. Om de prostaat te verwijderen wordt één van de wondjes iets groter gemaakt.

Aan het eind van de operatie wordt het koolzuurgas via de buisjes verwijderd en de wondjes gesloten.

Voordelen robot geassisteerde operatie

Een robot geassisteerde operatie biedt een aantal voordelen:

- De ingreep kan preciezer en nauwkeuriger uitgevoerd worden, doordat de camera details vergroot.
- Er is beduidend minder bloedverlies.
- Het herstel gaat in het algemeen sneller, waardoor het ziekenhuisverblijf korter is.
- De kleine wondjes geven minder pijnklachten.
- De littekens zijn veel kleiner dan bij een open operatie.

In bepaalde gevallen kan er geen gebot geassisteerde operatie gedaan worden.

Dit is bijvoorbeeld het geval bij een kunststof matje in de buik, eerdere bestraling in de onderbuik of ernstige hart- en/of longproblemen.

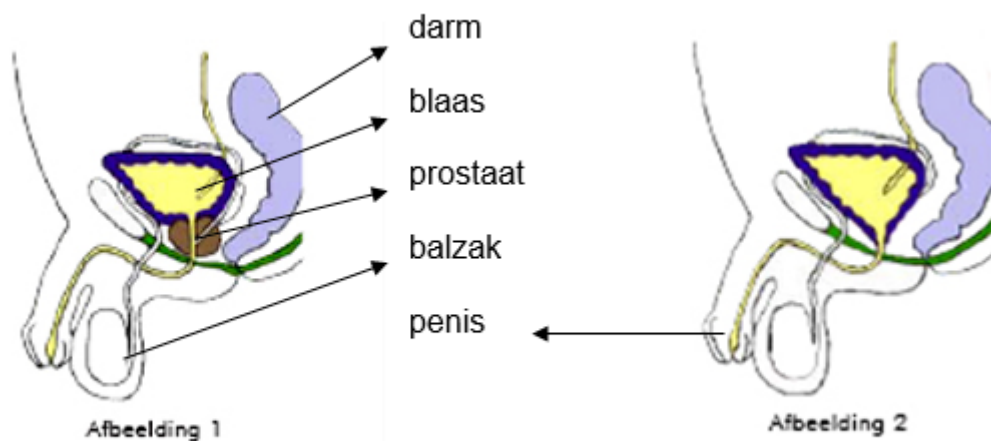
Soms blijkt tijdens de operatie dat er toch een open operatie nodig is. Dit bespreekt de uroloog vooraf met u.

De operatie

Bij een radicale prostatectomie wordt de prostaat weggenomen, samen met het omliggende weefsel, het stuk plasbuis dat door de prostaat loopt, een gedeelte van de zaadleiters en de beide zaadblaasjes achter de prostaat. Dit gebeurt onder algehele narcose.

Vervolgens maakt de uroloog een nieuwe verbinding tussen de blaas en het overgebleven gedeelte van de plasbuis. Verder worden de zaadleiters afgesloten.

De operatie duurt ongeveer drie uur.



Doorsnede onderlichaam met prostaat

en zonder prostaat

Na de operatie

Bij terugkomst op de afdeling kunt u drains in uw buik hebben voor het afvloeien van wondvocht. Verder heeft u een blaaskatheter. Deze katheter blijft 7 tot 14 dagen zitten. U krijgt voldoende pijnstilling voorgeschreven.

Op de verpleegafdeling

- Krijgt u een sterke aandrang tot plassen, waarschuw dan de verpleegkundige. Het is mogelijk dat de katheter verstopt is. Zonodig spoelt de verpleegkundige de katheter door of geeft u een medicijn tegen blaaskrampen.
- De eerste dagen na de operatie kan de urine er bloederig uitzien.
- De eerste en soms tweede dag na de ingreep kunt u schouderpijn hebben door prikkeling van mogelijk wat achtergebleven koolzuurgas.
- De balzak en penis zijn soms door het gas en/of het wondvocht opgezwollen. Deze zwelling verdwijnt vanzelf.
- Het is prettig om op een zacht kussen te zitten op uw stoel.
- Zet niet te veel druk tijdens het krijgen van de ontlasting. Persen kan de wondgenezing vertragen.
- Het is belangrijk dat u minimaal 1,5 tot 2 liter per dag drinkt.
- U krijgt iedere dag een injectie tegen trombose.
- Aan het einde van uw opname legt de verpleegkundige u uit hoe uzelf de wondjes en de blaaskatheter kunt verzorgen.

De opnameduur

U blijft ongeveer 1 tot 2 dagen in het ziekenhuis. Worden ook de lymfklieren verwijderd, dan kan de opname iets langer duren.

Naar huis

U gaat met blaaskatheter naar huis. Vooraf legt de verpleegkundige uit hoe u de blaaskatheter verzorgt en geeft u materiaal mee. U krijgt tevens spuitjes tegen de trombose mee en een recept hiervoor. Een controle afspraak is voor u gemaakt.

Controle afspraak

De controle afspraak vindt ongeveer twee weken na ontslag plaats op de polikliniek. De uroloog bespreekt dan met u de uitslag van het opgestuurde weefsel. Eventueel aanvullende therapieën worden met u besproken.

De blaaskatheter wordt door de continëntieverpleegkundige verwijderd. Zij begeleidt u verder in het omgaan met de incontinentie.

Verdere controles

Het eerste jaar na de ingreep heeft u iedere drie maanden een bloedonderzoek. Daarna wordt dit afgebouwd. U blijft onder controle bij de uroloog en de verpleegkundig specialist.

Adviezen voor thuis

- Na de operatie treedt tijdelijk urineverlies op, voornamelijk bij inspanning (bijv. hoesten, niezen, opstaan, hurken). U krijgt van de fysiotherapie oefeningen hiervoor (zie bijlage).
- U mag wel douchen, maar niet in bad. Tot de wondjes genezen zijn.
- Het is belangrijk veel te drinken (1,5 tot 2 liter vocht) en alcohol te beperken. Dit gaat urineweginfecties en obstipatie tegen.

- Bij pijn mag u paracetamol innemen. De maximale dosering staat op de verpakking. Daarnaast krijgt u ook een recept voor diclofenac mee naar huis.
- Soms heeft u last van lekkage van urine langs de katheter. Dit kan komen doordat het wondgebied rondom de sluitspier nog moet genezen, maar kan ook komen door blaaskrampen. Heeft u last van urinelekkage gebruik dan incontinentiemateriaal uit het startpakket.
- Zitten is vaak pijnlijk. Vooral het gebied tussen anus en scrotum doet zeer. Varieer met zitten, liggen en staan.
- De eerste 6 weken moet u rustig aan doen. U mag niet sporten, niet meer dan 2,5 kg tillen en geen zwaar huishoudelijk werk (stofzuigen) doen. Na zes weken pakt u deze activiteiten langzaam op.
- Om de aansluiting van de plasbuis naar blaas goed te laten genezen, mag u zes weken niet fietsen.
- Na de operatie kunnen vermoeidheidsklachten optreden. Mocht dit bij u het geval zijn, dan duurt dit in het algemeen drie tot zes maanden, voordat u hersteld bent.

Adviezen incontinentiemateriaal

- Draag nooit extra inleggers in het incontinentiemateriaal, dit belemmert de absorptie.
- Draag incontinentiemateriaal in nauw aansluitend ondergoed.
- Het dragen van de juiste maat van incontinentiemateriaal is belangrijk. Een te grote maat sluit niet goed aan in de liezen en lekt dus.
- Verwissel regelmatig het incontinentiemateriaal. Afhankelijk van de mate van incontinentie is twee tot vijf keer per dag verschonen een algemene richtlijn. Komt u hier niet mee uit, neem dan contact op met de continëntieverpleegkundige.
- Een goede huidverzorging is erg belangrijk. Urine op de huid kan leiden tot huidirritaties. Hou de huid goed schoon en droog. Verzorg ook de katheter. Besteed extra aandacht aan huidplooien. Gebruik op advies van de continëntie-verpleegkundige huidverzorgende crèmes.

Risico's en complicaties

- **Urineverlies (incontinentie)**

Na het verwijderen van de blaaskatheter hebben de meeste mannen last van urineverlies. Een jaar na de ingreep heeft 7% nog last van urineverlies. Voor deze patiënten is er een mogelijkheid om operatief de incontinentie te verhelpen met een sfincterprothese ("kunstmatige sluitspier") of een male sling (draagbandje onder de urinebuis).

- **Impotentie (Erectiele dysfunctie)**

Na een zenuwsparende operatie heeft 50% van de patiënten nog erecties, al dan niet met medicatie. De zaadlozing is na de operatie altijd verdwenen. Het bereiken van een orgasme na seksuele intimiteit blijft mogelijk.

- **Vernauwing van de plasbuis (urethra stenose)**

In de nieuwe blaas-plasbuis verbinding kan een vernauwing ontstaan, die leidt tot een slappere urinestraal. Deze vernauwing van de plasbuis kan meestal poliklinisch behandeld worden door het oprekken (dilateren) van het vernauwde gebied.

- **Wondcomplicaties**

Er is een kleine kans op wondinfecties en/of vochtophopingen in het operatiegebied en urinelekkage via de wond.

- **Trombose**

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

- **Darmperforatie**

Heel soms kan de endeldarm worden aangeprikt tijdens de operatie. Dit kan leiden tot buikvliesontsteking (peritonitis).

- **Bloeding**

- **Lymfe-lekkage: lymfocèle**

Na het verwijderen van de lymfeklieren kan er lymfe-lekkage ontstaan, waardoor er lymfevochtophoping in de onderbuik ontstaat. Dit risico is 20 – 25%. Dit kan onderbuikklachten of koorts veroorzaken. Met een drain wordt dit vocht afgevoerd.

Wanneer neemt u contact op?

Neem tot de eerste poliklinische controle contact op bij:

- Aanhoudende buikpijn, die niet verdwijnt met de voorgeschreven pijnstillers of paracetamol;
- Koorts boven de 38,5 C° of langer dan 24 uur vanaf 38,0 C°;
- De laatste twee uur géén urine in de urinezak meer is gekomen;
- De katheter eruit is gevallen (uw huisarts mag deze niet vervangen!);
- Pijn in de kuit en/of fors gezwollen onderbeen;
- Bloederige urine met stolsel(tje)s.

Heeft u vragen?

- Heeft u vragen over de ingreep zelf, dan kunt u bellen met de polikliniek urologie: (040) 888 83 90.
- Buiten kantooruren belt u met de Spoedeisende Hulp (SEH) in Veldhoven, telefoonnummer (040) 888 88 11.
- Bekijk [deze video](#) bij vragen over de kleur van uw urine
- Mocht u na uw ingreep last hebben van urineverlies, dan mag u contact opnemen met de polikliniek en vragen naar de continëntieverpleegkundigen. Zij kunnen met u meekijken naar passende materialen en eventuele vergoeding hiervan.

Bijlage

Bekkenbodemoefeningen

Onder begeleiding van een bekkenfysiotherapeut wordt voor de operatie al gestart met bekkenbodemoefeningen. Dit bevordert het herstelproces na de operatie om controle over uw blaasspier terug te krijgen.

Twee oefeningen staan hieronder beschreven. Doe deze oefeningen zoals u van uw bekkenfysiotherapeut heeft geleerd. Na de operatie wordt de therapie weer hervat in overleg met de fysiotherapeut.

Uitgangshouding:

U ligt op de rug of de zij met opgetrokken knieën.

1. Trek tijdens het uitademen uw bekkenbodem (anus en plasbuis) in, houd de buik- en bilspieren zoveel mogelijk ontspannen.

Span een keer krachtig aan, houd één tel vast en ontspan daarna weer.

Doe dit 10 maal bij het uitademen.

Let er goed op dat het ritme van het ademen rustig blijft.

Probeer goed het verschil te voelen tussen aanspannen en ontspannen.

2. Na een paar tellen rust trekt u nogmaals op de uitademing de bekkenbodem in. Houdt nu de spanning minimaal 10 tellen vast, terwijl u rustig doorademt. Doe dit 5 a 10 maal achtereenvolgend.

Doe deze oefeningen in rusthoudingen, bijvoorbeeld op wachtmomenten, een aantal keren per dag.

Daarnaast kunt u oefenen om tijdens een beweging uw bekkenbodem aangespannen te houden. Dit aangespannen houden doet u vooral bij korte bewegingen zoals bijvoorbeeld tijdens het opstaan uit een stoel of bij bukken en gaan zitten. Dit zijn momenten met extra druk op de blaas.