

---

# GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

## retropubische prostatectomie

Geachte patiënt,

Deze informatiebrochure werd geschreven door de Belgische Associatie van Urologie (BAU) en dankzij het Verbond der Belgische Beroepsvereniging van Geneesheer-Specialisten (VBS-GBS).

Ze is bestemd voor patiënten en gezondheidswerkers en heeft tot doel u te informeren over uw behandeling, frequente bijwerkingen en de meest voorkomende of ernstige complicaties die eruit kunnen ontstaan.

Deze brochure is niet allesomvattend en/of exhaustief en is gebaseerd op de huidige stand van de medische wetenschap en op de toepasselijke medical guidelines omtrent een retropubische prostatectomie. Tijdens de consultatie met de behandelende arts zal u, voor zover dit nodig is, bijkomende relevante informatie worden meegedeeld.

In dit deel van de brochure vindt u algemene informatie over de retropubische prostatectomie.

Een tweede, aparte deel omvat het concrete informatie-en toestemmingsformulier<sup>®</sup> dat u moet ondertekenen alvorens de behandeling kan worden uitgevoerd.

### Algemene informatie over de retropubische prostatectomie

#### 1. Anatomie en doel van de ingreep

Retropubische prostatectomie betekent het verwijderen van een groot goedaardig prostaatgezwel via een insnijding in de onderbuik. Bij de meeste ouder wordende mannen ontstaat er in de prostaat rondom het eerste stuk van de plasbuis, een goedaardig gezwel dat plasklachten kan veroorzaken. Deze aandoening wordt benigne prostaathypertrofie genoemd, afgekort BPH. Wanneer die plasproblemen de levenskwaliteit ernstig verstoren of verwickelen (urine-infectie, steenvorming of bloeding) en een medische behandeling geen zin (meer) heeft, is een operatie de beste optie. Let wel, niet de volledige prostaat wordt verwijderd, dit gebeurt enkel in bepaalde gevallen van prostaatkanker.

#### 2. Therapeutische alternatieven

**Afwachten:** wanneer de prostaatvergroting gepaard gaat met geen, of met lichte of matige klachten, is een afwachtende houding verantwoord. Vaak wordt dan wel advies gegeven in verband met de levensstijl dat kan helpen om beter met de plasproblemen om te gaan.

**Medische behandeling:** afhankelijk van het type plasklachten en het volume van de prostaatvergroting kunnen geneesmiddelen worden voorgeschreven, elk met hun specifieke werking en bijwerking. Dit wordt vooraf met u besproken.

**Endoscopische prostaatresectie (transurethrale resectie prostaat, TURP):** kleine goedaardige BPH-gezwellen kunnen langs de urethra (plasbuis) worden verwijderd. Dat gebeurt standaard met een gebogen elektrische lus die geladen is met snijstroom of coagulatiestroom en waarmee het gezwel in kleine stukjes kan worden weggesneden.. Na het uitsnijden (resectie) worden deze stukjes verwijderde prostaat met een speciale kolf uit de blaas weggespoeld. Meestal is er wat nabloeding na een TURP. Gedurende een tot meerdere dagen wordt de urine daarom nagespoeld

totdat deze opnieuw helder is.

**Endoscopische incisie prostaat:** zeer kleine goedaardige prostaatgezwellen kunnen soms heelkundig worden behandeld zonder iets weg te snijden, maar door een soort geul te maken aan de uitgang van de blaas. Dat gaat snel, veroorzaakt meestal minder bloeding en biedt even goede resultaten als TURP.

### 3. Aard van de ingreep

Vorbereiding op een operatie: vóór de operatie worden bepaalde onderzoeken verricht: bloed- en urineonderzoek, radiografie van de borstkas en een electrocardiogram. De resultaten van deze onderzoeken worden geëvalueerd door de anesthesist. De specifieke risico's van de anesthesie zullen met de anesthesist worden besproken.

Chirurgische technieken: de ingreep wordt uitgevoerd onder algemene of locoregionale verdoving (epidurale verdoving gebeurt via een prik in de rug). Eerst wordt een verticale insnijding van ongeveer 10 cm gemaakt van het schaambeentot de navel. Na het doorsnijden van de rechte buikspier wordt de ruimte vóór de blaas en de prostaat vrijgemaakt. Naargelang de gebruikte techniek (er zijn drie klassieke varianten) worden enkele hechtingspunten geplaatst boven, ter hoogte van of onder de blaashals, meer specifiek waar de blaas overgaat in de prostaaturoethra. Tussen die punten wordt een kleine dwarse insnijding gemaakt. Via deze opening kan het prostaatgezwel met de wijsvinger of met behulp van een instrument (meestal een schaar) worden weggehaald van de rest van de prostaat. Wanneer het gezwel is verwijderd, wordt een blaassonde geplaatst voor naspoeling en wordt het prostaatkapsel gesloten. Soms wordt er een tweede katheter in de blaas geplaatst (cystostomiesonde) die door de buikwand komt en zorgt voor dubbele drainage. Er wordt tenslotte een wonddrain geplaatst en de insnijding wordt gehecht.

#### Het postoperatieve verloop:

*Tijdens de ziekenhuisopname:* bij pijn krijgt u een pijnstillert. Er kan een bloedafname worden verricht om bloedarmoede op te sporen en zo nodig een bloedtransfusie te geven om zo het bloedverlies tijdens de operatie te compenseren. Het tijdstip van het verwijderen van de drain wordt door de chirurg bepaald. De blaassonde wordt meestal goed verdragen, maar geeft soms aanleiding tot samentrekkingen door overprikkeling, hetgeen urineverlies naast de sonde kan veroorzaken. Dit kan met geneesmiddelen worden behandeld. Normaal blijft de blaassonde, de eerste uren na de ingreep met continue spoeling, 2 tot 5 dagen ter plaatse, afhankelijk van het verloop en de beslissing van de chirurg. De totale duur van de ziekenhuisopname wordt bepaald door uw chirurg, meestal bedraagt dit tussen 5 en 8 dagen.

*Terug thuis:* verdere wondverzorging kan, zo nodig, gebeuren via thuisverpleging. Het is belangrijk dat de wonde droog blijft gedurende 2 weken. Baden is dan ook ten stelligste af te raden. Bij pijn ter hoogte van de operatiewonde kunt u een pijnstillert nemen (bv. paracetamol 1gr). Dit wordt door uw arts voorgeschreven bij het ontslag uit het ziekenhuis. De hechtingen dienen ongeveer 2 weken na de ingreep te worden verwijderd. Dit kan door de thuisverpleegkundige of door uw huisarts gebeuren. De duur van herstel en de datum van hervatting is afhankelijk van de leeftijd van de patiënt en de gebruikte chirurgische techniek. Het kan soms een tot twee maanden duren tot de patiënt volledig is hersteld.

Het verwijderde prostaatweefsel: het verwijderde prostaatweefsel wordt onderzocht door de patholoog om te controleren of het weefsel, zoals verwacht werd voor de ingreep, goedaardig is.

Soms wordt dit weefsel nadien ook nog gebruikt voor algemeen onderzoek, uiteraard met respect voor uw anonimiteit.

#### 4. Risico's en mogelijke complicaties

Tijdens de procedure: elke operatie houdt risico's op complicaties in die soms onomkeerbaar zijn en in het slechtste geval zelfs de dood tot gevolg kunnen hebben. Zelfs al is het risico op ernstige complicaties zeer laag, toch is dit helaas nooit nul en bovendien meestal ook onvoorspelbaar. De darmen en het buikvlies liggen dicht bij het operatieveld. Zij kunnen worden geraakt tijdens de operatie. Dit is heel zeldzaam en letsels worden, indien zij worden herkend tijdens de operatie (wat meestal het geval is), onmiddellijk hersteld of behandeld.

Elke operatieve complicatie kan aanleiding geven tot een vertraagde hervatting van uw spijsvertering. Veel bloedverlies is zeldzaam tijdens deze ingreep, maar kan transfusies noodzakelijk maken. Zelfs al wordt alle getransfundeerde bloed steeds getest, toch is het niet 100% uit te sluiten dat er overdracht kan plaatsvinden van een besmettelijke ziekte (HIV, hepatitis,...). Het risico op besmetting via bloed kan worden geëlimineerd door bloed af te nemen bij de patiënt zelf voor de operatie. Dit bloed wordt zo nodig tijdens de operatie opnieuw getransfundeerd (auto-transfusie). Hevige bloedingen die een nieuwe ingreep noodzakelijk maken, zijn zeer zeldzaam.

Tijdens de ziekenhuisopname:

- Diepe veneuze trombose en longembolie.** De vorming van een stolsel in de aders van het been (diepe veneuze trombose of flebitis) kan aanleiding geven tot longembolie wanneer dit bloedstolsel naar de longen migreert. Deze complicatie kan fataal zijn. Ze kan worden verhinderd door het injecteren van subcutane anticoagulantia en het dragen van steunkousen tot een maand na de operatie. Dankzij deze maatregelen is de kans op diepe veneuze trombose en longembolie zeldzaam tot zeer zeldzaam. Geinjecteerde anticoagulantia verhogen echter wel het risico op nabloeding.
- Bloeding na de operatie (zeldzaam).** Een bloeding na de operatie berust meestal op het opnieuw beginnen bloeden op de plaats van het prostaatweefsel dat is achtergebleven. Dit wordt meestal vlot vermeden door het gebruik van een blaassonde met continue naspoeling. Bij een zeer belangrijke bloeding zal een nieuwe ingreep noodzakelijk zijn. In elk geval kan de chirurg beslissen tot het toedienen van een bloedtransfusie.
- Paralytische ileus.** Dit betekent dat de werking van de darmen niet of slechts zeer traag op gang komt. Indien dit niet wordt behandeld, zal dit aanleiding geven tot een opgezette buik en braken. Bij een vertraagd herstel of het niet op gang komen van de darmactiviteit wordt gedurende enkele dagen een maagsonde geplaatst. Dit gebeurt zelden omdat we in principe noch de darmen noch het buikvlies raken tijdens deze ingreep.
- Verminderde nierfunctie.** Door verstopping van de blaassonde (bloedklonters) en uitzetting van de blaas is het mogelijk dat de nieren tijdelijk minder goed werken, maar dit herstelt zich steeds vlot na herstel van de afloop van urine en spoelvloeistof en heeft geen gevolgen. Een ernstige verstoring van de nierfunctie kan gebeuren wanneer de urineleiders (ureters) tijdens de ingreep werden beschadigd of afgebonden. Normaal zijn de operatietechnieken zo uitgewerkt dat dit zeer onwaarschijnlijk is, maar in geval van blijvende achteruitgang van de nierfunctie moet dit toch worden gecontroleerd.
- Urinelekkage.** Hoewel het prostaatkapsel na het verwijderen van het prostaatadenoom opnieuw wordt gesloten, kan er na de ingreep urinelekkage optreden. De wondrain voert het vocht meestal zonder problemen af en het lek sluit meestal spontaan.
- Wondinfectie (zeldzaam).** Een infectie van de huidinsnijdingen kan gebeuren en vereist

antibiotica en/of drainage. Dit laatste gebeurt door de insnijding opnieuw een beetje open te maken.

- Urineweginfectie.** Een urineweginfectie komt geregeld voor en wordt behandeld met antibiotica. Het risico op een urineweginfectie is afhankelijk van de toestand voorafgaand aan de ingreep en de duur dat de blaassonde wordt behouden. Urineweginfecties kunnen gemakkelijk worden opgespoord aan de hand van een urinekweek.
- Andere:** individuele gezondheidsproblemen kunnen het risico op mogelijk fatale complicaties, zoals myocardinfarct, beroerte, longemfyseem, ... verhogen.

#### Na de ziekenhuisopname:

- Plasproblemen:** in de eerste weken na de operatie kan de urine nog bloed bevatten en kunnen er nog irriterende klachten zijn zoals frequent, dringend of soms ook pijnlijk plassen. Meestal verbetert dit snel en indien nodig wordt er specifieke medicatie voorgeschreven.
- Urine-incontinentie:** zoals hierboven vermeld, kunnen er in het begin dringende plasbehoeftes zijn, soms met een beetje urineverlies. Erger is de situatie waarbij urine wordt verloren bij het rechtstaan, hoesten of lachen. Dit wijst meestal op een letsel van de sluitspier en is moeilijk te herstellen.
- Ejaculatie:** na een prostaatoperatie, zowel via de buik als via de urethra, zal zaadlozing vaak retrograad (terugwaarts) verlopen. Dit betekent dat het ejaculaat niet rechtstreeks naar buiten loopt via de penis, maar in de blaas terechtkomt, van waaruit het later met de urine wordt geloosd. Dit stelt eigenlijk geen echte seksuele problemen tenzij er natuurlijk nog een kindervens is. Hoewel het erectiemechanisme zelf niet wordt aangetast door een retropubische prostatectomie, melden tot 10% van de patiënten verminderde erecties na de operatie. De oorzaak is niet gekend, mogelijk is dit een psychologisch gevolg van elke prostaatoperatie omdat de meeste mannen de prostaat als een onmisbaar orgaan voor de seksualiteit beschouwen, wat echter onjuist is.
- Een **breuk** ter hoogte van het litteken in de buikwand is zeer zeldzaam, maar kan aanleiding geven tot eventratie (het uitpuilen van de buikingewanden door een breukpoort) en dit vereist soms een chirurgische correctie.
- Vermoeidheid** na de ingreep kan een teken zijn van bloedarmoede. Indien u daar veel last van hebt, laat u best een bloedanalyse uitvoeren. Afhankelijk van de resultaten wordt u (meestal) een behandeling voorgeschreven (bv. ijzersupplementen) of (zelden) een transfusie voorgesteld.

## 1. Algemeen

Als patiënt hebt u recht op volledige informatie over uw medisch probleem en over de aanbevolen chirurgische ingrepen.

Dit formulier wordt u meegegeven tijdens de raadpleging bij uw behandelende arts waar u, indien nodig, aanvullende informatie krijgt.

Deze informatie is niet bedoeld om u te verontrusten, maar om u voldoende te informeren, zodat u kunt beslissen of u deze ingreep al dan niet wenst te laten uitvoeren/ondergaan.

Uw uroloog staat steeds tot uw beschikking voor alle verdere informatie.