

ROBOT GEASSISTEERDE RADICALE PROSTATECTOMIE

KANKERCENTRUM – DIENST UROLOGIE



INHOUD

01	Inleiding	3
02	De prostaat en de zaadblaasjes	3
03	De lymfeklieren	4
04	De operatie	4
05	Opname op de hospitalisatieafdeling	5
06	De ingreep	6
07	Ontwaken na de ingreep	8
08	Terug op de kamer	8
09	Leefstijl	9
10	Ontslag	9
11	Zelfzorg thuis	10
12	Controleafspraak	11
13	Opvolging	11
14	Mogelijke complicaties	12
15	Mentaal en emotioneel welzijn	16
16	Meer lezen	16
17	Contactgegevens	17

01 INLEIDING

U wordt binnenkort opgenomen op de hospitalisatieafdeling Urologie voor een ingreep, een robot geassisteerde radicale prostatectomie.

Deze brochure wil u wegwijs maken in het verloop van uw behandeling.

Hebt u nog vragen, dan kan u uiteraard bij de verpleegkundigen en uw behandelend arts terecht.

Het team Urologie wenst u een voorspoedig herstel.

02 DE PROSTAAT EN DE ZAADBLAASJES

De prostaat is een klier die onderaan de blaas, rondom de plasbuis en voor de endeldarm ligt (fig. 1). Deze klier is omgegeven door het prostaatkapself.

De prostaat maakt een deel van het zaadvocht aan dat als voeding dient voor de zaadcellen en dat het overleven van de zaadcellen in het zure milieu van de vagina mogelijk maakt. Dankzij de prostaat worden het prostaatvocht en de zaadcellen (=sperma) tijdens de ejaculatie naar buiten gestoten. Op het ogenblik van klaarkomen zorgt de blaashals ervoor dat de blaas afgesloten wordt, zodat het sperma niet in de blaas terecht komt.

De twee zaadblaasjes zijn verbonden met de prostaat. Ze liggen boven de prostaat en achter de blaas.

In de zaadblaasjes wordt ook een deel van het zaadvocht aangemaakt dat bij ejaculatie naar buiten wordt gestoten.

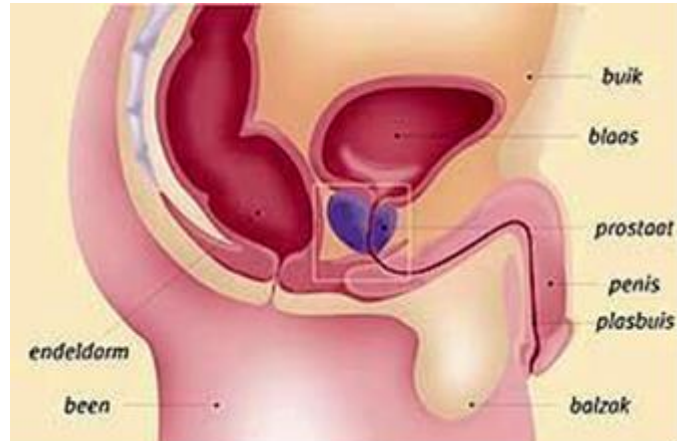


Fig. 1: de prostaat en de zaadblaasjes
(afbeelding van www.gezondheidsplein.nl)

03 DE LYMFEKLIEREN

De lymfeklieren zijn verzamelpunten van witte bloedcellen die instaan voor de weerbaarheid van het lichaam (=lymfocyten).

Lymfe is weefselvocht dat door de lymfeklieren wordt gefilterd. Via de lymfevaten komt de lymfe in de lymfeklier terecht. In de lymfeklier gaan de lymfocyten de vreemde stoffen die de lymfe meevoert, bestrijden. Bij het bestrijden van deze vreemde stoffen gaat de lymfeklier zwellen. Meestal ontstaat deze vergroting van de lymfeklier door een infectie. Bij kanker in het onderlichaam (vb. blaas, prostaat, testikel, penis) dan kunnen uitzaaiingen van deze kankers in de lymfeklieren zorgen voor een vergroting van deze klieren.

04 DE OPERATIE

De ingreep die u zal ondergaan is een robot geassisteerde radicale prostatectomie: het wegnemen van de prostaat, de zaadblaasjes en eventueel de lymfeklieren van het kleine bekken. Nadien maakt de uroloog weer een verbinding tussen de plasbuis en de blaas. Deze ingreep gebeurt ofwel via een anterieure dissectie ('Vattikuti techniek') of een posterieure dissectie ('retzius-sparende techniek') afhankelijk van de locatie van de tumor en de anatomie van uw prostaat.

Deze ingreep gebeurt robot-geassisteerd. Hiervoor wordt u onder algemene narcose gebracht. Nadien worden zes kleine insneden aangebracht in de buik en CO₂-gas ingebracht in uw buik. Een camera en

werkinstrumenten worden in de buik ingebracht en verbonden met het robot toestel. De uroloog neemt plaats achter een console waarbij hij de camera en de instrumenten van de robot bestuurt. De voordelen van deze operatietechniek zijn dat de chirurg een drie dimensioneel en vergroot beeld krijgt van het operatieveld. De instrumenten zijn bovendien zeer wendbaar en dit alles zorgt er voor dat de chirurg veel nauwkeuriger kan werken.

Daardoor verliest u tijdens de operatie minder bloed, heeft u minder pijn, verkort uw hospitalisatieduur en kan u sneller uw dagelijkse activiteiten hernemen.

Uw arts zal de prostaat, de zaadblaasjes en eventuele lymfeklieren na het verwijderen laten onderzoeken in een labo. Dit onderzoek is belangrijk om te weten in welk tumorstadium de prostaatkanker zich bevindt. Het labo kan ook vertellen of er al dan niet microscopische stukjes tumor gevonden werden op het snijvlak van de prostaat. Als de uroloog de lymfeklieren weggenomen heeft, kan het labo ze ook onderzoeken om te weten of ze ingenomen zijn door kwaadaardige cellen of niet. Als er tumorcellen gevonden worden op het snijvlak of als de lymfeklieren zijn aangetast door kanker, dan kan eventueel een bijkomende bestraling en/of hormoontherapie worden voorgesteld door de uroloog.

05 OPNAME OP DE HOSPITALISATIEAFDELING

Voor deze ingreep wordt u de avond voor de ingreep of de ochtend van de ingreep opgenomen op de hospitalisatieafdeling. U zal daar enkele dagen opgenomen blijven.

U brengt dus nachtkledij, toilet- en wasgerief mee. Een paar pantoffels en eventueel een ochtendjas zijn handig.

Vergeet zeker niet de medicatie mee te brengen die u gewoonlijk thuis inneemt (liefst nog in de originele verpakking). Als u anti-emboolkousen heeft van een eerdere opname in het ziekenhuis, dan brengt u die ook mee.

U wordt onder volledige verdoving gebracht voor de ingreep. Dit betekent dat u vanaf middernacht (vóór de ingreep) niets meer mag eten of drinken. Noodzakelijke medicatie kan u 's morgens nog innemen met een slokje water.

De verpleegkundige of secretaresse van de afdeling verwelkomt u en begeleidt u naar uw kamer. De verpleegkundige stelt u nog enkele vragen om de zorg zo goed mogelijk op uw wensen af te stemmen.

U krijgt te horen op welk tijdstip de ingreep vermoedelijk zal plaatsvinden. Komt u de avond voor de ingreep binnen, dan is het tijdstip van de ingreep rond 19u gekend.

Op het moment van opname begint de ontslagvoorbereiding naar huis al. Als u na het ontslag uit het ziekenhuis thuis nog hulp nodig zou hebben voor lichaamsverzorging of bepaalde huishoudelijke taken, voor toediening van uw bloedverdunnende inspuitingen, dan kan u hiervoor een beroep doen op thuisverpleegkundigen, poetshulp, maaltijden aan huis of familiehulp. Wenst u deze ondersteuning, meld dit dan al aan de verpleegkundige op het moment dat u opgenomen wordt. De verpleegkundige zal dan een sociaal werker inschakelen om de nodige afspraken te maken.

Als voorbereiding krijgt u de ochtend voor de ingreep een intiem toilet met een ontsmettende zeep. Wordt u de avond voor de ingreep opgenomen, dan krijgt u nog een klein darmlavement, zodat de endeldarm vrij is van stoelgang.

Bij opname de avond voor de ingreep komt de anesthesist bij u langs om samen met u uw ziektevoorgeschiedenis te overlopen en om vragen te beantwoorden.

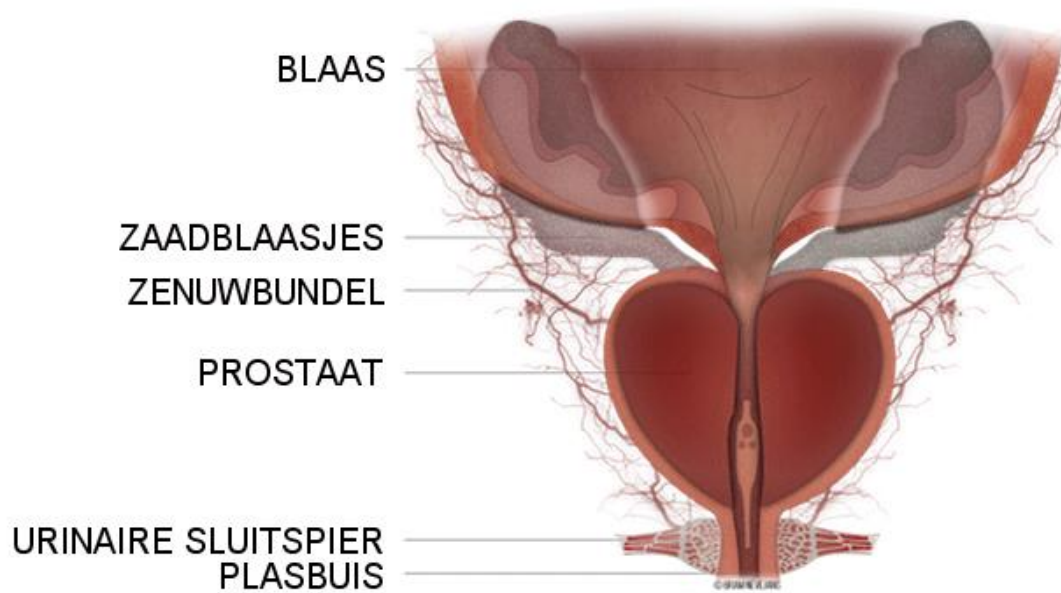
06 DE INGREEP

Op het ogenblik dat uw arts u naar de operatiezaal laat komen, geeft de verpleegkundige u een operatiehemdje. U trekt dan alle andere kledij uit en verwijdert ook juwelen, kunstgebit, hoorapparaat of bril. De verpleegkundige brengt u met uw bed naar de bedhold (= wachtzaal voor patiënten die geopereerd zullen worden).

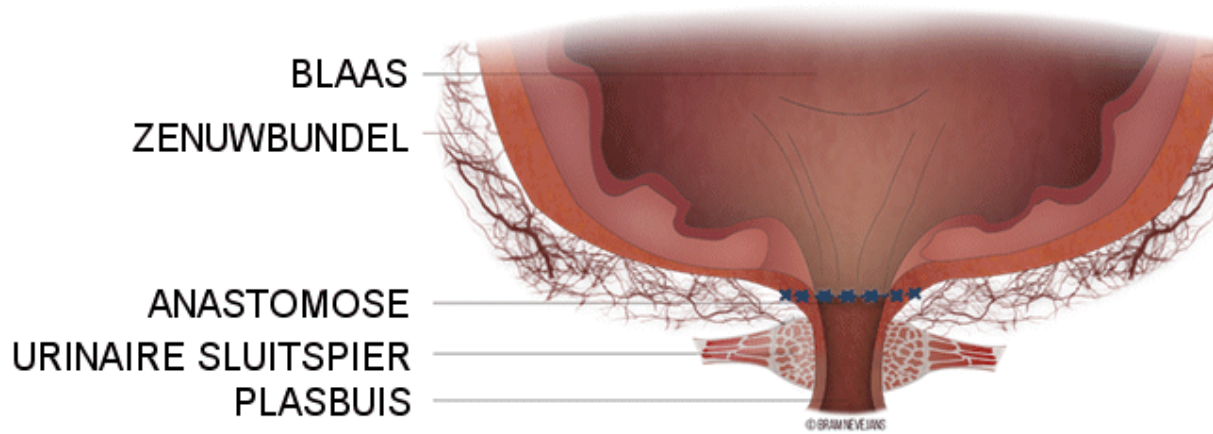
Voor de ingreep begint en u in slaap wordt gebracht, stelt de anesthesist u nog enkele vragen. Het is mogelijk dat u uw uroloog niet zal zien, omdat hij pas binnenkomt als u al slaapt.

De ingreep duurt ongeveer twee tot vier uur.

Voor de ingreep



Na de ingreep



07 ONTWAKEN NA DE INGREEP

Na de ingreep brengt de anesthesist u naar de post anesthesia care unit (PACU) of uitslaapkamer. Hier volgen de verpleegkundigen u strikt op tijdens het ontwaken uit de verdoving. U bent verbonden met een monitor waarop uw bloeddruk, pols en ademhaling gevolgd worden. Het is best mogelijk dat u zich niets meer herinnert van het verblijf op de PACU. De verpleegkundigen geven u ook de voorgeschreven pijnstilling. Wanneer de anesthesist beslist dat het veilig is om u terug naar de hospitalisatieafdeling te brengen, komen de verpleegkundigen u ophalen.

08 TERUG OP DE KAMER

Wanneer u terug op uw kamer bent, helpt de verpleegkundige u uw nachtkledij aantrekken. U mag nog niet uit bed en u mag de eerste uren ook nog niets drinken. De verpleegkundige zal u laten weten wanneer u opnieuw water mag drinken.

U krijgt een infuus waarlangs vocht en pijnstilling worden toegediend. Het is belangrijk dat u min of meer pijnvrij bent.

Naast de wond van de insneden hebt u mogelijk nog één drain. Dit is een slangetje verbonden met een zakje om overtollig bloed en wondvocht af te voeren.

Doorheen de plasbuis zit een sonde, een soepel buisje, waardoor de urine uit de blaas in een zakje afloopt. Zolang u een sonde hebt, moet u dus niet gaan plassen. U kan echter wel het gevoel hebben dat u moet plassen, verwittig dan de verpleegkundige. U krijgt een sonde om de verbinding die de uroloog gemaakt heeft tussen de plasbuis en de blaas te laten genezen.

Dagelijks krijgt u spuitjes met een bloedverdunner toegediend in de onderhuid gedurende 20 dagen. We doen dit ter preventie van klontervorming van het bloed. U draagt ook lange anti-emboolkousen.

De uroloog komt de dag na de ingreep bij u op de kamer langs. Als u al voldoende eet en drinkt zal hij, afhankelijk van hoe u zich voelt, beslissen om het infuus te verwijderen. Aan de verpleegkundige geeft hij opdracht om de drain te verwijderen wanneer de hoeveelheid gedraineerd bloed en wondvocht afneemt.

De verpleegkundige zal u stimuleren om de ochtend na de ingreep -onder begeleiding - al uit bed te komen. Een snelle mobilisatie vermindert immers het risico op complicaties ten gevolge van bedrust. De eerste dagen na de ingreep zal de verpleegkundige u ook helpen bij de dagelijkse lichaamsverzorging. Deze hulp wordt geleidelijk aan afgebouwd en u wordt aangemoedigd om deze zorg weer zelf op te nemen, in het vooruitzicht van het ontslag naar huis.

09 LEEFSTIJL

Voeding en vocht

De dag na de ingreep krijgt u licht verteerbare voeding zodat de spijsvertering langzaam weer op gang kan komen.

Nadien mag u weer een gewoon voedingspatroon aannemen. Kies voor gezonde en gevarieerde voeding. Drinken maakt daar een belangrijk deel van uit. Tracht 1,5 liter te drinken per dag. Voor tips en adviezen kan u ook altijd onze diëtiste Stephanie Mortier raadplegen (zie verder).

Beweging

De dag na de ingreep laat de verpleegkundige u al uit bed komen. Beweging is belangrijk om complicaties ten gevolge van bedrust, zoals klontervorming in het bloed, doorligwonden, constipatie en longontsteking, te voorkomen.

Het rechtekomen uit bed of het rechtstaan vanuit een stoel kan de eerste week nog pijnlijk zijn. Om recht te komen uit bed, draait u zich op uw zij en duwt u zich recht met één hand op de matras. Zo maakt u bij het rechtekomen meer gebruik van de kracht in uw armen dan van uw buikspieren.

10 ONTSLAG

Drie dagen na de ingreep wordt meestal de blaassonde verwijderd. Dit is pijnloos. Vervolgens dient u veel te drinken. De eerste keren plast u steeds in een maatbeker en verwittigt u nadien de verpleegkundige.

Zij noteert hoeveel u hebt geplast en meet dan met een echotoestel of uw blaas leeg is. Dit dient u nog twee keer te herhalen en als dit vlot verloopt zal u uw ontslagdocumenten en een controleafspraak meekrijgen waarna u het ziekenhuis mag verlaten.

Mocht u nog even uw blaassonde moeten houden, dan krijgt u de nodige instructies om deze thuis te hanteren. U kan ook een uitgebreide brochure vragen: “ Naar huis met sonde doorheen plasbuis”.

11 ZELFZORG THUIS

Bij thuiskomst mag u rondstappen en lichte huishoudelijke taken opnemen. De stelregel hierbij is dat u niet meer dan 5 kg mag heffen, geen onverwachte bewegingen mag doen en dat u bij tekenen van vermoeidheid tijdig moet rustig. Met sporten, langdurige en zware inspanningen en zadelzitten (fietsen, ook op een hometrainer) wacht u tot 6 weken na de operatie. Daarna mag u alle normale activiteiten hervatten. Sport bouwt u langzaam weer op en tijdens het sporten luistert u naar de signalen die uw lichaam u geeft, zoals pijn en vermoeidheid.

Verblijfsonde

Is er bij u nog een verblijfsonde aanwezig wanneer u naar huis gaat, dan geven wij u bij ontslag de brochure mee ‘Naar huis met een sonde doorheen de plasbuis’.

Wondverzorging

Als de verbanden droog blijven, hoeven de wond(en) van de insneden niet dagelijks verzorgd te worden. Dit betekent immers dat de wonde droog en (bijna) gesloten is. U mag de verbanden die de verpleegkundige van de hospitalisatieafdeling aanbracht laten zitten.

Douchen is mogelijk wanneer de pleisters waterafstotend zijn. Een bad mag u echter pas nemen nadat u op controle geweest bent bij de arts ongeveer 2 weken na de operatie en u de toestemming krijgt om te baden.

Als de wond echter vocht, bloed of ander wondvocht afgeeft, dient ze dagelijks door een thuisverpleegkundige verzorgd te worden. De verpleegkundige krijgt instructies van de arts en zal opvolgen of de wondgenezing optimaal verloopt. Indien nodig zal hij/zij u aanraden om de (huis)arts te contacteren.

Wondhaakjes of draadjes kunnen na tien dagen verwijderd worden door huisarts, thuisverpleegkundige of tijdens uw eerste controle afspraak bij de arts.

Pijn

Het is normaal dat u in de week na de ingreep nog pijn hebt ter hoogte van de operatie streek: de buikwondjes en het bekken. Deze pijn moet geleidelijk aan afnemen.

U mag uiteraard pijnstilling nemen om deze pijn te bestrijden. Bijv. 1 gram paracetamol om de 6 uur.

12 CONTROLEAFSPRAAK

Een eerste controle vindt meestal plaats ongeveer 2 weken na de operatie op de polikliniek urologie. Tijdens deze controle afspraak zal de uroloog u het resultaat van het labo-onderzoek van de weggenomen prostaat en eventuele lymfeklieren meedelen. Het labo heeft immers minimum zeven werkdagen nodig om de stukjes weggenomen weefsel te onderzoeken. De uroloog zal ook de wonde van de ingreep inspecteren, eventueel nog aanwezige wondhaakjes of draadjes verwijderen en vragen of u nog bepaalde ongemakken ondervindt.

In geval van urinaire incontinentie kan u na de afspraak starten met bekkenbodempkinesithérapie bij een gespecialiseerd kinesiste.

13 OPVOLGING

Na de operatie zal de uroloog uw PSA verder opvolgen. Een eerste meting is pas zinvol ten vroegste 6 weken na de operatie, aangezien de PSA waarde in het bloed heel langzaam zakt na het verwijderen van de prostaat. Wanneer uw prostaat weggenomen is, zal uw PSA in principe zakken tot 0 à 0,03 ng/ml. Wanneer de waarde zo laag blijft, hoeven geen verdere onderzoeken te gebeuren en bent u vrij van prostaatkanker. Indien de PSA waarde na de operatie hoger blijft, of later opnieuw begint te stijgen kan de uroloog verdere onderzoeken voorstellen of u eventueel een behandeling voorstellen een bestraling en/of een hormonale therapie.

Deze operatie heeft een aantal nevenwerkingen. Laat u niet afschrikken door de opsomming hieronder, sommige nevenwerkingen komen zelden voor. De ernst van de nevenwerkingen verschilt van persoon tot persoon en is onvoorspelbaar. Uw arts en de verpleegkundigen van de hospitalisatie zullen u nauwgezet opvolgen om deze nevenwerkingen vroegtijdig op te sporen.

14 MOGELIJKE COMPLICATIES

Nabloeding

Een bloeding na het verwijderen van de prostaat is mogelijk omdat de prostaat een sterk doorbloed orgaan is. Als er een lichte bloeding optreedt, dan zal de verpleegkundige van de afdeling u van nabij opvolgen door onder andere bloeddruk en pols regelmatig te controleren. Soms is de bloeding iets heviger en heeft u nood aan een bloedtransfusie. Slechts zeer uitzonderlijk moet de uroloog opnieuw een korte ingreep doen om het bloeden te stelpen of dient een selectieve embolisatie van het bloedvat te gebeuren door de interventioneel radioloog.

Wondinfectie

Elke wonde kan infecteren, ook een operatiewonde. Een geïnfecteerde wonde is rood, pijnlijk, warm, opgezet en soms komt er etter uit. In het geval van een infectie zal de arts eventueel antibiotica voorschrijven en de wonde wat openmaken. Wondverzorging door een thuisverpleegkundige is dan noodzakelijk.

Diepe veneuze trombose

Diepe veneuze trombose wil zeggen dat er zich een bloedklonter gevormd heeft in de diepe aders van uw benen. U loopt een verhoogd risico om deze ziekte te krijgen doordat u geopereerd bent in het kleine bekken en weinig mobiel bent.

Er worden een aantal preventieve maatregelen genomen om diepe veneuze trombose te voorkomen: u draagt lange anti-emboolkousen, krijgt spuitjes met bloedverdunding en we vragen u de dag na de operatie al uit bed te komen.

Oedeem

Oedeem of vochttopstapeling in één of beide benen, penis, balzak of schaamlippen is niet abnormaal na het verwijderen van prostaat en/of de lymfeklieren. Doorgaans verdwijnt dit vanzelf na enkele weken.

Als u last hebt van oedeem in de benen, legt u uw benen op een voetbankje wanneer u neerzit. Met de benen hoger dan het onderlichaam slapen helpt ook om het vocht vlotter te laten afvoeren naar de overige lymfevaten en –klieren.

Hebt u een gezwollen penis en/of balzak, probeer die dan ook in hoogstand te brengen bij neerzitten of liggen door een opgerolde handdoek tussen uw benen te leggen waarop de penis en balzak kunnen rusten. Bij rechtop lopen kan u een aansluitende slip dragen, waardoor het vocht in de penis en de balzak naar dieper in het lichaam wordt gedraineerd. Soms kan het oedeem zo sterk aanwezig zijn in de penis, dat het tijdelijk onmogelijk is om de voorhuid achteruit te trekken en weer over de eikel te schuiven. In dit geval trekt u de voorhuid niet achteruit tot de penis voldoende ontzwollen is.

Urineweginfectie

Omdat u een blaassonde hebt of gehad hebt, bestaat er een groter risico dat u een urineweginfectie ontwikkelt. Daarom adviseren wij u ook om ook tijdens de weken na de ingreep minstens anderhalve liter per dag te drinken.

Een urineweginfectie uit zich door tekenen van een blaasontsteking: koorts, pijnlijk branderig gevoel bij plassen, dikwijls moeten plassen, kleine plasjes, haast hebben om op tijd op het toilet te raken en soms bloed bij de urine. In dat geval dient u uw huisarts of uroloog of verpleegkundige te contacteren en ondertussen uw vochtinname op te drijven.

Blaaskrampen met de sonde

Blaaskrampen zijn pijnlijke samentrekkingen van de blaas en dit kan voelen alsof u voortdurend moet plassen. In dat geval kan u best de verpleegkundige verwittigen.

Dit wordt meestal veroorzaakt door de blaassonde. De blaas wil dit vreemd voorwerp immers uitstoten.

Om de blaaskrampen te verminderen, drinkt u best minimum 1,5l water per dag. Zijn de klachten te erg, dan kan de arts u medicatie voorschrijven, zodat uw blaas als het ware rustiger wordt. Deze medicijnen moeten stopgezet worden op de dag dat de blaassonde verwijderd wordt.

Ongewild urineverlies = incontinentie

Normaal zorgen de binnenste en de buitenste sluitspier ervoor dat de urine in de blaas blijft totdat u gaat plassen. Bij het wegnemen van de prostaat wordt de binnenste sluitspier (= blaashals) deels weggenomen. Enkel de buitenste sluitspier of bekkenbodemspier blijft behouden.

Bij het verwijderen van de blaassonde, doorgaans 3 dagen na de ingreep, kan urineverlies optreden. Dit kan variëren van enkele druppels per dag tot een voortdurend verlies van urine. Urineverlies wordt doorgaans uitgelokt door beweging of druk in de buik. U verliest urine bij het rechtekomen, rondstappen, niezen, hoesten of heffen. Als u neerligt of slaapt hebt u doorgaans weinig of geen urineverlies.

Tijdens de eerste controle na uw ingreep kan uw arts u voorstellen om bekkenbodempkinesitherapie te starten om de buitenste sluitspier te gaan trainen. Dit gebeurt bij een gespecialiseerde kinesiste. U kan hem of haar vinden in uw buurt via de website <http://www.pelvired.be> of www.bicap.be. Hij of zij zal u ook aanleren om deze bekkenbodemp spierversterkende oefeningen thuis dagelijks te oefenen.

Drie maanden na de ingreep heeft nog 40% van de mannen last van urineverlies. Een half jaar na de operatie heeft nog 20% van de mannen ongewild urineverlies en na één jaar 5 tot 15%.

Blijft er urineverlies langer dan één jaar na de operatie, dan kan dit verholpen worden via een bijkomende operatie, waarbij ofwel een kunstmatige sluitspier (“articiële urinaire sfincter prothese”) of een anti-urineverlies bandje (“male sling”) wordt geplaatst.

In afwachting van beterschap of behandeling kan u opvangmateriaal dragen.

Hebt u last van enkele druppels urineverlies, dan draagt u een incontinentieverband. Dit is speciaal ontwikkeld voor urineverlies bij mannen. Voor meer gedetailleerde info kan u een gesprek met de verpleegkundig consulente aanvragen.

Is het urineverlies erger, dan kan u eventueel een condoomcatheter testen. Dit is een huls die over de penis geschoven wordt en die verbonden is met een zakje dat u op uw been, onder uw kledij draagt. De verpleegkundige kan u advies geven over de verschillende opvangmaterialen.

Urineretentie

Sommige mannen kunnen, na het verwijderen van de blaassonde, niet plassen. Daarom controleren we of, na het plassen, de blaas volledig leeg is door middel van een echografietoestel. Indien u niet kan plassen, is dit doorgaans ten gevolge van een tijdelijke zwelling ter hoogte van de nieuwe verbinding tussen de blaas en de plasbuis. Dit herstelt doorgaans na enkele dagen of een week. In dat geval dient in tussentijd de blaassonde wel herplaatst te worden.

Stricture op de verbinding plasbuis-blaas

Een strictuur is een vernauwing op de plaats waar de arts de verbinding gemaakt heeft tussen de plasbuis en de blaas. Deze vernauwing wordt veroorzaakt door een overmatige vorming van littekenweefsel of ‘wild vlees’. Een dergelijke vernauwing komt voor bij ongeveer 1% van de mannen die een robot geassisteerde radicale prostatectomie gehad heeft.

De klachten bij een strictuur in de urinebuis zijn uiteenlopend: soms zijn er weinig klachten, zoals een verminderde straal bij het plassen, maar ook een volledige afsluiting van de blaas is mogelijk, waardoor u plots niet meer kan plassen.

Als u een vernauwing hebt maar geen of weinig klachten, dan zal de uroloog u opvolgen en pas ingrijpen op het moment dat de strictuur u last berokkent.

Als behandeling noodzakelijk is, kan de strictuur open gerokken (=gedilateerd) of ingesneden worden. Dit gebeurt via de plasbuis. Geven deze behandelingsmethoden onvoldoende resultaat, dan kan de uroloog een uitgebreidere operatie met herstel van de plasbuis voorstellen.

Onvruchtbaarheid - droog orgasme

Dit is op zich geen complicatie maar een logisch gevolg van de operatie. Doordat tijdens de operatie de prostaat en de zaadblaasjes worden verwijderd, worden de zaadcellen en het zaadvocht niet naar buiten gestoten bij het klaarkomen. U zal dus steeds een droog orgasme krijgen. U zal met andere woorden bij het klaarkomen geen sperma hebben. Het orgasme gevoel blijft wel aanwezig. Sommige mannen beschrijven dat dit gevoel wel kan veranderen (heviger of minder hevig).

De teelballen blijven ter plaatse, dus u blijft mannelijke hormonen aanmaken, uw libido (opwinding en zin in seks) blijft bewaard en de zaadcellen worden nog steeds geproduceerd. Deze zaadcellen raken echter niet meer uit het lichaam. Dit betekent dat u niet langer op de natuurlijke manier kinderen kan verwekken.

Erectiele dysfunctie = impotentie

Erectiele dysfunctie is het voortdurende of terugkerende onvermogen om een erectie te krijgen of te behouden.

De oorzaak van de erectiele dysfunctie is de beschadiging van één of beide zenuwbundels die instaan voor de erectie. Deze zenuwbundels liggen binnen een haarfijn vlies dat zowel links als rechts deel uitmaakt van de prostaat. Deze zenuwbundels lopen van het ruggenmerg naar de penis.

Wanneer de prostaattumor klein is, niet tegen de rand van het prostaatkapsel aan ligt en een laag risico vormt tot hervat of uitzaaiing, dan kan de uroloog beslissen om zenuwsparend te opereren. Als beide zenuwbundels kunnen gespaard blijven, keren de erecties terug bij 32 tot 86% van de mannen. Als de uroloog langs één zijde de zenuwbundel kan sparen, dan keren bij 13 tot 56% van de mannen de erecties terug. Dienen beide zenuwbundels opgeofferd te worden, dan is een spontane erectie niet meer mogelijk.

In de grote meerderheid van de gevallen zijn er kort na de operaties geen erecties meer. Deze zenuwbanen zijn immers erg gevoelig en maken een herstelperiode door. De erecties kunnen langzaam terugkeren, tot twee jaar na de operatie is verbetering mogelijk.

Zo door u gewenst, kan de uroloog u vanaf enkele weken na de operatie medicatie voorschrijven om de erecties op gang te brengen of te verbeteren.

Dit betreft medicatie zoals sildenafil (bekendste merknaam Viagra®) of tadalafil (bekendste merknaam Cialis®). Bij hartpatiënten is voorzichtigheid geboden met deze medicatie.

Zijn de zenuwen niet gespaard of geven deze medicijnen onvoldoende resultaat, dan zijn nog andere behandelingen mogelijk. De uroloog kan u leren om een product in te spuiten in de plasbuis (zonder naald) of in de penis zelf (met een fijn naaldje) om een erectie op te wekken. Alternatief kan u met een vacuümpomp erecties opwekken. Ook kan mits een operatie een erectieprothese worden ingeplant. Zijn erecties voor u belangrijk om uw seksualiteit te beleven, spreek er dan over met uw arts. Zo kan u samen tot een goede oplossing komen.

15 MENTAAL EN EMOTIONEEL WELZIJN

Wij zijn ons ervan bewust dat dit hele traject voor u en uw partner een grote impact kan hebben op uw emotioneel welzijn, op uw algemene levenskwaliteit. Ook hieraan willen wij graag de nodige zorg besteden. Mocht u dat wensen dan kan u of uw partner ook beroep doen op de psychologen van het uro-team.

16 MEER LEZEN

www.allesoverkanker.be

zal in najaar 2020 overgaan in www.kanker.nl

Website van Kom op tegen kanker, algemene en specifieke info betreffende kanker, evenementen, enz.



www.wijook.be

Belgische prostaatcancer patiënten vereniging. Hier vindt u specifieke activiteiten rond prostaatcancer, ervaring van een patiënt, enz.

www.kanker.be

Website Belgische stichting tegen kanker.

Algemene en specifieke info, preventie, evenementen, kankerinfo lijn, enz.)

prostaatcancerlijn@tegenkanker.be

(078/15.07.01)

17 CONTACTGEGEVENS

<ul style="list-style-type: none">• Hospitalisatieafdeling Urologie UZ Gent	T. 09 332 27 61 (24/07 bereikbaar)
<ul style="list-style-type: none">• Polikliniek Urologie UZ Gent	T. 09 332 22 76 (bereikbaar van 8u tot 16u30 op weekdays)
<ul style="list-style-type: none">• Veerle Decalf (verpleegkundig specialist urologie)• Carine Peltyn (verpleegkundig consulent Uro-oncologie)• Sofie Everaert (verpleegkundig consulent Urologie)	T. 09 332 04 16 T. 09 332 59 73
<ul style="list-style-type: none">• Anneleen Raes (psycholoog)• Nathalie Vandecasteele (psycholoog)	T. 09 332 03 85 T. 09 332 64 43
<ul style="list-style-type: none">• Stefanie Mortier (oncodiëtiste)	T. 09 332 19 93
<ul style="list-style-type: none">• Louise Vande Kerckhove (sociaal werker)	T. 09 332 57 53
<ul style="list-style-type: none">• Prof. Dr. Nicolaas Lumen• Dr. Charles Van Praet	

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Kankercentrum UZ Gent. Het UZ Gent kan op geen enkele wijze verantwoordelijk worden gesteld bij gebruik van deze brochure/dit protocol buit het UZ Gent.