

ROBOTGEASSISTEERDE CYSTECTOMIE MET SONDEERBARE POUCH (MAN)

KANKERCENTRUM



INHOUD

01	Inleiding	3
02	De blaas	4
03	Vorbereiding	6
04	Ingreep	9
05	Na de ingreep	11
06	Complicaties	13
07	Opvolging	18
08	Leven met een sondeerbare pouch	20
09	Leefstijl	21
10	Invloed op seksualiteit	23
11	Invloed op sociaal en emotioneel vlak	25

01 INLEIDING

Na overleg met uw uroloog hebt u gekozen voor het aanleggen van een sondeerbare pouch op de plaats van de blaas. Door deze ingreep zal het mogelijk zijn, om via de navel, de nieuw gevormde blaas zelf te ledigen met behulp van sondes. De ingreep zal met behulp van een operatierobot uitgevoerd worden.

In deze brochure vindt u praktische informatie terug in verband met de operatie. In het eerste deel geven we kort uitleg over de blaas en de prostaat en staan we stil bij de voorbereiding en de ingreep zelf. Het tweede deel behandelt de periode na de ingreep, de mogelijke complicaties die kunnen optreden en de veranderingen die deze ingreep teweegbrengt op de verschillende gebieden (leefstijl, seksualiteit, sociaal en emotioneel vlak).

Indien u na het lezen van deze brochure nog bijkomende vragen heeft, dan kan u hiervoor uiteraard terecht bij uw behandelende arts of de verpleegkundige.

02 DE BLAAS

Tijdens de ingreep wordt niet enkel de blaas verwijderd, maar ook de prostaat en de zaadblaasjes worden verwijderd. We proberen hierdoor een zo volledig mogelijke verwijdering van het aangetaste weefsel te verzekeren. Zo mogelijk en oncologisch veilig worden wel de zenuwbundels en bloedvaten die de erecties verzorgen, gespaard.

De blaas

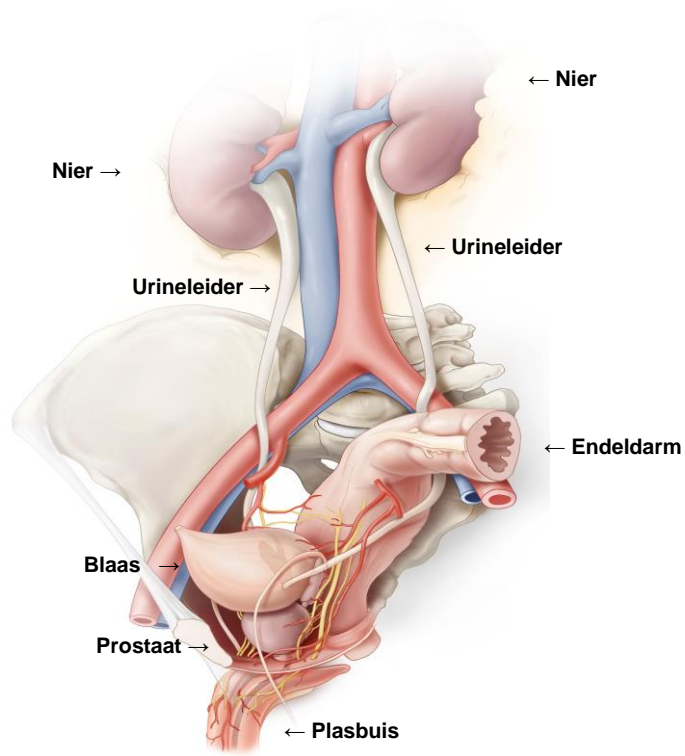
De blaas is een hol en gespierd orgaan dat vlak achter het schaambeentje, onder in de buikholte ligt. De grootte van de blaas is afhankelijk van de vulling. Een normaal gevulde blaas bevat 400 à 500 ml urine. De aanknopingspunt met de urinebuis (urethra) ligt aan het laagste punt van de blaas. De uitmonding van de urinebuis in de blaas wordt omhuld door de blaashals. Op dezelfde hoogte bevindt zich een interne kringpijp (sfincter) in de urinebuis. Over deze kringpijp hebben we zelf geen controle. De twee urineleiders (ureters) die vanuit de nieren de urine druppelsgewijs afvoeren, lopen schuin door de blaaswand tot onderin de blaas. De blaas zelf is opgebouwd uit verschillende lagen: blaaslijmvlies, bindweefsel, spier en vet. De meeste blaastumoren ontstaan in de binnenste slijmvlieslaag en kunnen doorgroeien tot in de spierlaag of de omliggende vetlaag.

De prostaat

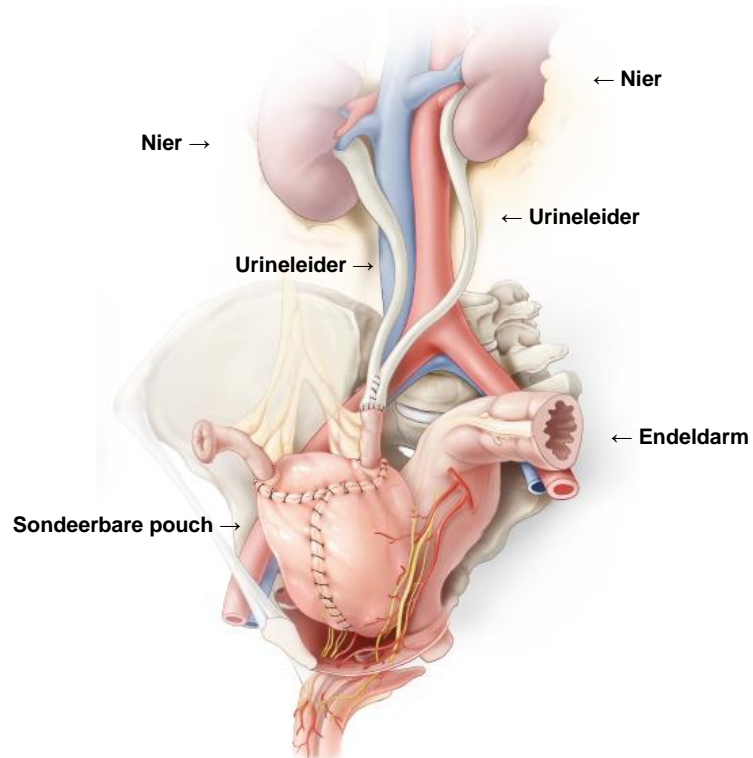
De prostaat is een kleine klier die gelegen is onder de blaas, rondom de plasbuis en voor de endeldarm. De buitenkant van de prostaat wordt omhuld door het prostaatkapsel.

Deze klier maakt deel uit van het mannelijk voortplantingsstelsel. Zo zal hij ervoor zorgen dat er vocht wordt toegevoegd aan het sperma en er een gunstig milieu gecreëerd wordt voor de zaadcellen om te kunnen overleven in de vagina. Dankzij de prostaat wordt het sperma (prostaatvocht + zaadcellen) naar buiten gestoten tijdens de ejaculatie. Op het ogenblik van klaarkomen zorgt de blaashals ervoor dat de blaas afgesloten wordt, zodat het sperma niet in de blaas terecht komt.

De zenuwbundels en bloedvaten die de erecties verzorgen, lopen waaivormig en heel dicht tegen het prostaatkapsel aan. Indien oncologisch veilig, worden ze gespaard om de erecties zoveel als mogelijk te behouden.



Figuur 1: urinair stelsel man



Figuur 2: sondeerbare pouch

03 VOORBEREIDING

Onderzoeken voor de ingreep

Voor de operatie zal u een afspraak krijgen op de preoperatieve anesthesieconsultatie. Tijdens deze consultatie zal de anesthesist met u enkele zaken overlopen: ziektegeschiedenis, eventuele allergieën, medicatiegebruik, enz. Indien nodig, zal hij u doorverwijzen naar een specialist voor bijkomende onderzoeken of uw huidige medicatie aanpassen.

Aanpassingen in de week voor de ingreep

Om de pouch te vormen, maakt men gebruik van een stuk dunne darm (ongeveer 50 cm). Aangezien er geen mogelijkheid is om tijdens de ingreep het stuk dunne darm te reinigen, vragen we u om door het aanpassen van de voeding de darm “schoon” te maken. Om hiervoor te zorgen moet u “restenarme voeding” eten. Restenarme voeding is voeding die weinig vezels bevat. U start met deze voorbereiding twee dagen voor de ingreep.

Twee dagen voor de ingreep (datum:)

Vandaag eet u enkel nog restenarme voeding. Hieronder vindt u een voorbeeld van een dagmenu en achteraan deze brochure vindt u een lijst met een uitgebreide omschrijving van wat u wel en niet mag eten. (zie bijlage 1)

Voorbeeld van een dagmenu

Ontbijt

- Wit brood, witte beschuiten of witte craquottes
- Boter of margarine
- Beleg: magere vleeswaren (gekookte hesp, gerookte hesp, kippenwit, filet de saxe, rosbief), een sneetje kaas, een eitje of zoet beleg (confituur zonder pitjes, gelei, honing, siroop)
- Drank: koffie of thee, eventueel met suiker en/of melk

Warme maaltijd

- Gemixte soep, bouillon
- Vlees, gevogelte, vis
- Gekookte aardappelen, witte rijst of deegwaren
- Goed gegaarde groeten (wortelen, prei, witloof, bloemkool, broccoli)
- Dessert: pudding, koek, stuk fruit (geschilde en goed rijpe appel, peer, perzik, nectarine)

Tweede broodmaaltijd

- Wit brood, witte beschuiten of witte craquottes
- Boter of margarine
- Beleg: magere vleeswaren (gekookte hesp, gerookte hesp, kippenwit, filet de saxe, rosbief), een sneetje kaas of zoet beleg (confituur zonder pitjes, gelei, honing, siroop)
- Drank: koffie of thee, eventueel met suiker en/of melk

Tussendoortje

- Droge koek
- Pudding
- Yoghurt (zonder fruitstukjes of met gemixt fruit)

Drink zeker 1,5 l per dag

De dag voor de ingreep (datum:)

Vandaag mag u enkel nog drinken en pudding of yoghurt eten. U mag **GEEN** vast voedsel meer eten. (zie bijlage 1)

Opname op de hospitalisatieafdeling

De dag voor de ingreep meldt u zich op het voorziene uur aan in het ziekenhuis (Ingang 50). Hierna zal men u doorverwijzen naar de hospitalisatieafdeling (route 615) waar u zich mag aanmelden aan het secretariaat. De verpleegkundige of secretaresse van de afdeling zal u verwelkomen en u naar uw kamer begeleiden. De verpleegkundige stelt u nog enkele vragen om de zorg op u af te stemmen. Het uur waarop de ingreep vermoedelijk zal doorgaan, wordt u meegedeeld.

De opnameduur bedraagt normaal 7 dagen. U brengt dus nachtkledij, toilet- en wasgerief mee. Een paar pantoffels en eventueel een kamerjas zijn handig. Waardevolle voorwerpen laat u best thuis. Vergeet zeker niet uw thuismedicatie mee te brengen (liefst in de originele verpakking). Indien u nog anti-emboliekousen (TED-kousen) heeft van een eerdere opname in het ziekenhuis mag u deze ook meebrengen.

De operatie gebeurt onder algemene anesthesie. De avond voor de ingreep krijgt u soms nog bezoek van de anesthesist.

Als voorbereiding op de ingreep wordt de buikstreek geschoren en krijgt u een intiem toilet met een ontsmettende zeep. Er zal nog een bloedafname gebeuren voor een bloedgroepbepaling en het bestellen van 2 eenheden bloed om dit voor alle veiligheid in reserve te houden. Tot slot krijgt u 's avonds ook nog een lavement om het laatste stuk van de darm proper te maken.

04 INGREEP

Op het ogenblik dat de arts u naar de operatiezaal vraagt, zal de verpleegkundige u een operatiehemdje geven om aan te trekken. U trekt dan alle andere kledij uit, net zoals juwelen, kunstgebit, hoorapparaat of bril. U wordt met uw bed naar de bedhold (wachtzaal voor patiënten die geopereerd zullen worden) gebracht. Deze ingreep gaat door op K12-1^{ste} verdieping. Voordat de ingreep begint en u in slaap wordt gebracht, zal de anesthesist u nog enkele vragen stellen. Het is mogelijk dat u uw uroloog niet meer zal zien, omdat hij pas binnenkomt als u al slaapt.

Op de operatietafel wordt u op een speciale matras (pink pad) geïnstalleerd. Aangezien u voor een lange tijd op deze tafel ligt, is een juiste positionering zeer belangrijk. Hier wordt dan ook zeer veel aandacht aan besteed. Terwijl artsen en verpleegkundigen alles klaarmaken voor de ingreep krijgt u een infuus waarlangs de anesthesist de slaapmedicatie inspuit.

De ingreep zelf wordt uitgevoerd met behulp van een operatierobot. Deze robot bestaat uit 2 delen. Het eerste deel is een console waarachter de chirurg plaatsneemt. Van hieruit stuurt hij de robot aan. Aan de operatietafel zelf staan een instrumentist en eventueel een assistent die de robotarmen plaatsen. De armen van de robot worden bediend van achter de console.



Figuur 3: Operatierobot

Er worden 6 kleine insneden gemaakt waarlangs de instrumenten van de robot worden ingebracht. De insnede ter hoogte van de linker flank zal uiteindelijk iets groter zijn, omdat de blaas en de prostaat via deze insnede uit het lichaam verwijderd worden.

Tijdens deze ingreep is er een heel team aanwezig in de operatiezaal (de chirurg, de anesthesist, een assistent, een instrumentist, een anesthesieverpleegkundige en een omloopverpleegkundige). Samen zorgen zij ervoor dat de operatie zo vlot mogelijk zal verlopen.

De ingreep zelf duurt ongeveer 6 à 8 uur. Het kan ook iets langer zijn, maar een langere operatieduur hoeft daarom niet te betekenen dat er problemen zijn. Soms is het technisch moeilijker waardoor de ingreep langer duurt. Na afloop zal de chirurg telefonisch contact opnemen met een vooraf opgegeven persoon om het verloop van de ingreep toe te lichten.

05 NA DE INGREEP

Intensieve zorgen

Na de ingreep brengt de anesthesist u naar de PACU (uitslaapkamer). Tijdens het ontwaken uit de verdoving wordt u door de verpleegkundigen strikt opgevolgd. U zal verbonden zijn met een monitor waarop uw bloeddruk, pols en ademhaling gevolgd worden. De verpleegkundigen geven u ook de voorgeschreven pijnstilling. Wanneer de anesthesist beslist dat het veilig is om u terug naar de hospitalisatieafdeling te laten gaan, zullen verpleegkundigen u terug naar de afdeling brengen. Meestal is dit de dag na de operatie in de loop van de voormiddag.

Buisjes en slangetjes na de operatie

Bij het ontwaken kan u het gevoel hebben dat er van alles en nog wat op uw lichaam hangt en u ergens aan vast hangt. Dit is perfect normaal. Er zitten dan ook verschillende leidingen en draden aan u vast. Eerst en vooral bent u aangeschakeld aan een monitor om uw hartslag, bloeddruk en zuurstof te meten. In de meeste gevallen zal u ook nog een zuurstofmasker of zuurstofbrilletje hebben. Daarnaast kunnen uw ogen nog wat dichtkleven van de zalf die bij de ingreep aangebracht werd.

In uw neus bevindt zich een sonde die tot doel heeft de overtollige maagsappen af te voeren. Deze sonde zal meestal al verwijderd zijn als u wakker wordt.

In de arm en/of in de hals zal u ook een infuus hebben. Via deze weg kunnen wij u het nodige vocht en de nodige medicijnen geven. Dit infuus gaat uit als u voldoende kan eten en drinken.

Ter hoogte van de buik en de genitale streek kunnen verschillende sondes en drains geplaatst zijn. De sondes hebben tot doel om de urine uit de "nieuwe blaas" weg te leiden en te zorgen voor een goede afloop van de nieren. De drains voeren wondvocht en oud bloed af. De verpleegkundigen zullen op regelmatige tijdstippen deze sondes en drains controleren en spoelen indien nodig. Ze zullen u regelmatig op de hoogte houden wanneer welke drain of sonde, op doktersadvies mag verwijderd worden. Sommige sondes zullen ter plaatse blijven bij het ontslag, maar hierover krijgt u dan meer informatie.

Terug op de kamer

Wanneer u terug op uw kamer bent, zal de verpleegkundige u helpen met het aantrekken van uw nachtkledij. Naast pols en bloeddruk zal de verpleegkundige ook meerdere malen per dag controleren of de sondes aflopen en hoeveel de drains geven. Het is belangrijk dat u tijdig aangeeft of u ergens last van heeft. U hoeft immers geen last of pijn te hebben. Stilaan zal u ook meer uit bed mogen en even opzitten.

Dagelijks zal de arts van de afdeling u komen bezoeken. Op zijn advies zullen dan drains verwijderd worden en medicatie aangepast of gestopt worden.

De verpleegkundige zal u laten weten wanneer u mag beginnen met het drinken van water en het kauwen van kauwgom. Als dit vlot gaat, mag u stilaan beginnen met eten.

De sondes zullen regelmatig gespoeld worden om verstopping te voorkomen. Bloed in de urine is normaal in de eerste dagen na de ingreep. Vlokken in de urine komen door het slijm dat de darmblaas aanmaakt en zullen in meer of mindere mate altijd in de urine aanwezig zijn.

Naast het dragen van lange anti-emboliekousen, krijgt u dagelijks onderhuidse spuitjes met een bloedverdunner in uw buik of bovenbeen. Dit is ter preventie van klontervorming. Ook na ontslag uit het ziekenhuis zal u nog enige tijd deze inspuitingen moeten krijgen.

Ontslag

De arts beslist wanneer u naar huis kan gaan. Dit kan ten vroegste een 6-tal dagen na de ingreep en hangt af van hoe u zich voelt, hoe de thuisopvang is, maar ook of de arts vindt dat u er klaar voor bent.

Bij ontslag zullen er nog twee sondes aanwezig zijn. Eén sonde ter hoogte van de buik en één sonde in de navel. De verpleegkundige zal u tijdens het verblijf aanleren om deze sondes te verzorgen en te spoelen.

06 COMPLICATIES

Elke ingreep, ondanks de voorzorgen, houdt een zeker risico op complicaties in. Deze nevenwerkingen kunnen optreden tijdens of na de opname. We nemen verschillende preventieve maatregelen en streven een snelle mobilisatie na om vele van deze complicaties te voorkomen. Ook de robotoperatie zelf zorgt ervoor dat de kans op complicaties kleiner is. Uw arts en verpleegkundige zullen u nauwgezet opvolgen om deze nevenwerkingen vroegtijdig op te sporen. De complicaties die worden beschreven in deze brochure kunnen optreden tijdens of in de eerste weken na uw opname. Laat u niet afschrikken door de opsomming hieronder. Hoogstwaarschijnlijk zal u niet van al deze nevenwerkingen last krijgen. De ernst van de nevenwerkingen verschilt van persoon tot persoon en is onvoorspelbaar.

Pijn

Pijn na de ingreep is normaal. Gezien u met een operatierobot geopereerd wordt, is de pijn duidelijk minder dan bij een open ingreep, maar nog steeds aanwezig. Een epidurale pijnpomp is echter niet nodig en ook intraveneuze morfine-achtige pijnstillers worden zoveel als mogelijk vermeden. Deze vorm van pijnmedicatie zorgt er tevens ook voor dat de voedselpassage door het maagdarmkanaal belemmerd wordt. Naargelang u aangeeft hoe erg de pijn is, kunnen wij deze onder controle houden met pijnstillers. Ook na het ontslag kan een gewone pijnstiller nodig zijn. Blijft u echter heel veel pijn hebben dan contacteert u best uw huisarts of het ziekenhuis.

Maag-darmproblemen

Voor uw ingreep is een stuk van de dunne darm gebruikt. De darm wordt nadien terug aan elkaar gehecht zodat voedsel de normale weg kan volgen. Een lekkage van darmvocht of een volledige verstopping met dreigend afsterven van een stuk dunne darm is theoretisch mogelijk, maar gelukkig uiterst zeldzaam. In deze situatie is een heroperatie nodig. Een tijdelijke verstopping door verlamming van de darmen (“paralytische ileus”) in de eerste dagen na de operatie is frequenter en gaat gepaard met buikpijn en braken. Soms moet tijdelijk een maagsonde (slangetje via de neus tot in de maag) geplaatst worden tot de darmen weer hun normale werking vertonen. In zeldzame gevallen duurt dit langer dan 5 dagen en moet intraveneuze voeding gestart worden.

Tevens kunnen er in de eerste weken na de operatie periodes zijn van afwisselend diarree en obstipatie. Een gevarieerde voeding en voldoende vochtinname is zeer belangrijk in deze periode. Opstarten met probiotica kan nodig zijn.

Koorts

Koorts wijst in vele gevallen op een infectie. Na de operatie is dit meestal een infectie van de urinewegen, de nieren, de longen, het buikvlies of een wonde. Om met zekerheid een infectie te bevestigen zal men kweken van verschillende lichaamsstelsels (urine, speeksel, bloed, wondvocht, drainagevocht, ...) afnemen. We starten alvast met antibiotica in afwachting van het resultaat van de kweek. Indien nodig wordt de antibiotica aangepast.

Een slechte of ondiepe ademhaling na de operatie kan ook zorgen voor het ontstaan van koorts. Door preventieve ademhalingsoefeningen en eventuele aerosoltherapie kunnen we dit vermijden.

Oedeem

Oedeem of vochttopstapeling in één of beide benen, balzak of penis is niet abnormaal na de ingreep aangezien ook de lymfeklieren verwijderd worden. Als u last hebt van oedeem in de benen, draag dan zeker uw steunkousen en leg 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 het 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 (dus geen boxershort), 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 ontswollen is.

Nabloeding

Een bloeding is na elke ingreep mogelijk. 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. Zeer uitzonderlijk moet de uroloog opnieuw een korte ingreep doen om het bloeden te stelpen.

Wondinfectie

Elke wonde kan infecteren, ook een operatiewonde. Een geïnfecteerde wonde is rood, pijnlijk, warm, opgezet en soms met een etterige afscheiding. In het geval van een infectie zal de arts antibiotica voorschrijven en eventueel de wonde wat openmaken. Na ontslag is wondverzorging door een thuisverpleegkundige noodzakelijk.

Diepe veneuze trombose en longembolie

Diepe veneuze trombose wil zeggen dat er zich een bloedklonter gevormd heeft in de diepe aders van uw benen. Dit gaat typisch gepaard met een gezwollen en/of pijnlijke kuit. Wanneer deze bloedklonter los komt uit de benen en verder migreert via het hart naar de longslagader ontstaat er een longembolie. Dit gaat gepaard met zuurstoftekort in het bloed, wat u zal ervaren als kortademigheid. In ernstige gevallen kan er een weerslag zijn op de hartfunctie. Aangezien u geopereerd bent in het kleine bekken en weinig mobiel bent, loopt u een verhoogd risico op deze complicatie. We nemen echter preventieve maatregelen om ervoor te zorgen dat deze complicatie niet optreedt. Zo draagt u na de operatie lange anti-emboliekousen, krijgt u onderhuidse inspuitingen met een bloedverdunner en vragen we u de dag na de operatie al om uit bed te komen. Indien u toch een diep veneuze trombose of longembolie ontwikkelt, dan wordt de dosis van de bloedverdunders verhoogd en krijgt u eventueel zuurstof toegediend. In zeldzame gevallen is een opname op de afdeling intensieve zorgen voor continue monitoring nodig.

Hart – en vaatproblemen

Verhoogde bloeddruk (hypertensie) is een frequent voorkomende complicatie. Een goede pijnstilling na de ingreep zal er mee voor zorgen dat de bloeddruk onder controle blijft. Indien de bloeddruk toch te hoog blijft, zal men medicatie geven. Een goede opvolging van de bloeddruk, ook na ontslag uit het ziekenhuis, is dan aangewezen.

Af en toe treden er tijdens of kort na de operatie hartritmestoornissen op. Een consult van de cardioloog en eventueel opstarten van medicatie kan deze stoornissen oplossen. In sommige gevallen is een elektrocardioversie (= onder narcose toedienen van een “stroomstootje” om een hartritmestoornis weer regelmatig te krijgen) nodig om dit terug onder controle te krijgen.

Het ontstaan van een hartinfarct (AMI), een beroerte (CVA) of het compartimentsyndroom is zeer zeldzaam, maar potentieel levensbedreigend met noodzaak tot opname op de dienst intensieve zorgen indien deze toch zouden optreden. De preoperatieve anesthesieconsultatie is zeer belangrijk om de mogelijkheid tot het ontstaan van deze complicaties voortijdig op te sporen en de kans op het optreden ervan zoveel als mogelijk te reduceren.

Neurologische problemen

Na de operatie kunnen er, al dan niet tijdelijk gevoelsstoornissen of krachtverlies optreden (voeten, onderbenen). Dit kan het gevolg zijn van de langdurige positionering op de operatietafel. Om deze complicatie zoveel als mogelijk te beperken maken we gebruiken van speciale matrassen en besteden we veel aandacht aan een correcte positionering op de operatietafel.

Indien u reeds voor de ingreep last heeft of behandeld bent voor een hernia of een spinaal kanaalstenose is het zeer belangrijk om ons hiervan op de hoogte te brengen.

Longproblemen

Mensen met COPD (chronisch obstructieve longziekte) lopen een verhoogd risico op een opstoot in de periode kort na de operatie. Een snelle mobilisatie, opstarten van kinesitherapie, puffers / aërosols en zo nodig een cortisonekuur zullen ervoor zorgen dat de opstoot beperkt blijft. Om de kans op een opstoot zo klein mogelijk te houden is een goede conditie voor de ingreep van zeer groot belang.

Urineweginfectie

Enkel bij een klinische urineweginfectie die gepaard gaat met koorts dient een behandeling met antibiotica opgestart te worden. Graag vooraf een urinestaal nemen via midstream (tijdens het plassen potje onder de straal houden) of een gesondeerd staal. Ook de huisarts kan deze antibiotica voorschrijven. Indien deze infecties steeds terugkeren, zien wij u wel graag terug voor controle.

Stoornissen in de bloedwaarden – algemeen onwel voelen

De nieuwe darmblaas heeft naast een “ stapelfunctie ” (urine) ook een “ uitwisselingsfunctie ”. Hierdoor verliest u bepaalde zouten, of worden bepaalde (afval)stoffen terug opgenomen. Dit zoutverlies kan een verzuring van het bloed veroorzaken (metabole acidose), wat zich uit in vermoeidheid en algemeen onwel zijn met misselijkheid en braken. Deze bijwerking treedt maar pas op na het verwijderen van de blaassonde. Zolang de blaassonde ter plaatse is, blijft er immers geen urine achter in de nieuwe blaas.

Een bloedonderzoek met bepaling van het bicarbonaat gehalte is altijd de eerste stap. Indien deze waarde te laag is, zal men opstarten met natriumbicarbonaat tabletten. Dit kan tijdelijk zijn, maar het kan ook zijn dat u deze levenslang moet nemen. Indien deze waarde écht te laag is, zal u opgenomen worden om dit via een infuus te corrigeren.

07 OPVOLGING

Na ontslag zal u regelmatig op de polikliniek op controle moeten komen.

- Twee weken na de ingreep heeft u een afspraak op de poli urologie voor een radiologisch onderzoek van de blaas (cystografie). Aan de hand van het resultaat van dit onderzoek wordt beslist of de eerste sonde (ter hoogte van de buik) verwijderd mag worden.
- Zes weken na de ingreep wordt er een tweede cystografie uitgevoerd op de poli urologie. Indien er geen lekkage van urine meer wordt vastgesteld, zal ook de tweede sonde (sonde in de navel) verwijderd worden. Na dit onderzoek zal u voor 24 uur opgenomen worden. Deze opname is bedoeld om u aan te leren zichzelf te sonderen. Men zal u ook aanleren om te spoelen, indien dit nodig zou zijn.

Graag vijf dagen voor deze consultatie een urinestaal laten afnemen door de huisarts. Dit urinestaal dient te worden afgenomen rechtstreeks uit de blaassonde (NIET uit de urinezak). De dag van de consultatie neemt u 's morgens éénmalig een zakje Monuril®. Indien het resultaat van dit urinestaal zou aantonen dat er een besmetting aanwezig is met een kiem die niet gevoelig is voor Monuril®, dan dient u een ander antibioticum in te nemen die dag. Neem dus op voorhand contact op met de huisarts voor het resultaat.

- Zeven weken na de ingreep zien we u terug voor een bloedonderzoek, een echografie van de nieren en een evaluatie van het sonderen.

Mogen wij u vriendelijk vragen om een tweetal dagen voor deze consultatie bij de huisarts langs te gaan voor een bloedafname. We bespreken de resultaten van deze bloedafname tijdens de consultatie.

- Drie maanden na de ingreep volgt een nieuwe echografie van de nieren / blaas en een nieuw bloedonderzoek. Dit wordt elke 3 maanden herhaald gedurende het eerste jaar na de ingreep.
- Zes maanden na de ingreep zal een eerste controle CT-scan gepland worden.
- De eerste 2 jaar na de ingreep zal er elke 6 maanden een controle CT-scan gepland worden. Het derde tot het vijfde jaar na de ingreep wordt er jaarlijks een CT-scan gepland. Na deze periode wordt de verdere opvolging individueel besproken.

08 LEVEN MET EEN SONDEERBARE POUCH

Het krijgen van een sondeerbare pouch is een ingrijpende gebeurtenis en vraagt tijd om te verwerken. Het is normaal dat u moet wennen aan deze nieuwe situatie en de invloed die dit heeft op uw dagelijks leven.

Elke verandering heeft tijd nodig en iedereen verwerkt zijn of haar situatie op een eigen manier. Uit ervaring weten we dat de meeste mensen vrij snel vertrouwd raken met sonderen en het vertrouwen vinden om de dagelijkse routine terug op te nemen.

Zelf sonderen

Zes weken na de ingreep, wanneer de sonde verwijderd wordt, moet u voor de eerste keer zelf sonderen. Dit is voor veel mensen een moeilijk moment. De verpleegkundige zal u stap voor stap begeleiden tijdens dit proces. Gedurende de opname zal u advies krijgen over de te gebruiken materialen, gericht op uw persoonlijke situatie.

Enkele algemene adviezen:

- U moet elke 4 uur sonderen.
- Probeer rustig en kalm te blijven indien het sonderen niet lukt.
- Dring niet aan wanneer u weerstand voelt tijdens het sonderen.
- Indien het niet direct lukt, wacht je best 5 min en probeer het dan nog eens.

Aarzel niet om contact op te nemen indien u vragen of problemen heeft!

09 LEEFSTIJL

Voeding en vocht

Na ontslag uit het ziekenhuis mag u weer een gewoon voedingspatroon aannemen. Kies voor een gezonde en gevarieerde voeding. Drinken maakt daar een belangrijk deel van uit. Tracht 1,5 liter per dag te drinken.

Beweging

Voldoende beweging voor, tijdens en na uw behandeling heeft verschillende voordelen. Hoe sneller na de diagnose fysieke activiteit wordt ingebouwd, hoe groter vaak de voordelen zijn. Mensen met kanker die voldoende fysiek actief zijn, kunnen de kans op welslagen van hun behandeling helpen toenemen. Voldoende fysieke activiteit kan ook zorgen voor minder ernstige bijwerkingen van de ziekte en de behandeling(en).

Zo kan voldoende fysieke activiteit tijdens de chemotherapie helpen tegen vermoeidheid. Veel patiënten hebben tijdens de chemotherapie last van vermoeidheid waardoor ze minder actief gaan zijn. Minder fysieke activiteit kan echter leiden tot minder kracht en energie, wat niet bevorderlijk is voor het herstel. Voldoende fysiek actief zijn kan helpen om de bijwerkingen van chemotherapie beter te doorstaan en sneller te herstellen.

De rol van fysieke activiteit vóór en na een chirurgische ingreep is evenzeer belangrijk voor u. Hoe fitter u bent bij de start van uw chirurgische ingreep, hoe vlotter het herstel zal zijn nadien wat dus leidt tot beter functioneren en dus een hogere levenskwaliteit na de ingreep.

Na uw chirurgische ingreep is het belangrijk dat u snel terug actief wordt. Langdurige bedrust komt niet ten goede aan uw herstel en zorgt voor vermindering in fysieke conditie en spiermassa. 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.

Bij thuiskomst na de operatie mag u lichte huishoudelijke taken opnemen (niet heffen en tillen). Sport bouwt u langzaam weer op en tijdens het sporten luistert u naar de signalen die uw lichaam u geeft. Geleidelijk aan terug voldoende fysiek actief zijn na uw operatie, kan dus zorgen voor een betere fysieke conditie, meer spiermassa, en dus een verhoogde levenskwaliteit.

10 INVLOED OP SEKSUALITEIT

Verminderd libido

Het libido of zin hebben om seksueel actief te zijn, kan verminderd zijn enkel en alleen al omdat men de diagnose van kanker kreeg. Ook na de ingreep kan dit verminderd zijn.

Orgasme – onvruchtbaarheid

Doordat tijdens de operatie de prostaat en de zaadblaasjes worden verwijderd, worden de zaadcellen en het zaadvocht niet naar buiten gestoten bij het klaarkomen. Men spreekt van een droog orgasme. U zal met andere woorden bij het klaarkomen geen sperma hebben. Het orgasme kan aanwezig blijven, maar het gevoel zal veranderen. Tevens adviseren wij u ook om te gaan plassen voor seksueel contact. Dit om te voorkomen dat u last heeft van urineverlies op moment van het orgasme (“climacturie”).

De teelballen blijven wel ter plaatse, u blijft dus mannelijke hormonen aanmaken en zaadcellen produceren. De zaadcellen geraken echter niet meer op een natuurlijke manier tot bij de eicel. Dit betekent dat u onvruchtbaar bent.

Spreek met uw partner over de hindernissen. Op die manier kunnen wij u helpen in het zoeken naar een oplossing.

Erectiele dysfunctie

Erectiele dysfunctie is het voortdurende of terugkerende onvermogen om een erectie te krijgen of te behouden, die voldoende is voor seksuele betrekkingen. Erectiele dysfunctie wordt in de volksmond vaak impotentie genoemd.

De oorzaak van erectiele dysfunctie is de beschadiging van één of beide zenuwbundels die instaan voor de erectie. Deze zenuwbundels liggen tegen de prostaat en de blaas aan en kunnen door de uroloog tijdens de ingreep soms bewaard worden. Als beide zenuwbundels kunnen gespaard blijven, behouden 32 tot 86% van de mannen hun erecties. Als de uroloog één zenuwbundel kan sparen, dan heeft nog 13 tot 56% van de mannen erecties. Bij beschadiging van één of beide zenuwbundels is spontaan herstel mogelijk tot twee jaar na de ingreep. De arts kan indien nodig medicatie voorschrijven om de erecties op gang te brengen of te verbeteren. Indien men de zenuwbundels niet kan sparen, is een spontane erectie niet meer mogelijk.

Zijn de zenuwen niet gespaard of geven de medicijnen onvoldoende resultaat dan zijn nog andere behandelingen mogelijk zoals injecties in het zwellichaam van de penis, een vacuümpomp of een prothese. De erectieprothese kan pas één jaar na de operatie ingeplant worden.

Zijn erecties voor u belangrijk om uw seksualiteit te beleven, spreek er dan zeker over met uw arts.

11 INVLOED OP SOCIAAL EN EMOTIONEEL VLAK

De gevolgen van de ziekte zijn niet alleen voelbaar op fysiek vlak, maar mogelijk ook op sociaal en emotioneel vlak. De levenskwaliteit die u ervaart, kan bij momenten onder druk komen te staan. Sommige mensen ondervinden een veranderd lichaamsbeeld, een gevoel van controleverlies, de seksuele beleving kan in het gedrang komen, sommigen moeten noodgedwongen stoppen met werken, de ziekte heeft een invloed op uw partnerrelatie, gezin en sociaal netwerk.

Een kankerdiagnose kan veel vragen, onzekerheden (evolutie van de ziekte, effect van de behandeling, optreden en duur van nevenwerkingen, toekomst,...) en hevige emoties (angst, verdriet, boosheid, ongelof, kwetsbaarheid,...) met zich meebrengen. Deze twijfels en emoties treffen vaak niet alleen uzelf, maar ook uw partner, familie en/of eventuele belangrijke anderen.

Daarbij heeft elk individu zijn/haar manier om met de ziekte om te gaan. We geloven dat mensen vaak een zeer grote draagkracht hebben, hoe moeilijk de situatie ook is. Maar soms kan het zijn dat deze twijfels en emoties voor u en/of uw naasten te zwaar zijn om alleen te dragen.

Praten met elkaar of met een hulpverlener kan soms helpen om deze twijfels en emoties beter te hanteren.

Bijlage 1: restenarme voeding

Dranken

WEL

- Water
- Bouillon, gezeefde en goed gemixte soep
- Frisdranken
- Gezeefde vruchtensappen
- Koffie of thee
- Fruitthee
- Gezeefde groentesappen

NIET

- Niet gemixte soep
- Vruchtensappen met pulp

Graanproducten en aardappelen

WEL

- Witte broodsoorten
- Witte beschuiten of craquottes
- Geraffineerde rijst
- Geraffineerde deegwaren
- Cornflakes
- Wit meel
- Aardappelen (kleine hoeveelheid)

NIET

- **Granen en zemelen**
- **Bruine of volkoren broodsoorten**
- **Bruine of volkoren beschuiten**
- **Bruine of wilde rijst**
- **Volkoren deegwaren**
- **Muesli/Crueli**
- **Graanproducten verrijkt met vezels (All Bran, Special K, Fitness)**
- **Sojameel**

Groenten en fruit

WEL

- **Geschilde en goed rijpe appel, peer, perzik, nectarine, abrikoos**
- **Banaan**
- **Watermeloen zonder pitten**
- **Fruitmoes**
- **Coulis van aardbei of van framboos**
- **Fruit in blik op eigen sap of op siroop**
- **Goed gegaarde: Wortelen, prei, witloof, knolselder, bloemkool, broccoli, spinazie (gemixt), ontpitte en ontvelde tomaat, tomaat in blik, ontvelde en ontpitte paprika, geschilde en ontpitte courgette, geschilde en ontpitte komkommer, andijvie (gemixt), pompoen, rammenas, prinsessenboontjes**

NIET

- **Alle soorten vers fruit met uitzondering van deze in kolom "wel"**
- **Gedroogd fruit**
- **Gekonfijt fruit**
- **Koolsoorten, groene, gele en oranje paprika's, champignons, erwten, maïs, rauwkost**

Melkproducten en calcium verrijkte sojaproducten

WEL

- Melk/ melkdesserten
- Yoghurt zonder fruitstukjes
- Yoghurt met gemixt fruit
- Alle soorten kaas
- Sojadrink
- Sojadesserts
- Sojayoghurt zonder fruitstukjes

NIET

- Yoghurt met fruitstukjes

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, 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.