

ROBOTGEASSISTEERDE PARTIËLE NEFRECTOMIE

INHOUD

01	Inleiding	3
02	De nier en nierkanker	3
03	Vorbereiding	5
04	Ingreep	6
05	Na de ingreep	7
06	Complicaties	8
07	Opvolging	11
08	Leefstijl	11
09	Invloed op sociaal en emotioneel vlak	12
10	Contact	12

01 INLEIDING

Na overleg met je uroloog hebben we beslist om de nier gedeeltelijk te verwijderen. We voeren de ingreep uit met een operatierobot.

In deze brochure vind je praktische informatie over de operatie. In het eerste deel geven we meer uitleg over de nier, nierkanker en de robotgeassisteerde ingreep. Het tweede deel behandelt de periode na de ingreep, de mogelijke complicaties en de eventuele gevolgen voor het dagelijkse leven.

Als je na het lezen van deze brochure nog bijkomende vragen hebt, dan kan je hiervoor uiteraard terecht bij je behandelende arts of de verpleegkundige.

02 DE NIER EN NIERKANKER

De nier

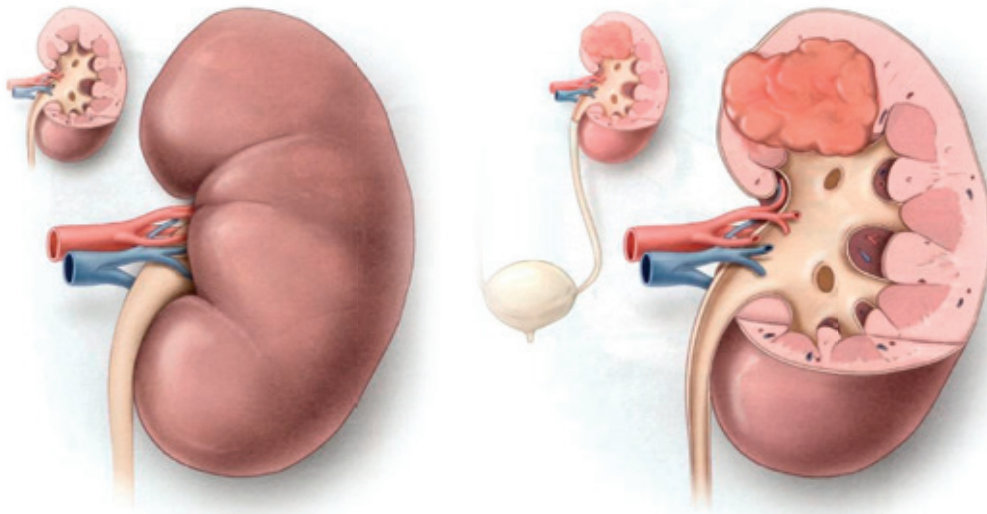
De meeste mensen worden geboren met twee nieren. Deze boonvormige organen bevinden zich in de bovenbuik onder de ribben. De nieren zijn zowat de filters van het lichaam. Zij zorgen ervoor dat het bloed zuiver blijft en halen er vocht en afvalstoffen uit. Het vocht en de afvalstoffen vormen samen de urine, die de nier verlaat via de urineleider ('ureter') om zo in de blaas verzameld te worden tot je gaat plassen. Verder hebben de nieren ook nog andere functies. Zo staan ze onder meer in voor de controle van de bloeddruk en de zouthuishouding in het lichaam.

Nierkanker

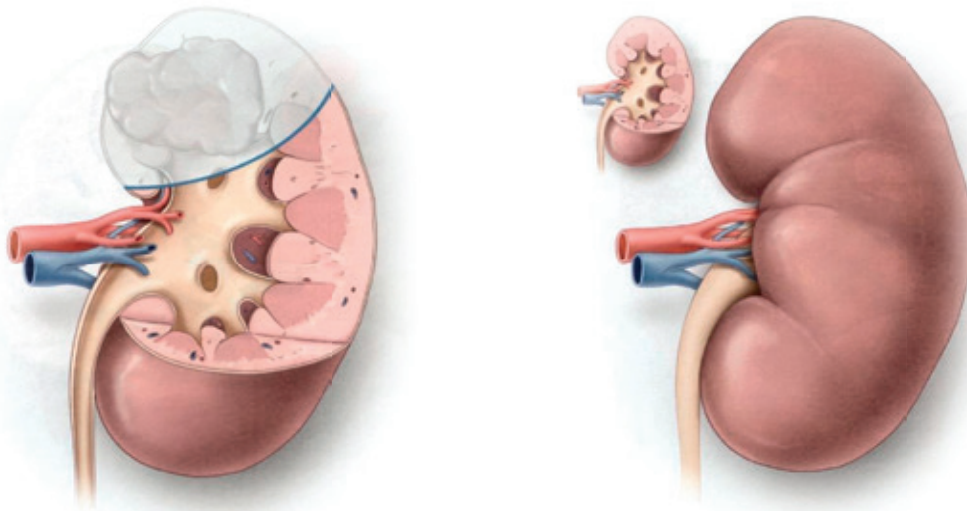
In of op de nier ontstaan soms gezwellen die kwaad- of goedaardig kunnen zijn. Een voorbeeld van vaak voorkomende goedaardige gezwellen zijn niercysten. Dat zijn blaasjes gevuld met vocht en die hebben doorgaans geen behandeling en/of opvolging nodig. Soms kunnen cellen in de nier echter ook gaan ontaarden. Ze verliezen hun functie en beginnen enkel maar te groeien. Hierdoor ontstaat er een massa die we nierkanker of een niertumor noemen. Er bestaan verschillende vormen van nierkanker. In de meeste gevallen gaat het om een 'renaalcelcarcinoom'. De behandeling hiervoor is het letsel operatief verwijderen.

Partiële nefrectomie

De nier is een heel goed doorbloed orgaan. Tijdens de ingreep klemmen we meestal (tijdelijk) het bloedvat (of een zijtak) dat de nier van bloed voorziet af. Daarna maken we een snee in de nier om zo de tumor te kunnen verwijderen. Aangezien deze tumoren doorgaans ingekapseld zijn, is het mogelijk om het omgevende gezonde nierweefsel te sparen. Zo moeten we niet de volledige nier verwijderen (vandaar de benaming 'partiële nefrectomie' of gedeeltelijke verwijdering van de nier). Als de tumor verwijderd is, naaien we de nier terug dicht en halen we de klem van het bloedvat. Het afklemmen van het bloedvat proberen we zo kort mogelijk te houden, zodat de nier snel terug bevoeid wordt.



Figuur 1 De nier.
Op de figuur rechts zie je bovenaan in de nier een niertumor.



Figuur 2 De partiële nefrectomie.
Hierbij verwijderen we de bovenkant van de nier (waar de tumor zich bevindt) en naaien we het nierkapsel dicht.

03 VOORBEREIDING

Onderzoeken voor de ingreep

Soms moeten er nog extra beeldvormingsonderzoeken gebeuren. Daar kunnen diverse redenen voor zijn. Soms wil de arts zeker zijn dat de tumor niet is uitgezaaid elders in het lichaam. Soms wil de arts de lokale anatomie en de bloedvaten van de nier beter in beeld brengen. Dat is nodig om de operatie optimaal voor te bereiden.

Voor de operatie krijg je een afspraak voor een **preoperatieve anesthesieconsultatie**. Tijdens die consultatie overloopt de anesthesist enkele zaken met jou: ziektegeschiedenis, eventuele allergieën, medicatiegebruik enz. Als dat nodig is verwijst de anesthesist je door naar een specialist voor bijkomende onderzoeken of past die je huidige medicatie aan.

Opname op de verpleegafdeling

Afhankelijk van het moment waarop je ingreep plaatsvindt, word je de dag voor de ingreep of de dag van de ingreep opgenomen. Je meldt je op het voorziene uur aan in het ziekenhuis aan ingang 11. Kijk op www.uzgent.be/aanmelden-inschrijven voor meer informatie. Hierna ga je naar de verpleegafdeling op de 5e verdieping van ingang 50 (route 615), waar je je mag aanmelden aan het secretariaat. De verpleegkundige of secretaresse van de afdeling verwelkomt jou en begeleidt je naar je kamer. De verpleegkundige stelt je nog enkele vragen om de zorg op jou af te stemmen. Je verneemt ook het uur waarop de ingreep vermoedelijk zal plaatsvinden.

De opnameduur bedraagt doorgaans twee à drie dagen. Je brengt dus nachtkledij, toilet- en wasgerief mee. Een paar pantoffels en eventueel een kamerjas zijn handig. Waardevolle voorwerpen laat je het best thuis. Vergeet zeker niet je thuismedicatie mee te brengen (bij voorkeur in de originele verpakking). Als je nog anti-emboliekousen (TED-kousen) hebt van een eerdere opname in het ziekenhuis, mag je die ook meebrengen.

Als voorbereiding op de ingreep scheren we de buikstreek. Soms kan er nog een bloedafname gebeuren voor een bloedgroepbepaling en om twee eenheden bloed te bestellen die we voor alle zekerheid in reserve houden.

04 INGREEP

Op het ogenblik dat de arts je naar de operatiezaal vraagt, geeft de verpleegkundige jou een operatiehemdje. Je trekt dan alle andere kledij uit en verwijdert ook juwelen, kunstgebit, hoorapparaat of bril. We brengen jou met je bed naar de *bedhold* (wachtzaal voor patiënten die geopereerd zullen worden). Deze ingreep vindt plaats op de 1ste verdieping van het gebouw met ingang 12. Voordat de ingreep begint en je in slaap wordt gebracht, stelt de anesthesist je nog enkele vragen. Het is mogelijk dat je de uroloog niet meer ziet, omdat die pas binnenkomt als je al slaapt.

In de operatiezaal ga je op de operatietafel liggen. Terwijl artsen en verpleegkundigen alles klaarmaken voor de ingreep, krijg je een infuus waarlangs de anesthesist de slaapmedicatie inspuit. Zodra je slaapt, draait de anesthesist jou samen met de uroloog en verpleegkundigen op je zij (de kant waar de nier geopereerd wordt, komt bovenaan te liggen). Dat is nodig om de operatie te kunnen uitvoeren. Je lichaam wordt ondersteund en op enkele plaatsen vastgemaakt aan de operatietafel met tape, zodat je stabiel ligt. Aangezien je voor enkele uren op deze tafel ligt, is een juiste positionering heel belangrijk. Hier besteden we dan ook veel aandacht aan.

De ingreep zelf voeren we uit met een operatierobot. Die robot bestaat uit twee delen. Het eerste deel is een console waarachter de chirurg plaatsneemt. Van hieruit stuurt hij of zij de robot aan. Aan de operatietafel zelf staan een instrumentist en een assistent die de robotarmen plaatsen. De chirurg bedient de armen van de robot vanachter de console.



Figuur 3 Operatierobot

We maken vijf of zes kleine incisies waarlangs we de instrumenten van de robot inbrengen. Afhankelijk van de grootte van de niertumor vergroten we een van de openingen om het letsel op het einde van de ingreep uit het lichaam te kunnen halen.

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 verloopt.

De ingreep zelf duurt ongeveer twee tot vier 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.

05 NA DE INGREEP

De ontwaakafdeling

Na de ingreep brengt de anesthesist jou naar de ontwaakafdeling (PACU of *post anesthesia care unit*). Tijdens het ontwaken uit de verdoving volgen de verpleegkundigen jou nauwlettend op. Je bent verbonden met een monitor die jouw bloeddruk, pols en ademhaling weergeeft. De verpleegkundigen geven je ook de voorgeschreven pijnstilling. Wanneer de anesthesist beslist dat het veilig is, brengen de verpleegkundigen je terug naar de verpleegafdeling. Meestal is dat enkele uren na de operatie.

Buisjes en slangetjes na de operatie

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

In je neus bevindt zich een sonde die de overtollige maagsappen afvoert. Die sonde wordt normaal verwijderd net voor je wakker wordt.

In de arm en/of in de hals heb je een infuus, waarlangs we jou het nodige vocht en de nodige medicijnen geven. Dat infuus gaat uit als je voldoende kan eten en drinken.

Je hebt ook een blaassonde als je wakker wordt. Zodra je na de ingreep uit bed kan om rond te stappen, verwijderen we de blaassonde. Vaak is dat de eerste ochtend na de operatiedag.

Ter hoogte van de buik is mogelijk een drain geplaatst. Die drain voert wondvocht en oud bloed af. De verpleegkundigen controleren de drain op regelmatige tijdstippen. Doorgaans verwijderen we de drain binnen de twee dagen na de ingreep.

Terug op de kamer

Als je enkele uren na de operatie terug op je kamer bent, helpt de verpleegkundige jou met het aantrekken van je nachtkledij. We meten regelmatig je pols, bloeddruk en temperatuur. Als je ergens last van hebt, geef dat dan tijdig aan. Pijn of last hebben is nergens voor nodig. Stilaan zal je ook meer uit bed mogen en opzitten.

De avond van de ingreep mag je al starten met water drinken en iets kleins eten (bv. yoghurt) als je daar zin in hebt. De dag na de ingreep start je met licht verteerbare voeding (beschuit, yoghurt, bouillon) en wordt de normale voeding vrij snel herstart.

De arts van de afdeling bezoekt je dagelijks. Op zijn of haar advies worden de drain en blaassonde verwijderd en wordt medicatie aangepast of gestopt.

Je draagt lange anti-emboliekousen en krijgt dagelijks onderhuidse spuitjes met een bloedverdunner in je buik of bovenbeen. Dat voorkomt klontervorming. Ook na ontslag uit het ziekenhuis zal je die inspuitingen nog een tijdje moeten krijgen.

Ontslag

De arts beslist wanneer je naar huis kan gaan. Meestal is dat vanaf twee dagen na de ingreep, afhankelijk van hoe je je voelt, hoe de thuisopvang is, maar ook van het oordeel van de arts of je er klaar voor bent.

Na ontslag wordt de zorg in samenwerking met de thuisverpleegkundige verdergezet.

De arts licht je voor het ontslag in of er al dan niet hechtingen of wondhaakjes moeten verwijderd worden tien dagen na ontslag.

06 COMPLICATIES

Elke ingreep houdt, ondanks de voorzorgen, een risico op complicaties in. Die bijwerkingen 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. Je arts en verpleegkundige volgen je nauwgezet op om die bijwerkingen vroegtijdig op te sporen. De complicaties die we in deze brochure beschrijven kunnen optreden tijdens of in de eerste weken na je opname. Laat je niet afschrikken door de opsomming hieronder. Hoogstwaarschijnlijk krijg je niet van al deze bijwerkingen last. De ernst van de bijwerkingen verschilt van persoon tot persoon en is onvoorspelbaar.

Pijn

Pijn na de ingreep is normaal. Omdat we jou met een operatierobot opereren, is de pijn duidelijk minder dan bij een open ingreep. Maar de pijn is wel nog altijd aanwezig. Naargelang je aangeeft hoe erg de pijn is, kunnen wij die onder controle houden met pijnstillers. Ook na het ontslag kan een gewone pijnstiller nodig zijn. Blijf je echter heel veel pijn hebben, dan contacteer je het best je huisarts of het ziekenhuis.

Maag-darmproblemen

Meestal komt de darmwerking na de ingreep vlot op gang en kan je de dag na de ingreep al behoorlijk eten. Soms kan het echter enkele dagen duren voor de darmwerking op gang komt. Heel uitzonderlijk kan je hierdoor zelfs eens moeten overgeven. Als dat nodig is kunnen we medicatie geven om de darmwerking te bevorderen.

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

Koorts

Een tijdelijke temperatuursverhoging tot 38° kan optreden na een partiële nefrectomie. Een temperatuur van meer dan 38,5°C beschouwen we pas als koorts. Koorts wijst in vele gevallen op een infectie. Na de operatie is dat meestal een infectie van de urinewegen, de nieren, de longen, het buikvlies of een wonde. Om met zekerheid een infectie te bevestigen nemen we kweken af van verschillende lichaamsstelsels (urine, speeksel, bloed, wondvocht, drainagevocht...). We starten alvast met antibiotica in afwachting van het resultaat van de kweek. Als dat nodig is passen we de antibiotica aan.

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.

Nabloeding

Een bloeding is na elke ingreep mogelijk, maar bij een partiële nefrectomie hebben we hier extra aandacht voor. De nier is immers een bijzonder goed doorbloed orgaan. Als er een lichte bloeding optreedt, dan volgt de verpleegkundige van de afdeling je van nabij op door onder andere bloeddruk en pols regelmatig te controleren. Als je plots heel hevige flankpijn voelt, gepaard met een lage bloeddruk en (neiging tot) flauwvallen, wijst dat meestal op een acute, hevige bloeding. In dat geval voeren we meteen een scan uit en kan het nodig zijn dat het bloedend vat in de nier wordt dichtgelijmd via een punctie in de lies. Dat gebeurt door onze collega's van Interventionele radiologie. Zo raakt de bloeding onder controle en blijft je nier gespaard. Soms is het bijkomend nodig om je een bloedtransfusie te geven. Een dergelijke hevige bloeding is zeldzaam (2%) en komt voornamelijk voor bij grote of diepliggende tumoren.

Bloed in de urine kan de eerste dagen na de operatie optreden. Als dat na een periode van heldere urine plots optreedt of heel hevig wordt, moet je onmiddellijk contact opnemen met je behandelende uroloog.

Wondinfectie

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

Diepveneuze trombose en longembolie

Bij een diepveneuze trombose heeft er zich een bloedklonter gevormd in de diepe aders van je benen. Dat gaat typisch gepaard met een gezwollen en/of pijnlijke kuit. Wanneer de bloedklonter los komt uit de benen en verder migreert via het hart naar de longslagader ontstaat er een longembolie. Dat gaat gepaard met zuurstoftekort in het bloed, wat je ervaart als kortademigheid. In ernstige gevallen kan er een weerslag zijn op de hartfunctie. Aangezien je geopereerd bent in het kleine bekken en weinig mobiel bent, loop je een verhoogd risico op deze complicatie. We nemen echter preventieve maatregelen om ervoor te zorgen dat deze complicatie niet optreedt. Zo draag je na de operatie lange anti-emboliekousen, krijg je onderhuidse inspuitingen met een bloedverdunner en vragen we jou de dag na de operatie al om uit bed te komen. Als je toch een diepveneuze trombose of longembolie ontwikkelt, dan verhogen we de dosis van de bloedverdunders en krijg je eventueel zuurstof toegediend. In zeldzame gevallen is een opname op de afdeling Intensieve zorg 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. Als de bloeddruk toch te hoog blijft, geven we medicatie. 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 bij de cardioloog en eventueel opstarten van medicatie kan deze stoornissen oplossen. In sommige gevallen is een elektrocardioversie (= onder narcose toedienen van een 'stroomstootje' om het hart weer regelmatig te laten kloppen) nodig om het hartritme terug onder controle te krijgen.

Een hartinfarct (AMI), een beroerte (CVA) of het compartimentsyndroom is heel zeldzaam, maar potentieel levensbedreigend. Als die toch zouden optreden is een opname op de dienst Intensieve zorg noodzakelijk. Via de preoperatieve anesthesieconsultatie sporen we de mogelijkheid op dergelijke complicaties voortijdig op om het risico zoveel mogelijk te beperken.

Neurologische problemen

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

Als je voor de ingreep al last had van schouder-, arm- of heupproblemen, moet je ons hiervan zeker 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, zorgen ervoor dat de opstoot beperkt blijft. Een goede conditie voor de ingreep helpt de kans op een opstoot te verkleinen.

Urineweginfectie

Enkel bij een klinische urineweginfectie, die gepaard gaat met koorts, moet je een behandeling met antibiotica krijgen.

07 OPVOLGING

Enkele weken na de ingreep plannen we een eerste consultatie bij de uroloog. De uroloog:

- ▲ bespreekt met jou het pathologisch verslag (Om welk type tumor ging het nu precies? Soms blijkt het weggenomen letsel toch goedaardig te zijn. In dat geval is doorgaans geen verdere opvolging noodzakelijk.)
 - ▲ controleert de operatiewondjes
 - ▲ neemt een echografie van de geopereerde nier
 - ▲ voert een bloedonderzoek uit (soms)
 - ▲ plant de verdere oncologische opvolging met controlescans van de buik en de longen.
- De frequentie van de scans hangt af van de aard van de gevonden tumor. Daarnaast is een bloedcontrole om de zes maanden nodig om de nierfunctie op te volgen. Dat kan ook via je huisarts gebeuren. Als de nierfunctie fors verlaagd is, kan je eventueel worden doorverwezen naar een nierfunctiespecialist (nefroloog).

08 LEEFSTIJL

Voeding en vocht

Na ontslag uit het ziekenhuis mag je weer een normaal voedingspatroon volgen. Kies voor een gezonde en gevarieerde voeding. Drinken maakt daar een belangrijk deel van uit. Probeer 1,5 liter per dag te drinken.

Beweging

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

Hoe fitter je bent **vóór de chirurgische ingreep**, hoe vlotter het herstel zal zijn nadien, wat leidt tot beter functioneren en dus een hogere levenskwaliteit na de ingreep.

Na de chirurgische ingreep word je het best zo snel mogelijk terug actief. Langdurige bedrust bevordert je herstel niet en zorgt voor vermindering in fysieke conditie en spiermassa. Daarom laat de verpleegkundige jou de dag na de ingreep al uit bed komen. Beweging is belangrijk om complicaties door bedrust, zoals klontervorming in het bloed, doorligwonden, constipatie en longontsteking te voorkomen.

Bij thuiskomst na de operatie mag je lichte huishoudelijke taken opnemen. Je mag niet meer dan 5 kg tillen gedurende zes weken. Tijdens die periode moet je ook grote inspanningen en contactsporten vermijden. Sport bouw je langzaam weer op en tijdens het sporten luister je naar de signalen van je lichaam. Door geleidelijk aan terug fysiek actief te worden na je operatie, zorg je voor een betere conditie, meer spiermassa, en dus een verhoogde levenskwaliteit.

09 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 je ervaart, kan bij momenten onder druk komen te staan.

Een kankerdiagnose kan veel vragen en onzekerheden met zich meebrengen. Hoe zal de ziekte evolueren, welk effect zal de behandeling hebben, zullen er bijwerkingen optreden en hoe lang zal ik daar last van hebben? Daar komen vaak ook hevige emoties bij kijken, zoals angst, verdriet, boosheid, ongeloof, kwetsbaarheid ... Die twijfels en emoties treffen niet alleen jezelf, maar ook je partner, familie en/of eventuele belangrijke anderen. Hoe je met de ziekte omgaat is voor iedereen verschillend. We geloven dat mensen vaak een heel grote draagkracht hebben, hoe moeilijk de situatie ook is. Maar soms zijn de twijfels en emoties voor jou of je omgeving te zwaar om alleen te dragen. Praten met elkaar of met een hulpverlener kan helpen in dat geval.

10 CONTACT

Polikliniek Urologie

T 09 332 22 76

poli.urologie@uzgent.be

Ingang 71, route 710

Verpleegafdeling Urologie

T 09 332 27 61

Ingang 50, route 615

Wil je deze folder of andere documentatie over jouw behandeling digitaal bekijken?

Je vindt alle info op www.uzgent.be/folders-kankercentrum onder de rubriek 'Urologische oncologie'.
