

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

Orchidopexie (ingreep voor niet-ingedaalde teelbal)

Geachte patiënt,

Deze informatiebrochure werd geschreven door de Belgische Associatie van Urologen (BAU), aangesloten bij het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-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 kunnen ontstaan.

Het eerste deel van deze brochure (A) omvat algemene informatie over de orchidopexie.

Het tweede deel (B) omvat het concrete informatie- en toestemmingsformulier dat u moet ondertekenen alvorens de behandeling kan worden uitgevoerd.

A. Algemene informatie over orchidopexie

Geachte patiënt, Beste ouders,

Bij u / uw zoon zal er een chirurgische ingreep onder algemene verdoving uitgevoerd worden voor de indicatie die hieronder wordt uitgelegd:

Behandeling van niet-ingedaalde teelbal (cryptorchidie) d.m.v. een orchidopexie:

Tijdens de embryologische ontwikkeling (in de baarmoeder) dalen bij jongens de teelballen vanuit de buik naar de balzak (scrotum). De teelballen liggen in de balzak omdat de temperatuur daar iets lager is dan de lichaamstemperatuur. Dat is noodzakelijk voor een normale ontwikkeling van de teelbal en de vruchtbaarheid.

Als een teelbal te hoog gelegen is, kan deze soms nog indalen tijdens het eerste levensjaar. Indien een teelbal niet op tijd is ingedaald (cryptorchidie) wordt een ingreep voorgesteld om deze in de balzak te brengen. Indien dit niet gebeurt, is er een hogere kans op verminderde vruchtbaarheid en slechte ontwikkeling van de teelbal. Er is ook een iets hogere kans dat er kwaadaardigheid ontstaat in een niet-ingedaalde teelbal. Bovendien kan een gezwel in de teelbal moeilijker worden vastgesteld, omdat het moeilijker of niet te voelen is door de hoge ligging van de teelbal.

Soms bevinden teelballen zich wel in de balzak, maar springen ze bij de minste spanning of koude naar de liesstreek: de cremasterspijeren trekken de teelbal op naar de lies; er is dan een (te) sterke cremasterreflex. Men spreekt van retractiele teelballen. Door de lengtegroei kan het soms zijn dat deze teelballen na verloop van tijd niet meer in het scrotum (balzak) aanwezig blijven: dit zijn ascending (opstijgende) teelballen. De cremasterspiertjes zijn te kort geworden. Ook dan kan een orchidopexie aangewezen zijn.

Cryptorchidie kan gepaard gaan met een hydrocoele communicans of blijvende verbinding met de buikholte, wat tijdens de ingreep wordt vastgesteld en tegelijk opgelost.

Techniek

Er wordt een insnede gemaakt t.h.v. de liesstreek. De niet-ingedaalde teelbal bevindt zich dikwijls t.h.v. het lieskanaal. De teelbal wordt voorzichtig vrijgemaakt. Hierbij moeten de cremasterspiertjes worden doorgenomen (hebben geen belangrijke functie). Dan wordt de zaadstreng en de bloedvaten die naar de teelbal gaan, voorzichtig vrijgemaakt.

Soms is er een verbinding van het buikvlies naar het vlies rond de teelbal: hydrocoele communicans. In dat geval wordt deze verbinding doorgenomen en afgebonden in het lieskanaal, zodat de breuk ook behandeld is. Via een kleine insnede in de balzak kan de teelbal gefixeerd worden.

Soms zijn de zaadstreng of de bloedvaten zo kort dat de teelbal toch niet in de balzak kan gebracht worden. In dat geval kan het nodig zijn om een ingreep in 2 tijden uit te voeren. De teelbal wordt gefixeerd op een zo laag mogelijke plaats en minstens 6 maanden later wordt een tweede ingreep uitgevoerd. Het is niet altijd mogelijk om de teelbal dan volledig in de balzak te brengen. Bij erg hoog gelegen teelballen, bijv. in de buikholte boven het lieskanaal, kan het soms nodig zijn om bloedvaten door te nemen. De teelbal moet dan overleven op de bloedvaten die op de zaadstreng verlopen. Hier is dan steeds een tweede ingreep nodig. Men hoopt dat deze kleinere bloedvaten zich intussen verder ontwikkeld hebben om de teelbal te kunnen doen overleven. Indien de teelbal toch veel te klein wordt, wordt hij weggenomen.

Soms wordt er slechts een minderwaardig aangelegde, zeer kleine teelbal gevonden: deze wordt best weggenomen wegens risico op kwaadaardige ontwikkeling of omdat antistoffen tegen deze teelbal ook de andere teelbal kunnen aantasten. Eventueel kan later, wanneer de patiënt volgroeid is, een teelbalprothese geplaatst worden.

Het is mogelijk dat voor of tijdens de operatie geen teelbal kan gevonden worden in de liesregio. In dat geval kan de arts soms beslissen een kijkoperatie uit te voeren (laparoscopie). Hierbij wordt een kleine opening gemaakt in de navel om een camera te kunnen plaatsen in de buikholte. Deze holte wordt dan opgeblazen met CO₂-gas om werkruimte te creëren. Er worden nog 2 of 3 kleine insneden gemaakt in de buikwand om met instrumentjes de teelbal te zoeken in de buikholte. Als een voldoende ontwikkelde teelbal wordt gevonden, kan deze vrijgemaakt worden en in 1 of 2 operaties naar de balzak worden gebracht. Als de teelbal minderwaardig is, wordt hij best weggenomen. De huidincisies genezen na ongeveer tien dagen. De gebruikte hechtingen zijn meestal resorbeerbaar en zitten dikwijls net onder de huid (lossen op na 3-6 weken).

De operatie verloopt meestal zonder incidenten en leidt meestal tot een goed cosmetisch resultaat. Bij tijdige interventie (voor de leeftijd van 2 jaar) worden gunstige effecten op de vruchtbaarheid en op het risico op latere kwaadaardigheid vastgesteld (betere vruchtbaarheid en lager risico).

Risico's en mogelijke complicaties

Dit is een niet-exhaustieve lijst van algemene en specifieke complicaties met de frequentie dat deze optreden.

Frequent: >15%

Occasioneel: 5-15%

Zeldzaam: 1-5%

Zeer zeldzaam: <1%

Tijdens de operatie

- Elke ingreep, hoe klein ook, houdt risico's in die soms onvoorspelbaar en uitzonderlijk zijn, maar mogelijk ernstig (hartaanval, diepe veneuze trombose, longembolie, anafylactische shock op allergie, bloeding, overlijden). Dit gebeurt gelukkig uiterst zelden.
- Ernstige complicaties van vitale organen (hart, bloedsomloop, longen, nieren) en/of blijvende schade (zoals orgaanfalen, verlamming) zijn zeer zeldzaam.

- Zeer zelden kan de ingreep niet uitgevoerd worden omdat er zich een ernstige complicatie voordoet en de operatie moet gestaakt worden.
- Zeer zelden kan het nodig zijn om bijkomende handelingen te verrichten om problemen die zich tijdens de ingreep voordoen te behandelen. Daarom dient u toe te stemmen om, indien uw behandelend arts dit nodig of raadzaam acht, bijkomende handelingen te stellen om onverwachte problemen op te lossen.
- Ook voorbereidende, begeleidend of latere acties zijn niet geheel vrij van risico's. Zo kunnen bijvoorbeeld infusies of injecties problemen veroorzaken zoals spuit abscessen, lokale weefselbeschadiging (necrose) en / of veneuze irritatie, dermatitis. Deze zijn meestal van voorbijgaande aard. Zeer zelden kunnen deze leiden tot permanente schade aan de zenuwen (pijn, verlamming).
- Bij het vrijmaken van de teelbal met zijn bloedvaten en zaadstreng, kan zeer zeldzaam schade aan deze bloedvaten of zaadstreng ontstaan. In dat geval is het mogelijk dat de teelbal toch verder achterblijft in groei, of dat de teelbal afsterft, of dat er geen zaadcellen uit deze teelbal meer kunnen komen bij een zaadlozing.
- Bij een kijkoperatie (laparoscopie), kan in zeer zeldzame gevallen schade ontstaan aan organen in de buik, zoals grote bloedvaten, darmen, blaas. Dit kan gepaard gaan met infectie in de buikholte of met belangrijk bloedverlies waarvoor transfusie kan nodig zijn. Zelfs al wordt al het getransfundeerde bloed getest, dan nog is overdracht van een aantal besmettelijke ziekten niet 100 % uit te sluiten (HIV, hepatitis,...). Zeer zelden kan het nodig zijn om een insnede in de buik te maken om schade van buikorganen te herstellen. Zeer zelden wordt deze schade pas later ontdekt en moet een extra ingreep worden uitgevoerd om dit te herstellen.
- Na een kijkoperatie is het in zeldzame gevallen mogelijk dat de darmen niet onmiddellijk functioneren; tijdelijk verlamd zijn. Dit kan gepaard gaan met een opgezette buik en braken.

Na de operatie

- Lokale zwelling is volstrekt normaal (vnl. t.h.v. het scrotum) en resorbeert spontaan na enkele dagen. Zeer zelden zal er een blauwe plek (hematoom) ontstaan die gedraineerd dient te worden via een kleine incisie.
- Een lokale bloeding is ook de dagen volgend op de operatie nog mogelijk. Zo nodig kan deze afgedrukt worden met een kompres. Indien de bloeding blijft bestaan dient best een arts geraadpleegd te worden.
- Wondinfecties kunnen het genezingsproces aanzienlijk vertragen. Het risico op infectie is occasioneel tot zeldzaam. Dit treedt voornamelijk op als er vooraf al een infectie was. Regelmatig ontsmetten is nodig. Enkele dagen antibiotica zijn zelden nodig.
- Zelden kan er een minder esthetisch litteken ontstaan. Dit heeft veel te maken met persoonlijke aanleg (bvb. keloidvorming).
- Allergie of overgevoeligheid (bijv. aan medicatie, pijnstillers, verdovingsmiddelen, ontsmettingsmiddelen, latex) kan tijdelijk zwelling, jeuk, niezen, huiduitslag, duizeligheid of braken en andere reacties veroorzaken. Ernstige complicaties van vitale organen (hart, bloedsomloop, longen, nieren) en/of blijvende schade (zoals orgaanfalen, verlamming) zijn zeer zeldzaam.
- Een luchtweginfectie kan in zeldzame gevallen voorkomen; meer kans na algemene verdoving en bij rokers.
- Ook voorbereidende, begeleidend of latere acties zijn niet geheel vrij van risico's. Zo kunnen bijvoorbeeld infusies of injecties problemen veroorzaken, zoals spuitabscessen, lokale weefselbeschadiging (necrose) en/of veneuze irritatie, dermatitis. Deze zijn meestal van voorbijgaande aard. Zeer zelden kunnen deze leiden tot permanente schade aan de zenuwen (pijn, verlamming).
- Pijn: de ingreep vereist geen grote incisies of traumatische acties, de pijn is meestal gering en beperkt tot een paar dagen na de operatie. Een klassieke pijnstiller kan dan ingenomen worden.

- Zoals hoger reeds besproken kan er in zeer zeldzame gevallen schade ontstaan aan de bloedvaten van de teelbal. De teelbal kan afsterven of geleidelijk atrofiëren (zeer klein en minderwaardig worden). In dat geval moet soms de teelbal weggenomen worden tijdens een bijkomende ingreep.
- Er kan ook in zeer zeldzame gevallen schade aan de zaadstreng ontstaan, wat verminderde vruchtbaarheid kan veroorzaken.
- De teelbal kan zelden na de operatie toch terug naar de liesstreek migreren, waarvoor dan een nieuwe ingreep nodig is om dit op te lossen.

Vorbereiding voor de operatie

Voor de procedure: Laat ons weten welke medicijnen u gebruikt. De behandelend arts zal beslissen of en wanneer het gebruik van deze middelen moet worden gestaakt en vervangen worden door andere middelen, waaronder met name antistollingsgeneesmiddelen. Vertel ook aan uw arts welke operaties en ziektes u reeds hebt doorgemaakt, welke eventuele complicaties en of u allergisch bent aan bepaalde stoffen. De keuze van verdoving: plaatselijke verdoving, regionale verdoving (alleen het onderlichaam is verdoofd) of algemene verdoving (je slaapt volledig) wordt medebepaald door de chirurg en de anesthesist op basis van de persoonlijke voorgeschiedenis. Bij kinderen betreft het bijna steeds een algemene verdoving. U dient nuchter te zijn op de dag van de operatie.

Indien gewenst kunt u met de facturatedienst van het ziekenhuis contact opnemen om de kostprijs van de ziekenhuisopname te kunnen inschatten.

Specifieke anesthesiologische aspecten en risico's kunnen met de anesthesist besproken worden.

Het kan voorkomen dat een andere chirurg, die de noodzakelijke capaciteiten heeft, de ingreep zal uitvoeren.

Nazorg na de operatie

Na de operatie is er geen strikte bedrust nodig.

- De wonde wordt meestal gesloten met hechtingen die spontaan resorberen.

- Wondcontrole is dagelijks noodzakelijk. Bij problemen dient u meteen uw arts te raadplegen.

Dikwijls zijn er waterdichte kleefverbandjes aangebracht die pas na 10 dagen moeten verwijderd worden en waarmee kort douchen of baden is toegelaten vanaf 48 uur na de ingreep.

- Om zwelling te voorkomen of te verminderen, kan het raadzaam zijn om voor een paar dagen een strakke onderbroek te dragen.

- Als de operatie ambulantly wordt verricht dient u/uw zoon te worden opgehaald door een volwassen begeleider, omdat de alertheid van u of deze van uw zoon door de verdoving en/of pijnstillers verminderd kan zijn. We zullen u zeggen wanneer u/uw zoon weer actief kan deelnemen aan het wegverkeer. U/uw zoon dient ook te vermijden om alcohol te drinken of belangrijke beslissingen te nemen in deze periode.

- De procedure is meestal pijnloos. Pijnstilling zal intraveneus of oraal, indien nodig, worden toegediend.

- De duur van ziekenhuisopname is meestal een paar uur tot 48 uur.

- Sporten (ook zwemmen) is afgeraden gedurende min. 2 weken.

- Uw zoon kan dikwijls terug naar school vanaf 2 of 3 dagen na de ingreep.

Bij welke signalen dient u uw arts te raadplegen tijdens uw herstel?

In geval van moeilijk urineren, hoge koorts (boven 38 °C), bloeden, pijn.

Wat zijn de gevolgen van de interventie?

De techniek die wordt uitgevoerd is een standaardingreep. Echter, zoals met elke ingreep, kunnen zich soms bepaalde complicaties voordoen, zoals hierboven beschreven.

Daarna

Meestal worden één of meer controles aangeraden na de ingreep.

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