

GEINFORMEERDE TOESTEMMING

Radicale Prostatectomie (met klierevidement) versie 1.1 (2011)

Geachte patiënt,

Deze informatiebrochure werd geschreven door de Belgische Associatie van Urologie (BAU) mede dankzij van het Verbond van Belgische Specialististen (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.

Deze brochure is niet allesomvattend en/of exhaustief en gebaseerd op de huidige stand van de medische wetenschap en de toepasselijke medical guidelines omtrent radicale prostatectomie.

Tijdens de consultatie met de behandelende arts zal, voor zover als nodig, bijkomende relevante informatie worden meegedeeld.

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

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

Frequent: >15%

Occasioneel: 5-15%

Zeldzaam: 1-5%

Zeer zeldzaam: <1%

A. ALGEMENE INFORMATIE over de radicale prostatectomie

A.1 ANATOMIE en doel van de ingreep.

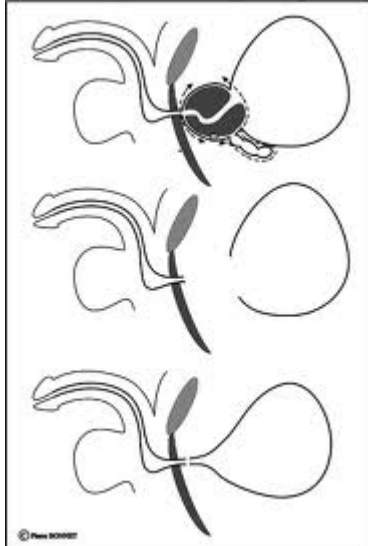
Bij u werd een kwaadaardige uitbreiding van de prostaat gediagnosticeerd (prostaatkanker).

De prostaat is een klier tussen de blaas, die de urine verzamelt en de sluitspier die urinecontinentie verzekert. De prostaat wordt doorkruist van boven naar onder door de plasbuis en produceert een deel van het sperma. De zaadblaasjes, die de reservoirs zijn van het sperma, en de zaadleiters die de zaadcellen vanuit de teelballen aanvoeren, monden uit in de urethra op het niveau van de prostaat.

Bij een radicale prostatectomie wordt de prostaat, samen met de zaadblaasjes verwijderd en worden de zaadleiters doorgeknipt. De blaas wordt aan de urethra gehecht aan het einde van de procedure. De lymfeklieren kunnen worden weggenomen afhankelijk van uw individueel stadium. Deze lymfeknopen zijn de eerste filters waarin kankercellen die al zijn ontsnapt zullen stoppen.

Normaal is de prostaat een kastanje groot en vormt een ring rond de plasbuis. Prostaatkanker bevindt zich meestal in de buitenste zone van de klier en meestal gaat deze gepaard zonder symptomen.

Zelden is door de tumor de plasbuis samengedrukt en wordt daardoor de urinestroom belemmerd. Bij progressie van de ziekte kunnen er zich uitzaaiingen ontwikkelen in de lymfeklieren en in de botten; soms in andere organen.



A.2 Behandelingsopties

De aard van de behandeling hangt af van de grootte en de omvang van de tumor, de leeftijd en de algemene conditie van de patiënt.

Mogelijke behandelingen zijn:

- Medische / chirurgische vermindering van het mannelijk geslachtshormoon
- Radiotherapie
- Chemotherapie (cytostatica behandeling)
- Chirurgische verwijdering van de prostaat (radicale prostatectomie): het verwijderen van de gehele prostaatkluis, zaadblaasjes en afvoerkanalen (lymfeknopen) als ook afbinden van de zaadleiters.

A.3 Aard van de ingreep

Deze operatie gebeurt meestal onder algemene anesthesie, minder vaak onder locoregionale anesthesie. Over de risico's van de anesthesie zal u apart geïnformeerd worden door de anesthesist. Deze procedure kan op drie verschillende manieren uitgevoerd worden:: open chirurgie (een insnijding van navel tot schaambeentjes waarlangs de procedure wordt uitgevoerd), laparoscopische chirurgie (een camera en instrumenten worden geïntroduceerd door middel van kleine insnijdingen in de buik, de buik wordt hierbij opgeblazen door gas) en tenslotte de robot geassisteerde laparoscopie, waarbij de laparoscopische instrumenten worden gemanipuleerd door de chirurg via de robot.

Bij deze laatste wordt kooldioxideglas ingebracht in de buik om met een lens ruimte te maken in de buik (laparoscopie). Door een 1 à 2 cm grote incisie in de navelregio wordt onder een kunstlicht via een minicamera in de buikholte gekeken. Via 3-4 extra kleine incisies worden ook andere speciale chirurgische instrumenten ingebracht (bv. fijn pincet en een schaar, naaldvoerders, hemostase instrumenten).

Deze drie technieken geven vergelijkbare resultaten in termen van kankerbestrijding, continentie en het herstel van de erecties.

De exacte procedure is afhankelijk van andere voorbereidende onderzoeken (bijvoorbeeld bloedonderzoek, biopsie), vroegere ingrepen, de bevindingen tijdens de operatie en andere factoren (bv. leeftijd van de patiënten).

Zo bij het verwijderen van de lymfeklieren uit het bekken en bij histologisch onderzoek van de lymfeklieren door vriescoupe zou blijken dat de klieren aangetast zijn kan de operatie vroegtijdig beëindigd worden en kan in sommige gevallen naar een andere behandeling overgeschakeld worden. In zeldzame gevallen kan een verwijdering van de testikels gebeuren tijdens dezelfde anesthesie om het mannelijk hormoon te verlagen.

Als er geen bijzonderheden worden vastgesteld, wordt deze verdergezet en worden de prostaat en de zaadblaasjes verwijderd.

De blaas wordt vervolgens aan de resterende plasbuis genaaid (zie figuur 2). Een blaaskatheter (sonde) wordt voor een bepaalde tijd geplaatst om de urine af te leiden.

A.4 Mogelijke aanpassingen of uitbreidingen tijdens de ingreep

Door onvoorziene omstandigheden (bv. uitgebreide verklevingen, abcesvorming, littekens, complicaties (bv. hevig bloeden) of andere oorzaken kan een aanpassing of uitbreiding van de operatie (bv. verwijderen van zaadbalweefsel) mogelijk zijn. Zo kan soms een laparoscopische chirurgie geconverteerd worden naar een open buikoperatie.

A.5 Risico's en mogelijke complicaties

Ondanks uiterste voorzichtigheid en precisie kunnen er soms letsels optreden aan aangrenzende organen (blaas, darm), bloedvaten of zenuwen.

- Ernstige en frequente risico's/bijwerkingen

De zenuwen die verantwoordelijk zijn voor de erectie lopen direct langs de prostaat en daarom is er steeds een zeer hoog risico dat ze gewond geraken bij het verwijderen van de prostaat, en kan er dus definitieve impotentie zijn postoperatief.

Sedert meerdere jaren worden er zoveel mogelijk inspanningen verricht om deze zenuwen zoveel mogelijk te sparen (afhankelijk van kankerlokatie en de grootte van de tumor). Het dient echter gesteld te worden dat de verwijdering van alle kankercellen de prioriteit is voor de operatie. De erectiele functie kan door medicamenteuze behandeling na de operatie worden verbeterd of hersteld. De vruchtbaarheid is door de interventie echter meestal verloren. Als er kindereens is, bespreekt u best met ons de mogelijkheid om uw sperma vooraf in te vriezen (cryopreservatie).

Als een operatie op tijd wordt uitgevoerd is uw prognose meestal zeer goed.

Tijdelijk of meer permanent urine-verlies (ongewild verlies van urine) is frequent initieel. Om dit verlies te corrigeren kan training van de blaassluitspier en kiné van de bekkenbodemspieren, samen met medicatie reeds veel verhelpen. In zeer zeldzame gevallen kan de chirurgische implantatie van een kunstmatige sluitspier noodzakelijk zijn.

Het is natuurlijk belangrijk dat de operatie op tijd gebeurt. Frequent ontdekken we dat sommige kankercellen zich al buiten de prostaat bevinden. Hiervoor kan dan ook een bijkomende behandeling in een later stadium nodig zijn; zoals radiotherapie (bestraling van resterend tumorweefsel) of hormonale (therapie met als doel het mannelijke geslachtshormoon te verminderen bvb door medicatie - bijv. GnRH-analogen, anti-androgenen- of chirurgische verwijdering van zaadbalweefsel).

Ernstige complicaties (bv. peritonitis, intestinale verlamming, intestinale obstructie, hevig bloedverlies,...), die een uitbreiding van de operatie noodzakelijk maken of waarvoor een tweede chirurgische ingreep nodig is en / of een bloedtransfusie nodig is, is zeldzaam.

Uiterst zeldzaam kan door een letsel of als gevolg van een intestinale obstructie met schade aan de darm, tijdelijk, of in sommige gevallen een blijvende colostomie (stoelgangsderivatie naar de huid) moeten worden aangelegd.

Af en toe is er nierinsufficiëntie, die meestal na enkele dagen normaliseert.

Zelden kan er een lekkage zijn tussen de verbinding van de blaas en plasbuis waarvoor een langduriger drainage (katheter) noodzakelijk is.

Zelden treedt er na een operatie door een abdominale incisie een wondgenezingsprobleem doordat de buikfascia werd opengesneden en werd genaaid. Dit probleem kan vroeg- optreden of laat-tijdig optreden en vergt meestal een chirurgische behandeling. Na een abdominale incisie zal de "vorm" van de buik ook veranderd zijn. Wondproblemen kunnen veroorzaakt worden door ontsteking (bijv. bijbal, schaambeent, en bloeditstorting en vergen vaak een langdurige behandeling en / of re-operaties. Dit geldt ook voor een mogelijke litteken vernauwing (strictuur) van de plasbuis en "weefselkrimp" op het grensvlak tussen de blaas en de plasbuis.

Drukneuropathie (schade aan de zenuwen of zacht weefsel met gevoelsstoornissen tot gevolg door druk) en soms zelfs een verlamming van een ledemaat kunnen veroorzaakt worden door lekstroom, warmte (bijv. warmte matten) en / of desinfecterende middelen aan de huid en weefsel, en is meestal reversibel. In individuele gevallen kan dat ook een langdurige behandeling vereisen. Zelden is er geen volledige recuperatie van de zenuwfunctie, en leidt dit ook blijvende littekens en zenuwuitval.

Verklevingen in de buik na de operatie kunnen aanleiding geven tot chronische pijn en zelden leiden tot darmverstopping. Zelden is ook hier verdere chirurgie voor nodig.

Na verwijdering van de lymfeklieren en lymfekanalen kan er een lymfe-ophoping en -secretie plaatsvinden via een chirurgische opening. Zwelling van de benen door lymfecollectie komt pas voor enige tijd na de operatie, maar is zeldzaam. De beste behandeling is dan drainage .

Het geïnjecteerde gas bij laparoscopische chirurgie kan aanleiding geven tot een tijdelijk gevoel van

“druk”. Af en toe kan er last zijn bij de ademhaling voornamelijk in het gebied van de schouders of de nek na de operatie, en is er een krakend geluid van de huid (crepitatie) kort na de operatie. Allergie of overgevoeligheid (bv. aan pijn- en verdovende middelen, andere geneesmiddelen, ontsmettingsmiddelen, latex) kan tijdelijk zwelling, jeuk, niezen, huiduitslag, duizeligheid of braken en andere kleine reacties geven. Ernstige complicaties aan vitale functies (hart, bloedsomloop, longen, nieren) en blijvende letsels (zoals orgaanfalen, verlamming) zijn zeer zeldzaam. Zoals voor elke chirurgische procedure kan het vormen van bloedklonters in de grote aderen (trombose), aanleiding geven tot het uitzetten van een bloedvat en deze zelfs afsluiten (embolie). Als preventieve maatregel wordt onder meer de toediening van anticoagulantia (bv injectie van heparine) aangeraden, hoewel dit op zich een hoger bloedingsrisico veroorzaakt en dit dan kan leiden tot een ernstiger aandoening.

Ook voorbereidende, begeleidend of latere procedures zijn niet geheel vrij van risico's. Bv. infusies of injecties kunnen oorzaak zijn van infectie (abscessen), lokale weefselschade (necrose) en / of veneuze irritatie / ontsteking evenals tijdelijke, zeer zelden, permanente zenuwbeschadiging (pijn, verlamming). Iedere pre-of co-morbiditeit (bijvoorbeeld aan het hart, bloedsomloop, longen, lever of stollingsstoornissen) verhogen het risico van interferentie, en dit zullen wij ook met u bespreken.

A. 6 Verloop en duur van de ingreep

Tijdens de hospitalisatie:

De pijn ten gevolge van de ingreep zal gecontroleerd worden door medicatie die op regelmatige tijdstippen wordt toegediend.

Na een laparoscopie is het gebruikelijk dat u gedurende enkele dagen last heeft in de bovenbuik als ook schouderlast door irritatie van het diafragma.

Er zal een controle bloedname gebeuren en soms dient bij bloedverlies een bloedtransfusie worden gegeven. Dit kan onmiddellijk gebeuren of na enkele dagen.

Dagelijkse subcutane injecties met anticoagulantia verminderen het risico op een flebitis of longembolie.

De patiënt mag de eerste dagen opzitten en kan meestal de voeding hernemen de volgende dag na de operatie.

Het verwijderen van de drain voor het wondvocht wordt bepaald door de chirurg.

Na de operatie is er een blaaskatheter aanwezig die vaak valse mictiedrang geeft, dit wordt beter met de tijd (zelfs zonder verdere behandeling). De sonde wordt behouden gedurende een periode van enkele dagen tot enkele weken volgens de gewoonte van de chirurg en het verloop tijdens de ingreep. De hospitalisatieduur wordt bepaald door de chirurg en is gemiddeld 5 dagen.

Terugkeer naar huis:

Incontinentie (minstens tijdelijk) is zeer frequent na deze operatie. Deze kan aanhouden gedurende enkele maanden maar verbeterd met de tijd. Slechts 10% heeft nog last van incontinentie na 1 jaar.

Onder hen kunnen sommige geholpen worden met een artificiële sluitspier (3% van de geopereerden). De continentie kan ook verbeteren door middel van medicatie en/of bekkenbodembodemkinesithherapie.

Erectieproblemen komen ook heel frequent voor na de operatie en kunnen zelfs definitief zijn als de beide zenuwbundels niet werden gespaard tijdens de operatie. Het herstel van de zenuwbundels kan verbeterd worden door orale medicatie of een directe injectie in de penis. De erecties verbeteren in een periode van een jaar. Bij seksuele betrekkingen is er geen sperma ejaculatie meer, maar het pleziergevoel blijft bewaard met een intensiteit die varieert van patiënt tot patiënt. Na de operatie is de patiënt dus steriel en indien er nog een zwangerschapswens is, dient beter sperma ingevroren te worden voor de operatie.

De convalescentietijd en het hernemen van de dagelijkse activiteit is afhankelijk van de leeftijd van de patiënt en de operatietechniek die werd gebruikt. Over het algemeen dient gesteld te worden dat 1 à 3 maanden nodig zijn voor volledige recuperatie wordt bereikt.

De prostaat wordt na de operatie onderzocht door een anatomopatholoog. Deze analyse maakt het mogelijk om een prognose te maken, maar staat niet toe om te beoordelen of u genezen bent of niet. Voor prostaatcancer hebben we een periode van minimum 5 jaar nodig om te bevestigen dat de genezing compleet is.

De dosage van het PSA via het bloed is voldoende voor de follow-up na een radicale prostatectomie. Op basis van de analyse van de prostaat en de PSA follow-up kan soms een bijkomende therapie voorgesteld worden (radiotherapie, hormonale behandeling,...)

A.7 Informatie van de patiënt

Laat ons steeds weten welke medicijnen u gebruikt. De behandelend arts zal beslissen of en wanneer bepaalde antistollingsmiddelen (bv. warfarine®, Aspirine®, Plavix® of andere moet worden gestopt) of vervangen worden door andere middelen.

Eveneens zal u de arts inlichten over vroegere ingrepen/behandelingen en eventuele bijwerkingen die u hierbij hebt ondervonden.

Ook na de operatie zal u elke abnormale gewaarwording (bv. in de buikwand, benen, koorts hoger dan 38 ° C, blaasaandoeningen, pijn - ook in het niergebied -, ...) melden. Bloedingen, duizeligheid, misselijkheid, enz. dienen onmiddellijk aan de arts gemeld te worden, zelfs wanneer deze klachten plaatsvinden enkele dagen na de ingreep!

B. INFORMATIE-EN TOESTEMMINGSFORMULIER voor de radicale prostatectomie

B.1 Algemeen

Als patiënt heeft u recht op informatie over uw aandoening en over de aanbevolen medische, eventueel chirurgische ingrepen.

Dit formulier wordt u meegegeven tijdens het consult met uw behandelende arts waarin u zowel mondeling als schriftelijk (zie deel A) de relevante informatie wordt gegeven met betrekking tot de geplande ingreep.

Het is de bedoeling dat u dit formulier ten laatste op het moment van de ingreep ondertekend terugbezorgt aan iemand van het medisch team zodat het bij uw patiëntendossier kan worden gevoegd.

Deze informatie is niet bestemd om u te verontrusten, maar wel om u voldoende te informeren zodat u kan beslissen of u deze ingreep al dan niet wenst te ondergaan.