

## GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

### radicale prostatectomie (met klierevidement)

Geachte patiënt,

Deze informatiebrochure werd geschreven door de Belgische Associatie van Urologie (BAU) en dankzij het Verbond der Belgische Beroepsvereniging van Geneesheer-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 eruit kunnen ontstaan.

Deze brochure is niet allesomvattend en/of exhaustief en is gebaseerd op de huidige stand van de medische wetenschap en op de toepasselijke medical guidelines omtrent een radicale prostatectomie. Tijdens de consultatie met de behandelende arts zal u, voor zover dit nodig is, bijkomende relevante informatie worden meegedeeld.

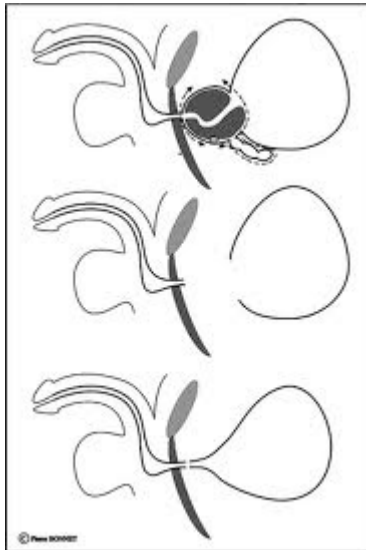
In dit deel van de brochure vindt u algemene informatie over de radicale prostatectomie.

Een tweede, aparte deel omvat het concrete informatie-en toestemmingsformulier<sup>®</sup> dat u moet ondertekenen alvorens de behandeling kan worden uitgevoerd.

#### Algemene informatie over de radicale prostatectomie

##### 1. Anatomie en doel van de ingreep

Er werd bij u een kwaadaardige uitbreiding van de prostaat vastgesteld (prostaatkanker).



De prostaat is een klier die zich bevindt tussen de blaas, die de urine verzamelt, en de sluitspier, die urinecontinentie verzekert.

De prostaat wordt van boven naar onder doorkruist door de plasbuis en produceert een deel van het sperma.

De zaadblaasjes, die de reservoirs van het sperma zijn, en de zaadleiters die de zaadcellen vanuit de teelballen aanvoeren, monden uit in de urethra ter hoogte van de prostaat.

Bij een radicale prostatectomie wordt de prostaat samen met de zaadblaasjes verwijderd en worden de zaadleiters doorgesneden.

De blaas wordt aan het einde van de procedure aan de urethra gehecht.

De lymfeklieren kunnen worden weggenomen afhankelijk van uw individueel stadium. Deze lymfeknopen zijn de eerste filters waarin kankercellen die al zijn ontsnapt, zullen worden tegengehouden.

Normaal is de prostaat zo groot als een kastanje en vormt hij een ring rond de plasbuis. Prostaatkanker bevindt zich meestal in de buitenste zone van de klier en gaat meestal niet gepaard met symptomen. Het gebeurt zelden dat de plasbuis door de tumor wordt samengedrukt en daardoor de urinestroom belemmert. Bij progressie van de ziekte kan de tumor zijn uitgezaaid naar de lymfeklieren en de botten; soms naar andere organen.

## 2. Behandelingsmogelijkheden

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 volledige prostaatklier, zaadblaasjes en afvoerkanalen (lymfeknopen) alsook het afbinden van de zaadleiters.

## 1. Aard van de ingreep

Deze operatie gebeurt meestal onder algemene anesthesie, minder vaak onder locoregionale anesthesie. De anesthesist zal de risico's van de anesthesie afzonderlijk met u bespreken.

Deze procedure kan op drie verschillende manieren worden uitgevoerd : open chirurgie (een incisie van de navel tot het schaambeentje waarlangs de procedure wordt uitgevoerd), laparoscopische chirurgie (een camera en instrumenten worden ingebracht door middel van kleine incisies in de buik, de buik wordt hierbij opgeblazen door gas) en ten slotte de robotgeassisteerde laparoscopie, waarbij de laparoscopische instrumenten worden gemanipuleerd door de chirurg via de robot.

Bij deze laatste methode wordt kooldioxidegas ingebracht in de buik om met een lens ruimte te maken in de buik (laparoscopie). Door een incisie van 1 à 2 cm in de navelregio wordt onder kunstlicht via een minicamera in de buikholte gekeken. Via 3-4 extra kleine incisies worden ook andere speciale chirurgische instrumenten ingebracht (bv. een 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).

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

Als er geen bijzonderheden worden vastgesteld, wordt de operatie verdergezet en worden de prostaat en de zaadblaasjes verwijderd. De blaas wordt vervolgens aan de resterende plasbuis

genaaid (zie figuur). Er wordt gedurende een bepaalde tijd een blaaskatheter (sonde) geplaatst om de urine af te leiden.

## 2. 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 een laparoscopische ingreep soms worden omgezet naar een open buikoperatie.

## 3. 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 grenzen direct aan de prostaat en daarom is het risico steeds heel groot dat ze gewond geraken bij het verwijderen van de prostaat, met als gevolg een definitieve impotentie. Sinds meerdere jaren wordt zoveel mogelijk geprobeerd deze zenuwen zoveel mogelijk te sparen (afhankelijk van de locatie van de kanker en de grootte van de tumor). Er dient echter te worden opgemerkt dat het verwijderen van alle kankercellen de prioriteit van de operatie is. De erectiele functie kan door medicamenteuze behandeling na de operatie worden verbeterd of hersteld. De vruchtbaarheid is door de interventie echter meestal verloren. Als u een kinderswens hebt, bespreekt u best met ons de mogelijkheid om uw sperma vooraf in te vriezen (cryopreservatie). Als de operatie op tijd wordt uitgevoerd, is uw prognose meestal zeer goed.

Tijdelijk of permanent urineverlies (ongewild verlies van urine) komt aanvankelijk frequent voor. Om dit verlies te helpen herstellen, kan training van de blaassluitspier en kinesitherapie van de bekkenbodemspieren, samen met geneesmiddelen, het probleem reeds in grote mate oplossen. In zeer zeldzame gevallen kan de chirurgische implantatie van een kunstmatige sluitspier noodzakelijk zijn.

Het is natuurlijk belangrijk dat de operatie op tijd gebeurt. Zo ontdekken we vaak 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 bijvoorbeeld met geneesmiddelen zoals GnRH-analogen en anti-androgenen) of door het chirurgisch verwijderen van zaadbalweefsel.

### — Zeldzame en uiterst zeldzame risico's/bijwerkingen

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

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

Af en toe treedt er nierinsufficiëntie op, die zich meestal na enkele dagen herstelt.

Zelden kan er een lekkage optreden 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 op doordat de buikfascia werd opengesneden en genaaid. Dit probleem kan in een vroeg of laat stadium optreden en vergt meestal een chirurgische ingreep. Na een abdominale incisie zal de "vorm" van de buik ook veranderd zijn. Wondproblemen kunnen worden veroorzaakt door een ontsteking, bijv. bijbal, schaambeentumor en bloeduitstorting en vergen vaak een langdurige behandeling en/of een nieuwe ingreep. Dit geldt ook voor een mogelijke littekenvernauwing (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 de druk) en soms zelfs een verlamming van een ledemaat kunnen worden veroorzaakt door lekstroom, warmte (bijv. warmtematten) en/of desinfecterende middelen aan de huid en weefsel, en is meestal onomkeerbaar. In individuele gevallen kan dit ook een langdurige behandeling vereisen. Het komt zelden voor dat er geen volledige recuperatie van de zenuwfunctie is en dat dit ook tot blijvende littekens en zenuwuitval leidt.

Verklevingen in de buik na de operatie kunnen aanleiding geven tot chronische pijn en leiden zelden 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 enige tijd na de operatie voor, maar is zeldzaam. De beste behandeling is drainage.

Het geïnjecteerde gas bij laparoscopische chirurgie kan aanleiding geven tot een tijdelijk gevoel van "druk". Af en toe kan er na de operatie last zijn bij de ademhaling voornamelijk in het gebied van de schouders of de nek, en is er een krakend geluid van de huid (crepitatie) hoorbaar kort na de operatie.

Allergie of overgevoeligheid (bv. voor pijnstillende en verdovende middelen, andere geneesmiddelen, ontsmettingsmiddelen, latex) kan tijdelijk zwelling, jeuk, niezen, huiduitslag, duizeligheid of braken en andere kleine reacties met zich brengen.

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 zelfs het afsluiten ervan (embolie). Als preventieve maatregel wordt onder meer de toediening van anticoagulantia (bv. injectie van heparine) aangeraden, hoewel dit op zich een hoger bloedingsrisico inhoudt en dit kan leiden tot een ernstiger aandoening.

Ook voorbereidende, begeleidende of latere procedures zijn niet geheel vrij van risico's. Infusies of injecties kunnen bijvoorbeeld leiden tot 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) verhoogt het risico op interferentie. Dit zal met u worden besproken.

## 1. Verloop en duur van de ingreep

### Tijdens de ziekenhuisopname:

De pijn als gevolg van de ingreep zal onder controle worden gehouden door geneesmiddelen die op regelmatige tijdstippen worden toegediend.

Na een laparoscopie is het gebruikelijk dat u gedurende enkele dagen last hebt in de bovenbuik en ook in de schouders door irritatie van het diafragma.

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

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

De patiënt mag de eerste dagen rechtop zitten en kan meestal al de dag volgend op de operatie opnieuw eten.

De chirurg zal bepalen wanneer de drain voor het wondvocht mag worden verwijderd.

Na de operatie is er een blaaskatheter aanwezig die vaak valse mictiedrang geeft. Dit verbetert in de loop van 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 duur van de ziekenhuisopname wordt bepaald door de chirurg en bedraagt gemiddeld 5 dagen.

### Terugkeer naar huis:

Incontinentie (minstens tijdelijk) is zeer frequent na deze operatie. Deze kan aanhouden gedurende enkele maanden, maar verbetert met de tijd. Slechts 10% heeft nog last van incontinentie na 1 jaar. Sommige van hen kunnen worden geholpen met een artificiële sluitspier (3% van de geopereerden). De continentie kan ook verbeteren door middel van medicatie en/of bekkenbodembodemkinesithérapie.

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 worden verbeterd door orale medicatie of een injectie rechtstreeks in de penis. De erecties verbeteren in een periode van een jaar. Bij seksuele betrekkingen is er geen ejaculatie van sperma meer, maar het pleziergevoel blijft bewaard met een intensiteit die varieert van patiënt tot patiënt. Na de operatie is de patiënt dus steriel. Indien er nog een zwangerschapswens is, dient sperma ingevroren te worden voor de operatie.

De convalescentietijd en het hernemen van de dagelijkse activiteit hangt af van de leeftijd van de patiënt en de operatietechniek die werd gebruikt. Over het algemeen dient gesteld te worden dat de patiënt 1 à 3 maanden na de operatie volledig hersteld is.

### Monitoring van de kanker

De prostaat wordt na de operatie onderzocht door een anatoom-patholoog. Deze analyse maakt het mogelijk om een prognose te maken, maar staat niet toe om te beoordelen of u al dan niet genezen bent. In geval van prostaatkanker kan slechts vanaf 5 jaar na de ingreep worden bevestigd of de patiënt volledig genezen is.

De bepaling van het PSA-gehalte in het bloed is voldoende als follow-up na een radicale prostatectomie.

Op basis van de analyse van de prostaat en de opvolging van het PSA-gehalte kan er soms een bijkomende therapie worden voorgesteld (radiotherapie, hormonale behandeling,... ).

## 2. Informatie verstrekt door de patiënt

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

U dient de arts eveneens op de hoogte te brengen van eventuele vroegere ingrepen/behandelingen en bijwerkingen die u daarbij hebt ondervonden.

Ook na de operatie dient u elke abnormale gewaarwording (bv. in de buikwand, benen, koorts hoger dan 38 °C, blaasaandoeningen, pijn - ook in het niergebied -, ...) te melden.

Bloedingen, duizeligheid, misselijkheid, enz. dienen onmiddellijk aan de arts gemeld te worden, zelfs wanneer deze klachten plaatsvinden enkele dagen na de ingreep!

### **3. Algemeen**

Als patiënt hebt u recht op volledige informatie over uw medisch probleem en over de aanbevolen chirurgische ingrepen.

Dit formulier wordt u meegegeven tijdens de raadpleging bij uw behandelende arts waar u, indien nodig, aanvullende informatie krijgt.

Deze informatie is niet bedoeld om u te verontrusten, maar om u voldoende te informeren, zodat u kunt beslissen of u deze ingreep al dan niet wenst te laten uitvoeren/ondergaan.

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