

Radicale cystectomie

Informatie voor patiënten



Je hebt samen met je uroloog beslist om een ingreep te laten doen. Tijdens de raadpleging wordt de datum van de ingreep en de dag van je opname vastgelegd. Als dat mogelijk is, word je de dag van de ingreep opgenomen. Soms is het noodzakelijk om de dag voor de ingreep opgenomen te worden. Door je uroloog wordt een opnameformulier ingevuld waarmee je je daarna aan de raadpleging meldt bij de afdeling 'zorgtrajectplanning'. Van hieruit zal de coördinatie van je opname gebeuren: reservering van de kamer (één- of meerpersoonskamer) en indien nodig afspraken voor onderzoeken voor de operatie en aanvullend een raadpleging bij anesthesie. Er zal voor gezorgd worden dat bijkomende instructies van je behandelend uroloog uitgevoerd worden (bijvoorbeeld stoppen van bloedverdunners).

Via deze brochure hopen wij je wegwijs te maken in het verloop van je operatie en je verblijf in het ziekenhuis.

Deze brochure geeft je algemene informatie en ook extra informatie naast het gesprek met je uroloog. Bijzondere omstandigheden kunnen ervoor zorgen dat we onze aanpak wat moeten veranderen. Als dat het geval is, zal de uroloog je dit zeker laten weten.

Inleiding

Een blaas wordt meestal verwijderd als gevolg van een blaastumor die geëvolueerd is naar een blaaskanker die door de spierlaag van de blaas of verder is gegroeid. Daarnaast wordt een blaas ook verwijderd bij ongecontroleerde irritatieve blaasklachten, blaasbloedingen of extreme neurogene plasklachten die niet aansluiten bij klassieke behandelingsmethoden. Deze ingreep heet een cystectomie.

De blaas wordt meestal verwijderd door middel van een insnijding van het pubisbeen tot enkele centimeters boven de navel. In sommige gevallen kan de blaas verwijderd worden op een laparoscopische manier (kijkoperatie), al dan niet robot-geassisteerd. Hierbij wordt de blaas losgemaakt via kleine sneetjes en wordt de blaas verwijderd. De afleiding van de urineleider (derivatie) wordt

volledig inwendig of via een kleinere snee van een tiental centimeter gedaan. Bij de operatie worden ook de lymfeklieren in de buurt van de blaas weggenomen om te onderzoeken of er zich kankercellen in de weggenomen lymfeklieren bevinden.

In sommige gevallen zal de uroloog beslissen om voor het verwijderen van de blaas te starten met chemotherapie. Dit heeft als doel de tumor te verkleinen en het resultaat van de chirurgie te verbeteren.

Bij een cystectomie bij de man wordt ook de prostaat verwijderd omdat de prostaat tegen de blaas aanligt. Daardoor kan er ook doorgroei ontstaan naar de prostaat. Alleen de plasbuis blijft dan over, waarbij de uitwendige sluitspier van de plasbuis zo intact mogelijk wordt gelaten. In sommige gevallen moet ook de hele plasbuis verwijderd te worden.

Als de blaas van een vrouw verwijderd moet worden, is het vaak nodig om ook de voorwand van de vagina en de baarmoeder te verwijderen. Als de blaastumor op een goede plaats ligt, bijvoorbeeld in de koepel of het dak van de blaas, dan hoeft de vaginavorwand niet verwijderd te worden. Soms hoeft de baarmoeder dan niet te worden weggenomen.

Meestal kan de plasbuis in het lichaam blijven zitten. Als de tumor echter in de buurt zit van de plasbuis, dan wordt ook de plasbuis tijdens de operatie verwijderd.

Als de blaas verwijderd is, moet de urine op een andere manier het lichaam gaan verlaten. Uiteraard zijn de urineleiders (dit zijn de buizen tussen de nieren en de blaas) losgekoppeld van de blaas. Hieronder staat beschreven hoe deze urineleiders worden vastgemaakt aan de nieuwe blaas of de stoma. Er zijn 2 mogelijkheden:

Het aanleggen van een urostoma of ‘Bricker’

Een urostoma is een kunstmatige uitgang voor urine. Hierbij wordt een klein stukje dunne darm van ongeveer 15 tot 25 centimeter tussen het darmstelsel uitgehaald. De overblijvende delen van de dunne darm worden daarna weer met elkaar verbonden, zodat de ontlasting een normale doorgang kan hebben. Het kleine stukje dunne darm wordt schoongemaakt en hierop worden de urineleiders aangesloten. Hierna wordt er tussen de navel en de bekkenkam een opening in de rechterbuikwand gemaakt. Dit wordt de stoma. Daarna wordt het stukje dunne darm met de urineleiders als een soort roosje op de buikwand vastgehecht, waarmee het urostoma is aangelegd. Hierover wordt aan de buitenkant een stomazakje geplakt. De urine die eruit stroomt, loopt nu rechtstreeks in het zakje.

Om ervoor te zorgen dat de verbindingen tussen de urineleiders en het stukje dunne darm zonder problemen kunnen genezen, worden 2 kleine buisjes (single-J-stent) in deze urineleiders geplaatst. Deze worden via het dunne darmstukje en de stoma naar buiten geleid en monden uit in je stomazakje. Zo loopt de urine tijdelijk door de buisjes, waardoor de verbindingen tussen de urineleiders en de darm kunnen genezen. De verpleegkundige op de afdeling verwijderd deze buisjes vanaf de 10e dag na de operatie. De urine kan nu door de urineleiders zelf naar de stoma in het stomazakje lopen.

Voordelen:

- Eenvoudigste techniek.
- Goed alternatief voor patiënten die hun handen minder goed kunnen gebruiken of een verstandelijke beperking hebben.
- Weinig problemen na de operatie.
- Goede levenskwaliteit als je na de operatie de stoma voor jezelf kan aanvaarden.

Nadelen:

- De stoma is zichtbaar voor jou.
- Het zakje kan loskomen.
- Slechtere levenskwaliteit wanneer je na de operatie de stoma voor jezelf niet kan aanvaarden.

Het plaatsen van een vervangblaas

Wanneer de plasbuis intact gelaten kan worden, kan hierop een nieuwe blaas gemaakt worden van het weefsel van de dunne darm. De nieuwe blaas wordt gemaakt van een stuk dunne darm van ongeveer 60 centimeter. Dit stuk darm wordt op dezelfde manier verkregen als bij het aanleggen van een urinestoma. Om de vervangblaas te kunnen maken, wordt het stuk dunne darm op een bepaalde manier opengeknipt, gevouwen en dubbelgeklapt. Daarna worden al deze naden gesloten. Dan worden de urineleiders vastgemaakt in deze nieuwe blaas. Daarna wordt dit geheel vastgehecht op de plasbuis. Er wordt een sonde via je eigen plasbuis in de nieuwe blaas gelegd. Een 2e sonde wordt via de buikwand rechtstreeks in de nieuwe blaas gelegd. Deze 2e sonde dient als extra zekerheid. Bovendien is via deze buiksonde te controleren of je de nieuwe blaas leeg kunt plassen na het verwijderen van de katheter die in de plasbuis ligt. Na ongeveer 2 weken wordt een röntgenfoto met contrast gemaakt van de blaas om te kijken of er geen lekkage is van urine op de plaats waar de nieuwe verbinding is gemaakt tussen de blaas en de plasbuis. Als deze verbinding waterdicht is, dan wordt de sonde die in de plasbuis ligt, verwijderd. De andere katheter in de buikwand wordt verwijderd als je de blaas goed kunt leegplassen. Daarna kan je weer gewoon gaan plassen. Het bijzondere van deze blaas is dat je voelt wanneer deze vol is. Je gaat dan naar het toilet, waarbij met een beetje meepersen en het goed ontspannen van je bekkenbodemp je een 'normale plas' kunt doen. Als het plassen normaal verloopt, kan je het ziekenhuis verlaten.

Voordelen

- Geen zichtbare stoma.

Nadelen

- Revalidatie/trainingsperiode en veel discipline zijn nodig.
- Geen plasdrang: om de 4 uur (of sneller) verplicht plassen.
- Nachtelijke incontinentie.
- Kan spijsverteringsproblemen geven.
- Eventueel later toch noodzaak tot zelfsondage door het achterblijven van te veel urine.

Catheriseerbare continent-stoma

Bij dit type stoma wordt binnenin een nieuwe blaas gemaakt met behulp van dunne darm en/of dikke darm. Het wordt vooral gebruikt wanneer je geen zichtbare stoma wil en de plasbuis niet geschikt is om een darmblaas aan vast te maken. Deze darmblaas is verbonden met een dun stukje darm of appendix met de navel. Om de vier uur (of sneller) moet je dan wel deze blaas leegmaken door middel van een sonde die via de stoma in de darmblaas gebracht wordt.

Voordelen

- Geen zichtbare stoma.

Nadelen

- Vraagt veel discipline.
- Minstens 6 keer per dag (ook 's nachts) leegmaken.
- Meer problemen nadien: stenen, urine wordt vastgehouden in de blaas, darmblaasscheur, problemen bij het leegmaken, nieuwe ingrepen nodig, ...
- Kan spijsverteringsproblemen geven.

Seksualiteit na een cystectomie

Zowel bij man als vrouw zal de seksualiteit na een blaasverwijdering veranderen. Enerzijds worden er organen verwijderd die bijdragen tot de seksuele functie. Anderzijds kan het hebben van een stoma mentaal een rem zijn.

Bij de man zullen door het verwijderen van de blaas en de prostaat de zenuwen die zorgen voor het krijgen van erecties beschadigd worden. Hierdoor is de kans zeer groot dat je nadien geen erecties meer hebt. Verder zal je geen zaadlozing meer hebben. Als dat mogelijk is, kunnen deze zenuwen zo veel mogelijk gespaard worden.

Bij de vrouw kan door het verwijderen van de blaas en de inwendige vrouwelijke organen het vrijen moeilijker worden. Als dat mogelijk is, zal de vagina zo veel mogelijk gespaard worden. Het is ook mogelijk in sommige gevallen de baarmoeder te sparen. Dit hangt af van de plaats waar de tumor zit. Als de eierstokken mee verwijderd worden, zal je in de overgang komen. Bij jonge vrouwen zullen de eierstokken gespaard blijven als dat mogelijk is.

Het is echter altijd de bedoeling om de tumor volledig te verwijderen om een zo goed mogelijk resultaat te hebben. Hierdoor is het sparen van de eierstokken niet altijd mogelijk.

Belangrijk voor de opname

Het is zeer belangrijk om bij je bezoek aan je uroloog altijd te vermelden of je al dan niet behandeld wordt met bloedverdunnende medicijnen. Enkele voorbeelden hiervan zijn Aggrenox, Plavix, Ticlid, Sintrom, Marcoumar, Marevan, Xarelto, Eliquis... Omdat deze producten de bloedstolling beïnvloeden, betekenen zij een groot bloedingsgevaar tijdens en na de operatie. De arts zal met je bespreken om de inname van deze medicijnen een periode voor de operatie te stoppen. Asaflow mag bij de meeste ingrepen gewoon doorgenomen worden. Dit bespreekt je uroloog met je.

Het is ook van belang mogelijke allergieën mee te delen zodat de nodige preventieve maatregelen genomen kunnen worden. Voorbeelden zijn latexallergie, contrastallergie, allergie voor bepaalde medicijnen of producten, ...

De opname

Meestal word je de dag voor de ingreep opgenomen op de afdeling urologie. De dag voor de operatie word je gelaxeerd zodat de darmen leeg zijn en zal nog bloed worden afgenomen.

Vooraleer de operatie kan plaatsvinden, moet je voorbereid worden:

- Je moet nuchter blijven vanaf 0.00 u. Nuchter zijn betekent niet eten, niet drinken en niet roken.
- De verpleegkundige die voor jou verantwoordelijk is, zal je vertellen hoe laat je geopereerd wordt.
- De dag van de operatie zal de operatiestreek geschoren worden: dit is volledig pijnloos.
- Vlak voor het vertrek naar de operatiekamer zal je gevraagd worden juwelen, piercings, lenzen, tandprothese te verwijderen en een operatieschortje aan te trekken.

Verloop van de ingreep

De ingreep gebeurt onder algemene verdoving. Voordien krijg je een ruggenprik. Er wordt zo een cathetertje ingebracht dat na de operatie dient voor het toedienen van pijnstilling. Je kan deze pijnpomp zelf bedienen door een druk op de knop.

Wanneer de verdoving goed werkt, zal de chirurg starten met de ingreep. Aan het einde van de ingreep wordt een blaassonde geplaatst, ofwel bij een Bricker-stoma of in de darmblaas, en een drain in de wonde. Een drain is een buisje door de huid dat er voor zorgt dat wondvocht kan wegvloeien. Als je een darmblaas of een catheriseerbaar reservoir kreeg, zal er een extra blaassonde via de onderbuik geplaatst worden (zie inleiding). Er komen ook 2 fijne buisjes uit de buik die een goede afvoer van de nieren toelaten. Ze zorgen ook voor een goede genezing van de aansluiting van de urineleiders op de stoma, darmblaas of catheriseerbaar reservoir zodat de kans op lekken kleiner wordt.

Als de ingreep voorbij is, word je naar de ontwaakzaal gebracht. Je blijft een nacht op de recovery of intensieve zorg. Als alles goed gaat, mag je de volgende dag naar je kamer op de afdeling.

Na de operatie

Wanneer je op de afdeling intensieve zorg bent zullen infuus, drain, blaassonde (niet aanwezig als je een stoma hebt), pijn, bloeddruk en andere belangrijke zaken heel de tijd gecontroleerd worden. Regelmatig zal een bloedname gebeuren. Via het infuus krijg je vocht. Pijnstilling gebeurt via de pijnpomp en als dat nodig is bijkomend via het infuus. Wanneer de darmnaad inwendig genezen is en de darmactiviteit op gang komt, zal je stap per stap voedsel beginnen krijgen.

Wanneer je terug op de afdeling bent, kan je verdere herstel beginnen. Voeding kan uitgebreid worden en je kan beginnen met terug beweeglijker te worden. De 2 fijne buisjes naar de nieren worden na 10 dagen verwijderd onder antibioticadekking. De hechtingen van de wonde kunnen na 10 tot 14 dagen verwijderd worden.

Voor je het ziekenhuis verlaat, krijg je de nodige instructies voor het omgaan met stoma, catheteriseerbaar reservoir of darmblaas.

Ontslag uit het ziekenhuis

Je krijgt een afspraak voor het bespreken van de uitslag van het weefselonderzoek na 2 weken. Als de hechtingen nog niet verwijderd zijn, kan dit na 14 dagen door de huisarts gebeuren.

Hier volgen enkele adviezen voor thuis:

- De inwendige genezing duurt 6 tot 8 weken. Aan de stoma kan zich slijm bevinden. Dit is normaal omdat de slijmproductie van de darmstoma gewoon doorgaat. Als je een reservoir of darmblaas hebt, kan dit regelmatig gespoeld worden om de slijmvlokken uit te spoelen.
- Meerijden met de wagen is geen probleem. Zelf rijden is niet aan te raden de 1e week.
- Het is verboden om te sporten gedurende 6 weken.
- De eerste 3 weken mag je ook geen alcohol drinken.
- Zwaar huishoudelijk werk en zware lasten dragen is verboden de eerste 6 weken.
- Blootstelling aan grote hitte (zonnebaden, sauna...) wordt best vermeden gedurende zes weken.
- Bij pijn mag je 4 x 1 gram paracetamol per dag innemen.

Mogelijke gevolgen van de ingreep

Normale risico's op problemen

Nabloeding, wondinfectie, trombose of longontsteking. Bij een wondinfectie duurt de genezing langer dan normaal en het kan zijn dat je ziekenhuisverblijf verlengd wordt. Een nabloeding kan meestal afwachtend behandeld worden. Soms is het nodig je opnieuw te opereren om te kijken waar de bloeding zit, zodat ze gehecht kan worden.

Ileus

Vlak na de operatie kan het zijn dat de darmbeweging slecht op gang komt. Dit gaat vaak gepaard met een opgezet buik. Als dit het geval is, is het meestal nodig om de maagsonde die tijdens de operatie is geplaatst, langer te laten zitten. Je wordt dan tijdelijk gevoed via deze sonde of via een infuus. Meestal komen de darmbewegingen daarna uit zichzelf op gang. Dit merk je door het laten van winden en uiteindelijk door het komen van de ontlasting. Als dit goed verloopt, kan je beginnen met vloeibaar eten. Als ook dit goed gaat, kan worden overgegaan naar vast, normaal voedsel.

Urinelekkage

Dit kan ontstaan bij de overgang van de urineleiders naar de dunne darm, maar ook uit het stuk dunne darm waar de nieuwe blaas uit is gemaakt. De drain in de buik om bloed en lichaamsvocht af te voeren, moet dan blijven zitten totdat de lekkage is gestopt. Deze lekkages kunnen zowel optreden bij het plaatsen van een stoma als bij het plaatsen van een vervangblaas.

Stomaprobleem

In zeldzame gevallen kan een stomaprobleem ontstaan. Soms kan het uiteinde van de stoma dat op de buikwand zit, slecht doorbloed zijn. Dit kan leiden tot het afsterven van de stoma. Vaak is het mogelijk om even af te wachten. Het uiteinde van de stoma kan dan wat kleiner worden dan bedoeld, maar dit is meestal geen probleem. Mocht dit toch een probleem worden dan kan een stomacorrectie gedaan worden.

Erectiële disfunctie

Na de ingreep is het meestal onmogelijk om spontane erecties te hebben. De uroloog kan je aanleren om de erecties medicamenteus op te wekken door injectie van een product rechtstreeks in de penis. Daarnaast bestaat steeds de optie van het implanteren van een erectieprothese, waarbij je de penis in erectie kan zetten door middel van een pompje ter hoogte van de teelbal.

Incontinentie

Nachtelijke incontinentie komt regelmatig voor en overdag ook mogelijk als je een vervangblaas hebt. Dit komt voor na het verwijderen van de blaassonde en zou geleidelijk moeten verbeteren.

Orgasme zonder zichtbare zaadlozing en infertiliteit bij de man

Omdat de prostaat en zaadblazen volledig verwijderd zijn, komt er geen sperma uit de penis na een orgasme. Je kan geen kinderen meer krijgen op een natuurlijke manier. Spermatozoa kunnen wel nog steeds rechtstreeks uit de teelbal gehaald worden voor een In Vitro-behandeling (IVF, ICSI...).

Aanvullende behandelingen

Spijtig genoeg kan nooit op voorhand een 100% succesvolle operatie gegarandeerd worden. In het laboratorium kan men namelijk microscopische doorbraak of microscopische lymfeklierinvasie van kankercellen vinden. Daarom kan het noodzakelijk zijn om achteraf nog een aanvullende bestraling of chemotherapie of een combinatie van beide te starten.

Wanneer contact opnemen?

- Bij plotseling hevige of aanhoudende pijn.
- Bij hevig bloedverlies en plassen van grote bloedstolsels via de sonde of stoma.
- Als je plotseling niet meer kunt plassen via de sonde of er geen urineproductie meer is via de stoma.
- Als je koorts hebt boven 38,5°C.

Mocht je na het lezen van deze folder nog vragen hebben, stel ze dan gerust aan de arts of aan de verpleging.

De dienst urologie wenst je een spoedig herstel.



ZNA Middelheim

Lindendreef 1
2020 Antwerpen
03 280 31 11 algemeen
03 280 30 03 raadplegingen

ZNA Koningin Paola Kinderziekenhuis

Lindendreef 1
2020 Antwerpen
03 280 31 11 algemeen
03 280 30 03 raadplegingen

ZNA Stuivenberg

Lange Beeldekensstraat 267
2060 Antwerpen
03 217 71 11 algemeen
03 217 77 70 raadplegingen

ZNA Sint-Erasmus

Luitenant Lippenslaan 55
2140 Borgerhout
03 270 80 11 algemeen
03 270 77 70 raadplegingen

ZNA Jan Palfijn

Lange Bremstraat 70
2170 Merksem
03 640 21 11 algemeen
03 640 20 20 raadplegingen

ZNA Hoge Beuken

Commandant Weynsstraat 165
2660 Hoboken
03 830 90 90 algemeen
03 280 30 03 raadplegingen