



Patiënteninformatie

Cystectomie

Verwijderen van de blaas



urologie
kempen



az turnhout

Inhoud

Inhoud	2
Inleiding.....	3
Normale werking van de blaas.....	4
Wat is een cystectomie?	5
Alternatieven voor een cystectomie	5
Wat gebeurt er voor de ingreep?	5
Pre-operatieve Onderzoeken	5
Vorbereiding op de ingreep	6
Medicatie	6
De anesthesist.....	6
De ochtend van de ingreep	6
De operatie	7
Mogelijke uitbreidingen en wijzigingen van de procedure	8
Urinederivatie (of urineafleiding)	8
Verloop na de operatie.....	10
Tijdens de ziekenhuisopname	10
Terug thuis:	11
Bijwerkingen en/ of complicaties.....	12
Tijdens en kort na de ingreep (0- 90 dagen):	12
Op langere termijn na de ingreep (>3 maand)	15
Richtlijnen en aandachtspunten voor thuis	17
Na ontslag uit het ziekenhuis	18
Vragen en bekommernissen	19
Wie contacteren bij vragen of problemen?	19

Meer info over de dienst Urologie Kempen op <https://urologiekempen.be/>

Ziekenhuisnetwerk Kempen (ZNK) is een nauwe samenwerking tussen AZ Turnhout, AZ Herentals, H. Hartziekenhuis Mol en Ziekenhuis Geel. Onze ziekenhuizen bundelen de krachten en we stemmen expertise op elkaar af. Zo kunnen onze patiënten genieten van gespecialiseerde, kwalitatieve en betaalbare zorg dicht bij huis.

**ziekenhuisnetwerk
kempen** >>>

Inleiding

In deze brochure leest u alles over een verwijdering van de blaas of cystectomie. U leest hierin meer over de behandeling zelf, de verzorging in het ziekenhuis, aandachtspunten en richtlijnen voor thuis. Het is onmogelijk om in deze brochure alle details voor elke situatie te beschrijven. Aarzel daarom niet om zo nodig bijkomende vragen te stellen aan uw uroloog of verpleegkundige.

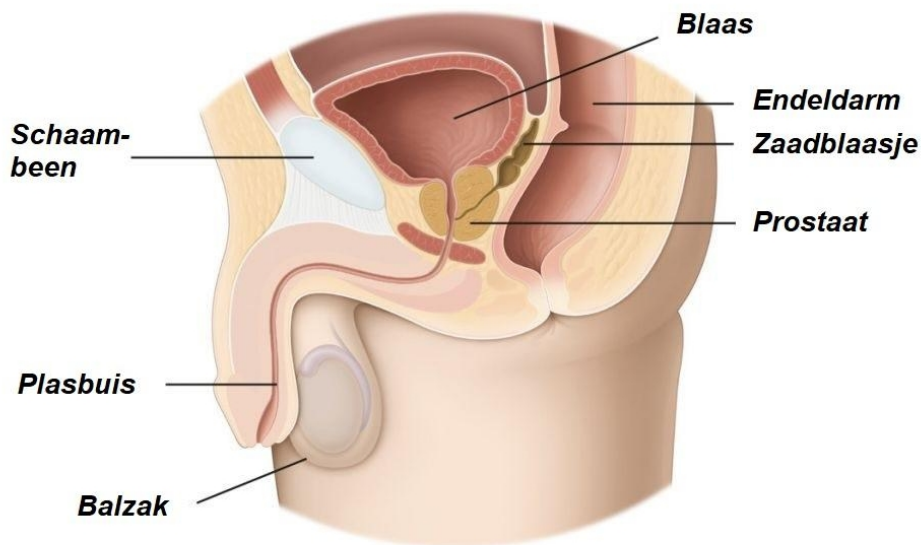
Algemene informatie over administratie, wat u moet meebrengen, uw verblijf in het ziekenhuis, ontslagprocedure, niet-medische begeleiding, accommodatie, enzovoort vindt u in de opnamebrochure of op de websites van de desbetreffende ziekenhuizen.

- voor ziekenhuis Geel: www.ziekenhuisgeel.be
- voor AZ Herentals: www.azherentals.be
- voor Heilig Hartziekenhuis Mol: www.azmol.be
- voor AZ Turnhout: www.azturnhout.be

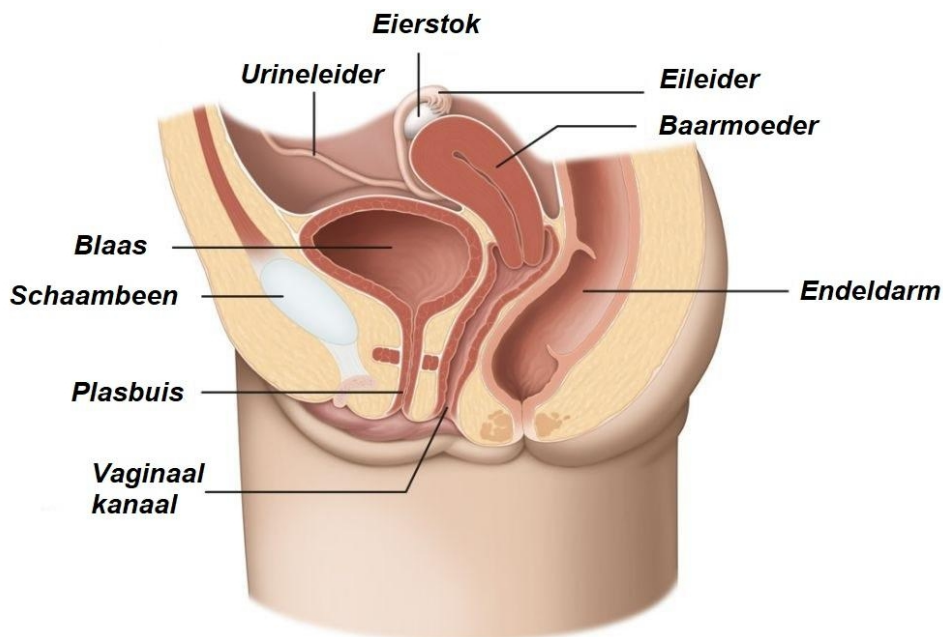
Voor bijkomende algemene informatie over de behandeling kan u ook terecht op de patiëntenwebsite van de *European Association of Urology* (www.patients.uroweb.org). We danken hen voor de toestemming om hun illustraties te mogen gebruiken in deze informatiebrochure.

Normale werking van de blaas

De urine die door de nieren wordt geproduceerd, wordt via de urineleiders afgeleid naar de blaas. De functie van de blaas is het verzamelen van de urine tot het moment dat het mogelijk is om te plassen. Bij de man ligt de prostaat tussen de blaas en de sluitspier en omgeeft daar de plasbuis. Bij een vrouw liggen de baarmoeder en de vagina dicht tegen de blaas.



©2017 patient.uroweb ALL RIGHTS RESERVED



©2017 patient.uroweb ALL RIGHTS RESERVED

Wat is een cystectomie?

Een cystectomie of verwijdering van de blaas is doorgaans noodzakelijk bij blaaskanker. Minder vaak voorkomende redenen zijn onder andere een schrompelblaas, onoplosbare urinaire incontinentie of therapieresistente ontstekingsziekten van de blaas (interstitiële cystitis, radiocystitis,...).

Bij een cystectomie wordt de blaas weggenomen. In het geval van blaaskanker wordt een 'radicale cystectomie' uitgevoerd om alle aangetaste weefsel met zekerheid weg te nemen: de blaas met omliggende lymfeklieren, bij de man de prostaat/zaadblaasjes en bij de vrouw mogelijks de baarmoeder en de voorzijde van de vagina. Na een blaasverwijdering moet er een afleiding gemaakt worden om de urine af te voeren uit het lichaam. Er zijn verschillende mogelijkheden en deze worden hieronder verder toegelicht.

Alternatieven voor een cystectomie

In bepaalde streng geselecteerde gevallen kan een gedeeltelijke verwijdering van de blaas met of zonder inwendige bestraling als alternatief voor blaasverwijdering worden aangeboden. Ook kan in sommige gevallen uitwendige bestraling al dan niet in combinatie met chemotherapie worden overwogen. Deze 'blaassparende' behandelingsvormen zijn echter niet de standaard. Ze zijn niet in alle gevallen toepasbaar en de resultaten voor wat betreft de genezing van de kanker zijn vaak minder goed bestudeerd. Ook de kwaliteit van de gespaarde blaas zal door deze behandelingsvormen in minder of meer belangrijke mate worden aangetast. U kunt over deze mogelijkheden praten met uw behandelend uroloog.

Wat gebeurt er voor de ingreep?

Pre-operatieve Onderzoeken

Tijdens de raadpleging heeft uw arts u verduidelijkt dat deze ingreep een goede voorbereiding vraagt. Er zijn een aantal onderzoeken die wellicht ambulant moeten gebeuren voorafgaand aan de ingreep:

- een bloedonderzoek
- een onderzoek van het hart: elektrocardiogram (EKG)

- eventueel een fietsproef

Daarnaast is het mogelijk dat er nog aanvullende onderzoeken (bijv. RX thorax, consult longarts, ...) moeten gebeuren.

Vorbereiding op de ingreep

- Een week voor de ingreep ontvangt u een ijzerinfuus in het daghospitaal.
- Vanaf 5 dagen voor de ingreep krijgt u hypercalorische drankjes thuis geleverd. Vanaf dat moment volgt u ook best een restenarm dieet om de darmen op een zachte manier te reinigen.
- We voorzien een afspraak bij de stomaverpleegkundigen om u grondig te informeren over het urostoma en om de plaatsbepaling van het toekomstig stoma te bekijken.

Medicatie

Na overleg met de uroloog kunnen bepaalde geneesmiddelen, zoals bloedverdunnende medicatie, gestopt worden. Welke precies, hoe lang en of u een vervangmiddel krijgt (onder de vorm van spuitjes) zal door de arts beslist worden.

De anesthesist

De anesthesist is de arts die zal instaan voor de narcose en pijnmedicatie bij de operatie. De voorbereidende onderzoeken die gebeurd zijn, zullen door de anesthesist bekeken worden om de operatie definitief te kunnen laten doorgaan. Soms zal een extra aanvullend onderzoek nodig zijn. Wij zullen u daar van op de hoogte brengen.

De ochtend van de ingreep

Na middernacht mag u niet meer eten, drinken en roken omwille van de algemene narcose die u zult krijgen. U komt op de afgesproken datum en uur naar het ziekenhuis en u laat zich inschrijven bij de opnamedienst.

Vergeet volgende zaken niet als u naar het ziekenhuis komt:

- Identiteitskaart
- Thuismedicatie in verpakking
- Vooraf ingevuld opnameboekje

Bij opname zal de verpleegkundige samen met u, uw medicatie overlopen.

Ook krijgt u steunkousen aangemeten. De kousen bevorderen de bloedsomloop tijdens en na de operatie en helpen de vorming van bloedklonters (trombose) voorkomen.

Vervolgens overloopt de verpleegkundige een controlelijst met specifieke informatie voor de operatiezaal.

De operatie

De operatie gebeurt via een open operatie of (in de nabije toekomst) eventueel ook via een robot-geassisteerde kijkoperatie. Bij een **open operatie** wordt een insnede gemaakt op de middellijn vanaf het schaambeen tot aan, rond of voorbij de navel. Bij een **kijkoperatie** worden meerdere (5 tot 6) kleine insnedes van ongeveer 1 cm gemaakt om een camera en fijne werkinstrumenten in de buikholte te brengen. Eén van die kleine insnedes wordt op het einde van de operatie een stukje verlengd om de blaas en eventuele andere weefsels in een zakje uit uw lichaam te verwijderen. Deze beperkt verlengde insnede wordt eventueel nog verder verlengd om de urinaire afleiding te construeren of de insnede blijft beperkt en de urinaire afleiding wordt volledig via de kijkoperatie geconstrueerd. Welke techniek gebruikt wordt, hangt af van de mogelijkheden van het ziekenhuis en de keuze van uw behandelend uroloog.

In uw geval betreft het een:

- **eenvoudige cystectomie** (wegens goedaardige aandoening): enkel de blaas wordt weggenomen.
- **radicale cystectomie** (wegens blaaskanker): de blaas en het omgevend vetweefsel worden weggenomen evenals de lymfeklieren langs de grote bloedvaten van het kleine bekken.
 - Bij de man zullen ook de prostaat en de zaadblaasjes en soms ook de plasbuis tot aan de eikel worden weggenomen. In sommige gevallen kunnen bij de man toch de zenuwbanen die zorgen voor de erecties gespaard worden.

- Bij de vrouw moeten soms ook de baarmoeder, de eierstokken en eileiders, de voorste vaginawand en/of de plasbuis worden weggenomen.

Mogelijke uitbreidingen en wijzigingen van de procedure

Het is mogelijk dat de tumor zich heeft uitgebreid naar andere omliggende weefsels of organen (darm, bloedvaten,...) waardoor ook deze (deels) moeten worden verwijderd. Uw uroloog probeert de kans hierop zo goed als mogelijk op voorhand met u in te schatten met behulp van alle onderzoeken (beeldvorming, biopsies, kijkonderzoeken,...) die u onderging. In sommige gevallen gebeurt het dat er tijdens de operatie vastgesteld wordt dat de ziekte uitgebreider is dan verwacht (bv. na microscopisch onderzoek van de snijrand).

Met deze ‘geïnformeerde toestemming’ geeft u de toestemming voor eventuele uitbreidingen van de ingreep indien dit nodig zou blijken.

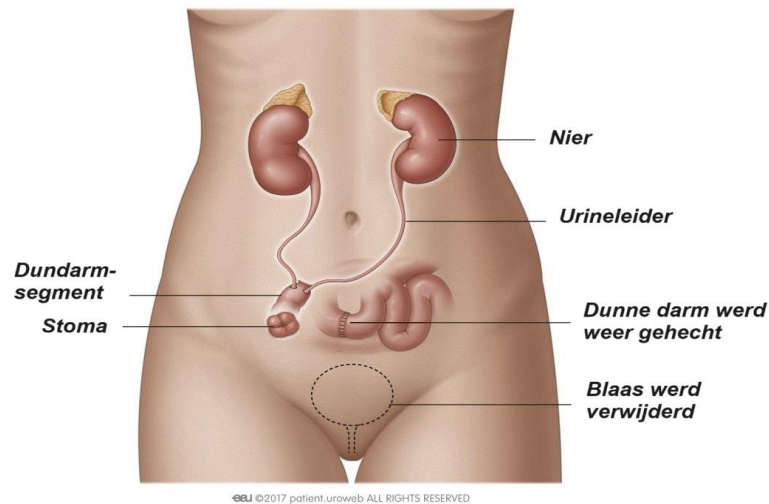
Urinederivatie (of urineafleiding)

Na het verwijderen van de blaas zal de urine op een andere manier moeten worden afgevoerd. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden met specifieke voor- en nadelen. U kiest samen met uw uroloog welk type urinederivatie voor u het meest aangewezen is. De keuze is niet altijd gemakkelijk en dit gesprek kunt u best meermaals voeren met de uroloog, verpleegkundig specialist urologie en eventueel een lotgenoot.

Urinederivatie via een incontinent urostoma (Bricker)

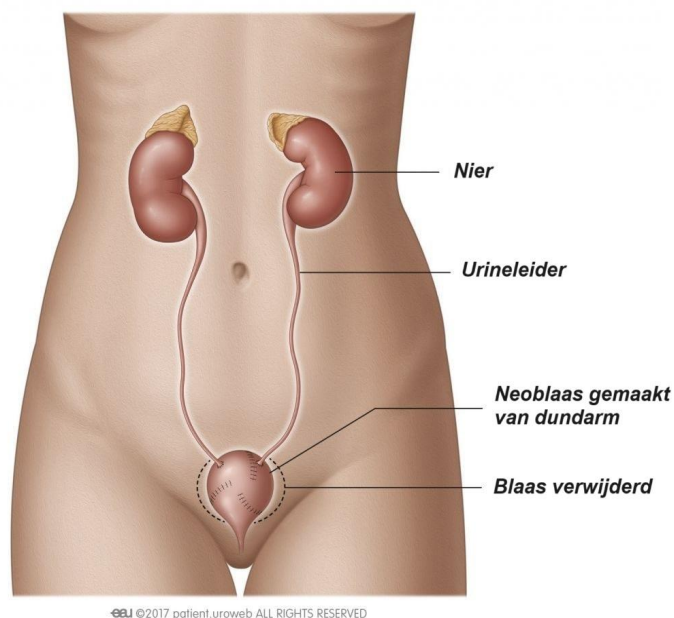
De urineleiders worden aangesloten op een stukje dunne darm van 10 à 15 cm dat doorheen de buikwand wordt gelegd en aan de huid wordt gehecht. De urine loopt voortdurend in een stomazakje dat aan de huid kleeft.

Met behulp van een stuk van de dunne darm (10 à 15 cm) wordt een nieuwe uitgang (urostoma) gemaakt. De twee urineleiders worden hierop ingeplant en zorgen voor een continue afvloeit van urine via het stoma.



Urinederivatie via een vervangblaas (neoblaas)

Dit is enkel mogelijk wanneer uw plaskanaal en sluitspier kunnen worden gespaard (geen kanker aanwezig in de snijrand). Van een stuk dunne darm wordt een nieuwe blaas gemaakt waarop de urineleiders worden aangesloten. Deze nieuwe blaas wordt aangesloten op uw sluitspier zodat u na de ingreep opnieuw kunt plassen via de natuurlijke weg.

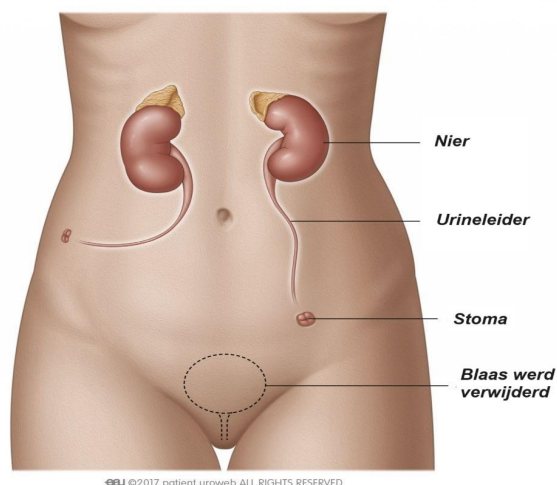


Urinederivatie via een sondeerbaar reservoir (pouch)

Van een stuk darm in het lichaam maken we een reservoir waarop de urineleiders worden aangesloten. Dit reservoir verzamelt de urine en wordt met de huid (veelal de navel) verbonden door middel van een 'continent stoma': een stukje darm tussen het reservoir en de huid waarlangs een sonde kan worden ingebracht voor het ledigen van het reservoir. Er moet dus geen stomazakje worden gekleefd, maar wel moet er 4 tot 6 maal per dag gesondeerd te worden.

Ureterocutaneostomie

Eén of beide urineleiders worden onmiddellijk aan de huid genaaid. De urine loopt op permanente wijze in een zakje dat aan de huid is gekleefd. De twee urineleiders worden, indien mogelijk, samengebracht aan één zijde, zodat slechts één zakje moet worden aangebracht. In de urineleiders moet meestal een buisje of katheter worden aangebracht om vernauwing van de opening aan de huid te voorkomen. Deze katheter moet regelmatig worden vervangen.



Verloop na de operatie

Tijdens de ziekenhuisopname:

Na de ingreep gaat u naar Intensieve Zorgen voor strikte opvolging de eerste 48 uur na de ingreep.

- De pijn die met de ingreep gepaard gaat, wordt behandeld met adequate pijnstillers die regelmatig worden toegediend via de

mond, via een ader of via het ruggenmerg (pijnpomp). Dit wordt door de anesthesist samen met u besproken voor de ingreep.

- Bloedafnames gebeuren regelmatig om de veranderingen in het lichaam op te volgen en zo nodig in te grijpen.
- Ter preventie van klontervorming in de aders van de benen (diep veneuze trombose) of longembolie worden steunkousen aangeraden en worden dagelijks onderhuidse injecties gegeven met bloedverdunnende middelen.
- Het hernemen van de voeding en het verwijderen van de drains na de operatie wordt door uw behandelende arts op individuele basis beslist.
- De opnameduur wordt eveneens in overleg met uw behandelende arts bepaald en hangt af van de snelheid van uw herstel en de gebruikte techniek. Meestal blijft u 10 tot 14 dagen in het ziekenhuis.

Terug thuis:

- De wonde kan nog enige tijd gevoelig zijn. Het hernemen van de dagelijkse activiteit is afhankelijk van de leeftijd van de patiënt, de gebruikte techniek en de snelheid van het herstel. 1 tot 3 maand is een gebruikelijke termijn voor volledig herstel.
- De verzorging van het eventuele stoma werd u aangeleerd tijdens uw verblijf in het ziekenhuis. Gedurende de eerste maanden is het niet ongewoon dat u hiervoor nog hulp nodig heeft van een thuisverpleegkundige. Problemen met de stomazorg kunnen met de verpleegkundige of uw arts worden besproken.
- Wanneer u een vervangblaas kreeg, is het normaal dat u in het begin kleine volumes plast en urine verliest. Het duurt gemiddeld 3 tot 6 maanden vooraleer u de nieuwe blaas onder controle krijgt.
- Wanneer u een radicale cystectomie voor blaaskanker onderging, zal de genezingskans afhankelijk zijn van verschillende factoren: het stadium van de tumor, de aantasting van de lymfeklieren, de volledigheid van de blaasverwijdering... Afhankelijk van de resultaten van het microscopisch onderzoek bepalen we of

aanvullende behandelingen (bijv. bijkomende chemotherapie of immunotherapie) de ziektecontrole nog kunnen verbeteren. Dit wordt op individuele basis besproken nadat het microscopisch resultaat gekend is.

Bijwerkingen en/ of complicaties

Dit is een lijst van een aantal algemene en specifieke complicaties die kunnen optreden tijdens en na de ingreep. We vermelden erbij wat de kans is dat een complicatie optreedt. De cijfers zijn gebaseerd op de huidige stand van de wetenschap en de huidige chirurgische technieken. Daarnaast kunnen ze ook variëren volgens centrum-, chirurg- en patiëntfactoren.

Frequent: >15%

Occasioneel: 6-15%

Zeldzaam: 1-5%

Zeer zeldzaam: <1%

Tijdens en kort na de ingreep (0- 90 dagen):

Elke chirurgische ingreep houdt, ondanks alle voorzorgen, een zeker risico in op ernstige complicaties en zelfs overlijden van de patiënt. In geval van cystectomie is de kans op belangrijke problemen of complicaties reëel en vaak niet te voorzien. Hoe frequenter een ziekenhuis een cystectomie uitvoert, hoe lager de kans op complicaties of overlijden.

Algemene complicaties

- Overlijden als gevolg van de ingreep of complicaties ervan is zeldzaam. Indien u echter zware hart-, vaat-, long- en andere gezondheidsproblemen heeft, dan kan dit risico hoger liggen. Bespreek dit met uw uroloog.
- Het bloedverlies bedraagt frequent meer dan 500 ml. Hierdoor worden frequent bloedtransfusies toegediend tijdens of na de ingreep.
- Wondproblemen komen frequent voor. Een oppervlakkige wondloslating met het gedeeltelijk openvallen van de huid en

onderhuid na een open ingreep komt frequent voor en kan vaak worden opgelost met lokale wondzorg zonder nieuwe ingreep. Een diepe wondloslating van de naad van de buikwand (spier en peesblad) komt soms voor na een open ingreep en dit vergt doorgaans een nieuwe chirurgische ingreep.

- Trombose in de aders en eventueel longembolie komt mits de nodige voorzorgsmaatregelen slechts in sommige gevallen of zelden voor. In geval dit voorkomt zijn hogere dosissen bloedverdunners nodig en bij longembolie is zuurstoftoediening en eventueel intensieve zorgen nodig.
- Hart- en vaatproblemen: Verhoogde bloeddruk komt frequent voor. Voldoende pijnstilling en indien nodig bloeddrukverlagende medicatie zijn hierbij aangewezen. Af en toe treden hartritmestoornissen op. Dit is te behandelen met medicatie of in zeldzame gevallen een cardioversie (onder narcose toedienen van een “stroomstoot”). Het ontstaan van een hartinfarct (AMI), een beroerte (CVA) of een compartimentsyndroom is zeer zeldzaam. Wel is het levensbedreigend met noodzaak tot opname op de dienst Intensieve Zorgen als dit toch zou voorvallen. De preoperatieve anesthesieconsultatie is zeer belangrijk om de mogelijkheid tot het ontstaan van deze complicaties vroegtijdig op te sporen en de kans op het optreden ervan zoveel als mogelijk te reduceren.
- Neurologische problemen: Af en toe treden tijdelijk gevoelsstoornissen of zelden krachtverlies op (onderarmen, benen, lies- en schaamstreek). Dit kan het gevolg zijn van de langdurige positionering op de operatietafel of het beschadigen van een zenuw die in het operatieveld loopt. Om deze complicatie zoveel als mogelijk te beperken maken we gebruik van speciale matrassen en besteden we veel aandacht aan een correcte positionering op de operatietafel en aan het voorzichtig vrijleggen van zenuwtakken in het operatieveld.
- Koorts komt frequent voor na een operatie en kan veroorzaakt worden door slechte of ondiepe ademhaling. Dit kan vermeden worden door preventieve ademhalingsoefeningen en eventuele aerosoltherapie. Komt koorts toch voor, dan wijst dit op een infectie. Na een cystectomie is dit frequent en betreft het meestal (in aflopende volgorde van frequentie) een infectie van de urinewegen, de wonde, de longen, de darmen of de buikholte. Na

afnemen van stalen voor kweek zal antibiotica opgestart worden. Soms betreft het een zware infectie met een bloedvergiftiging (sepsis) en zelden is intensieve zorg nodig om de orgaanfuncties te ondersteunen.

- Opstapeling van lymfevocht na het wegnemen van de lymfeklieren komt frequent voor. Onderhuidse vochttopstapeling (oedeem) in de benen en/of genitale streek wordt behandeld met steunkousen en eventueel lymfedrainage. Lymfe kan zich soms ook opstapelen binnen een afgekapselde collectie in de buikholte. Dit vraagt zelden een actieve behandeling (punctie of open drainage van de collectie).
- Omliggende organen kunnen bij de ingreep worden geraakt, het gaat hier voornamelijk om de dunne darm en het rectum. Wanneer dit tijdens de ingreep wordt opgemerkt, herstellen we de schade tijdens de ingreep zelf en is dit zonder gevolg. Zeer zelden is bij uitgebreide schade aan de endeldarm een (tijdelijke) stoelgangstoma nodig. Zelden wordt zulke beschadiging niet opgemerkt tijdens de ingreep en blijkt dit slechts enkele dagen later. Een nieuwe operatie is dan noodzakelijk.

Specifieke complicaties van de urinederivatatie met gebruik van darm

- Darmverlamming ('paralytische ileus') met misselijkheid, braken, opgezette buik en niet kunnen passeren van lucht of stoelgang komt na de ingreep frequent voor. De darmen komen na enige tijd meestal vanzelf weer opgang. Ondersteunende medicatie, in sommige gevallen het herplaatsen van de maagsonde en zelden het toedienen van voeding via een infuus kunnen tijdelijk nodig zijn.
- Er is zelden sprake van een mechanische darmobstructie als gevolg van de ingreep en dit vraagt een nieuwe chirurgische ingreep.
- Darmlekkage thv de naad (waar een stuk darm werd verwijderd voor de urinederivatatie) is zeer zeldzaam. Dit vergt bijna altijd een nieuwe chirurgische ingreep.
- Urinelekkage uit de naad van de urineleiders of van een reservoir komt zelden voor. Een nieuwe operatie kan meestal worden

vermeden, hoewel manipuleren of herplaatsen van de katheters, drains of sondes doorgaans noodzakelijk zijn.

- Urine obstructie door het niet aflopen van een katheter of sonde is frequent. Spoelen is hierbij meestal voldoende, soms moet een katheter geherpositioneerd of herplaatst worden. Nadat alle katheters verwijderd zijn, kan urine obstructie voorkomen door het ontstaan van een vernauwing op de nieuwe verbindingen tussen de urineleiders en de darm (stoma of blaas). Dit komt af en toe voor en vereist bij achteruitgang van de nierfunctie of bij nierinfectie een behandeling (inwendige of uitwendige katheter of een operatie met overbruggen van de vernauwing).
- Bij bepaalde urinederivaties is de kans groter op verstoringen van de zuurbasis en zoutbalans in het lichaam. Dit kan zich voordoen in de vroege postoperatieve fase, maar het treedt ook vaak op een later tijdstip op en ten tijde van een urineweginfectie. Deze complicatie komt frequent voor en kan worden behandeld met medicatie.

Op langere termijn na de ingreep (>3 maand)

Algemene complicaties

- Een breuk ter hoogte van de wondnaad en/of rond het stoma komt frequent voor en vergt soms een nieuwe ingreep.
- Darmobstructies als gevolg van interne vergroeiingen op dunne darmniveau en anatomische veranderingen rond de endeldarm zijn frequent. Zij kunnen tussentijdse ongemakken in de darmen met zich meebrengen: misselijkheid of constipatie of, in zeldzame gevallen, een echte mechanische obstructie van de darmen, die zich vele jaren later kan manifesteren. Dit laatste vereist een hospitalisatie met plaatsen van een maagsonde en in zeldzame gevallen een nieuwe chirurgische ingreep.
- Chronische pijn ter hoogte van het litteken is zeldzaam.

Specifieke complicaties

- De seksuele prestatie van zowel de man als de vrouw is aangetast na een cystectomy.
 - Afhankelijk van de techniek, het tumorstadium en de daaruit voortvloeiende uitgebreidheid van de operatie, eventuele voor- en nabehandelingen, de leeftijd, de gezondheid van de patiënt en de potentie voor de ingreep, is de potentie (erecties) na de operatie bij de man te schatten tussen 20 en 70% als de beide zenuwbundels werden gespaard die instaan voor de erecties. Orgasme is bewaard, ejaculatie afwezig.
 - Bij de vrouw is er vaak een probleem van een vernauwde of te korte vagina, vaginale droogte en onvoldoende seksueel gevoel. Deze problemen zijn afwezig of duidelijk minder indien de vagina en baarmoeder volledig kunnen gespaard worden.
- Urine obstructie door het ontstaan van een vernauwing op de nieuwe verbindingen tussen de urineleiders en de darm (stoma of blaas) komt soms voor en vereist bij achteruitgang van de nierfunctie of bij nierinfectie een behandeling (inwendige of uitwendige katheter of een operatie met overbruggen van de vernauwing).
- Bij elke vorm van urinederivatatie is er een verhoogde kans op terugvloeiing van de urine in de richting van de nieren. Op deze manier kunnen bacteriën de nieren infecteren (pyelonefritis). Bij frequente opstoten van nierinfecties kan de nierfunctie worden beschadigd. De kans op infectie is afhankelijk van de gebruikte derivatie. Een belangrijke achteruitgang van de nierfunctie door herhaalde ontstekingen komt in sommige gevallen voor.
- Door het gebruik van een stuk darm voor het stoma, het reservoir of de nieuwe blaas kunnen problemen met de darmtractus ontstaan zoals diarree en vitaminetekorten. Dit kan grotendeels vermeden worden door niet de laatste 20cm dundarm te gebruiken voor de incontinente urinaire afleiding en niet meer dan 50-60cm dundarm te gebruiken voor een vervangblaas of reservoir.

Enkele complicaties zijn eigen aan het type urinederivatie:

- Incontinent stoma: Stenose van het stoma aan de huid met uitgesproken stase van de urine in de darmlis en achteruitgang van de nierfunctie is zeldzaam en moet chirurgisch worden verholpen. Breuk naast het stoma (parastomale hernia) met pijn, darmobstructie of verzorgingsproblemen/lekken is frequent en vergt soms een heroperatie.
- Vervangblaas: Kort na de heekundige ingreep is incontinentie (urineverlies) overdag en 's nachts zeer frequent. Met het trainen van de sluitspierfunctie (kinesithérapie), het opdrijven van de blaasinhoud, het leren klokplassen en 's nachts opstaan, het eventueel associëren van bepaalde medicatie, zal dit voor alle patiënten verbeteren in de eerste 6 maanden. Desondanks blijft bij enkele patiënten urineverlies aanwezig. Urineverlies overdag is zelden tot occasioneel (rond de 5%), 's nachts komt het frequent voor (20-30%). In geval van ernstige incontinentie kan een chirurgische ingreep (plaatsen kunstsluitspier) eventueel verbetering of een volledige correctie opleveren. In sommige gevallen is het omwille van een onvolledige lediging van de nieuwe blaas noodzakelijk om tijdelijk een katheter te plaatsen (door middel van een buisje wordt de blaas leeggemaakt): bij vrouwen is dit frequent, bij mannen eerder zeldzaam.
- Continent reservoir: Het traject dat wordt gebruikt om het reservoir te sonderen kan op termijn problemen met zich meebrengen en bijvoorbeeld een vernauwing vertonen. Hiervoor kan het nodig zijn frequenter te sonderen, een sonde ter plaatste te laten of de vernauwing met een heringreep te verbreden.

Richtlijnen en aandachtspunten voor thuis

- Het herstel na de operatie duurt 6 tot 12 weken. Houd er rekening mee dat u sneller moe bent. U zult merken dat u geleidelijk uw activiteiten weer kunt uitbreiden.
- Voldoende bewegen. Probeer te vermijden dat u de hele dag in de zetel zit of in bed ligt.

- Voldoende drinken om de functie van de nieren te waarborgen en de kans op een urineweginfectie te verminderen.
- U mag terug normaal eten als u thuis bent.
- Geen zware inspanningen of sporten tot 6 weken na de ingreep.
- U mag gerust douchen.
- De stomaverpleegkundigen en de bandagist leren u hoe u best omgaat met uw stoma-materiaal. De stoma-plaat dient om de drie dagen vervangen te worden en het opvangzakje dagelijks. Dit kan u op termijn zelf doen of laten doen door een thuisverpleegkundige.
- Voor de postoperatieve pijn neemt u een pijnstiller (bijvoorbeeld Paracetamol 4x1g/dag) welke door uw uroloog worden voorgeschreven.
- Indien er koorts is boven 38.5°C of indien er aanhoudende, ernstige buiklast is, dient u steeds uw behandelend uroloog te contacteren.

Na ontslag uit het ziekenhuis

Bij uw ontslag uit het ziekenhuis krijgt u een afspraak voor een controleraadpleging.

Voorschriften voor medicatie en eventueel thuisverpleging zullen worden meegegeven.

De hechtingen worden na ongeveer 12 dagen verwijderd.

Een klassieke verdere opvolging bij uw uroloog bestaat uit een eerste raadpleging na 1 maand. Nadien wordt de frequentie verminderd.

Vragen en bekommernissen

Wellicht wekt deze operatie onzekerheid en spanning op. Ervaring leert ons dat goede informatie een belangrijke steun kan zijn voor u, uw partner en uw omgeving. Kreeg u door het lezen van deze brochure toch niet voldoende antwoord op al uw vragen en bekommernissen, dan kunt u altijd terecht bij de artsen, verpleegkundigen of de paramedici. Het urologisch team zal u graag bijstaan.

Wie contacteren bij vragen of problemen?

Hebt u na het lezen van deze brochure nog vragen of opmerkingen, dan kunt u terecht bij uw behandelend arts of de verpleegkundigen.

Deze brochure werd voor u opgemaakt door de dienst Urologie Kempen waarvan de urologen werkzaam zijn op volgende campussen:

- **Polikliniek Urologie in Turnhout**

Campus Sint-Elisabeth - Rubensstraat 166, 2300 Turnhout

Route B58

014/40 62 85

Campus Sint-Jozef - Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout

Route D25

014/ 44 44 35

- **Polikliniek Urologie in Geel**

Ziekenhuis Geel - J.-B. Stessensstraat 2, 2440 Geel

014/57 70 21

- **Polikliniek Urologie in Herentals**

AZ Herentals - Nederrij 133, 2200 Herentals

Consultatieblok 2e verdieping via rode lijn

014/24 65 00

- **Polikliniek Urologie in Mol**

Heilig Hartziekenhuis Mol - Gasthuisstraat 1, 2400 Mol

Consultatieblok 2e verdieping, oranje route

014/71 20 53

*Met dank aan de European Association for
Urology voor de afbeeldingen in de
brochure.*



AZ Turnhout vzw

www.azturnhout.be
info@azturnhout.be
014 40 60 11



Blijf op de hoogte via www.facebook.com/azturnhout



Campus Sint-Jozef

Steenweg op Merksplas 44
2300 Turnhout



Campus Sint-Elisabeth

Rubensstraat 166
2300 Turnhout

V.U. : Jo Leysen • gedelegeerd bestuurder AZ Turnhout vzw (vertegenwoordiger Eleyas bv)
Steenweg op Merksplas 44 • 2300 Turnhout