

**ROBOT GEASSISTEERDE LAPAROSCOPISCHE  
RADICALE PROSTATECTOMIE**

---

VOLLEDIGE VERWIJDERING VAN DE PROSTAAT

## **Inleiding**

Zoals u van uw uroloog heeft vernomen, is bij u prostaatkanker ontdekt. In overleg met u, is besloten tot een operatieve verwijdering van de prostaat. Uw arts heeft u al verteld wat u kunt verwachten. In deze folder zijn de belangrijkste punten nog eens samengevat.

## **Laparoscopische radicale prostatectomie**

Bij een laparoscopische prostatectomie wordt de gehele prostaat inclusief de zaadblazen verwijderd met een kijkoperatie. Het doel is om de gehele prostaatklier met de zaadblazen en dus ook al het kankerweefsel te verwijderen.

Het vooronderzoek toonde prostaatkanker maar heeft geen afwijkingen getoond die op uitzaaingen wijzen. Prostaatkanker dat zich nog beperkt tot de prostaat, kan op meerdere manieren worden behandeld:

- Laparoscopische radicale prostatectomie;
- Robot geassisteerde laparoscopische radicale prostatectomie;
- De prostaat met klassieke 'open' operatie verwijderen;
- Bestraling.

In een enkel geval wordt besloten prostaatkanker niet onmiddellijk te behandelen, maar regelmatig te controleren om te zien of de tumor zich in de loop van de tijd mild en niet agressief zal gedragen. In uw geval is, in onderling overleg, besloten tot het uitvoeren van een operatie. Het is een vrij grote operatie. Daarom wordt hij over het algemeen verricht bij mannen, die fit genoeg zijn om deze operatie te ondergaan en die niet ouder zijn dan ongeveer 70 jaar.

## **Vorbereidingen**

Voordat u wordt geopereerd, vinden vaak enkele onderzoeken plaats tijdens het pre-operatief spreekuur (POS). Het onderzoek kan bestaan uit het meten van uw bloeddruk, hartslag en gewicht. Een anesthesioloog bespreekt met u:

- Mogelijkheden van verdoven, algehele of plaatselijke verdoving door middel van een ruggenprik, eventueel gecombineerd met een slaapmiddel;
- Uw gezondheidstoestand;

- Eventuele aanvullende onderzoeken die uit veiligheid worden geadviseerd, zoals een onderzoek door de internist, het maken van een hartfilmpje of een röntgenfoto van uw borstkas.

Tijdens het spreekuur is het belangrijk uw overgevoeligheden (allergie) te melden. Neem ook een lijstje mee met uw huidige medicijnen. Van uw uroloog mag u meestal doorgaan met sommige bloedverdunnende medicijnen, zoals Ascal, (kinder)Aspirine, Carbascalaatcalcium en Acetosal. Waarschijnlijk heeft uw uroloog u geadviseerd Acenocoumarol, Sintrommitis, Marcoumar, Persantin, Plavix en dergelijke tijdelijk te staken. Het is verstandig dit nogmaals te bespreken.

Ook bespreekt u wanneer u voor het laatst mag eten en drinken voor de operatie en welke medicijnen u juist wel of niet moet innemen rondom de operatie. Voor deze operatie is standaard geen antibiotische bescherming nodig.

Nadat de anesthesist u 'groen licht' heeft gegeven voor de operatie, kan uw operatie worden gepland.

## **Ontharen**

Meestal is ontharen niet nodig. Mocht u toch willen ontharen, om de ingreep zo steriel en schoon mogelijk te kunnen uitvoeren, is het nodig, dat u **tenminste drie dagen** van tevoren de balzak zorgvuldig onthaart. Eerst zoveel mogelijk wegknippen en daarna scheren, elektrisch (ladyshave), met een scheermes of ontharingscrème. Als u ontharingscrème gebruikt, probeert u deze dan eerst uit op een klein stukje huid. Er kan soms een branderige reactie op de huid voorkomen. Indien het ontharen vlak voor de ingreep heeft plaatsgevonden, is de kans op een infectie vele malen groter en moet soms zelfs de afspraak worden verzet.

## **Opname**

Soms is het noodzakelijk dat u een dag of meerdere dagen voor uw operatie wordt opgenomen. Meestal komt u op de dag van uw operatie naar het ziekenhuis. U dient de instructies op van het pre-operatief spreekuur te volgen rondom eten, drinken en

medicijninname. Op de opnamedag maakt de verpleegkundige u wegwijs op de afdeling. Zij stelt u enige vragen en bespreekt nogmaals de gang van zaken rondom uw operatie.

## **Operatie**

De operatie wordt uitgevoerd door een uroloog die hierin is gespecialiseerd, meestal in samenwerking met een uroloog in opleiding.

De operatie vindt plaats onder algehele narcose. Direct na de narcose krijgt u een slangetje (katheter) in uw blaas om de urine continu af te voeren.

Vervolgens wordt via een kijkoperatietechniek de gehele prostaat, inclusief de zaadblaasjes en het begin van de zaadleiters, verwijderd. Omdat de prostaat zich voor de urineblaas en rondom het begin van de plasbuis bevindt, wordt bij de operatie het eerste deel van de plasbuis verwijderd. Tijdens de operatie wordt dan ook een nieuwe aansluiting gemaakt tussen de blaas en de (iets verkorte) plasbuis. Soms wordt een wonddrain (slangetje dat wondvocht en bloed kan laten aflopen) achtergelaten. De huid wordt met oplosbare hechtingen gesloten, die hoeven dus niet te worden verwijderd. Om deze nieuwe aansluiting goed te laten genezen moet de katheter ongeveer een week inblijven. De verwijderde prostaat wordt naar de patholoog gestuurd voor onderzoek. De operatie duurt ongeveer 2,5 tot 3,5 uur.

## **Onderzoek van de lymfeklieren**

De operatie start soms met het verwijderen van de lymfeklieren links en rechts van de prostaat. Bij voorgaande onderzoeken is namelijk nooit volkomen zeker vast te stellen of er al dan niet uitzaaiingen in de lymfeklieren aanwezig zijn. Tijdens de operatie worden de lymfeklieren door de patholoog nagekeken. Pas wanneer blijkt dat er werkelijk geen uitzaaiingen in de lymfeklieren zijn, wordt de radicale prostatectomie uitgevoerd.

Wanneer bij dit onderzoek echter blijkt dat er wel uitzaaiingen aanwezig zijn, wordt de operatie niet verder uitgevoerd en wordt de ingreep beëindigd. Later moet dan gezamenlijk een

nieuw beleid met u worden afgesproken.

Is het vooraf al bijna zeker is dat er geen uitzaaiingen in de lymfeklieren zijn, dan worden geen lymfeklieren verwijderd. Uw uroloog bespreekt dit van tevoren met u.

### **Wetenschappelijk onderzoek**

Als bij u urine, bloed of weefsel wordt afgenomen voor onderzoek, dan kan het zijn dat dergelijk 'lichaamsmateriaal' overblijft. Dit materiaal kan worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Hierdoor wordt inzicht verkregen in het ontstaan en de behandeling van ziekten. Onderzoek moet aan strenge voorwaarden voldoen, zoals het anoniem verwerken van uw lichaamsmateriaal.

Alle belangrijke informatie over onderzoek van lichaamsmateriaal, vindt u via [www.pathology.nl/voorlichting](http://www.pathology.nl/voorlichting). Heeft u er bezwaar tegen dat uw lichaamsmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek wordt gebruikt? Dan leest u in de folder hoe u bezwaar kunt maken.

### **Na de operatie**

Na de operatie wordt u in de verkoeverkamer (uitslaapkamer) verzorgd, totdat de narcose voldoende is uitgewerkt. Hierna wordt u naar uw kamer op de afdeling Urologie teruggebracht. Na de operatie heeft u wellicht pijn. De anesthesioloog heeft medicijnen tegen de pijn voorgeschreven en deze krijgt u wanneer nodig. U mag de eerste dag direct drinken en eten als u daar behoefte aan heeft.

De dag na de operatie voelt u zich een stuk beter. U kunt al weer eten en drinken en u komt al weer uit bed. Door het gebruikte koolzuurgas kunt u pijn in uw schouders ervaren. De wondrain die soms wordt achtergelaten om een eventuele nabloeding tijdig op te sporen, kan meestal worden verwijderd. Sommige patiënten kunnen 's avonds al naar huis, anderen één dag later. De hechtingen die gebruikt zijn om de huid te sluiten, zijn oplosbaar en hoeven dus niet verwijderd te worden.

## **Katheter verwijderen**

Om de nieuwe aansluiting tussen de blaas en plasbuis goed te laten genezen, moet de katheter een week blijven zitten. U gaat dus naar huis met de katheter. Het kan gebeuren dat er wat urine of bloederig vocht langs de katheter loopt, met name tijdens de stoelgang. Dit is normaal. Ongeveer een week na uw ontslag uit ons ziekenhuis wordt tijdens een dagopname de katheter verwijderd. Een dag van tevoren bent u een behandeling met antibiotica gestart. Deze antibiotica zijn nodig, omdat de blaas ten gevolge van de katheter bacteriën herbergt. Maakt u de kuur volgens de voorgeschreven voorschriften af.

## **Urinecontinentie en weefseluitslag**

Tijdens deze dagopname, wordt de urinecontinentie geëvalueerd en krijgt u de weefseluitslag van uw arts. Zo nodig wordt u bij incontinentie geïnstrueerd hoe u dit urineverlies kunt bestrijden en kunt opvangen. De urinecontinentie wordt geëvalueerd door een blaasprotocol dat u bijhoudt. Op dit formulier noteert u:

- De tijdstippen waarop u plast;
- De hoeveelheden die u plast;
- De hoeveelheden die u in de luiers verliest (kan bepaald worden door het wegen van de natte luiers);
- Eventueel wordt nog eens bepaald hoeveel urine na het plassen in de blaas achterblijft.

Als er tijdens de operatie twijfel was of een waterdichte nieuwe aansluiting tussen uw blaas en plasbuis is gemaakt, kan dit met een röntgenfoto worden gecontroleerd worden. Wanneer sprake is van lekkage, blijft de katheter tot drie weken na de operatie zitten.

## **Bijwerkingen van de ingreep**

### Incontinentie (urineverlies)

De overgang tussen blaas en prostaat wordt de blaashals genoemd. De blaashals draagt bij tot de continentie, het kunnen ophouden van urine. Wanneer de blaashals met de prostaat wordt verwijderd, kan urinelekkage optreden. Na een radicale prostatectomie is alleen uw uitwendige sluitspier nog

over. Er is uiteraard wel weer een nieuwe blaashals (blaasuitgang) gemaakt bij de operatie, maar het effect hiervan op de continentie is niet geheel duidelijk.

De meeste mannen hebben na de radicale prostatectomie te maken met enig verlies van urine. Bijna altijd is dit een zogenaamde 'stressincontinentie'. Dat betekent dat u kleine scheutjes urine verliest, op momenten dat de druk in de buik toeneemt. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren bij hoesten, niezen, iets zwaars optillen, maar ook bij overeind komen uit een stoel of bed. Meestal is dit urineverlies van korte duur. Deze stressincontinentie kan door goed en regelmatig oefenen van de spieren van de bekkenbodem worden behandeld. Slechts bij een paar procent van de mannen (drie tot vier procent) treedt een blijvende vorm van incontinentie op, waarvoor verdere maatregelen nodig zijn.

#### Verlies van erectie

Aan de achterzijde, vlak tegen de prostaat, ligt een tweetal vaat-zenuwbundels. Deze zijn verantwoordelijk voor de erecties. Wanneer deze vaat-zenuwbundels aan beide zijden met de prostaat mee moeten worden verwijderd, kan de penis niet meer stijf worden. In veel gevallen heeft de radicaliteit van de operatie, voorrang op het sparen van deze bundels. Alleen wanneer de tumor klein is en slechts aan één kant van de prostaat zit, kan worden geprobeerd om één of beide vaat-zenuwbundels te sparen. Het lukt helaas niet altijd om de dunne, bij de operatie slecht zichtbare bundels te sparen. Als de bundels zijn gespaard dan kan het één tot twee jaar duren voordat de erecties weer terug komen.

#### Zaadlozing

De prostaat produceert het zaadvocht. Bij de zaadlozing wordt het zaadvocht, samen met de zaadcellen uit de testikels, naar buiten gedreven. Na een radicale prostatectomie vindt geen zaadlozing meer plaats. Het orgasme, het gevoel van klaarkomen, hoeft echter niet verdwenen te zijn na de operatie. Soms voelt het iets anders aan dan u gewend was. Het kan dus gebeuren dat u wel klaarkomt, dit kan ook zonder dat er sprake is van een erectie, maar u heeft dan geen zaadlozing.

## **Mogelijke complicaties van de ingreep**

### Nabloeding

Tijdens de operatie worden alle bloedende bloedvaatjes gestelpt. Toch kan bij een operatie altijd een nabloeding optreden.

### Wondinfectie

De kans op een wondinfectie is niet groot, omdat er onder steriele omstandigheden wordt geopereerd.

### Katheterproblemen

Na de operatie heeft u een katheter. Deze is noodzakelijk om de nieuw aangelegde verbinding tussen blaas en plasbuis te beschermen tegen lekkage. De blaas en plasbuis krijgen nu de gelegenheid correct aan elkaar vast te groeien. Deze katheter moet zeven tot tien dagen aanwezig blijven. In het geval dat de katheter er onverwachts eerder uitvalt, moet u de uroloog direct waarschuwen.

### Stenose

Nadat de prostaat is verwijderd, moet er weer een nieuwe verbinding worden gemaakt tussen de blaas en de plasbuis. Deze nieuwe verbinding kan soms aanleiding geven tot een vernauwing die in een later stadium moet worden verwijld. Het is echter zelden dat een dergelijke vernauwing blijvende problemen geeft.

### Conversie

Soms is het niet mogelijk om de prostaat op laparoscopische wijze te verwijderen. Ook kunnen tijdens de ingreep problemen optreden die het noodzakelijk maken om te 'converteren': de operatie op de klassieke manier af te maken. Er wordt dan een snede gemaakt tussen de navel en het schaambeentje waardoor de operatie verder wordt afgemaakt. De opnameduur daarna is dan ook langer.

### Langdurige lymfelekkage (alleen als lymfklieren zijn verwijderd)

De hoeveelheid lymfevloeiend middel en bloed dat via de wonddrain wordt afgevoerd, wordt gemeten. Het is gebleken dat lekkage van lymfevloeiend middel langer aanhoudt wanneer u

bloedverdunnende medicijnen gebruikt. Om deze reden krijgt u geen routinematige bloedverdunding toegediend, maar krijgt u ter voorkoming van trombose, steunkousen aan op de ochtend van de operatie tot ongeveer 48 uur na de ingreep. Wanneer er een absolute reden is om bloedverdunding te gebruiken, bijvoorbeeld bij een hartklepprothese, dan moet dat uiteraard gebeuren en kan lekkage van lymfevloeistof iets langer aanhouden.

## **Oefenen van de buik en de bekkenbodemspier**

Na de operatie is het belangrijk dat de bloedcirculatie in het buik- en bekkengebied zo snel mogelijk herstelt. Een goede doorbloeding ondersteunt het genezingsproces.

Na de operatie kan direct worden gestart om een goede buikademhaling te oefenen en zo een goede ontspanning in het buikgebied te realiseren. Om de kracht van uw sluitspier te verbeteren en daardoor uw continentie beter en sneller te herstellen, moet u oefeningen voor de bekkenbodemspier gaan doen als de katheter is verwijderd.

### Uitplassen

In eerste instantie is het verstandig uit te plassen voordat u 's morgens uit bed overeind komt. Zoals al gezegd, geeft het overeind komen een drukverhoging in de buik, waardoor urine uit uw blaas kan worden geperst. Bovendien is uw blaas na een nacht redelijk gevuld. U kunt dus beter eerst een urinaal pakken en uitplassen. Daarna kunt u opstaan uit bed.

### Spieren aan- en ontspannen

Op verschillende momenten verdeeld over de dag moet u regelmatig de spieren aanknijpen alsof u de plas en de ontlasting op wilt houden. Deze oefeningen moet u echter niet doen tijdens het plassen en tijdens de stoelgang. Naast het goed kunnen aanspannen van de bekkenbodemspieren, blijft het belangrijk dat u deze spieren goed kan ontspannen, zodat u ook goed leeg kan blijven plassen.

### (Bekken)Fysiotherapeut(e)

Deze oefeningen worden door een gespecialiseerde fysiotherapeut(e) met u besproken en aangeleerd. Indien u het

op prijs stelt, wordt na ontslag voor u een afspraak gemaakt bij een geregistreerd bekkenfysiotherapeut(e) bij u in de omgeving. Hij of zij neemt met u de oefeningen door, waardoor u meer inzicht krijgt in de buikdrukverhogende momenten bij de dagelijkse bezigheden. Ook leert u om adequaat te reageren op deze buikdruk-verhogende momenten.

## **Pijnbestrijding**

Een goede pijnbestrijding is belangrijk voor het genezingsproces. Daarom is het raadzaam dat u de eerste twee dagen na de operatie de pijn met pijnstillers onderdrukt en dit vervolgens afbouwt. Dit doet u als volgt:

- Dag 1 en 2: 4x per dag neemt u twee tabletten Paracetamol (500 mg) in, dus om de zes uur.
- Dag 3 en 4: 4x per dag neemt u één tablet Paracetamol (500 mg) in, dus om de zes uur.
- Vanaf dag 5: u stopt met pijnbestrijding. Alleen wanneer u veel pijn heeft dan mag u 2 tabletten Paracetamol van 500 mg innemen.

## **Na ontslag**

Na uw ontslag uit het ziekenhuis wordt u regelmatig op de polikliniek gecontroleerd. Bij deze controles wordt u gevraagd naar uw algemene gezondheid, of er bijzondere klachten zijn en of het plassen inmiddels normaal verloopt zonder urineverlies. Ook vindt regelmatig bloedonderzoek plaats. Afhankelijk van de bevindingen, kan het onderzoek met scans of foto's worden uitgebreid. Aarzelt u niet om bij het polikliniekbezoek alle klachten te melden en al uw vragen te stellen. Indien het genezingsproces voorspoedig verloopt en de bloedsuitslagen goed zijn, dan heeft het onze voorkeur dat de controles weer worden overgenomen door uw verwijzend uroloog of huisarts.

## **Disclaimer**

Deze folder geeft de normale gang van zaken weer, soms kan daar in specifieke gevallen van worden afgeweken. Dit wordt uiteraard met u besproken.

Het kan voorkomen dat een afspraak onverhoopt moet worden verplaatst of u een andere uroloog ziet op het spreekuur, wij

vragen uw begrip hiervoor. Het kan ook zijn dat u voor optimale zorg wordt verwezen naar een andere dokter, mogelijk op een andere locatie.

De urologen van Franciscus Gasthuis & Vlietland en Havenpolikliniek leiden samen nieuwe urologen op. Deze urologen in opleiding zijn allemaal in de laatste fase van hun opleiding, zij zien zelfstandig patiënten op de polikliniek en voeren soms (delen van) een ingreep onder supervisie of zelfstandig uit.

## **Vragen**

Als u na het lezen van deze informatie nog vragen heeft, dan kunt u deze uiteraard voorleggen aan uw uroloog of de polikliniek Urologie waar u onder behandeling bent. U kunt telefonisch contact opnemen via onderstaande gegevens.

Franciscus Gasthuis, 010 - 461 6168

Franciscus Vlietland, 010-8931520

Franciscus Haven, 010 - 404 3360

Buiten deze tijden kunt u bij spoed contact opnemen met de Spoedeisende Hulp:

Franciscus Gasthuis, 010 – 461 6720

Franciscus Vlietland, 010 – 893 9393 (bereikbaar van 10.00 uur tot 21.00 uur. Buiten deze uren kunt u contact opnemen met de SEH Franciscus Gasthuis)

Meer informatie kunt u ook vinden via onze website [www.franciscus.nl](http://www.franciscus.nl).

## **Bericht van verhindering**

Als u door ziekte of een andere reden uw afspraak niet kunt nakomen, neemt u dan zo snel mogelijk contact op met de polikliniek Urologie. In uw plaats kan dan een andere patiënt worden geholpen.