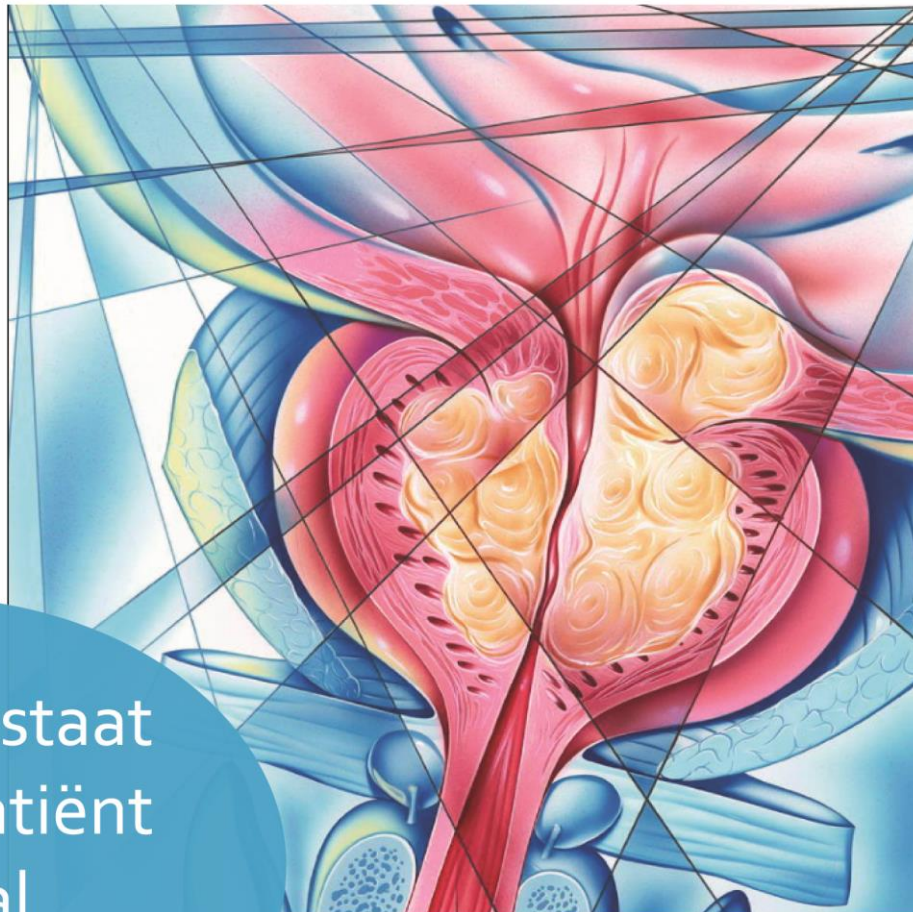


RALP

(Robot geAssisteerde Laparoscopische Radicale Prostatectomie)

Informatiebrochure voor patiënten



Bij ons staat
u als patiënt
centraal

www.urologie-asz-aalst.be
www.prostaatcentrum.com



Inhoudstabel

1. Inleiding.....	1
2. De prostaat.....	1
3. Prostaatkanker	2
4. Diagnose.....	3
5. De ingreep (Robot geAssisteerde Laparoscopische Radicale Prostatectomie –RALP)	3
6. Voorbereiding op de operatie.....	5
7. Dag van de ingreep	6
8. Tijdens de ingreep.....	7
9. Na de ingreep.....	7
9.1. De wondjes – wondzorg.....	7
9.2. Infuus	8
9.3. Blaassonde/ blaaskatheter.....	8
9.4. Pijnbestrijding	8
9.5. Ontlasting.....	9
9.6. Flebitis-preventie	9
9.7. Lichaamsbeweging	10
9.8. Algemene richtlijnen voor thuis.....	10
10. Lange termijn gevolgen van de operatie	11
10.1. Incontinentie.....	11
10.2. Erectiestoornissen	11
11. Opvolging van de ziekte.....	12
12. Is er nabehandeling noodzakelijk?.....	13

RALP

(Robot geAssisteerde Laparoscopische radicale Prostatectomie)

Informatiebrochure voor patiënten

1. Inleiding

Deze informatiebrochure werd ontwikkeld om uw vragen te beantwoorden betreffende de Robot geassisteerde Laparoscopische radicale Prostatectomie (RALP) bij prostaatcarcinoom.

Ze geeft uitleg over het waarom deze behandeling bij u van toepassing is, de voordelen en de risico's hiervan en wat u kan verwachten ter gelegenheid van, doch ook na het ondergaan van deze behandeling.

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

Indien u vragen heeft welke niet beantwoord werden in deze brochure, kan u voor aanvullende informatie steeds terecht bij uw behandelend arts-uroloog, de onco-coach urologie of bij de prostaatverpleegkundige.

De RALP behandeling wordt sinds verschillende jaren ruim toegepast. De Belgische centra waar deze behandeling op regelmatige basis wordt toegepast zijn evenwel beperkt.

Deze informatiebrochure is gebaseerd op internationale literatuur en guidelines:

- * Richtlijnen van de European Association of Urology (EAU)
- * Richtlijnen van de Belgische Vereniging voor Urologie (BVU)
- * Richtlijnen van de British Association of Urology (BAUS)
- * Verschillende recente internationale publicaties

2. De prostaat

De prostaat is een klier die zich net onder de blaas bevindt. Deze klier is qua vorm te vergelijken met een walnoot en weegt tussen de 20 tot 200 gram. De plasbuis loopt van de blaas, recht door de prostaat, naar de penis.

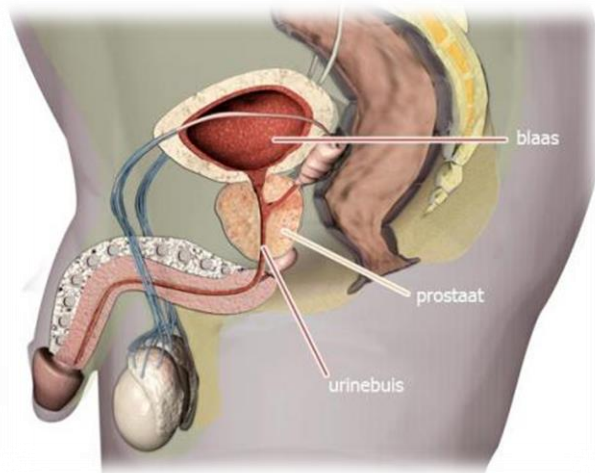
De functie van de prostaat is het produceren van prostaatvocht dat deel uitmaakt van het sperma.

Er bestaan verschillende soorten aandoeningen van de prostaat gaande van banale prostaatontstekingen, over goedaardige vergroting van de prostaat tot ontaarding van het prostaatweefsel met ontwikkeling van prostaatkanker.

Al deze verschillende aandoeningen gaan gepaard met zeer uiteenlopende symptomen, gaande van plasproblemen, pijnklachten, zwakkere urinaire straal, branderigheid tijdens het plassen, etc.

Een kwaadaardig gezwel van de prostaat geeft in een beginstadium slechts weinig tot geen klachten.

Het is in deze symptoomloze fase dat prostaatkanker meestal nog goed behandelbaar is. Pas in een later stadium, zeker bij het ontwikkelen van uitzaaiingen of metastasen, komen de klachten meer en meer op de voorgrond, en is genezing niet steeds meer mogelijk.

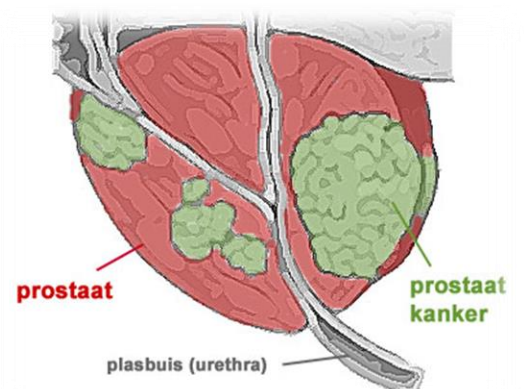


3. Prostaatkanker

Prostaatkanker of een kwaadaardig gezwel van de prostaat is een ziekte die meestal ontstaat aan de rand van de prostaat, vandaar dat deze aandoening in zijn beginfase nog weinig klachten veroorzaakt. Dit type gezwel groeit doorgaans langzaam, mede afhankelijk van de agressiviteitsgraad van het gezwel.

Prostaatkanker komt voor bij 30 op 100.000 mannen en is hiermee de meest voorkomende kwaadaardige tumor bij mannen.

Voor de behandeling van prostaatkanker bestaan een groot aantal mogelijke behandelingsmethoden, gaande van opvolging (actieve surveillantie), over heekunde (robot prostatectomie) tot uitwendige of inwendige bestraling. Daarnaast bestaan ook enkele experimentele behandelmethoden welke tot op heden hun efficiëntie niet hebben kunnen bewijzen in wetenschappelijke studies. Afhankelijk van de leeftijd van de patiënt, de agressiviteitsgraad en nog enkele andere determinerende factoren zoals lokalisatie van de tumor, aan- of afwezigheid van uitzaaiingen etc. wordt voor een bepaald type behandeling gekozen.



Deze brochure behandelt de verschillende aspecten van de **ROBOT GEASSISTEERDE LAPAROSCOPISCHE RADICALE PROSTATECTOMIE (RALP)**.

4. Diagnose

Meestal begint de diagnose bij een bloedafname met een verhoogd PSA en/of bij een verdacht rectaal onderzoek. Aansluitend wordt veelal een echografie uitgevoerd met biopsiename.

Meer en meer wordt de biopsie voorafgegaan door een magneetscan (NMR) van de prostaat. Heden ten dage bestaat de mogelijkheid bij zeer kleine letsels of moeilijk bereikbare letsels een computer gestuurde biopsie uit te voeren, waarbij de beelden van de NMR gebruikt worden om de echografische punctie te sturen (NMR/echo fusie biopsie).

Op basis van de weefselafname wordt de effectieve diagnose van prostaatkanker gesteld, waarbij ook de agressiviteitsgraad (Gleason-score) van het gezwel wordt bepaald.

In het kader van het opsporen van uitzaaiingen, worden nog een CT scan van de buikholte en het kleine bekken voorzien, alsook een scan van het beendergestel (botscan).

In sommige gevallen wordt ook een (PSMA)PET-scan uitgevoerd.

Eens de definitieve diagnose is gesteld en de verdere uitwerking door beeldvorming voltooid, wordt elke afzonderlijke casus voorgesteld op de tumorstaf, ook Multidisciplinaire Oncologische Consultatie (MOC) genaamd, waar behalve uw behandelende uroloog ook de coördinator van de MOC, evenals stafleden van de diensten oncologie, radiologie, anatomopathologie, medische beeldvorming en isotopen aanwezig zijn.

Ook uw huisarts kan, zo gewenst, aanwezig zijn.

Op deze tumorstaf worden alle gegevens nogmaals grondig nagekeken en worden de verschillende behandelingsmogelijkheden multidisciplinair besproken.

Voor- en nadelen, evenals complicaties van de verschillende therapieën worden met elkaar afgewogen, waarna een gegrond advies wordt gegeven over de verdere behandelingsopties.

5. De ingreep (Robot geAssisteerde Laparoscopische Radicale Prostatectomie – RALP)

In uw geval werd geopteerd voor een heelkundige verwijdering van het prostaatgezwel. Dit kan zowel gebeuren via een klassieke operatie met een onderbuikinsnede, als via een kijkoperatie met veel kleinere insneden en waarbij de chirurg gebruik maakt van een operatierobot.

In ons centrum wordt gebruik gemaakt van het **da Vinci®** Robot Systeem.



Bij een robot geassisteerde heekkundige ingreep staat de chirurg niet meer aan de operatietafel, doch bestuurt deze de robot aan een apart werkstation (console) door middel van enkele joysticks, pedalen en knoppen.

Operaties uitgevoerd met een dergelijke **da Vinci-operatierobot** hebben een aantal voordelen ten opzichte van klassiek uitgevoerde ingrepen:

- door de robot kunnen tangetjes en schartjes worden gebruikt die een veel grotere beweeglijkheid hebben dan klassieke operatie-instrumenten, waardoor de ingreep met meer precisie kan worden uitgevoerd.
- trillingen van de handen van de chirurg worden door de robot weggefilterd.
- de chirurg krijgt een driedimensionaal beeld van het operatiegebied met dieptezicht, wat eveneens de nauwkeurigheid van de ingreep bevordert.
- door deze techniek kan gewerkt worden via kleinere insneden, waardoor er achteraf minder pijn optreedt en het herstel sneller verloopt.



Bij de robot geassisteerde laparoscopische radicale prostatectomie worden de gehele prostaat, alsook de beide zaadblaasjes en een deel van de zaadleiters verwijderd. Nadien wordt de urineblaas delicaat met fijne hechtingsdraad terug aan de plasbuis gehecht. Vandaar dat u de eerste dagen na de ingreep een blaaskatheter zal hebben.

Indien technisch mogelijk, en oncologisch veilig, zal de chirurg tijdens de ingreep de erectiezuwen langs 1 of beide zijden van de prostaat sparen, dit met het oog op een zo goed mogelijk herstel in de postoperatieve fase van zowel de continentie als de erecties.

Het sparen van de erectiezuwen is echter niet steeds mogelijk, bijvoorbeeld bij (onvoorziene) uitgebreide vergroeiingen rond de prostaat en is in sommige gevallen zelfs af te raden bij te grote of te agressieve gezwellen, met gevaar voor doorgroei tot in en zelfs doorheen het prostaatkapsel. Om deze reden wordt soms besloten één of zelfs beide erectiezuwen samen met de zieke prostaat te verwijderen.

Afhankelijk van onder meer de PSA-waarde, de agressiviteitsgraad (Gleason-score) van de tumor en de bevindingen van het preoperatieve scanneronderzoek, worden bij sommige patiënten ook de lymfeklieren in het kleine bekken weggenomen.

6. Voorbereiding op de operatie

Voor een robot geassisteerde prostatectomie zijn standaard een **bloedafname** en een **electrocardiogram (ECG)** vereist.

Beide onderzoeken kunnen perfect worden uitgevoerd via uw huisarts.

Gezien het hier evenwel een belangrijke ingreep betreft, worden in functie van de algemene conditie en medische voorgeschiedenis, soms ook een uitgebreide **cardiologische** (hart) en **pneumologische** (long) evaluatie gepland.

Afspraken hiervoor worden dan gemaakt via de consultatie urologie of via uw huisarts.



U zal tevens een **toestemmingsformulier (Informed Consent)** overhandigd krijgen, evenals een **uitgebreide vragenlijst** voor de anesthesist, met o.a. de door u thuis ingenomen **medicatie**.

Beide documenten dient u ingevuld en ondertekend mee te brengen bij uw opname.

Indien u bloedverdunners inneemt, dienen deze tijdig te worden gestaakt!

Behandeling met Asaflow of Cardioaspirine wordt best een 8-tal dagen gestaakt. In sommige gevallen is het stoppen van deze medicatie tegenaangewezen en kan er in samenspraak met

de uroloog, de huisarts en/of de cardioloog worden beslist dit type bloedverdunners niet te stoppen tijdens deze ingreep.

Indien u op regelmatige basis Clopidogrel (Plavix) inneemt, moet deze behandeling 10 dagen vóór opname worden gestaakt. Inderdaad bestaat een belangrijk risico op blijvende bloeding na de prostaatheekunde. De behandeling kan een tiental dagen na ingreep op veilige wijze worden herstart.

Behandeling met Sintrom, Marevan, Marcoumar, Eliquis, Xarelto, e.a. dient geruime tijd van tevoren gemeld te worden, zodat stopzetting ervan, en eventuele vervangingstherapie, kan worden besproken.

Eén en ander gebeurt vanzelfsprekend in samenspraak met de huisarts en/of de behandelende hartspecialist.



7. Dag van de ingreep

In ons centrum wordt u gewoonlijk opgenomen **op de dag van de ingreep zelf**.

Voor het uur van opname wordt u gewoonlijk daags tevoren opgebeld door de consultatie Urologie.

Indien u geen telefonische oproep hebt gekregen betreffende het uur van opname kan u daags ervoor telefonisch contact opnemen met de poli urologie op het nummer 053/76.49.93 of met de dienst opnameplanning op het nummer 053/76.40.22 (na 12.00 uur), dit teneinde lange wachttijden op de kamer de dag van ingreep zelf te beperken.

Op de dag van de ingreep dient u zich **nuchter** aan te melden. Dit wil zeggen dat u na 24hoo 's nachts geen eten of drinken meer mag nuttigen.

Essentiële **thuismedicatie** mag u, mits akkoord van uw behandelende arts-uroloog, nog innemen met een klein slokje water.

Bij opname krijgt u een kamer toegewezen. U zal een **operatiehemdje** krijgen en u dient uw kledij achter te laten op de kamer.

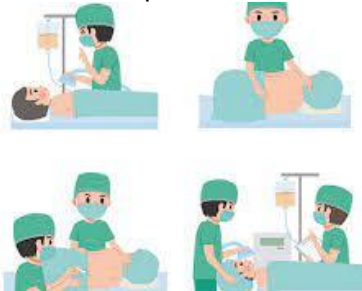
Het is ook best alle **juwelen, uurwerk** of kostbare bezittingen thuis te laten daar in de operatiezaal alle juwelen verwijderd worden.

Vóór de operatie zal u tevens een **infuus** krijgen langs waar medicatie kan worden toegediend tijdens en na de narcose.

8. Tijdens de ingreep

De operatie zelf duurt gemiddeld 2 tot 3 uur.

Gedurende de hele duur van de procedure zal u onder een algehele verdoving (algemene anesthesie) worden gehouden, onder scherp toezicht van een arts-anesthesist.



De ingreep start met het opblazen van de buikholte met CO₂, zodat er een ruimte vrijkomt waarin de chirurg kan werken.

Ter hoogte van de buikwand worden enkele kleine poorten geplaatst (meestal 5) langs waar de verschillende operatie-instrumenten, chirurgische draden en andere kunnen worden ingebracht. Vandaar de term sleutelgatoperatie of kijkoperatie.

Tijdens de ingreep wordt de prostaat samen met de zaadblaasjes in zijn geheel verwijderd, en nadien wordt de blaas terug aan de plasbuis genaaid met fijne hechtingsdraad.

Vaak worden tijdens dezelfde procedure lymfeklieren weggenomen in het kleine bekken.

9. Na de ingreep

Na de operatie zal u nog enige tijd op de ontwaakafdeling verblijven ter observatie. Hier worden uw bloeddruk, zuurstofconcentratie en andere parameters nauw opgevolgd tijdens de eerste uren na de ingreep.

Gewoonlijk kan u diezelfde dag nog terug naar de kamer op de urologische afdeling.

In sommige gevallen is een kortdurend verblijf op de intensieve zorgen noodzakelijk, doch dit is uitzonderlijk bij een dergelijk type ingreep.

9.1. De wondjes – wondzorg

Na de ingreep heeft u meestal 5 tot 6 kleine insneden ter hoogte van de buikwand.

Langs één van die insneden wordt bij het einde van de ingreep een drainage buisje geplaatst ter evacuatie van het wondvocht.

Deze drain wordt doorgaans verwijderd op de 2^{de} of 3^{de} dag na de ingreep, dit in functie van de hoeveelheid geproduceerd wondvocht.

De insnede aan de navel is gewoonlijk de grootste. Langs deze weg wordt de prostaat na de ingreep uit de buikholte verwijderd.



9.2. Infuus

Het infuus wordt geplaatst vóór de ingreep. Via dit infuus krijgt u vocht en de nodige medicatie toegediend tijdens en na de ingreep.

Van zodra de darmwerking weer op gang komt, kunnen vocht en medicijnen (pillen) weer via orale weg worden toegediend en kan het infuus weer worden verwijderd. Gewoonlijk gebeurt dit op de 2^{de} of 3^{de} dag na de ingreep.

9.3. Blaassonde/ blaaskatheter

De blaassonde is een siliconen buisje welke tijdens de ingreep doorheen het plaskanaal tot in de blaas wordt geplaatst. Deze blaassonde laat de evacuatie van urine toe tijdens de eerste dagen na de ingreep, en blijft ter plaatse tot wanneer de broze verbinding tussen de blaas en het plaskanaal voldoende hersteld is.

Gewoonlijk wordt de blaassonde verwijderd op dag 3 tot 4 na de ingreep. De overgrote meerderheid van de patiënten verlaat het ziekenhuis zonder blaaskatheter.

Indien uw prostaat zeer groot was, of indien nog wat bloederige urine, kan het zijn dat de blaassonde langer ter plekke wordt gelaten en kan het gebeuren dat u met deze blaassonde, gekoppeld aan een beenzakje, naar huis gaat.

Na enkele dagen wordt deze sonde op de polikliniek urologie terug verwijderd zodat u terug via de normale weg kan plassen.

Bij twijfel over de waterdichtheid van de verbinding tussen de blaas en het plaskanaal, wordt in uitzonderlijke gevallen, enkele dagen na de ingreep (na 4-10 dagen) op de dienst medische beeldvorming een **cystografie** uitgevoerd.

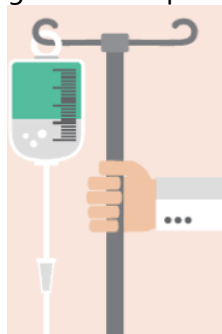
Bij dit onderzoek wordt met contraststof de waterdichte heling tussen blaas en plaskanaal nagekeken.

Zo waterdichtheid wordt bevestigd, wordt de blaassonde verwijderd.

9.4. Pijnbestrijding

Na de ingreep is het normaal dat u enige pijn ervaart. Vermits het hier een kijkoperatie betreft, valt de pijn gewoonlijk wel mee en is deze meestal te behandelen met gewone pijnstillers.

Initieel zal de pijnstilling worden toegediend via het infuus. Eens de darmwerking terug op gang is, kan de pijnstilling worden toegediend via perorale medicatie.



Er wordt door de anesthesist een standaard pijnmedicatie-schema opgestart. Indien u desondanks toch nog pijn ervaart, kan u de verpleegkundige verwittigen en kan u een

zwaardere pijnstillers krijgen. Het is belangrijk dat u pijn tijdig meldt, zodat de medicatie kan worden aangepast aan uw noden.

9.5. ERAS protocol/ FAST tract

Sinds geruime tijd wordt in ons centrum gewerkt volgens de inzichten van het ERAS protocol. De bedoeling is zowel voor, tijdens als na de ingreep bepaalde richtlijnen te volgen betreffende voeding, pijnstilling, beweging etc. Door het volgen van deze principes kan de ziekenhuisopname aanzienlijk worden ingekort en kennen patiënten een aanzienlijk snellere recuperatie. Dit vergt ook van de patiënt enige medewerking, daar hij of zij vrij snel na de operatie en dit in functie van de mogelijkheden, zal worden geactiveerd en gemobiliseerd.



9.6. Ontlasting

Na de ingreep duurt het gewoonlijk enige tijd vooraleer de darmwerking terug volledig op gang komt. Dit komt enerzijds door de ingreep zelf, alsook door de medicatie en pijnstillers die werden toegediend tijdens en na de narcose. Anderzijds is het ook zo dat u vóór de ingreep nuchter was en dat u de eerste dagen na de ingreep wat minder zal eten.

Al deze factoren maken dat het enige tijd kan duren vooraleer de eerste stoelgang op gang komt.

Eens de darmen op gang komen (darmrommelingen, windjes laten), zal de uroloog beslissen u wat te laten drinken en krijgt u licht verteerbaar voedsel aangeboden. Geleidelijk aan zal u terug normale voeding kunnen innemen.

Het is belangrijk dat u bij de eerste stoelgang geen druk uitoefent (niet persen). Indien u moeilijkheden ervaart, kan u een laxermiddel type Movicol® worden toegediend om de stoelgang te verzachten en de ontlasting makkelijker te maken.

9.7. Flebitis-preventie

Vóór de ingreep zullen u steunkousen worden aangemeten. Het is de bedoeling dat u deze kousen gedurende uw ganse verblijf in het ziekenhuis aanhoudt en ook de eerste 10 dagen thuis. Deze kousen bevorderen de bloeddorstrooming in de onderbenen en voorkomen tevens ontsteking en klontervorming in de onderbenen.

Na de ingreep zal u bloedverdunnende anti-flebitis spuitjes toegediend krijgen in de buik, bil of bovenarm.

Dit is een tweede maatregel in het voorkomen van flebitis (aderontsteking) ter hoogte van de benen.

Ook in de thuissituatie zal u na de robotprocedure deze spuitjes toegediend krijgen gedurende een 10 tot 20 dagen.

Hiervoor kan een thuisverpleegkundige worden ingeschakeld. Zo u dit wenst kan u die spuitjes ook zelf toedienen.

9.8. Lichaamsbeweging

Lichaamsbeweging is een belangrijke factor in uw herstelproces.

Reeds enkele uren na de ingreep is het belangrijk regelmatig uw benen te bewegen.

Gewoonlijk mag u reeds de eerste dag volgend op uw ingreep uit bed. U mag dan al wat stappen en een poosje in de zetel rusten.

Geleidelijk aan zal u meer en meer kunnen gaan bewegen, waarbij u zo nodig bijkomend zal worden gestimuleerd door de kinesisten op de afdeling. Korte wandelingen worden ten zeerste aanbevolen.

Ook na uw ontslag uit het ziekenhuis is het belangrijk regelmatige lichaamsbeweging in te lassen tijdens uw dagactiviteiten.



Fietsen alsook heffen en tillen van zware gewichten wordt de eerste 4 tot 6 weken na de ingreep ten stelligste afgeraden.

9.9. Algemene richtlijnen voor thuis

Volgende richtlijnen worden best nageleefd voor een vlot herstel na de operatie:

- Drink 2 liter water per dag, vermijd koffie en prikkelende dranken (cola, alcohol, ...).
- Eet vezelrijke voeding ter bevordering van een regelmatig en vlot stoelgangspatroom. Niet persen tijdens de stoelgang!
- Zorg voor voldoende lichaamsbeweging en een dagelijkse wandeling.
- De eerste 6 weken na de ingreep best geen zware lichamelijke arbeid en regelmatige rustpauzes. Fietsen, sporten en seksuele activiteit worden in deze periode afgeraden.
- Vanaf de 2^{de} week na de operatie mag u in principe weer autorijden (afhankelijk van de bepalingen van uw verzekering).
- Hechtingen of wondhaakjes kunnen door uw huisarts worden verwijderd +/- 10 dagen na de ingreep.
- Regelmatig onderhouden van uw bekkenbodemoefeningen (meermaals per dag).
- Steunkousen worden gedurende minstens 10 dagen na de ingreep aangehouden, alsook de spuitjes tegen flebitis.

- Bij toenemende pijn, koorts, moeilijkheden bij het plassen of andere ernstige problemen de eerste weken na de ingreep, neemt u best contact op met uw huisarts of uw arts-uroloog.

10. Lange termijn gevolgen van de operatie

10.1. Incontinentie

De eerste weken tot maanden na de ingreep kunt u last hebben van ongewild urineverlies (inspanningsgebonden incontinentie). Om deze klachten tot een minimum te beperken in hoeveelheid en in tijd, worden systematisch bekkenbodemp versterkende oefeningen voorgeschreven bij een hiertoe bevoegde en terdege opgeleide bekkenbodempkinesist(e).

Deze bekkenbodemp oefeningen worden vaak reeds enkele weken vóór de ingreep aangeleerd. Het is de bedoeling dat u deze oefeningen een 10-tal dagen na de ingreep terug intensief hervat en u door uw bekkenbodempkinesist(e) laat begeleiden tijdens deze revalidatie.

De mate (hoeveelheid) van incontinentie welke u kunt ervaren in de onmiddellijke postoperatieve periode is op geen enkele wijze een voorspelling van de uiteindelijke continentiegrad.

Teneinde de continentie maximaal en zo snel als mogelijk te laten recupereren, worden verscheidene innovatieve operatieve technieken toegepast, waarbij het sluitspiermechanisme alsook de bezenuwing maximaal worden gespaard. Hierbij worden verschillende operatieve technieken en mechanismen in functie van de agressiviteitsgraad en lokalisatie van de tumor toegepast (Rocco-stitch, Bocciardi (Italiaanse) approach, V-lock hechtingen, Multi layer suture, Collar technique, ...)

3 tot 6 maanden na de ingreep is het overgrote deel van de patiënten droog.

Slechts een kleine minderheid (1%) blijft tot 1 jaar na de ingreep hinderlijk urineverlies vertonen.

Bij deze kleine groep is soms nog een aanvullende ingreep noodzakelijk teneinde het sluitmechanisme te versterken ("Male"-sling of Kunstmatige sluitspier).

10.2. Erectiestoornissen

Tijdens de robot geassisteerde radicale prostatectomie met de da Vinci robot worden de erectiezuwen zoveel als mogelijk gespaard.

Sowieso zullen deze erectiezuwen toch minstens gedeeltelijk beschadigd worden door het manipuleren ervan met de endoscopische instrumenten en minimale doch vaak irreversibele kwetsuur ondervinden.

Bij uitgebreide tumoren of agressieve gezwellen is het trouwens niet aangewezen, en zelfs formeel afgeraden, de erectiezuwen te sparen.

De urologische chirurg is af en toe genoodzaakt om, soms éézijdig en soms beiderzijds, een belangrijk deel van het weefsel rondom de prostaat, zenuwvezels inclusief, te verwijderen om de kwaadaardige ziekte zoveel als mogelijk te verwijderen.

Of na een RALP al dan niet erectiestoornissen optreden, is afhankelijk van verschillende factoren: de mogelijkheid tot zenuwsparende ingreep, de leeftijd, de kwaliteit van de erecties vóór de ingreep, stress gepaard gaande met de ingreep en het psychologische verwerkingsproces van deze kankerepisode.

Het herstel van de erectiezenuwen kan bij sommige patiënten bijzonder traag verlopen, tot 2 jaar na de ingreep.

Ondanks de beste zorgen en het nauwgezet vrijmaken van de erectiezenuwen tijdens de ingreep is het onmogelijk te garanderen dat de erectie bij elke afzonderlijke patiënt spontaan terug op gang zal komen.

De literatuur vermeldt hier gunstige resultaten schommelend tussen de 10% en 86%.

Deze variaties zijn afhankelijk van de gebruikte operatietechniek enerzijds, maar zijn anderzijds ook afhankelijk van het type en de uitgebreidheid van het gezwel wat dan weer bepalend is voor de mate waarin de zenuwsparende chirurgie veilig kan worden toegepast.

Verschillende innovatieve operatietechnieken en behandelmethoden worden ook in ons centrum ingezet om de erectiezenuwen zo goed als mogelijk te sparen.

Hierbij wordt in geselecteerde gevallen geopteerd voor de Retzius Sparende Robot geassisteerde Radicale Prostatectomie (Italiaanse techniek/ Bocciardi Prostatectomie), waarbij een maximale bescherming van de erectiezenuwen evenals van het sluitspiermechanisme wordt beoogd.

Zo gewenst kunnen de zwellichamen, bij het uitblijven van onmiddellijke postoperatieve erecties, reeds vroegtijdig gestimuleerd worden door middel van medicamenteuze therapie.

Reeds na enkele weken kan op uw verzoek gestart worden met erectie bevorderende medicatie zoals Viagra®, Levitra®, Cialis®, Spedra® of analogen.

Evenwel zijn deze medicijnen, allemaal onder tabletvorm, vaak in de onmiddellijke postoperatieve fase niet krachtig genoeg om een onmiddellijke harde erectie te bekomen. Bij deze patiënten kan, zo gewenst, gestart worden met auto-injectietherapie met bloedvat- verwijdende middelen.

Uw behandelende arts-uroloog kan u de zelf-inspuitingstechniek aanleren, en verschillende preparaten en zelfs combinatiepreparaten aan de verschillende dosissen voorschrijven.

Na een robot geassisteerde radicale prostaatverwijdering is spermaproductie niet meer aan de orde gezien de prostaat hiervoor verantwoordelijk is, en heelkundig werd verwijderd.

Een (droog) orgasme is wel degelijk nog steeds mogelijk .

11. Opvolging van de ziekte.

Bij ontslag krijgt u een controle afspraak, dit reeds na enkele weken.

Bij deze eerste consultatie zal worden gevraagd naar uw algemeen welbevinden, naar mogelijke incontinentie en naar uw erectiele functie.

Een plasproef (uroflowmetrie) en controle echografie zullen worden uitgevoerd teneinde volledige blaaslediging te bevestigen.

Ook zal de spanning van de bekkenbodemspiculaatuur en de uithoudingskracht van de kringspier worden onderzocht.

De resultaten van het microscopische onderzoek van de verwijderde prostaat en/of lymfeklieren, zoals de volledigheid van verwijdering (kapselingroei, zenuwingroei, e.a.), het stadium van het gezwel, de definitieve agressiviteitscore en de eventuele inname van klieren, zullen met u worden besproken.

In functie hiervan zal samen met u een op uw maat opgesteld opvolgingsplan worden uitgestippeld en zal de frequentie van opvolgingsconsultaties, labo-afnames met PSA-bepaling en eventuele noodzakelijke beeldvorming worden afgesproken.

Gebruikelijk zal tijdens het eerste postoperatieve jaar een 3- maandelijkse controle-afpraak worden voorzien.

Bij geruststellende resultaten, bij lage PSA-waarde en bij gunstige evolutie van de continentie en de erectiele functie zullen de opvolgingsconsultaties worden gespreid.

12. Is er nabehandeling noodzakelijk?

Na het heelkundig verwijderen van de prostaat is de PSA-waarde de belangrijkste aanwijzing voor de evolutie van deze ziekte.

In de beste omstandigheden zal de PSA-waarde enkele maanden na de ingreep onmeetbaar laag worden, wat duidt op afwezigheid van actieve ziekte.

Er zullen dan ook op regelmatige tijdstippen controles van de PSA-waarde worden aangevraagd.

In functie van de evolutie van de PSA zullen zo nodig aanvullende onderzoeken zoals CT-scan, PET CT-scan, Botscan en andere worden aangevraagd.

Indien het definitieve microscopisch onderzoek van de verwijderde prostaat lokale doorgroei van tumor bevestigt, of indien de PSA niet daalt tot een onmeetbaar lage waarde, kan aanvullende behandeling zoals bestraling (radiotherapie) of hormonale therapie noodzakelijk zijn.

Sowieso wordt elk separaat dossier met noodzaak tot aanvullende behandeling, andermaal besproken op de **Multidisciplinaire Oncologische Consultatie (MOC- vergadering)**.

Het team van oncologisch specialisten zal in samenspraak met uw behandelende uroloog uw dossier met de grootste zorg nakijken, en de voor u beste nabehandeling voorstellen.

Tijdens het hele proces van diagnosestelling, behandeling, opvolging en zo nodig nabehandeling zult u opgevolgd worden door het deskundige team van de urologen van het ASZ, en mede ondersteund worden door onze onco-coachen en zo gewenst onco-psychologen.

Verdere informatie over de dienst urologie en over "RALP" kunt u vinden op :

www.urologie-asz-aalst.be

www.prostaatcentrum.com

Disclaimer

De informatie in deze brochure is van algemene aard en is bedoeld om u een globaal beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In iedere situatie, en dus ook de uwe, kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze brochure vervangt dus niet de informatie die u van uw behandelend arts reeds kreeg en die rekening houdt met uw specifieke toestand. Zijn er na het lezen van deze brochure nog vragen schrijf deze eventueel op en bespreek ze in ieder geval met uw behandelend arts.

Update 11/01/2022

Verantwoordelijke uitgever :

Dr. F. Peeren

Uroloog ASZ

Dr. B. Rappe

Diensthofd Urologie ASZ

Academisch consulent UGent