

GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

laparoscopische colpopromontoriopexie als behandeling voor prolaps

Geachte patiënt,

Deze informatiebrochure werd geschreven door de Belgische Associatie van Urologie (BAU) en dankzij het Verbond der Belgische Beroepsvereniging van Geneesheer-Specialisten (VBS-GBS).

Ze is bestemd voor patiënten en gezondheidswerkers en heeft tot doel u te informeren over uw behandeling, frequente bijwerkingen en de meest voorkomende of ernstige complicaties die eruit kunnen ontstaan.

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

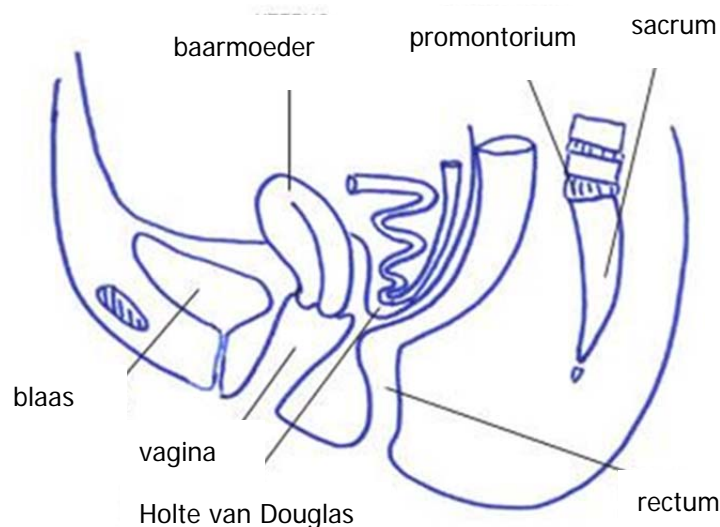
In dit deel van de brochure vindt u algemene informatie over laparoscopische colpopromontoriopexie als behandeling voor prolaps.

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

Algemene informatie over laparoscopische colpopromontoriopexie als behandeling voor prolaps

1) Algemene informatie over de colpopromontoriopexie

Het vrouwelijke bekken worden onderverdeeld in drie delen of compartimenten: het voorste deel (anterieur compartiment) dat bestaat uit de blaas en de plasbuis, het middelste deel met de vagina en de baarmoeder en ten slotte het achterste deel (posterieur compartiment) dat de endeldarm en een gedeelte van de dunne darm omvat. Deze drie compartimenten liggen in nauw verband met elkaar en oefenen hierdoor een belangrijke invloed op elkaar uit.

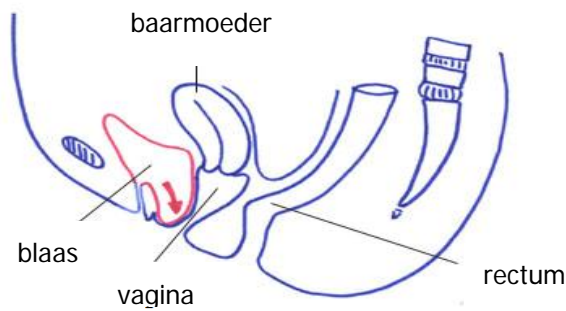


2) Wat is prolaps

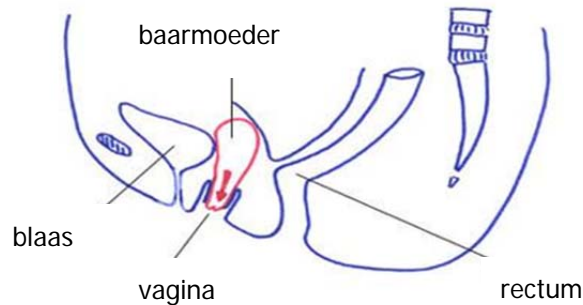
Prolaps is het uitzakken van één of meerdere van de compartimenten of bekkenorganen in de vagina.

Naargelang een ander bekkenorgaan is verzakt, wordt de prolaps anders benoemd.

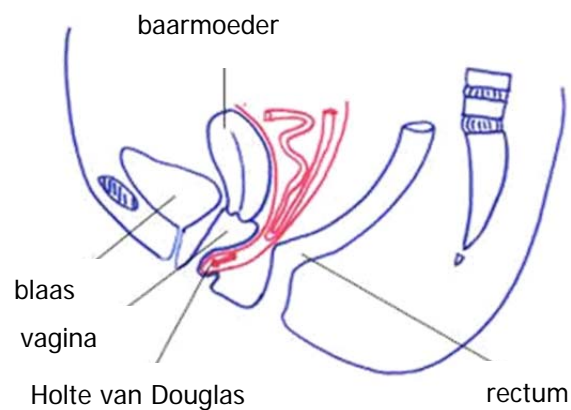
1. De cystocoele: Het uitzakken van de blaas via de voorwand van de vagina



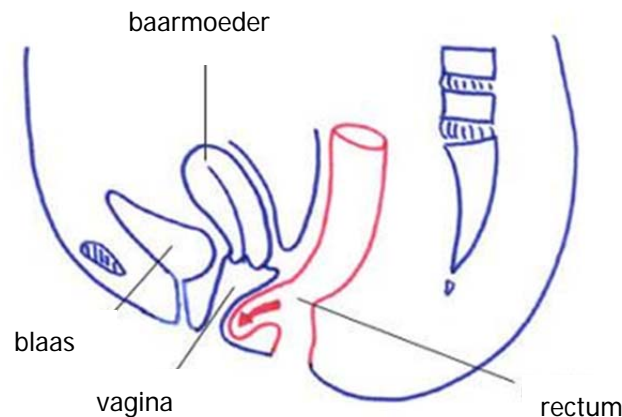
2. Prolaps van de uterus: het uitzakken van de baarmoeder, met de top van de vagina



3. De elythrocoele: het uitzakken van delen van de dunne darm via de top en de achterwand van de vagina



4. De rectocele: het uitzakken van de endeldam via de achterwand van de vagina.



Prolaps omvat vaak, in meer of mindere mate, een combinatie van organen van de drie verschillende compartimenten.

3) Waarom heeft uw arts u voorgesteld om een ingreep uit te voeren voor uw prolaps?

Wanneer u al te belangrijke hinder ondervindt door de prolaps, is een chirurgische ingreep ("opnaaiing") eigenlijk de enige efficiënte manier om de bekkenorganen opnieuw min of meer op hun oorspronkelijke plaats te krijgen.

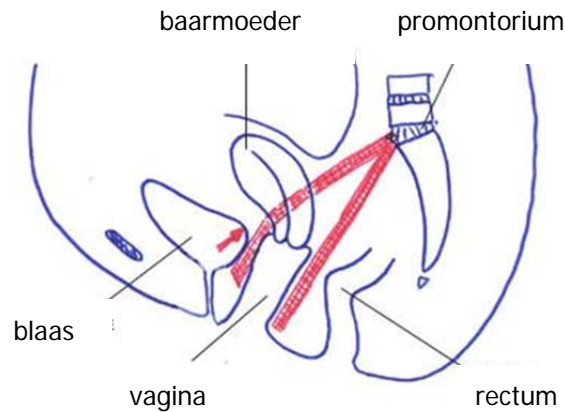
Het principe van de colpopromontoriopexie is reeds lang bekend en van deze ingreep is geweten dat het herstel ook op langere termijn goed bewaard blijft.

Sinds de jaren negentig wordt deze ingreep via een kijkoperatie uitgevoerd zodat de pijn nadien, de duur van de ziekenhuisopname en de herstelperiode aanzienlijk werden verkort in vergelijking met de klassieke chirurgie.

Als alternatief voor de laparoscopische colpopromontoriopexie kan soms een ingreep via de vagina gebeuren en in sommige gevallen kan een pessarium in de vagina worden ingebracht om een heelkundige ingreep te trachten vermijden.

4) Wat is het principe van de ingreep?

Bij de colpopromontoriopexie worden kunststofnetjes gebruikt om de voorste en/of achterste vaginawand te verstevigen. Deze netjes worden vervolgens onder aan de lendenwervels vastgemaakt waardoor de vaginawand en de vaginatop opnieuw naar omhoog kunnen worden getrokken.



Er bestaan hiervoor verschillende types van netjes. Uw chirurg zal het nettype kiezen dat in uw situatie het best is op basis van zijn ervaring.

5) Operatieve techniek:

De ingreep wordt tegenwoordig door middel van een kijkoperatie (laparoscopie) uitgevoerd. Dit verandert het principe van de procedure niet, het is enkel een manier om de klassieke operatie minder invasief (minder beschadigend dan via de klassieke buikoperatie) uit te voeren en toch hetzelfde resultaat te bekomen. Hierbij worden ter hoogte van de navel en de onderbuik in totaal 4 incisies gemaakt van ongeveer 1 à 2 cm lang waarlangs buisjes (werkkanalen) in de buikholte worden ingebracht. De werkkanalen dienen om een lange smalle camera (verbonden met een videoscherm) en speciaal hiervoor ontworpen lange instrumenten in de buikholte in te brengen. Om voldoende ruimte te creëren om de ingreep te kunnen uitvoeren, wordt de buikholte met een gas (koolstofdioxide) opgeblazen.

De ingreep zelf verloopt steeds onder volledige verdoving.

Voor de operatie:

Het is belangrijk dat de endeldarm bij de ingreep goed is geledigd. Dit kan worden verkregen door in de uren voor de operatie bijvoorbeeld een lavement toe te dienen, afhankelijk van de precieze aard van de ingreep en de ervaring van uw arts.

Na de operatie:

De pijn die u in de eerste uren na de ingreep kunt voelen, wordt opgevangen door pijnstillers die via het infuus worden toegediend.

U krijgt ook dagelijks een bloedverdunner toegediend via een injectie in de huid van de buik. Dit dient om klontvorming in de aders (thromboflebitis) en in de longen (embolie) te voorkomen.

Drinken en nadien ook eten kan meestal vanaf de dag volgend op de ingreep. Gewoonlijk wordt reeds tijdens de ingreep via de plasbuis een blaaskatheter geplaatst waarlangs de urine kan weglopen. Soms wordt aan het einde van de ingreep ook een gaaswiek in de vagina geplaatst.

Zowel de sonde als de eventuele gaaswiek worden kort na de ingreep verwijderd. Afhankelijk van de aard van de ingreep en de ervaring van uw uroloog gebeurt dit meestal na één tot twee dagen. Dit is gewoonlijk quasi pijnloos al kunt u in het begin wat last hebben van een branderig gevoel tijdens het plassen. In de uren na het verwijderen van de blaaskatheter zal uw verpleegkundige het plassen

controleren om de goede werking van de blaas te verzekeren.

6) Wat te doen na uw vertrek?

De hersteltijd bedraagt gemiddeld 4 tot 6 weken. Deze termijn kan worden aangepast in functie van uw beroep.

Na uw vertrek uit het ziekenhuis kunt u uw normale activiteit hernemen. U dient echter wel nog zware inspanningen en het heffen van gewichten (meer dan 5kg) te vermijden gedurende een periode van ongeveer drie maanden.

U dient best baden te vermijden gedurende een viertal weken, maar douches zijn toegestaan onmiddellijk na de operatie.

U moet zich onthouden van seksuele activiteit en sport gedurende vier weken. Na de ingreep krijgt u een controleafspraak.

Het is mogelijk dat u wat bloedverlies hebt langs de vagina of de buikwondjes in de dagen volgend op de ingreep, dit is echter niet noodzakelijk verontrustend. Daarnaast kan er in de eerste weken volgend op de operatie constipatie optreden (bemoeilijkte stoelgang). Indien u hiervan al te grote hinder ervaart, kan het soms aangewezen zijn om tijdelijk een laxermiddel te gebruiken.

7) Bij welke signalen dient u uw arts te raadplegen tijdens uw herstel?

Bij een hardnekkig branderig gevoel bij het urineren, hoge koorts boven 38,5 °C, blijvend en uitgebreid bloeden, al te belangrijke buikpijn en braken, moeilijk plassen.

8) Wat zijn de gevolgen van de ingreep?

De techniek die wordt uitgevoerd is al meer dan 15 jaar de standaardingreep bij uitstek die wordt uitgevoerd bij vrouwen met prolaps. Zoals met elke procedure kunnen er zich echter soms bepaalde complicaties voordoen.

Het is ook nooit uit te sluiten dat uw chirurg tijdens de kijkoperatie moet beslissen om over te schakelen naar een klassieke "open" procedure, via een incisie in de onderbuik. Dit zal gewoonlijk geen enkel effect hebben op het slagen van de ingreep, maar heeft wel een langere herstelperiode als gevolg.

Tijdens de operatie:

De techniek van de operatie is sterk gestandaardiseerd en complicaties zijn dan ook zeldzaam.

Perforatie van de blaas of de vagina kan optreden tijdens de ingreep. Deze perforatie is meestal onschuldig en kan tijdens de operatie worden behandeld. In geval van een perforatie moet de blaaskatheter wel een paar extra dagen behouden blijven om genezing mogelijk te maken.

Tijdens de ingreep kan er een darmperforatie, een belangrijk bloedvatletsel of een letsel aan de urineleider tussen nier en blaas optreden. De frequentie hiervan is minder dan 1% en meestal kunnen deze letsels nog tijdens de ingreep worden hersteld zonder belangrijke gevolgen.

Elke interventie, hoe klein ook, houdt risico's in die onvoorspelbaar en uitzonderlijk zijn, maar daarom niet minder ernstig (hartaanval, diepe veneuze trombose, longembolie, anafylactische shock op allergie, ...).

Na de operatie:

Infectie: Een infectie van de urinewegen kan optreden enkele dagen na de operatie. Dit kan worden genezen door een antibioticakuur van enkele dagen.

Het prothesenetje zelf wordt zeer goed getolereerd en geïntegreerd in het lichaam. Het risico op infectie hiervan is klein, maar kan op dat ogenblik wel het verwijderen van het netje vereisen.

Moeilijk plassen: Soms heeft de blaas in de eerste dagen na de ingreep moeite om zich volledig te

ledigen. Normaal gezien volstaat het om in dat geval de blaaskatheter enkele dagen langer te behouden.

Frequent en dringend plassen: Dit verdwijnt meestal binnen enkele dagen of weken na de operatie. Als dit aanhoudt, neem dan contact op met uw chirurg.

Constipatie: Dit is een vrij frequent voorkomend probleem na de operatie en hiervoor dient soms een laxemiddel te worden ingenomen. De problemen van een moeilijke stoelgang verdwijnen normaal gezien binnen de drie maanden volgend op de operatie.

Seksualiteit: Na voldoende herstel van de ingreep verloopt het vrijen meestal probleemloos, al kan het gevoel van de vagina wel wat zijn veranderd.

Pijn: De ingreep vereist geen grote incisies of traumatische acties, de pijn is meestal gering en blijft beperkt tot een paar dagen na de operatie.

Problemen van genezing: De huidincisies genezen na ongeveer tien dagen. Ter hoogte van de vagina kunnen de geplaatste hechtingen soms kleine wondjes veroorzaken. Verwittig uw arts indien abnormale vaginale afscheiding aanhoudt.

Erosie en afstoting van het prothesenetje: Zelfs al worden de gebruikte materialen voor deze bandjes zeer goed verdragen, toch blijft het een lichaamsvreemd voorwerp. Erosie (afstoten) van de netjes is zeldzaam, maar mogelijk.

Urineverlies: Soms kan na de operatie een probleem van urine-incontinentie optreden. De oorzaken van dit urineverlies waren reeds voor de ingreep aanwezig, maar de incontinentie werd op dat ogenblik door de prolaps verborgen ("gemaskeerde urinaire incontinentie"). Bij een blijvend urineverlies kan - na voldoende herstel van de ingreep - soms een behandeling met spierversterkende kinesitherapie worden voorgeschreven of is - in uitzonderlijke gevallen - een tweede, kleinere ingreep op de plasbuis noodzakelijk.

9) Daarna

Regelmatige controle is noodzakelijk. Neem eenmaal per jaar of in geval van problemen contact op met uw arts.

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

Algemeen

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

Dit formulier wordt u meegegeven tijdens de raadpleging bij uw behandelende arts waar u, indien nodig, aanvullende informatie krijgt. Het formulier moet worden ingevuld en moet ondertekend worden teruggestuurd naar een persoon van het medische team vóór de operatie om uw medisch dossier te vervolledigen.

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