

---

## GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

### percutane litholapaxy (niersteenbehandeling)

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 de percutane litholapaxy (niersteenbehandeling). 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 de percutane litholapaxy.

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

### Algemene informatie over de percutane litholapaxy (niersteenbehandeling)

#### 1. Indicaties en voorwaarden voor deze ingreep

Grote nierstenen bij wie een extracorporele verbrijzeling niet aangewezen is of onsuccesvol bleek, worden best percutaan behandeld indien mogelijk.

De voorwaarden: de patiënt moet onder volledige narcose in ventrale decubitus (op de buik) kunnen geopereerd worden. Bij sommige personen (obesitas, ademhalingsproblemen) is dat riskant.

#### 2. Voorbereiding en operatietechniek

Er moet vooraf steeds een uitgebreide radiologische studie van de urinewegen en hoofdzakelijk van de aangetaste nier gebeuren teneinde de structuur van het afvoersysteem goed te kennen. Een urineweginfectie wordt steeds op voorhand opgespoord en zo nodig vooraf behandeld.

#### De ingreep:

1. Men begint vaak met het plaatsen van een katheter in de ureter van de aangetaste nier, soms om tijdens de punctie (zie hieronder) contrast en methyleenblauw te laten inlopen, meestal om een optimale drainage van de nier te verzekeren tijdens de ingreep. Het plaatsen van zo'n katheter gebeurt in gynaecologische houding via de plasbuis en op het einde wordt er een blaassonde geplaatst, ook voor goede drainage.

2. De patiënt wordt op haar/zijn buik gedraaid en gepositioneerd.

3. Onder echografische geleiding of onder fluoroscopische beeldvorming (radioscopie) wordt het nierafvoersysteem aangeprikt met een fijne naald. Meestal wordt een posterieur gelegen onderkelk als toegangspoort gekozen, maar naargelang de steenmassa kan een andere weg gekozen worden.

4. Wanneer de naald correct in het afvoersysteem zit, wordt er een fijne, soepele voerdraad (geleider) in het systeem geschoven doorheen de holle schacht van de naald.

5. De naald wordt dan verwijderd en het punctietraject over de voerdraad wordt verbreed tot

9 mm. Dit gebeurt met dilatatoren (sondes voor het oprekken) uit Teflon of metaal of met een ballondilatatie-sonde.

6. Daarna wordt er een metalen nefroscoop (dit is een buigzame, bestuurbare slang om de binnenkant van de nier te kunnen bekijken) in het afvoersysteem van de nier geschoven zodat de steen onder rechtstreeks zicht kan worden verbrijzeld en verwijderd. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van verschillende energetische methodes: ultrasonische energie, pneumatische druk of laser. De steenfragmenten worden opgezogen of met een tangetje verwijderd. Sommige fragmenten verdwijnen in de ureter (urineleider), meestal zijn dat kleine stukjes.

7. Tijdens de steenbehandeling wordt het afvoersysteem van de nier continu gespoeld met fysiologisch serum. Bij langdurige ingrepen is er soms risico op vochtlekage buiten de nier. Om dit te vermijden gebruiken we een bijkomende beschermbuis (Amplatz) waarin de nefroscoop wordt geschoven.

8. Wanneer alle (bereikbare) steenfragmenten verwijderd zijn, mag de nefroscoop er terug uit. In bepaalde gevallen wordt er een nefrostomiekatheter geplaatst om een zo goed mogelijke drainage van de nier te verzekeren. Vooral bij nabloeding is dit een zeer nuttig hulpmiddel.

#### Na de ingreep:

1. De ureter- en blaaskatheter worden dezelfde dag of de dag na de ingreep verwijderd. De nefrostomiekatheter blijft meestal een 2-tal dagen. Deze laat ook toe om een controle radiologisch onderzoek met contrast uit te voeren. Dit onderzoek wordt uitgevoerd om te zien of er geen lekkage is en om eventuele steenresten goed in beeld te brengen.

2. Afhankelijk van de overblijvende katheters kan de patiënt meestal de dag van de ingreep zelf of de dag erna naar huis. Wanneer er een nefrostomiesonde werd achtergelaten, is dit soms iets langer.

### **1) Wat zijn de risico's en complicaties?**

Hieronder vindt u een niet-exhaustieve lijst van algemene en specifieke complicaties, samen met de frequentie waarmee deze optreden:

- (a): frequent: >15%
- (b): occasioneel: 5-15%
- (c): zeldzaam: 1-5%
- (d): zeer zeldzaam: <1%

#### Tijdens en/of na de ingreep:

1. Bloeding: tijdens de dilatatie, tijdens de nefroscopie of tijdens de steenverbrijzeling kan er een bloeding optreden. Dit is meestal het gevolg van het mechanisch oprekken van het nierparenchym om de "werktunnel" te creëren en stopt meestal spontaan. Slechts zelden zijn er andere maatregelen nodig, zoals embolisatie (dichtspuiten van de bloedvaten) of een open operatie om de bloeding te stelpen.

2. Infectie: bij geïnfecteerde stenen kan tijdens of na de ingreep een infectieuze shock optreden, een zeer gevaarlijke complicatie. Dit is te vermijden door steeds vooraf urineweginfectie op te sporen en te behandelen en door de ingreep te beperken tot een drainerende nefrostomiekatheter wanneer er etterige urine wordt gezien tijdens de punctie. Na enkele dagen drainage kan de geplande ingreep dan veilig uitgevoerd worden.

3. Nierperforatie: een perforatie van het nierbekken is mogelijk, vooral tijdens de dilatatie, dit wordt meestal gemakkelijk opgevangen door plaatsing van een drainerende nefrostomiekatheter, soms moet de ingreep hierdoor vroegtijdig afgebroken worden.

4. Longvliesperforatie: in zeldzame gevallen is er een benadering via een bovenkelk of middenkelk nodig en moet de punctie en dilatatie tussen de ribben (10-11 of 11-12) gebeuren, dit

gaat steeds gepaard met een risico op longvliesletsel waardoor lucht of water of bloed in het longvlies kan ophopen. Wanneer men er op bedacht is wordt dat gemakkelijk herkend op een longfoto en meestal lost het gemakkelijk op met behulp van een longdrain gedurende enkele dagen.

5. Darmperforatie: het gebeurt extreem zeldzaam ( minder dan 1/100) dat de darm geperforeerd wordt bij de manipulaties (punctie, dilatatie), maar het kan wanneer de dikke darm te ver naar achter ligt naast de nier. Wanneer dat gebeurt zal er een peritonitis optreden, tenzij de perforatie tijdens de ingreep opgemerkt wordt. In dat geval volstaat het een nefrostomiekatheter achter te laten en die progressief elke dag 1 cm terug te trekken, de perforatie sluit dan spontaan zonder gevolgen.

Meestal wordt een dubbel-J-katheter goed verdragen en veroorzaakt deze weinig klachten.

Soms worden volgende ongemakken ervaren (a-b):

Tijdens het plassen kunt u druk gewaarworden in de flank. Deze druk verdwijnt weer na het plassen. Er is hiervoor zelden een pijnstiller nodig (van het type NSAID).

Bloed in de urine (hematurie) komt frequent voor, zeker na inspanningen of na fysieke activiteiten. Dit is niet gevaarlijk als er zich geen stolsels vormen. Om het vormen van klonters of stolsels te voorkomen, moet u veel drinken om de urine helderder te maken.

Klachten van irritatie van de blaas komen ook soms voor: veelvuldig moeten plassen, gevoel van onvolledige blaaslediging, dringend moeten plassen, ongewild urineverlies.

Zeldzame complicaties van een dubbel-J-katheter (c-d):

Dislocatie of verplaatsing van de katheter. De katheter zal meestal geherpositioneerd moeten worden.

Blokkade of verstopping van de katheter. De katheter zal meestal vervangen moeten worden.

Pyelonefritis of nierontsteking. Dit gaat gepaard met pijn in de flank en hoge koorts. Een behandeling met antibiotica is noodzakelijk en soms is hier ook een ziekenhuisopname nodig. Soms wordt er een urinair antisepticum voorgeschreven om deze verwikkeling te helpen voorkomen.

## 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.