
GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

transurethrale resectie van de blaas

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

Algemene informatie over de transurethrale resectie van de blaas

1) Anatomische basis en algemeen uitgangspunt van de ingreep

De blaas is het reservoir waar de urine, die afkomstig is van de nieren, wordt opgeslagen alvorens deze tijdens het urineren wordt afgevoerd.

Op basis van radiologische, biologische of endoscopische onderzoeken is vastgesteld of wordt vermoed dat er een afwijking is aan uw blaas; alleen door microscopisch onderzoek van weggenomen weefsel kan een precieze diagnose worden gesteld, op basis waarvan wij u een gepaste behandeling en nabehandeling kunnen bieden.

De ingreep die wij u voorstellen, is de ablatie of excisie van een letsel waarvan wordt vermoed dat het een blaastumor is.

Zonder precieze diagnose en behandeling loopt u het risico dat u een gevaarlijk letsel laat evolueren dat kankerachtig is of dit kan worden.

2) Therapeutische alternatieven

Er is geen andere manier om de ablatie of excisie van uw blaasafwijking uit te voeren dan de ingreep die u wordt voorgesteld.

3) Voorbereiding voor de operatie

Zoals bij elke heelkundige ingreep zijn er voorafgaande onderzoeken nodig. Een bloedonderzoek, urineonderzoek, thoraxradiografie en electrocardiogram worden uitgevoerd voor de raadpleging bij de anesthesist. Tijdens die raadpleging worden de risico's die verband houden met de anesthesie besproken. De operatie gebeurt onder algemene of spinale anesthesie.

Operatietechniek

Deze ingreep gebeurt via natuurlijke weg zonder opening in de buik. De chirurg brengt in de urethra (plasbuis) een toestel in dat een resectoscoop wordt genoemd. In sommige gevallen is het nodig de urethra vooraf te verbreden.

De operatie vindt plaats onder visuele controle. Met behulp van de resectoscoop kan het letsel worden weggenomen en kunnen de bloedvaten die zouden kunnen bloeden, worden gecoaguleerd. Het weggenomen weefsel wordt naar het laboratorium gestuurd voor analyse.

Aan het einde van de ingreep wordt gewoonlijk een katheter in de blaas geplaatst, eventueel met continue spoeling.

Om de kans op terugkeer van kwaadaardige letsels te beperken, wordt een vroege (binnen de 24 uur) instillatie in de blaas van chemotherapie voorgesteld. Deze instillatie wordt niet uitgevoerd als de resectie zeer diep of uitgebreid was of als het bloeden aanhoudt.

4) Gewoonlijke opvolging van de ingreep

In het ziekenhuis:

De blaasspoeling wordt stopgezet zodra de urine helder is en de blaaskatheter wordt na een of meer dagen verwijderd op advies van de chirurg.

Bij het wegnemen van de katheter is de urine helder of soms nog in enige mate bloedkleurig. U kunt gedurende enkele dagen een brandend gevoel hebben bij het plassen. De lengte van uw verblijf in het ziekenhuis is variabel en wordt bepaald door uw chirurg op basis van het postoperatieve verloop, uw algemene conditie en de aard en de omvang van uw blaasletsel.

Terugkeer naar huis:

Tijdens de eerste weken na de operatie wordt u aangeraden veel te drinken en vermijdt u best inspanningen. In de eerste weken kan er bloed voorkomen in de urine (c), wat deze aanbevelingen kracht bijzet. Bij een zware bloeding kan een nieuwe ziekenhuisopname noodzakelijk zijn.

In overleg met uw chirurg wordt bepaald wanneer u het werk kunt hervatten, indien van toepassing. Het resultaat van de analyse van de excisie van de blaas is slechts enkele dagen na de ingreep bekend. Een kopie van dit resultaat zal worden verzonden aan uw behandelende arts. U zult worden geïnformeerd door uw uroloog of door uw behandelende arts over wat u moet doen en de daaropvolgende monitoring.

5) Complicaties

Tijdens de ingreep:

Elke chirurgische ingreep houdt complicaties en risico's in, eventueel zelfs overlijden van de patiënt (a), niet alleen ten gevolge van de aandoening waarvoor u wordt behandeld, maar ook als gevolg van individuele variaties, die niet altijd te voorspellen zijn. Sommige van deze complicaties zijn zeldzaam en kunnen ongeneeslijk zijn (a).

Tijdens de ingreep kan de chirurg worden geconfronteerd met een ontdekking of een onvoorziene gebeurtenis die hem/haar verplicht tot verdere acties of tot acties die afwijken van wat oorspronkelijk was gepland, of zelfs tot het onderbreken van de geplande procedure.

Sommige complicaties hebben te maken met uw algemene conditie en uw verdoving; de anesthesist zal deze complicaties, die zich kunnen voordoen bij elke chirurgische ingreep, toelichten tijdens de preoperatieve raadpleging.

Tijdens de ingreep kunnen er bloedingen optreden die een transfusie noodzakelijk maken. Hoewel het transfusiebloed is getest, bestaat er altijd een zeer laag risico (a) op overdracht van tot op heden bekende (HIV, hepatitis...) of onbekende ziekten. Het risico op bloedbesmetting kan worden weggenomen door een bloedafname bij de patiënt vóór de ingreep. Als de patiënt bloed moet krijgen tijdens de operatie, krijgt hij zijn eigen bloed toegediend. Het vooraf afnemen van bloed is gecontra-indiceerd in het kader van een ingreep tegen kanker.

Omliggende organen van de blaas kunnen beschadigd raken tijdens de operatie, wat onmiddellijk chirurgisch herstel vereist (a). Bij deze ingreep kan het noodzakelijk zijn de buikwand te openen. In geval van een perforatie van de blaaswand kunnen tumorcellen zich verspreiden in de buik of in het bekken. Het risico op het ontwikkelen van uitzaaiingen is zeer klein (a).

Tijdens het ziekenhuisverblijf:

Een postoperatieve urineweginfectie doet zich occasioneel voor (1 tot 10 %); dit dient te worden behandeld met een antibioticakuur. Zeer zelden (<1%) kan zich een testikelinfectie voordoen, wat in uitzonderlijke gevallen kan leiden tot onomkeerbare onvruchtbaarheid. Als u een kinderwens hebt, spreek hier dan over met uw uroloog voorafgaand aan de ingreep.

Frequent voorkomend zijn branderigheid en aandrang tot urineren na het wegnemen van de blaaskatheter gedurende enkele dagen.

Er kunnen zich bloedingen voordoen die een transfusie noodzakelijk maken (5% - zeldzaam). Ernstige infectie (<1%, zeer zeldzaam).

Zoals bij elke chirurgische ingreep kunnen zich bloedproppen vormen in de aders (veneuze tromboses) (b) die een afsluiting van de longvaten kunnen veroorzaken (embolie) (a). Als voorzorgsmaatregel kunnen anticoagulantia worden toegediend, hetgeen echter het risico op bloedingen verhoogt.

In geval van allergieën (bv. aan geneesmiddelen, anesthetica, ontsmettingsmiddelen, latex,...) kunnen tijdelijk zwellingen, jeuk, niezen, huiduitslag, duizeligheid of braken voorkomen. Ernstige complicaties van vitale functies (hart, ademhaling, nieren, bloedsomloop) of blijvende schade zijn uitzonderlijk (a).

Na het ziekenhuisverblijf:

Zeer zelden (<1%) (a) treden er in een later stadium vernauwingen van de plasbuis op. In uitzonderlijke gevallen kan dit leiden tot een kromming van de penis bij erecties, wat de intromissio (het inbrengen van de penis) kan bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken (a). Er kan een heelkundige ingreep worden voorgesteld om de penis te herstellen, alsook de plaatsing van een penisprothese.

Tijdelijke of permanente urine-incontinentie (ongecontroleerd urineverlies) kan zich voordoen in geval van tumorletsels ter hoogte van de sluitspiers of bij een beschadiging van de sluitspiers tijdens de ingreep (a). In uitzonderlijke gevallen moet een kunstmatige sluitspier chirurgisch worden aangebracht.

De kwaliteit van de erectie en het libido worden meestal niet aangetast door de ingreep. Impotentie is uitzonderlijk (a).

Het risico op retrograde ejaculatie kan zich voordoen als het te verwijderen letsel zich op de blaashals (uitgang van de blaas) bevindt. Dit wordt gekenmerkt door de afwezigheid van de uitstoot van sperma tijdens een orgasme. Dit heeft normaal gezien geen invloed op het gevoel van genot.

6) 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.