
GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

vasectomie

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 vasectomie. 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 vasectomie.

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

Algemene informatie over de vasectomie

1. Anatomie en doel van de ingreep.

Zaadcellen ontstaan in de teelbal en worden van hieruit richting de prostaat gevoerd via het vas deferens of zaadleider. Ter hoogte van de prostaat mengen deze zaadcellen zich met het sperma. Het is de zaadcel die dmv versmelting met de eicel van de vrouw een bevruchting veroorzaakt.

Het onderbreken van de zaadleider, m.a.w. vasectomie, betekent bijgevolg dat er geen transport van zaadcellen meer mogelijk is met als eindresultaat afwezigheid van zaadcellen in het sperma.

Het opnieuw aan elkaar verbinden van de onderbroken zaadleider -de vaso-vasostomie- is niet gegarandeerd succesvol, de vasectomie dient dan ook te worden beschouwd als een definitieve ingreep.

2. Andere therapeutische mogelijkheden

Er bestaan ook andere vormen van contraceptie. In stijgende lijn van efficiëntie is dit (niet exhaustieve lijst van meest voorkomende mogelijkheden): periodieke onthouding, temperatuurmethode, het condoom, het spiraal, de mini-pil, de prikpil of implanteerbare pil en de orale pil.

Een aantal van deze mogelijkheden hebben naast hun contraceptief effect ook andere potentiële voordelen, het is belangrijk om alvorens te beslissen tot een vasectomie het effect van het stopzetten van deze contraceptiva bij de partner te evalueren. Zo kan een hormoonspiraal resulteren in minder uitgesproken of zelfs afwezig bloedverlies. De pil verhindert meestal ovulatie en de bijhorende pijn maar ook vermindert dit de mogelijke symptomen die gevolg zijn van de hormonale veranderingen tijdens een cyclus. Het onderschatten van deze voordelen voor de partner kan resulteren in een dubbele contraceptie: de sterilisatie van de man en een ander contraceptief dat de

partner blijft gebruiken om andere redenen.

De sterilisatie bij de vrouw, dit is het onderbreken van de eileider, is het equivalent van de vasectomie bij de man, het verhindert transport van de eicel naar de baarmoeder. De efficiëntie is dezelfde maar de procedure is gevaarlijker omdat hiervoor via de buik moet worden geopereerd.

Het is belangrijk steeds te beseffen dat de familiale situatie kan wijzigen (scheiding, overlijden, nieuwe kindervens,...) het is bijgevolg verkieslijk dat deze procedure wordt besloten in samenspraak met de partner.

Auto-preserveren van zaadcellen is mogelijk, maar wordt gewoonlijk niet gedaan en is duur.

3. Voorbereiding voor de operatie

Als de ingreep onder algemene of epidurale verdoving dient te gebeuren, zal een bloedafname, een electrocardiogram en eventueel een radiografie van de borstkas worden uitgevoerd voor de geplande ingreep. De specifieke risico's van deze vormen van anesthesie kunnen besproken worden op een preoperatieve raadpleging bij de dienst anesthesiologie.

Als de ingreep gebeurt onder lokale verdoving zal een bloedafname volstaan.

De balzak wordt best geschoren net voor de ingreep om wondbesmetting te vermijden.

4. Operatietechniek

Deze operatie gebeurt meestal onder lokale verdoving. Bij lokale verdoving kan niet elke onaangename sensatie gegarandeerd vermeden worden (bijvoorbeeld bij het trekken op de zaadstreng). Indien gewenst kan dit ook onder algemene verdoving gebeuren. Over de risico's van de algemene anesthesie kan u apart geïnformeerd worden.

Bij deze procedure wordt een kleine incisie gemaakt ter hoogte van de zaadstreng in het bovendee van de balzak. De zaadleider wordt langs deze insnijding opgespoord en geïsoleerd van de bloedvaten naar de teelbal. Er wordt een segment zaadleider weggenomen en microscopisch onderzocht ter bevestiging. De beide einden worden toegebonden, toegebrand of begraven op een verschillende plaats in het scrotum, meestal wordt een combinatie van deze methoden gebruikt (bijv. toebranden en toebinden).

Deze ingreep wordt herhaald aan de andere zijde.

De duur van de operatie is meestal 15 tot 30 minuten.

5. Het postoperatief verloop

Tijdens de hospitalisatie:

De interventie kan ambulante gebeuren bij lokale verdoving, bij algemene of locoregionale verdoving zal dit via dagopname dienen te gebeuren.

Ter hoogte van de wondjes kan er wat pijn en discomfort worden ervaren bij het ontwaken (d); hiervoor kan paracetamol en NSAID genomen worden.

Terug thuis:

- De wonde kan nog enkele dagen gevoelig zijn (c). Sommige patiënten geven een krampachtige pijn aan in het lieskanaal na betrekking, dit is eerder zeldzaam en verdwijnt spontaan met de tijd (b).
- De herstelperiode is doorgaans kort en licht werk kan hernomen worden 1-2 dagen later. Volledig hernemen van alle activiteiten kan doorgaans na een week.
- **Men is pas als steriel te beschouwen nadat bij een zaadtelling er geen zaadcellen werden teruggevonden in het spermastaal. Tot die tijd dient een andere vorm van contraceptie te worden gebruikt.**
- Doorgaans gebeurt een controle van het sperma 6-12 weken na de ingreep afhankelijk van het aantal ejaculaties.
- De vasectomie heeft geen invloed op de erecties of op het libido en er verandert nauwelijks iets aan het aspect van het sperma. Seksuele activiteit kan dus hernomen worden van zodra er geen pijn meer wordt ervaren ter hoogte van het scrotum.
- De wondjes dienen rein te worden gehouden en bij scrotale zwelling en discomfort kan ondersteunend ondergoed of suspensoir worden gebruikt.

6. Risico's en mogelijke complicaties

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

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

Tijdens de ingreep:

- Elke chirurgische act behelst, ondanks alle voorzorgen, een zeker risico op ernstige complicaties en zelfs overlijden van de patiënt. Bij vasectomie is de kans op belangrijke problemen uiterst gering maar niet nul (a).
- Een beschadiging van de bloedvaten kan zij het uiterst zelden aanleiding geven tot afsterven van de teelbal (a).

Na de opname:

- Zelfs al wordt de vasectomie beschouwd als de meest zekere vorm van contraceptie, een falen is altijd mogelijk. Dit is meestal het gevolg van betrekking zonder een andere vorm van contraceptie vóór de controle zaadtelling.
- Zelden is falen het gevolg van spontane rekanalisatie waarbij de eindjes terug naar mekaar groeien. Dit wordt gerapporteerd in 1 patiënt op 2000 bij adequate techniek en dit kan tot verschillende jaren na de ingreep gebeuren.
- Een zeldzame afwijking is de aanwezigheid van 2 zaadleiters aan 1 zijde, dit kan gemist worden tijdens de ingreep. In dit geval zal de zaadtelling telkens opnieuw de aanwezigheid van zaadcellen tonen. Een nieuwe ingreep zal dan noodzakelijk zijn.
- Een bloeditstorting (b) ter hoogte van het scrotum is altijd mogelijk, net als een wondinfectie of abcesvorming. In uitgebreide gevallen kan een nieuwe ingreep hiervoor noodzakelijk zijn (a).
- De littekens kunnen soms langdurig hypergevoelig zijn en bestaat de mogelijkheid van een gevoelig granuloom als gevolg van lekkage van zaadcellen uit de doorgenomen zaadleider (a).

- In zeldzame gevallen wordt bij insnijding een huidzenuw geraakt. Dit geeft soms blijvende voosheid in een deel van de huid van de balzak (a).

7. 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.