



Percutane Nefrolitholapaxie (PNL)

51.039N

Deze informatiebrochure 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, maar omvat de voor u meest relevante informatie.

Indicaties

Percutane niersteenverwijdering is aangewezen bij zeer grote nierstenen waarbij een extracorporele verbrijzeling (ESWL) of kijkoperatie via de natuurlijke weg (ureterorenoscopie) niet meer haalbaar is. Door middel van deze techniek kan namelijk sneller en efficiënter een grote niersteen verwijderd worden, met een grotere kans om volledig steenvrij te worden. Anderzijds houdt deze behandeling wel iets meer risico's in en wordt ze daarom gereserveerd voor specifieke gevallen.

Vorbereiding

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 behandeld. Indien negatief volstaat een éénmalige antibiotica-inname kort voor de ingreep.

De ingreep kan zowel in buik- als ruglig gebeuren. De keuze hiervan zal vooral bij uw arts berusten, vaak in overleg met de anesthesist (slaapdokter).

Vooraf zal u gevraagd worden om langs te gaan bij de huisarts of anesthesist voor een preoperatief nazicht (electrocardiogram, bloedafname, urineonderzoek en evt. longfoto).

Bloedverdunners dienen in principe gestopt te worden vòòr de opname. Meld dit steeds aan uw arts indien u bloedverdunners neemt, zodat het stoppen ervan correct kan afgesproken worden.

U dient binnen te komen in het ziekenhuis de ochtend van de ingreep. Hiervoor moet u nuchter zijn, dit betekent dat u vanaf middernacht niet meer mag eten, drinken of roken.

De operatie

De ingreep bestaat in principe uit **twee delen**:

1. in het **eerste deel** wordt een katheter geplaatst in de aangetaste nier. Dit zorgt ervoor dat de nier kan gevuld worden met water en contrast, zodat deze makkelijker kan aangeprikt worden via de rug, en 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 er wordt ook een blaassonde geplaatst, voor goede drainage.
2. in het **tweede deel** wordt onder echografische en fluoroscopische (d.m.v. X-stralen) geleiding het afvoersysteem van de nier aangeprikt met een fijne naald. Wanneer de naald op de correcte plaats in het afvoersysteem zit, wordt er een fijne, soepele voerdraad (geleider) in het systeem geschoven doorheen de holle schacht van de naald. Over deze voerdraad wordt vervolgens het gekozen traject verbreedt door middel van dilatatoren (metalen buisjes van oplopende dikte) of een ballon tot een kanaal waarlangs kan gewerkt worden. De diameter van dit kanaal wordt gekozen in functie van de grootte van de steen en kan gaan van 3 tot 10 millimeter. Via dit kanaal wordt vervolgens een nefroscoop (camera om in de nier te kijken) ingebracht om de steen op te sporen. Via dezelfde nefroscoop kunnen vervolgens instrumenten ingebracht worden om de steen te verbrijzelen en alle fragmenten te verwijderen. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van verschillende energetische methodes: ultrasone energie, pneumatische druk of laser. De steenfragmenten worden opgezogen of met een tangetje verwijderd. Tijdens deze procedure wordt de nier continu gespoeld met spoelvocht (fysiologisch serum). Op het einde van deze ingreep wordt meestal een slangetje (nefrostomiekatheter) in het traject achtergelaten om een maximale drainage van de nier postoperatief te verzekeren. In principe kan dit slangetje na één tot enkele dagen weer verwijderd worden. Daarnaast kan er eventueel ook een slangetje in de urineleider (een zogenaamde JJ-katheter of stent) achtergelaten worden.

Na de operatie

De ureter- en blaaskatheter worden dezelfde dag of de dag na de ingreep verwijderd. De nefrostomiekatheter (via de rug) blijft meestal 1 à 2 dagen zitten. 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.

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

Wat zijn de risico's en complicaties?

Aan elke chirurgische ingreep zijn er potentiële complicaties en risico's verbonden, in het ergste geval ook overlijden van de patiënt. Ook gebeurt het soms dat de chirurg tijdens de ingreep geconfronteerd wordt met onvoorziene gebeurtenissen waarvoor hij actie moet ondernemen, afwijkend van wat normaal gepland was. Sommige van deze complicaties hebben te maken met uw algemene conditie en/of met de verdoving die u als patiënt ondergaat. De cardiologische voorgeschiedenis van een patiënt kan bijvoorbeeld parten spelen tijdens de ingreep. Preoperatief gebeurt er dan ook een uitgebreide risico-inschatting, om de kans op deze problemen te verkleinen.

Hieronder vindt u een lijst van algemene en specifieke complicaties, samen met de frequentie waarmee deze optreden, die eigen zijn aan deze ingreep:

- a. frequent: >15%:** koorts (10,8%)
- b. occasioneel: 5-15%:** bloeding met transfusienood (7%)
- c. zeldzaam: 1-5%:** longvliesperforatie (1,5%)
- d. zeer zeldzaam:** bloedvergiftiging (0,5%), orgaanletsel (0,4%), forse bloeding met nood aan heringreep (0,4%), urinelekkage (0,2%)

Heeft u nog vragen of bemerkingen in verband met deze brochure? Aarzel dan niet om uw arts te contacteren. **Dienst Urologie/Heelkunde: route 51 – tel.: 057 35 72 00**