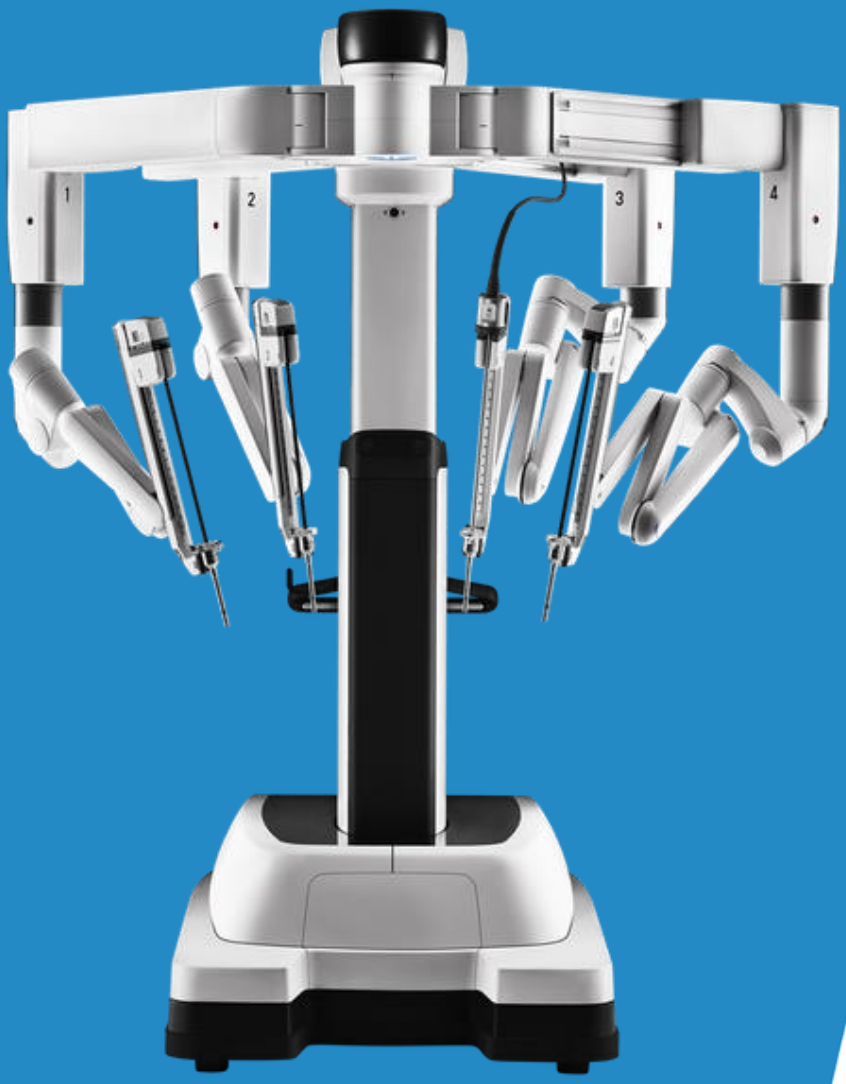
Jan Yperman Ziekenhuis

De robot-geassisteerde laparoscopische radicale prostatectomie (RALP)

51.073N



Jan Yperman Ziekenhuis • Briekestraat 12 • 8900 Ieper
www.yperman.net • 057 35 35 35
info@yperman.net •

Uw arts stelde vast dat u een kwaadaardig gezwel in de prostaat heeft. In overleg werd besloten om de volledige prostaat te verwijderen met een minimaal invasieve operatie via robotchirurgie ofwel RALP.

Wat houdt een RALP precies in ?

RALP staat voor ‘robot-geassisteerde laparoscopische radicale prostatectomie. Bij deze operatie wordt de volledige prostaat met het kapsel en de zaadblaasjes verwijderd onder algemene verdoving. Afhankelijk van de tumorkarakteristieken worden de nabijgelegen klieren mee weggenomen. Deze procedure wordt uitgevoerd met behulp van een robotsysteem.

Bij een robot-geassisteerde ingreep staat de chirurg niet meer aan de operatietafel, maar bestuurt hij de robot aan een apart werkstation (console) door middel van enkele joysticks, pedalen en knoppen. In het Jan Yperman ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van het ‘Da Vinci’ robot systeem, met name de meest moderne “Xi” versie .

Operaties uitgevoerd met dergelijke robot hebben enkele voordelen ten opzichte van klassiek uitgevoerde ingrepen. Zo hebben de instrumenten die gebruikt worden door de robot een veel grotere beweeglijkheid dan klassieke operatie-instrumenten waardoor de ingreep met meer precisie kan worden uitgevoerd.

De trillingen van de handen van de chirurg worden eveneens weggefilterd door de robot. De chirurg krijgt een driedimensionaal beeld van het operatiegebied wat ook de nauwkeurigheid bevordert.
Verder kan door deze techniek gewerkt worden met kleinere insneden, waardoor er achteraf minder pijn optreedt en het herstel vlotter verloopt.

Voorbereiding

U zal gevraagd worden om langs te gaan bij de huisarts of anesthesist voor een preoperatief onderzoek. Een standaard bloedafname, electrocardiogram, urineonderzoek en eventueel longfoto zijn vereist. In functie van uw algemene conditie en medische voorgeschiedenis kan een uitgebreide cardiologische (hart) en pneumologische (long) evaluatie gepland worden.

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

Enige tijd voor de ingreep zal u een tweetal sessies moeten bijwonen bij een kinesitherapeut voor bekkenbodemoefeningen. Dit is noodzakelijk om het urineverlies na de ingreep te beperken (zie ‘urineverlies’).

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. U kan wel speciale koolhydraten rijke “clear fluid” drankjes drinken, deze worden meegegeven op de preoperatieve consultatie en dienen om de maagdarmtransit na de ingreep sneller te laten recupereren. Essentiële thuismedicatie mag U, mits akkoord van uw behandelende arts-uroloog, innemen met een klein slokje water.

Bij opname krijgt u een kamer toegewezen. U zal een operatieschort krijgen en u dient uw kledij achter te laten op de kamer. Al uw juwelen of kostbare bezittingen dient u best thuis te laten, aangezien in de operatiezaal alle juwelen verwijderd worden. Bril, lenzen, hoorapparaat en tandprothesen kunnen achtergelaten worden op de kamer. Indien u dit wenst kan op de kamer een kalmerend middel toegediend worden als voorbereiding op de verdoving.

Wanneer het uw beurt is in de operatiezaal, wordt u in een bed naar de voorbereidingsruimte gebracht. Hier nemen de verpleegkundigen van de operatiezaal het over. Voor de operatie zal u nog een infuus krijgen langs waar de medicatie kan worden toegediend tijdens de narcose. Daarna wordt u in de operatiezaal begeleid waar u tevens de anesthesist zal ontmoeten die u in slaap brengt en u bewaakt tijdens de operatie.

De operatie

Bij de robot-geassisteerde laparoscopische radicale prostatectomie wordt de gehele prostaat, alsook de zaadblaasjes en een deel van de zaadleiders verwijderd onder volledige verdoving. Nadien wordt de blaas opnieuw vastgehecht aan de plasbuis. Hierbij wordt een blaaskatheter (of blaassonde) geplaatst die gedurende de eerste dagen ter plaatse blijft om de urine te laten afvloeien en zo de nieuwe verbinding tussen blaas en plasbuis goed te laten helen. De ingreep duurt gemiddeld 3 tot 4 uur.

Indien technisch mogelijk zal de chirurg de erectiezenuwen langs 1 of beide zijden van de prostaat sparen om zo’n goed mogelijk herstel van continentie als erecties te verkrijgen. Het sparen van de erectiezenuwen is echter niet steeds mogelijk bijvoorbeeld bij uitgebreide vergroeiingen rond de prostaat of bij te grote of te agressieve gezwellen.

Afhankelijk van de PSA-waarde, de agressiviteitsgraad (gleason-score) van de tumor en de bevindingen van de eerdere scanonderzoeken, is het in sommige gevallen noodzakelijk om ook de lymfeklieren in het kleine bekken weg te nemen.

Na de operatie

Na de operatie blijft u enige tijd in de ontwaakruimte ter observatie. Gewoonlijk kan u nadien terug naar de kamer op de urologische afdeling. In sommige gevallen is een kortdurend verblijf op intensieve zorgen noodzakelijk, doch dit is uitzonderlijk.

Infuus

Een infuus voor vocht en medicatietoediening wordt voor de ingreep reeds geplaatst. Zodra de darmwerking weer op gang komt, kunnen vocht en medicijnen opnieuw toegediend worden via de orale weg en kan het infuus verwijderd worden. Dit gebeurt meestal op de 2e dag na de ingreep.

Wonden en drain
Na de ingreep zijn er meestal 5 kleine wondjes ter hoogte van de buikwand. De insnede ter hoogte van de navel is meestal de grootste. Langs deze weg wordt de prostaat na de ingreep uit de buik verwijderd. Langs een van de insneden wordt in sommige gevallen een drain geplaatst tijdens de ingreep om het overtollige bloed en vocht uit de buik te verwijderen. Deze drain wordt meestal verwijderd de eerste dag na de ingreep.

Blaassonde
Een blaaskatheter of blaassonde is een siliconen buisje dat tijdens de ingreep door het plaskanaal in de blaas wordt geplaatst om de urine te laten afvloeien. Deze sonde is noodzakelijk om de nieuwe verbinding tussen blaas en plaskanaal voldoende te laten herstellen. De sonde wordt meestal verwijderd op de eerste consultatie, 7 dagen na ontslag uit het ziekenhuis.

Pijn
Het is normaal dat u na de ingreep enige pijn ervaart. Gezien het hier echter een kijkoperatie met de robot betreft, is deze pijn meestal vrij beperkt. Een pijnpomp wordt voor de ingreep geïnstalleerd door de anesthesist en geeft u de mogelijkheid om zelf pijnmedicatie toe te dienen na de ingreep door op de knop van de pijnpomp te drukken. Omwille van een ingebouwd systeem in deze pijnpomp is een overdosis niet mogelijk. De pijnpomp wordt verwijderd de eerste dag na de ingreep. Nadien kan de pijn bestreden worden met gewone pijnstillers.

Voeding en stoelgang
Na de ingreep duurt het gewoonlijk enige tijd vooraleer de darmwerking weer op gang komt. De avond van de ingreep is water drinken en een pudding of yoghurt eten toegestaan. De eerste dag na de ingreep krijgt u lichte voeding. De tweede dag na de ingreep is normale voeding toegestaan. Indien er moeilijkheden zijn met de ontlasting kan een laxeermideel type ‘movicol’ toegediend worden om de stoelgang te verzachten en de ontlasting makkelijker te maken.

Beweging en flebitis-preventie
De eerste dag na de ingreep mag u in de zetel zitten. De tweede dag na de ingreep kan u rondwandelen in de kamer en is een douche toegestaan. Beperkte bewegingen in bed zoals bewegen met voeten en benen zijn belangrijk meteen na de ingreep. Dit is belangrijk om de bloeddoorstroming in de benen te bevorderen en zo bloedklonters en flebitis te voorkomen in de onderste ledematen. Om deze reden zal u ook iedere avond een spuitje met een bloedverdunnend effect krijgen in de buik, bil of bovenarm. Deze anti-flebitis-spuitjes zal u thuis verder moeten krijgen gedurende 20 dagen. Hiervoor kan een thuisverpleegkundige ingeschakeld worden. Voor de ingreep zullen u tevens steunkousen aangemeten worden ter bevordering van de bloeddoorstroming in de benen. Het is de bedoeling dat u deze steunkousen gedurende uw ganse verblijf in het ziekenhuis aanhoudt alsook de eerste 10 dagen thuis.

Ontslag
De tweede dag na de operatie mag u gewoonlijk het ziekenhuis verlaten. U zal het ziekenhuis verlaten met de blaassonde waarbij de urine afloopt in een zakje die u aan uw been kan vastbinden. U zal de nodige medicatievoorschriften meekrijgen voor de anti-flebitis-spuitjes en pijnmedicatie alsook een verslag voor uw huisarts en andere papieren indien nodig (verzekering, werkverlet, …). U zal ook een afspraak krijgen voor postoperatieve controle.

Nazorg

Het is belangrijk dat u thuis na de operatie voldoende drinkt om de blaas goed gespoeld te houden (1,5 liter tot 2 liter per dag). Roze of rode urine na de operatie is normaal. Wanneer u nog de blaassonde heeft is het nodig het zakje meerdere malen per dag te legen. Voor ‘s nachts krijgt u een grotere zak mee om de urine op te vangen.

Daarnaast dient u zware inspanningen (met name het tillen van zware gewichten), persen en fietsen gedurende de eerste 6 weken te vermijden om nabloedingen te voorkomen. Verder wordt baden en zwemmen afgeraden de eerste 10 dagen om een goede wondgenezing te bevorderen. Met speciale waterafstotende kleefpleisters is een douche wel toegestaan.

Zorg voor voldoende lichaamsbeweging en een dagelijkse wandeling. Steunkousen worden gedurende 10 dagen na de ingreep aangehouden. Iedere avond dient er een spuitje gegeven te worden tegen flebitis gedurende 20 dagen. Hiervoor kan een thuisverpleegkundige ingeschakeld worden. Indien u dit wenst, kan u die spuitjes ook zelf toedienen.

Onderhoud een regelmatige en vlotte stoelgang door middel van voldoende vochtinname en een vezelrijke voeding. Indien nodig kan gewerkt worden met een laxeermiddel type ‘movicol’.

Probeer regelmatig (meermaals per dag) uw bekkenbodemoefeningen te herhalen om urineverlies te beperken.

Bij toenemende pijn, koorts, plasproblemen of andere ernstige problemen de eerste weken na de ingreep, neemt u best contact op met uw huisarts of uroloog.

Controle

Ongeveer 7 dagen na ontslag komt u terug voor een controle. Dan zal de blaassonde verwijderd worden. De wondjes zullen gecontroleerd worden en een deel van de haakjes zal verwijderd worden.

U komt terug voor een tweede consultatie 14 dagen na ontslag. U moet dan met een goed gevulde blaas komen voor het uitvoeren van een plastest. Zo nodig kan u al vragen om te plassen voor u bij de dokter aan de beurt bent. Bij plasproblemen kan gestart worden met bekkenbodemoefeningen bij de kinesitherapeut. De wonden zullen opnieuw gecontroleerd worden en de resterende haakjes zullen verwijderd worden. Uw uroloog zal dan ook het microscopisch onderzoek van de prostaat en/of lymfeklieren met u bespreken. De volledigheid van de verwijdering, het stadium van het gezwel, de definitieve agressiviteitsscore en de eventuele aantasting van klieren zullen worden besproken. In functie hiervan zal samen met u een op maat opgesteld opvolgingsplan worden uitgestippeld.

Risico’s en nevenwerkingen

Aan elke chirurgische ingreep zijn er potentiële complicaties en risico’s verbonden, in het ergste geval ook overlijden van de patiënt. Het gebeurt 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. Preoperatief gebeurt er dan ook een uitgebreide risico-inschatting om de kans op problemen te verkleinen.

Urineverlies

De eerste weken tot maanden na de ingreep kunt u last hebben van ongewild urineverlies, veelvuldig plassen of niet meer kunnen plassen. De duur en hoeveelheid van urineverlies is bij iedere patiënt verschillend. De eerste weken draagt u best gepast opvangmateriaal. Om deze klachten te beperken worden systematisch verstevigende

bekkenbodemoefeningen voorgeschreven bij de kinesitherapeut vanaf 14 dagen na ontslag. Deze oefeningen werden reeds enige tijd voor de ingreep aangeleerd. Het is de bedoeling dat u deze oefeningen ongeveer twee weken na de ingreep intensief hervat en u door uw bekkenbodemkinesist laat begeleiden tijdens deze revalidatie. De mate en hoeveelheid van incontinentie die u kunt ervaren in de onmiddellijke postoperatieve periode is geen voorspelling van de uiteindelijke continentiegraad. Minder dan 10% van de patiënten heeft nog urineverlies na 1 jaar. Bij deze kleine groep kan een aanvullende ingreep overwogen worden om het sluitmechanisme te verstevigen (‘male sling’ of kunstmatige sluitspier).

Erectieproblemen

Gezien de prostaat en zaadblaasjes verantwoordelijk zijn voor spermaproductie en opslag is een ejaculatie niet meer mogelijk. Een erectie en orgasme zijn wel mogelijk. Men spreekt dan over een ‘droog orgasme’. Erectieproblemen komen echter frequent voor en kunnen blijvend zijn. Zelfs zonder een erectie kan nog een orgasme optreden zonder zaadlozing.

Indien mogelijk werden de erectiezenuwen tijdens de operatie zoveel mogelijk gespaard. De erectiezenuwen worden echter bijna altijd in zekere mate beschadigd door het manipuleren ervan met de operatie-instrumenten. Bij uitgebreide of agressieve tumoren is het zelfs afgeraden de erectiezenuwen te sparen omdat een doorgroei van de tumor in de zenuwen mogelijk is.

De aanwezigheid van erectiestoornissen na RALP is afhankelijk van meerdere factoren. Zo spelen de mogelijkheid tot een zenuwsparende ingreep, leeftijd, kwaliteit van de erecties voor de ingreep en stress en psychologische beleving rondom de ingreep een rol. Bij sommige patiënten kan de genezing van de erectiezenuwen bijzonder traag verlopen, soms tot 2 jaar na de ingreep.

Er zijn meerdere behandelingsopties zoals erectiebevorderende medicatie (Viagra, Levitra, Cialis,...), auto-injectietherapie, erectieprothese,...

Nabehandeling

De PSA- waarde of prostaatwaarde moet een 3-tal maanden na de ingreep onmeetbaar laag worden. De evolutie van de PSA waarde is een belangrijke aanwijzing in de evolutie van de ziekte.
In de opvolging zullen geregelde bloedafnames en echografische controles worden voorzien en indien nodig bijkomende scanonderzoeken (CT-scan, PET-scan, PSMA-scan, Botscan,...). Indien de ziekte niet volledig onder controle is, kan besloten worden om een bijkomende behandeling zoals bestraling (radiotherapie) of hormonale therapie te associëren.

Contact secretariaat Urologie:

057 35 72 00
secheelkunde@yperman.net

Jan Yperman Ziekenhuis