

INFORMATIEFORMULIER

Laparoscopische pyeloplastie als behandeling voor junctiestenose

A. Algemene informatie over de pyeloplastie.

In uw nieren wordt urine aangemaakt. Deze urine loopt naar de blaas toe via een buisje, de ureter. Wanneer de overgang van de nier naar dit buisje vernauwd is, bijvoorbeeld door littekenweefsel of door afknikken (pyelo-ureterale junctiestenose), kan de urine niet vlot passeren. Hierdoor komt de nier onder druk te staan en zal ze opzwellen met urine (hydronefrose). Dit opzwellen kan soms een hevige rug- of flankpijn veroorzaken (kolieken). De nier wordt daarenboven tevens vatbaarder voor hardnekkige infecties en steenvorming. Tenslotte kan deze vernauwing op lange termijn mogelijks in een verminderde werking van de nier resulteren.

Wat is het principe van interventie?

Uw uroloog heeft u voorgesteld een “laparoscopische pyeloplastie” te ondergaan. Bij deze ingreep wordt het vernauwde deel van de urineleider weggenomen en wordt een nieuwe, breed openstaande verbinding met de nier aangelegd zodat de urine ongehinderd naar de blaas kan aflopen. Mogelijks is de verstopping het gevolg van een knik in de urineleider ter hoogte van een abnormaal verlopend bloedvat. In dat geval zal uw uroloog de urineleider een nieuw verloop geven, ditmaal op voldoende afstand van het bloedvat.

Door deze nieuwe verbinding wordt tijdens de ingreep een dun silicone slangetje opgeschoven tot in de blaas (ureterstent, DJ-stent). Dit slangetje zorgt ervoor dat de in de nier gevormde urine in de eerste dagen tot weken na de ingreep vlot naar de blaas kan blijven aflopen, in geval de nieuw gemaakt verbinding tijdelijk nog wat zou dichtzwellen of door bloedklontertjes verstopping. Dit soepele slangetje kan na enkele weken eenvoudig worden verwijderd via de plasbuis. Dit gebeurt op de raadpleging of eventueel onder lichte verdoving tijdens enkele uren ziekenhuisopname.

Vroeger werd deze ingreep uitgevoerd via een insnede in de flank doch sedert verschillende jaren kan deze ingreep even succesvol uitgevoerd worden door middel van enkele kleine sneetjes en aangepaste instrumenten (laparoscopie of kijkoperatie).

Zijn er alternatieven voor deze ingreep?

Een alternatief voor deze behandeling bestaat uit het opschuiven van een fijne camera via het plasgaatje, doorheen de plasbuis, de blaas en de urineleider tot aan de nier. Van binnenuit kan de vernauwde zone dan worden opengerokken met een ballonnetje of ingesneden worden met een fijn mesje. Globaal genomen is de kans

op definitief herstel bij deze procedure minder groot dan bij de pyeloplastie. Daarenboven kan dit openrekken of insnijden, bij falen, een definitief herstel via pyeloplastie bemoeilijken.

Voor de operatie.

Om de diagnose te bevestigen heeft uw arts beeldvorming van de nieren en urineleiders nodig. Uw uroloog zal voor ieder individueel geval beslissen welke onderzoeken hiervoor nodig zijn.

Dit kan een klassiek röntgenonderzoek zijn waarbij foto's van de urinewegen genomen worden nadat u via een infuus een kleurstof (contrastmiddel) kreeg toegediend. Vaak is een scan (CT-scan) van de urinewegen noodzakelijk, opnieuw na toedienen van contraststof. Beide onderzoeken kunnen door een radioloog uitgevoerd worden, op aanvraag van uw huisarts of uroloog.

Om de exacte graad van verstopping te meten kan ook een zogeheten MAG3-scan aangewezen zijn. Om een eventueel functieverlies van de getroffen nier te kunnen meten kan de DMSA-scan nuttig zijn. Deze beide laatste onderzoeken gebeuren op de dienst nucleaire geneeskunde in het ziekenhuis.

Na de operatie

Onmiddellijk na de ingreep zal u merken dat de urine uit de blaas via een slangetje in het plaskanaal wegloopt (blaassonde). Een tweede slangetje komt uit één van de sneetjes van de kijkoperatie en dient om eventueel nog resterend bloed of urine uit het operatiegebied te laten weglopen (drain of redon). Via een infuus in de arm wordt u tevens nog wat extra vocht en eventueel een antibioticum of pijnstiller toegediend. Al deze slangetjes worden normaal gezien na één of twee dagen door de verpleegkundige verwijderd, in opdracht van uw uroloog. Tijdens de ingreep wordt nog een inwendig slangetje geplaatst (DJ stent) van de nier, doorheen de nieuw gemaakt verbinding en de urineleider, tot in de blaas. Dit inwendige slangetje voorkomt dat de nieuw gemaakte verbinding tijdens de eerste weken na de operatie zou gaan dichtzwellen en zorgt er zo voor dat de urine vlot kan blijven aflopen naar de urineblaas. Dit soepele buisje kan dan ter gelegenheid van een nacontrole bij uw uroloog worden verwijderd via de blaas.

Tijdens de eerste uren na de operatie mag u normaal gezien niet eten of drinken. De ochtend na de ingreep zal u licht verteerbare voeding krijgen en mag u terug gewoon eten en drinken.

Als alle buisjes verwijderd zijn, u terug vlot kan eten en drinken en u geen belangrijke pijn of koorts heeft, mag u het ziekenhuis verlaten, meestal is dit op de tweede of derde dag na de operatie.

Wat te doen na uw vertrek?

De hersteltijd is gemiddeld 4 tot 6 weken. Na uw vertrek uit het ziekenhuis, kan u weer uw normale activiteit hernemen, maar dient u zware inspanningen, sporten en

heffen van gewichten (meer dan 5kg) vermijden voor een periode van ongeveer drie weken. U dient best baden te vermijden gedurende een tweetal weken, maar douches zijn toegestaan direct na de operatie.

Een controleafspraak wordt u gegeven enkele weken na de ingreep.

Bij welke signalen dient u uw arts te raadplegen tijdens uw herstel?

In geval van hoge koorts boven 38.5 ° C, hevige flankpijnen, blijvend en uitgebreid bloeden, al te belangrijke buikpijn en braken is het aangewezen om uw huisarts of uroloog te consulteren.

Door de aanwezigheid van het siliconeslangetje (DJ-stent) dat tot in de blaas reikt kan de blaasspier geprikkeld worden. Dit kan resulteren in een verhoogde plasfrequentie, branderigheid bij het plassen, een rode verkleuring van de urine, episodes van onderbuikspijn en eventueel een kortdurende flankpijn tijdens en onmiddellijk na het wateren. Deze verschijnselen zijn op zich niet verontrustend en als ze geen al te belangrijke hinder veroorzaken hoeft u uw arts hiervoor niet te raadplegen.

Wat zijn de mogelijke risico's of complicaties?

Conversie: Vooreerst moet u weten dat uw uroloog tijdens de operatie kan beslissen om over te schakelen naar de klassieke ingreep met een grotere insnede. Dit gebeurt als tijdens de kijkoperatie zou blijken dat de geplande procedure niet veilig of niet helemaal grondig zou kunnen gebeuren. In de praktijk is de noodzaak tot omschakelen naar een klassieke ingreep echter zéér uitzonderlijk geworden.

Pijn: De kleine insnedes waardoor de werkkanalen in de buikholte worden ingebracht kunnen in de eerste dagen na de ingreep (spier)pijnen veroorzaken. Zoals na elke kijkoperatie (waarbij de buikholte wordt gevuld met CO2) kan prikkeling van het middenrif optreden. Dit kan u ervaren als schouderpijn.

Bloeding: Zoals bij elke chirurgische ingreep, kan het zijn dat tijdens of na de operatie een bloeding optreedt. Er is altijd wel een heel beperkt bloedverlies maar hiervoor is eigenlijk zo goed als nooit een bloedtransfusie nodig.

Thrombose - Embolie: De ingreep zelf en het stilliggen in bed nadien kan de vorming van een bloedklonter in de aders van uw benen veroorzaken. De belangrijkste complicatie hiervan bestaat uit het loskomen van zulk een bloedklontertje dat dan met de bloedstroom wordt meegevoerd tot aan de longen en aldaar een verstopping kan veroorzaken (longembolus). Dit is een mogelijk levensbedreigend probleem en kan worden voorkomen door het dragen van steunkousen en een dagelijkse injectie met een bloedverdunner. Ook een snel hervatten van bewegen en rondlopen helpt problemen van thrombose en embolie te voorkomen.

Lekkage van urine: Zelfs met een silicone buisje (DJ-stent) in de nieuw gemaakte verbinding kan het nog voorkomen dat in de eerste dagen na de ingreep urine - tussen de hechtingen door- blijft lekken uit het afvoersysteem. Deze lekkage verdwijnt zo goed als altijd spontaan naarmate de nieuw gemaakte verbinding geneest en geleidelijk aan dichtgroeit. Soms is het nodig om hiervoor enkele dagen langer een blaassonde te behouden zodat de urine aan een lage druk kan blijven wegvloeien.

Infectie: Infectie van de urinewegen is minder uitzonderlijk doch ook zeldzaam gezien u bij het begin van de operatie één preventieve dosis antibiotica krijgt toegediend. Indien toch een infectie zou optreden volstaat het bijna altijd om enkele dagen antibiotica in het infuus of in pilvorm in te nemen.

Falen van de ingreep: Tenslotte bestaat de mogelijkheid dat na de operatie littekenweefsel wordt gevormd op de plaats van de nieuw aangelegde verbinding. Dit kan eventueel resulteren in een opnieuw vernauwen van de overgang nier-urineleider. Die kans is normaal gesproken minder dan 5 %. Indien zulk een vernauwing door littekenvorming optreedt, zal uw uroloog het probleem soms kunnen oplossen via een ingreepje van binnenuit, met een cameratje langs de urineleider en dus zonder insneden.

Frequent en dringend plassen: Dit verdwijnt meestal na het verwijderen van de DJ-stent. Als dit aanhoudt, neem dan contact op met uw chirurg.

Pijn: De ingreep vereist geen grote incisies of traumatische acties, de pijn is meestal gering en beperkt tot een paar dagen na de operatie.

Problemen van genezing: De huidincisies genezen normaal gezien na ongeveer tien dagen.

Uw uroloog is steeds tot uw beschikking voor alle verdere informatie.

B. INFORMATIE-EN TOESTEMMINGSFORMULIER voor het uitvoeren van een colpopromontoriopexie

Algemeen

Als patiënte heeft u recht op informatie over uw aandoening en over de aanbevolen medische, eventueel chirurgische ingrepen.

Dit formulier wordt u meegegeven tijdens het consult met uw behandelende arts waarin u zowel mondeling als schriftelijk alle relevante informatie wordt gegeven met betrekking tot de geplande ingreep.

Het is de bedoeling dat u dit formulier ten laatste op het moment van de ingreep ondertekend terugbezorgt aan iemand van het medisch team zodat het bij uw patiëntendossier kan worden gevoegd.

Deze informatie is niet bestemd om u te verontrusten, maar wel om u voldoende te informeren zodat u kan beslissen of u deze ingreep al dan niet wenst te ondergaan.