

# Cystectomie met urostoma



# INHOUD

1	De blaas .....	4
2	Wat is een cystectomie? .....	4
3	Wat is een urostoma? .....	6
4	Vorbereiding op de ingreep .....	7
5	De dag van de ingreep .....	9
6	Na de ingreep .....	10
7	Mogelijke pijnklachten, neveneffecten of complicaties .....	11
8	Richtlijnen voor thuis .....	16
9	Verdere opvolging .....	17
	Contactgegevens .....	19

## Beste patiënt

In overleg met je behandelend uroloog is er beslist om je blaas te verwijderen en een urostoma (Bricker) aan te leggen. In deze brochure bundelen we nog eens alle informatie over de ingreep en het verloop van je ziekenhuisopname.

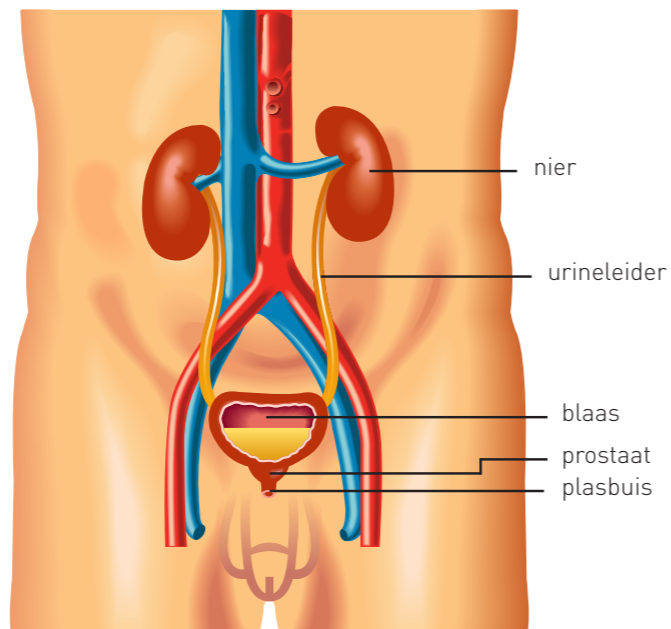
De brochure vervangt de persoonlijke gesprekken met arts en verpleegkundigen zeker niet. Aarzel niet hen te contacteren bij mogelijke vragen of problemen. Ze zullen je graag verder helpen.

Team urologie



## 1 De blaas

De blaas is een hol orgaan dat onder in de buikholte ligt en bestaat uit verschillende lagen (slijmvlies, bindweefsel, spierweefsel en vet). Via de urineleiders (ureters) komt urine, die aangemaakt wordt in de nieren, in de blaas terecht en wordt daar tijdelijk opgeslagen. Bij het urineren verlaat de urine via de plasbuis (urethra) de blaas. Een normaal gevulde blaas kan 400 tot 500 ml urine bevatten.



## 2 Wat is een cystectomie?

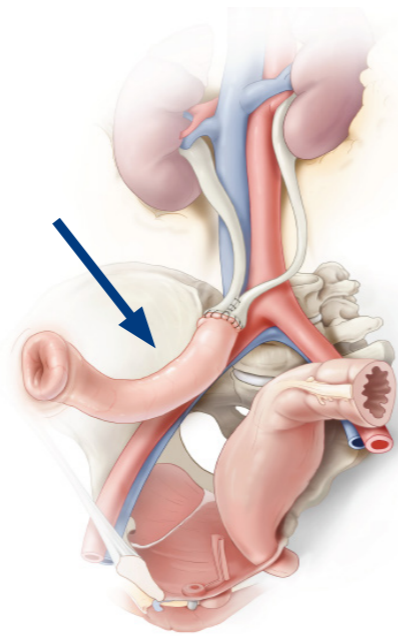
Een cystectomie is het operatief verwijderen van de blaas. Meestal gebeurt deze ingreep om blaaskanker te verwijderen. We spreken dan van een radicale cystectomie. Naast de blaas zullen ook de prostaat en de zaadblaasjes verwijderd worden. Afhankelijk van de uitgebreidheid van de tumor kunnen de zenuwbanen en bloedvaten die de erecties verzorgen, gespaard worden. Vraag gerust uitleg aan je uroloog als je hier meer over wil weten.



Een cystectomie kan via minimaal invasieve chirurgie. De ingreep wordt hierbij uitgevoerd met behulp van een operatierobot.

### 3 Wat is een urostoma?

Als je blaas verwijderd moet worden, moet er een nieuwe afvoer voor de urine gemaakt worden. Dit kan door middel van een urostoma (Bricker). Een urostoma is een kunstmatige uitgang voor urine die gemaakt wordt van een stukje dunne darm (15 tot 20 cm). Aan de ene kant wordt dit stukje darm aangesloten op je urineleiders, aan de andere zijde wordt het aan je buikwand vastgehecht. Via een opening in je buikwand wordt de urine continu naar buiten geleid en opgevangen in een stomazakje dat aan je huid gekleefd is.



### 4 Voorbereiding op de ingreep

Voor de ingreep kan plaatsvinden, moeten er nog een aantal bijkomende onderzoeken/consultaties gepland worden:

- Tenminste twee weken voor de ingreep word je gevraagd om langs te gaan bij de **vooropnamebalie**. Dit kan zonder afspraak en kan uiteraard gekoppeld worden aan een andere consultatie. Meld je met je identiteitskaart aan via één van de e-kiosken in de inkomhal. Je krijgt via de e-kiosk een ticket met een volgnummer dat wordt geprojecteerd op de tv-schermen in het wachtpunt in de inkomhal.

Check [mariamiddelares.be](http://mariamiddelares.be) voor meer info (zoek op 'vooropname').



- Twee dagen voor de operatie zal je restenarme voeding moeten innemen. Een **diëtist** zal samen met jou overlopen wat dit inhoudt.
- Soms kan het nodig zijn dat je voor de ingreep een consultatie hebt bij de **cardioloog, pneumoloog** en/of **nefroloog**.

### AANMELDEN IN HET ZIEKENHUIS

De dag voor de ingreep word je voor je opname om 14 uur verwacht. Meld je met je identiteitskaart aan via één van de e-kiosken in de inkomhal. Je krijgt via de e-kiosk een ticket met een volgnummer dat wordt geprojecteerd op de tv-schermen in het wachtpunt in de inkomhal.

Je dossier wordt vervolledigd en je krijgt een zorgbandje met je naam, voornaam en geboortedatum. Daarna zal je opname verlopen via de verpleegafdeling waar je zal verblijven.

Een verpleegkundige zal de nodige gegevens opvragen en noteren. Ter voorbereiding van de ingreep zal de buikstreek geschoren worden en krijg je een lavement om het laatste stuk van de darm proper te maken.

- De verpleegkundige zal ook de plaats van het urostoma bepalen. Dat bevindt zich (bijna) altijd aan de rechterkant van de buik. Op de plaats waar het stoma zal komen mogen geen huidplooiën of littekens zijn. Dit verhoogt immers de kans op lekkages of zorgt voor een verminderde pasvorm van het opvangmateriaal. Na controle van je buik liggend, zittend en staand, zal de verpleegkundige de meest comfortabele plaats bepalen.



## 5 De dag van de ingreep

Voor je naar de operatiezaal vertrekt, zal je gevraagd worden om een operatiehemdje aan te trekken. De verpleegkundige zal je helpen met het aantrekken van TED-kousen (tegen trombose). In het operatiekwartier word je verder voorbereid op de ingreep.

De ingreep gebeurt onder volledige verdoving en met behulp van een operatie-robot. Er worden zes kleine insneden gemaakt waarlangs de instrumenten van de robot worden ingebracht. Aan de linkerkant zal één insnede iets groter zijn: via deze insnede worden je blaas en prostaat verwijderd. Na afloop van de ingreep zullen deze insneden gelijmd worden.



De ingreep duurt ongeveer 5 uur, soms kan het ook iets langer zijn. Dit betekent niet meteen dat er problemen zijn. Soms kan de ingreep technisch moeilijker zijn wat een langere operatieduur verklaart. Na afloop van de ingreep zal de behandelend arts contact opnemen met de persoon die je vooraf opgegeven hebt om het verloop van de ingreep toe te lichten.



## 6 Na de ingreep

Na de ingreep verblijf je één nacht op de afdeling intensieve zorgen. Hier word je extra opgevolgd voor je terug naar je kamer gaat. Na de operatie heb je verschillende drains, katheters, sondes en infusen:

- Een **maagsonde** gaat via je neus tot in de maag. Deze dient om overtollige maagsappen af te voeren tijdens de operatie. Deze sonde wordt terug verwijderd voor je ontwaakt.
- In de arm en/of hals zal je een **infuus** hebben voor de **toediening van vocht en medicatie**. Zodra je terug voldoende kan eten, zal dit infuus verwijderd worden.
- Ter hoogte van de buikstreek heb je een **drain**, die wondvocht en oud bloed afvoert. Meestal mag deze de dag na de ingreep verwijderd worden.
- Uit het urostoma komt er ook een **drain**. Op de vijfde dag na de ingreep wordt deze drain verwijderd.

- Tijdens de ingreep wordt er een **stent** (ureterkatheter) in elke urineleider geplaatst. Een stent is een klein hol buisje waarvan het ene uiteinde zich in de nier bevindt en het andere in het urinestoma. De stent zorgt ervoor dat de urineleider doorgankelijk blijft en dat de urine vanuit de nier in het urinestoma terecht komt. Drie weken na de ingreep worden deze stents tijdens de consultatie verwijderd met behulp van de cystoscoop.

De verpleegkundigen van de afdeling zullen deze sondes, drains, katheters en infusen regelmatig controleren en spoelen indien nodig. Het is de arts die beslist wanneer ze verwijderd mogen worden.

**De opname bij deze ingreep bedraagt ongeveer vijf dagen. De behandelend arts zal beslissen wanneer je terug naar huis kan.**



## 7 Mogelijke pijnklachten, neveneffecten of complicaties

Ondanks alle voorzorgen die we nemen, ontstaat er bij elke ingreep een kans dat je neveneffecten ontwikkelt. In het geval van een cystectomie is de kans op neveneffecten of complicaties reëel en vaak niet te voorzien. Uiteraard proberen we deze tot een minimum te herleiden en word je goed opgevolgd door de verpleegkundige. Het feit dat je met een operatierobot geopereerd wordt, verkleint alvast de kans op het ontwikkelen van complicaties.

### »» COMPLICATIES TIJDENS EN KORT NA DE INGREEP (< 90 DAGEN)

- **Pijnklachten** zijn mogelijk na deze operatie. Je krijgt dan ook op regelmatige tijdstippen pijnmedicatie. Zolang je een infuus hebt, krijg je langs deze weg pijnstilling. Als je nog pijn ervaart na verwijdering van het infuus kan je uiteraard pijnstilling via de mond krijgen.
- **Koorts** na een ingreep komt frequent voor en kan het gevolg zijn van een slechte of ondiepe ademhaling. Dit kan vermeden worden door preventieve ademhalingsoefeningen en eventueel aerosoltherapie. Treedt er toch koorts op, dan is dit bijna altijd het gevolg van een infectie. Meestal gaat het om een infectie van de urinewegen, de nieren, de longen, het buikvlies of een wonde.
- Om deze infectie met zekerheid te bevestigen gaan we verschillende kweken afnemen (urine, bloed, wondvocht, drainagevocht ...). Er wordt ook gestart met antibiotica. Deze kan nog aangepast worden op basis van het resultaat van de kweken.
- Omdat tijdens de operatie ook een deel van de lymfeklieren weggenomen worden, is een onderhuidse **vochttopstapeling** (oedeem) in één of beide bovenbenen, penis en/of balzak mogelijk. Hoogstand van de benen kan helpen om de zwelling te verminderen. Als de penis en/of balzak ook gezwollen zijn, breng je deze best ook in hoogstand als je zit of ligt. Je kan dit

doen door een handdoek op te rollen en deze tussen je benen te leggen. Je legt dan penis en balzak op deze handdoek. Het dragen van een aansluitende slip kan ook helpen. Soms is het dragen van steunkousen of lymfedrainage bij een kinesiist noodzakelijk om oedeem te behandelen.

- Om het urostoma te maken, wordt een stuk dunne darm gebruikt. Hierdoor moet de continuïteit van de darm terug hersteld worden na de ingreep. Dit verloopt niet altijd even vlot. Een **tijdelijke verstopping van de darm door verlamming** (darmverlamming of paralytische ileus) kan optreden. Een opgezette buik, misselijkheid, braken en het niet kunnen passeren van lucht of stoelgang zijn symptomen die hierop wijzen. Meestal wordt afgewacht en extra medicatie gegeven. Soms is het nodig om opnieuw een maagsonde te plaatsen tot de darmen weer terug normaal functioneren. Dit duurt bijna nooit langer dan vijf dagen. Een darmobstructie (volledige verstopping) of een darmlekkage komt zelden voor. Als dit toch optreedt, is een nieuwe ingreep noodzakelijk.

- Kort na de ingreep kan je tijdelijk last hebben van een **verhoogde bloeddruk** (hypertensie). Goede pijnstilling na de ingreep zorgt er mee voor dat je bloeddruk onder controle blijft. Soms is het nodig om medicatie op te starten om de bloeddruk te doen dalen.
- Een **trombose** is een bloedklonter die zich vormt in de diepe aders van de benen. Als deze klonter loskomt en via het hart in de longslagader terecht komt, spreken we van een longembolie. Om ervoor te zorgen dat je na de ingreep geen trombose krijgt, dienen we spuitjes met bloedverduuners toe. We vragen je ook om de TED-kousen nog een tijdje te dragen. Als er toch een trombose zou optreden, moeten we hogere dosissen bloedverdunner geven. Een longembolie na de ingreep komt slechts zelden voor. In dat geval moet er zuurstof toegediend worden met eventueel een opname op de afdeling intensieve zorgen.
- Omdat de operatie met behulp van een operatierobot uitgevoerd wordt, is het bloedverlies tijdens de ingreep beduidend minder.

Na de ingreep bestaat er wel een kans op een **nabloeding**. Als dit het geval is, zal de verpleegkundige regelmatig je bloeddruk en pols controleren. Meestal stopt deze bloeding vanzelf. Zelden is er een bloedtransfusie nodig als de bloeding heviger is. Uiterst zelden moet er een nieuwe ingreep gebeuren om het bloeden te stelpen.

- Als gevolg van de lange operatieduur en de langdurige positie op de operatietafel is het mogelijk dat er tijdelijk **gevoelsstoornissen of krachtsverlies** in de onder armen, benen, lies- en schaamstreek optreedt. Een goede positie op de operatietafel is zeer belangrijk, we besteden hier dan ook veel aandacht aan.
- Een **hartinfarct, beroerte** of het **compartimentsyndroom** komt zeer zelden voor. Als dit toch voorvalt, is het mogelijk levensbedreigend. Een opname op de afdeling intensieve zorgen is dan noodzakelijk. Tijdens de consultatie bij de preopnamebalie zal een verpleegkundige je medische voorgeschiedenis

in kaart brengen. Indien nodig zal de anesthesist je doorverwijzen om het optreden van deze complicaties vroegtijdig op te sporen en zoveel mogelijk te verminderen.

- Uiterst zelden worden tijdens de ingreep de **omliggende organen** geraakt. Het gaat dan voornamelijk om de dunne darm en het rectum. Het gebruik van de operatierobot vermindert de kans dat dit gebeurt aanzienlijk. Als zoiets tijdens de ingreep wordt opgemerkt, wordt de schade direct hersteld en is dit zonder verdere gevolgen.
- **Overlijden** als gevolg van deze ingreep komt zeer zelden voor (< 1%). De kans hierop doet zich vooral voor als je ernstige hart-, vaat-, long- en/of andere gezondheidsproblemen hebt. Preoperatieve controle en oppuntstelling van deze problemen is daarom zeer belangrijk. Bespreek dit steeds met je behandelend uroloog.

## »» COMPLICATIES OP LANGERE TERMIJN (> 90 DAGEN)

- Een **breuk** naast het stoma komt frequent voor. Soms is een nieuwe ingreep noodzakelijk om deze breuk te herstellen.
- Een **darmobstructie** als gevolg van inwendige vergroeiingen van de dunne darm komt soms voor. Dit kan ongemakken in de darmen, misselijkheid of constipatie met zich meebrengen. Zelden leidt dit tot een mechanische obstructie met hospitalisatie als gevolg.
- Na de ingreep is de **zin om seksueel actief te zijn verminderd**. Daarnaast komt **erectiele dysfunctie** frequent voor. Dit betekent dat je - al dan niet tijdelijk - geen erectie kunt krijgen of behouden die voldoende is voor seksuele betrekkingen. De ernst hiervan is afhankelijk van de mate waarin de zenuwbanen en bloedvaten die verantwoordelijk zijn voor de erectie beschadigd zijn. Deze liggen namelijk zeer dicht tegen blaas en prostaat. Je behandelend arts kan indien nodig medicatie

voorschrijven om erecties terug op gang te brengen of te verbeteren. Als het niet mogelijk was om tijdens de ingreep de zenuwbanen te sparen, is een spontane erectie niet meer mogelijk. Naast medicatie zijn nog verschillende behandelingen mogelijk. Bespreek dit zeker met je behandelend arts.

- Een eventuele **verminderde nierfunctie** kan verschillende oorzaken hebben. Bij een urostoma is er bijvoorbeeld een verhoogde kans dat urine terugvloeit in de richting van de nieren. Hierdoor kunnen bacteriën de nieren infecteren. Bij frequente infecties van de nieren kan de nierfunctie beschadigd worden. Voldoende drinken en een goede stomazorg worden aanbevolen. Ook een urineobstructie kan ervoor zorgen dat de nierfunctie achteruit gaat. Hierbij ontstaat er een vernauwing op de nieuwe verbindingen tussen de urineleiders en de darm. Een nieuwe ingreep of een stent is zelden nodig.





## 8 Richtlijnen voor thuis

- Het urostoma moet 3 maal per week verzorgd worden. Begeleiding door een thuisverpleegkundige in de beginperiode is zeker aan te raden.
- Als je thuis bent, kun je zeker lichte huishoudelijke taken uitvoeren. Heffen en tillen moet je absoluut vermijden in de eerste zes weken na de ingreep.
- We raden je ook aan om niet te fietsen gedurende acht weken na de ingreep.
- Zodra je thuis bent, mag je terug je normale voedingsgewoonten aannemen. Voldoende drinken (1,5 l) en een gezonde en gevarieerde voeding worden aangeraden.
- **Wandelen is zeker toegestaan en wordt zelfs aangeraden.** Langdurige bedrust bevordert je herstel niet en het verhoogt ook de kans op complicaties.



## 9 Verdere opvolging

Na de operatie moet je nog regelmatig op consultatie komen.

### ➤ 3 WEKEN NA DE INGREEP

Tijdens deze consultatie worden de stents (ureterkatheters) verwijderd. Dit gebeurt met behulp van de cystoscoop. We vragen na of er problemen zijn met de verzorging van het urostoma en er wordt een bloedonderzoek afgenomen.

### ➤ 4, 8 EN 12 WEKEN NA DE INGREEP

Tijdens deze consultaties wordt een echografie van de nieren uitgevoerd, wordt de verzorging van het urostoma geëvalueerd en wordt een bloedonderzoek afgenomen.

### ➤ VERDERE OPVOLGING

Afhankelijk van de reden waarom je blaas verwijderd werd, zal je eventueel nog verder opgevolgd worden. Dit wordt individueel met jou besproken.

**NOTITIES:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# Contactgegevens

Heb je nog bezorgdheden of nood aan ondersteuning, aarzel dan niet om ons te contacteren.

---

Secretariaat urologie

09 246 79 00

Check [mariamiddelares.be](http://mariamiddelares.be) voor een overzicht van onze urologen. (kijk bij 'urologisch centrum/team')





Deze brochure is gedrukt op maxioffset.  
Papier afkomstig uit bossen die duurzaam  
worden beheerd.

VOLG ONS OOK OP:



[mariamiddelares.be](https://www.mariamiddelares.be)



Buitenring Sint-Denijs 30, 9000 Gent | 09 246 46 46 | [info@mijnziekenhuis.be](mailto:info@mijnziekenhuis.be)



Schutterijstraat 34, 9800 Deinze | 09 387 71 11 | [info.deinze@mijnziekenhuis.be](mailto:info.deinze@mijnziekenhuis.be)

AZ Maria Middelaes en AZ Sint-Vincentius Deinze hebben deze informatiebrochure met de grootste zorg opgemaakt.  
Deze brochure is indicatief en vervangt de raadpleging bij je arts niet. Mocht deze brochure vergissingen of onvolledigheden  
bevatten, dan zijn AZ Maria Middelaes, AZ Sint-Vincentius Deinze, hun medewerkers en artsen hiervoor niet aansprakelijk.

SAP 25087 - juli 2024