



Verwijderen van de blaas en diverse urine-afleidingen

Tijdens uw bezoek aan het Blaaskankercentrum van het Erasmus MC heeft uw behandelend uroloog met u gesproken over een tumor in de blaas en over de noodzaak om uw gehele blaas te verwijderen (cystectomie). Hierbij moet ook een vervanging worden gemaakt voor uw eigen blaas, een zogenaamde urineafleiding.

Welke behandeling

Er zijn verschillende manieren om deze urineafleiding uit te voeren. De informatie geldt in het algemeen. Omdat situaties, ziektes en patiënten verschillen, geeft de behandelend arts elke individuele patiënt informatie over zijn of haar specifieke behandeling.

Zo kan een urinestoma (Brickerse deviatie) worden aangelegd, maar er kan ook een nieuwe (neo) blaas worden gemaakt of een Indiana Pouch. Uw behandelend uroloog bespreekt met u voor welke urineafleiding u in aanmerking komt.

De WIS-consulent (WIS = Wond-, Incontinentie en Stomazorg) geeft u uitgebreide uitleg over de verschillende urineafleidingen en bepaalt de plaats waar eventueel een stoma wordt aangelegd. Voor zover van toepassing kunt u aangeven welke urineafleiding uw voorkeur heeft.

Hoe werken de urinewegen

Onder normale omstandigheden werken de urinewegen als volgt: in de nieren wordt het bloed gefilterd en overtollig vocht uitgescheiden. Tegelijkertijd worden schadelijke stoffen uit het lichaam verwijderd. De nieren transporteren de gevormde urine daarna via de urineleiders (ureteren) naar de blaas. Iedere nier heeft normaal gesproken één urineleider die uitmondt in de blaas. In de blaas wordt urine verzameld en als de blaas vol is, ontstaat er aandrang om te plassen. Tijdens het plassen verlaat de urine het lichaam via de plasbuis (urethra).

Over de behandeling

Wat we gaan doen

Bij de radicale blaasverwijdering wordt de blaas in zijn geheel verwijderd. Ook de bij de blaas behorende lymfeklieren worden verwijderd.

Man

Bij een man houdt dit in dat, naast de blaas, ook de prostaat en de zaadblaasjes worden verwijderd. In een enkel geval wordt ook de plasbuis verwijderd.

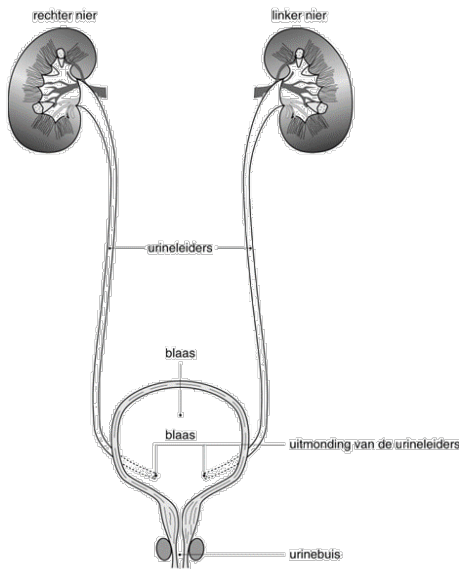
Vrouw

Bij een vrouw worden in principe, samen met de blaas en de plasbuis, ook de baarmoeder en een klein stukje van de voorwand van de schede verwijderd. De eileiders en eierstokken blijven in het lichaam. De uroloog bespreekt met u welke urineafleiding wordt gemaakt na het verwijderen van de blaas. In zeldzame gevallen moet de uroloog hier tijdens de operatie alsnog van afwijken.



Verloop van de behandeling

Bij het begin van de operatie worden alle lymfeklieren rondom de blaas verwijderd. Als tijdens de operatie onverhoopt blijkt dat meerdere lymfeklieren uitzaaiingen bevatten, worden de lymfeklieren direct tijdens de operatie door de patholoog-anatoom onderzocht op kwaadaardige cellen. Wanneer de patholoog-anatoom de aanwezigheid van lymfeklieruitzaaiingen bevestigt, wordt de operatie niet gecontinueerd. De blaas wordt dan niet verwijderd.



Na de behandeling

Een radicale blaasverwijdering is een grote operatie, waarbij u de eerste dag na de operatie op de bewaakte etage (PACU) zult verblijven. De volgende dag gaat u weer terug naar de kliniek. De totale opnameduur is meestal 10 – 14 dagen, maar het uiteindelijke herstel zal enige weken tot maanden in beslag nemen.



Bijwerkingen en complicaties

Mogelijke complicaties

Geen enkele operatie is zonder risico's. Een radicale blaasverwijdering is een complicatiegevoelige operatie omdat er organen worden verwijderd en er tevens een urineafleiding wordt gemaakt waarbij gebruik wordt gemaakt van darm. Uiteraard doen wij er alles aan om complicaties te voorkomen.

Veel voorkomende complicaties na radicale blaasverwijdering zijn:

- urineweginfecties
- infecties van de bloedbaan
- trombosebeen
- het langzaam op gang komen van de maag en/of darmen
- urinelekkage
- stomaproblemen, indien van toepassing.

Bijwerkingen bij mannen

In het operatiegebied liggen de zenuwen en de bloedvaten die belangrijk zijn voor de potentie (erectievermogen of stijf worden van de penis). Het kan gebeuren dat bij de operatie aan deze zenuwen en bloedvaten schade ontstaat. Hierdoor is de kans groot dat er na de operatie erectieproblemen ontstaan. Na de operatie is geen zaadlozing meer mogelijk, omdat de prostaat die het zaadvocht produceert, is verwijderd en de zaadleiters zijn dichtgebonden. Het gevoel van een orgasme blijft echter wel intact (droog klaarkomen). Wanneer u dat wilt, zijn er wel mogelijkheden om na een radicale verwijdering van de blaas toch weer erecties te krijgen door gebruik van medicatie, injectietherapie of andere hulpmiddelen. Aan het Blaaskankercentrum is een gespecialiseerd seksuoloog verbonden naar wie u, indien gewenst, kunt worden doorverwezen.

Bijwerkingen bij vrouwen

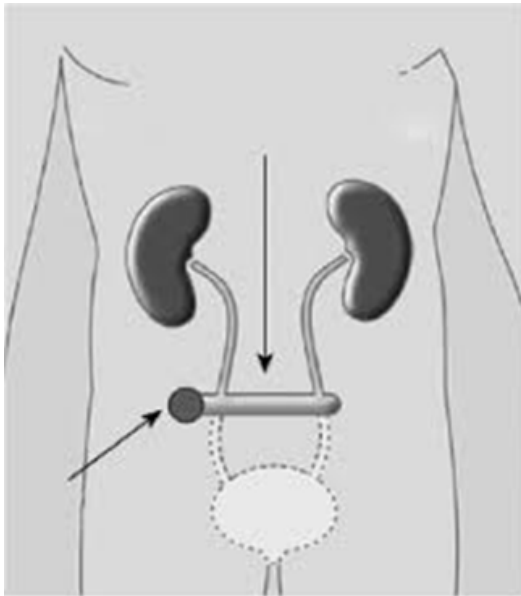
Bij de vrouw betekent een radicale verwijdering van de blaas dat de baarmoeder wordt verwijderd en ook een stukje van de schede. Hierdoor wordt deze wat minder breed en korter. Dit kan in het begin problemen geven met de geslachtsgemeenschap. Ook kan aan de zenuwen of bloedvaten schade ontstaan zijn, waardoor de schede minder vochtig wordt. Na de wondgenezing kan de schede weer breder worden door deze voorzichtig op te rekken. Hierover zal uw behandelend arts u zo nodig informeren. Getracht wordt de seksuele functies te sparen. Als er na de operatie seksuele problemen zijn, kunt u dit altijd bespreken met uw uroloog of de WIS-consulent. Aan het Blaaskankercentrum is een gespecialiseerde seksuoloog verbonden naar wie u, als u dat wilt, kunt worden doorverwezen.

Verschillende omleidingen van de urinewegen (urineafleiding)

In het Erasmus MC worden de volgende urineafleidingen uitgevoerd:

- Urineafleiding volgens Bricker
- Neoblaas (nieuwe blaas)
- Indiana Pouch





Urineafleiding volgens Bricker

Een urinestoma volgens de methode van Bricker is een kunstmatige uitgang, in dit geval een opening in de buikwand. Na de ingreep wordt de urine via de urineleiders en een stukje dunne darm, dat als stoma in uw huid is gehecht, naar buiten vervoerd. Dat wil zeggen dat de urine uw lichaam niet meer verlaat via de blaas en de plasbuis. De voorkeursplaats voor de stoma is de rechter buikhelft. Tijdens de operatie worden, via de stoma, twee dunne drains (splints) ingebracht tot in het nierbekken. Deze zorgen ervoor dat de aanhechting van de urineleiders op het stukje dunne darm goed kan genezen. De splints worden op dag 9 en 10 na de operatie verwijderd. Na de operatie is er meteen urineproductie via het stoma. Na afloop van de operatie wordt er dan ook een stomazakje op uw buik aangebracht waarin de urine wordt opgevangen. U heeft ook een wondrain in het operatiegebied.

Het krijgen van een stoma wordt doorgaans als een ingrijpende gebeurtenis ervaren, zowel lichamelijk als psychisch. U kunt zich onzeker voelen en u zult tijd nodig hebben om met de stoma te leren omgaan en het normale leven weer op te pakken. Steun en begrip van de naaste omgeving spelen daarin een belangrijke rol. Tijdens de opname in het ziekenhuis zullen de verpleegkundigen hier aandacht aan besteden, zij leren u en eventueel uw naasten hoe de stoma verzorgd moet worden.



Naar huis na het aanleggen van een urinestoma

We streven ernaar dat u op moment van ontslag weer zelfredzaam bent met betrekking tot de stomazorg. Voor de zekerheid wordt er, in overleg met u, wel thuiszorg aangevraagd.

Nadat u uit het ziekenhuis bent ontslagen zal de WIS-consulent (stomaverpleegkundige) u poliklinisch verder begeleiden met betrekking tot de stoma. De eerste controleafspraak is altijd zowel met uw behandelend arts als met de WIS-consulent. U komt op de kamer van de WIS-consulent, waarna uw arts wordt gebeld. Daarna wordt bepaald hoe vaak u op controle komt bij de WIS-consulent en/of uw arts komt. Tussen de afspraken in kunt via e-mail of het telefonisch spreekuur contact onderhouden met de WIS-consulent zodat u vragen of problemen op het gebied van de stoma en/of de wond kunt bespreken. De WIS-consulent is het aanspreekpunt voor de thuiszorg met betrekking tot uw stoma en/of wond.

Voor- en nadelen in vergelijking tot andere urineafleidingsvormen

Voordelen

- De opname duurt relatief kort.
- U produceert meteen urine via de stoma, er is geen nieuwe opname nodig voor het vervolg.
- U kunt 's nachts doorslapen omdat uw urinezakje aangesloten wordt op een nachtzak.
- De kans op complicaties na de operatie is wat kleiner dan bij de overige omleidingen.
- De duur van de operatie is korter.

Nadelen

- Het urineren gaat niet meer via de natuurlijke weg en u heeft hier zelf geen controle over. De urine verlaat het lichaam via de stoma.
- Uw uiterlijk is veranderd, niet alleen vanwege de stoma, maar ook door het dragen van een uitwendig stomazakje.
- In een enkel geval kunnen er huidproblemen optreden of kan er, zeker in de eerste weken na de operatie, lekkage ontstaan. Uw WIS-consulent kan deze problemen voor u oplossen.

Neoblaas (nieuwe blaas)

Een neoblaas is een urinereservoir dat ligt op de plaats van de verwijderde blaas. Deze blaas wordt gemaakt van een stuk dunne darm en deze blaas wordt aangesloten op de natuurlijke plasbuis (urethra). Tijdens de ingreep worden de urineleiders van de blaas losgemaakt en aangesloten op het nieuwe reservoir. Op deze wijze loopt de urine vanuit de nieren naar de neoblaas. De intact gebleven kringspier zorgt voor de natuurlijke controle van het urineren.

De eerste weken na de operatie wordt de urine afgevoerd via een katheter die in uw plasbuis is geplaatst. Via deze katheter leert u ook om de neoblaas te spoelen, dit vanwege slijmvorming in de neoblaas. Weer zelf leren urineren gebeurt pas na enkele weken. De neoblaas heeft in het begin een beperkte capaciteit, geleidelijk aan moet deze nog oprekken. In het begin kunt u nog incontinent zijn van urine of kunt u juist de blaas niet volledig leeg maken. Om die reden, maar ook om uw neoblaas later te kunnen spoelen, heeft u voorafgaand aan de operatie geleerd om uw blaas via de plasbuis te spoelen met een éénmalige katheter. Ook heeft u een wondrain en twee dunne slangetjes (splints) in uw buik.



Naar huis na aanleggen van een neoblaas

U gaat naar huis met een verblijfskatheter in uw neoblaas. De urine loopt nog steeds af in een zogenaamde beenzak. U heeft tijdens de opname geleerd om uw neoblaas via deze katheter te spoelen, zodat deze niet verstopt kan raken door slijm of bloedpropjes. Dit gebeurt volgens een schema.

Na drie weken wordt u opnieuw voor 1 dag opgenomen. Tijdens deze dag wordt onderzocht of uw neoblaas voldoende geheeld is en niet lekt. Hiervoor wordt een röntgenfoto gemaakt waarbij contrastvloeistof in de neoblaas wordt gebracht. Als de neoblaas niet lekt, wordt de verblijfskatheter verwijderd en kunt u zelf gaan plassen en katheteriseren. Het gevoel van aandrang om te urineren zoals u gewend was, is veranderd. U voelt nu een vol gevoel in de onderbuik. De gewone blaas is een spier die samentrekt bij het plassen maar de nieuwe blaas kan dit niet. Dit heeft tot gevolg dat u de neoblaas door middel van persen met de buik moet legen. Heel belangrijk is om direct na deze opname een afspraak te maken bij de bekkenfysiotherapeut. Samen met de bekkenfysiotherapeut gaat u werken aan de continentie en de plastiechniek om uw neoblaas te ledigen.

Het leren urineren/plassen met een neoblaas

Tot enkele weken na het verwijderen van de verblijfskatheter is de inhoud van uw neoblaas nog klein en is het noodzakelijk om elke 2 tot 3 uur te gaan plassen. Ook 's nachts. Het volume van de neoblaas neemt geleidelijk aan toe doordat u de neoblaas traint om meer urine te bevatten. In de meeste gevallen is het dan later voldoende om iedere 3 tot 4 uur te plassen. Verder is het belangrijk dat u de neoblaas volgens schema met een katheter spoelt om te voorkomen dat er te veel slijm achterblijft. Het kan noodzakelijk zijn om uw neoblaas leeg te maken met een katheter, als het niet lukt om uw neoblaas zelf leeg te plassen. Om de kans op infecties (door achterblijvende urine) en beschadiging van de neoblaas (door overvulling) te voorkomen, moet u dan katheteriseren.

Urineverlies/incontinentie

Er bestaat een reële kans dat u de eerste maanden nog last heeft van ongewild urineverlies. Dit kan met name 's nachts gebeuren als u ontspannen bent. De darm waarvan de neoblaas is gemaakt, bouwt onbewust ook druk op in de neoblaas. Omdat de sluitspier tijdens de slaap minder goed is aangespannen, is er 's nachts vaker urineverlies. Het is dan verstandig om incontinentiemateriaal te dragen. Ook helpt het om de bekkenbodemspieren te trainen, en daardoor sterker te maken. Ook hiervoor is het dus heel belangrijk dat u, direct nadat de verblijfskatheter is verwijderd, start met intensieve bekkenfysiotherapie.

Voor- en nadelen

Voordelen

- U heeft controle over het urineren.
- U urineert via de natuurlijke weg.
- Uw uiterlijk wordt niet veranderd door een stoma en een stomazakje.

Nadelen

- Een langere operatieduur.
- Licht verhoogde kans op complicaties direct na de operatie (minder dan 30 dagen).
- U wordt nog een keer opgenomen waarbij u leert om zelf te urineren.
- U moet in het begin ook 's nachts de wekker zetten om te urineren.
- Het kan nodig zijn dat u zichzelf moet katheteriseren.
- Er is een kans (met name in het begin) dat u incontinent voor urine bent.



Indiana Pouch

Een Indiana Pouch wordt ook wel een continent urinereservoir genoemd. Bij de operatie wordt het laatste deel van de dunne darm (ongeveer 10 cm) samen met het eerste gedeelte van de dikke darm gebruikt om een inwendig urinereservoir te maken. De delen van de darm worden aan elkaar gehecht. Van het dikke darm gedeelte wordt het urinereservoir gemaakt en hierop worden de urineleiders aangesloten. Van het stukje dunne darm wordt een kanaaltje gemaakt dat is aangesloten op het urinereservoir. Het uiteinde hiervan wordt ingehecht in uw buikwand, de voorkeursplaats is in of nabij de navel. Na de operatie zit hier een katheter in, maar het reservoir dient u zelf in de toekomst regelmatig via deze toegang (katheteriseerbaar kanaal in de navel) te legen met behulp van een slangetje (katheter).

Tijdens de operatie wordt in iedere urineleider een dunne katheter (splint) achtergelaten (ter bescherming van de aanhechting) die via de buikwand apart naar buiten worden geleid. Deze worden op dag 9 en dag 10 na de operatie weer verwijderd. Ook wordt in het urinereservoir een dikke katheter achtergelaten. Deze dient voor het afvoeren van de urine en om het reservoir in de eerste fase na de operatie te kunnen spoelen. Slijm dat wordt gevormd in het reservoir kan zo worden weggespoeld. Ook heeft u een wondrain.

Het leren spoelen en katheteriseren van de Indiana Pouch

Tijdens de opname krijgt u instructies hoe u het reservoir zelf moet spoelen. Dit gebeurt volgens een schema (na een aantal uren). Op een gegeven moment wordt de dikke slang in het urinereservoir verwijderd. Dan leert u hoe u het reservoir moet katheteriseren, ook dit gebeurt volgens een schema. Tot enkele weken na de operatie is de inhoud van uw Indiana Pouch nog klein, daarom is het noodzakelijk dat het spoelen en katheteriseren vrij vaak gebeurt. In het begin kan uw nachtrust hierdoor verstoord raken.

Naar huis na aanleggen van een Indiana Pouch

U gaat naar huis met een katheter in uw Indiana Pouch. De urine loopt nog steeds af in een zogenaamde beenzak. U heeft tijdens de opname geleerd om uw pouch via deze katheter te spoelen, zodat deze niet verstopt kan raken door slijm of bloedpropjes. Dit gebeurt volgens een schema. Na drie weken wordt u weer opgenomen voor 1 dag en wordt onderzocht of uw pouch voldoende geheeld is en niet lekt. Dit onderzoek vindt plaats via een röntgenfoto waarbij contrastvloeistof in de pouch wordt gebracht. Als de pouch niet lekt, wordt de katheter verwijderd en kunt u zelf uw pouch gaan katheteriseren.

De Indiana Pouch betekent voor u dat u

- niet meer via de natuurlijke weg kunt urineren;
- u het urinereservoir met behulp van een katheter volgens een schema moet ledigen, u moet dus altijd een katheter(s) bij u hebben;
- een pleister draagt over de stoma om uw kleding bij eventuele lekkage te beschermen;
- een medisch paspoort bij u draagt met uitleg over het reservoir.

Voor- en nadelen

Voordelen:

- U heeft controle over het urineren.
- Uw uiterlijk is wel veranderd, maar dit is minder opvallend omdat u geen uitwendig stoma-zakje draagt, maar alleen een pleister.



Nadelen

- U wordt opnieuw een dag opgenomen, waarbij u leert om het reservoir te katheteriseren.
- U dient rekening te houden met het op tijd ledigen (katheteriseren) van het urinereservoir.
- U moet ook 's nachts het reservoir ledigen (wekker zetten).
- In de beginperiode kunnen lekkages van urine uit de stoma optreden.
- In de loop van de tijd kan de toegang naar het reservoir zich vernauwen, waardoor soms een correctie nodig is.
- De Indiana pouch kent een hoger risico op complicaties dan een urostoma of neoblaas. Met name infectieuze complicaties komen meer voor, omdat dikke darm gebruikt wordt voor het reservoir.
- Er is een licht verhoogde kans op een vitamine B12-tekort op lange termijn.
- Er is een licht verhoogde kans op een licht veranderd ontlastingspatroon.

Contact

Afspraak maken met de WIS-consulent

Maak altijd een afspraak! Zonder afspraak is een consult bij de WIS-polikliniek niet mogelijk. Maakt u dus altijd telefonisch een afspraak voor een consult. Dat kan op maandag t/m vrijdag via telefoonnummer (010) 704 02 51. Op wisselende dagen werken bij het Erasmus MC drie WIS-consulenten.

Vragen

Heeft u vragen aan de WIS-consulent, dan kunt u deze stellen via wis.daniel@erasmusmc.nl. Mailcontact heeft de voorkeur. Telefonisch kunt u de WIS-consulenten bereiken van maandag t/m vrijdag tussen 08:30 en 09:30 uur en tussen 13:30 en 14:30 uur.



