
GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING

artificiële urinaire sfincter

Geachte patiënt,

Deze informatiebrochure werd geschreven door de Belgische Associatie van Urologie (BAU) en dankzij het Verbond der Belgische Beroepsvereniging van Geneesheer-Specialisten (VBS-GBS).

Ze is bestemd voor patiënten en gezondheidswerkers en 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 en/of exhaustief en is gebaseerd op de huidige stand van de medische wetenschap en op de toepasselijke medical guidelines omtrent behandeling van ernstige urine-incontinentie door het plaatsen van een artificiële urinaire sfincter. Tijdens de consultatie met de behandelende arts zal u, voor zover dit nodig is, bijkomende relevante informatie worden meegedeeld.

In dit deel van de brochure vindt u algemene informatie over behandeling van ernstige urine-incontinentie door het plaatsen van een artificiële urinaire sfincter.

Een tweede, aparte deel omvat het concrete informatie-en toestemmingsformulier[®] dat u moet ondertekenen alvorens de behandeling kan worden uitgevoerd.

Algemene informatie over de artificiële urinaire sfincter

1. Wat is urine-incontinentie?

Urine-incontinentie wordt gedefinieerd als elk onvrijwillig urineverlies dat een ongemak veroorzaakt. Er zijn verschillende vormen van urine-incontinentie:

- **Stressincontinentie:** urineverlies dat optreedt tijdens een inspanning (sporten, hoesten, lachen, niezen, wandelen, verandering van positie).
- **Aandrangincontinentie of "urge-incontinentie":** doet zich voor wanneer er een plotse en dringende behoefte ontstaat om te urineren die niet tegen te houden is.
- **Gemengde urine-incontinentie:** het gecombineerd urineverlies bij een inspanning en aandrang.

Een artificiële urinaire sfincter wordt voorgesteld als er sprake is van een ernstige vorm van stressincontinentie. Deze behandeling kan het urineverlies in de meeste gevallen beperken zodat de patiënt slechts 0 tot 1 inlegverbandje per 24 uur nodig heeft.

2. Wat zijn de oorzaken van ernstige stressincontinentie?

Bij mannen komt ernstige stressincontinentie meestal voor na voorgaande operaties aan de urinewegen. Na een operatie voor prostaatkanker (5 tot 10 %) of goedaardige prostaataandoeningen (1%) kan ernstige stressincontinentie optreden.

Bij vrouwen komt ernstige stressincontinentie zelden voor na voorgaande mislukte ingrepen voor de behandeling van dezelfde aandoening.

Tot slot komt ernstige stressincontinentie ook voor bij patiënten met een voorgeschiedenis van

bekkenfractuur, na uitgebreide heelkunde in het kleine bekken, bij patiënten met spina bifida of een dwarslaesie.

Woordverklaring:

- Het perineum: deel van het lichaam dat het kleine bekken afsluit en waar de urinewegen, geslachtsdelen en de endeldarm uitmonden.
- Urethra: plasbuis, kanaal van de blaas naar de plasbuisopening dat toelaat dat de urine wordt afgevoerd.
- Blaashals: uitgang van de blaas, waar de blaas overgaat in de plasbuis.
- Cuff: opblaasbare manchet uit silicone die via een operatie rondom de plasbuis wordt geplaatst.
- Reservoir: siliconenballon die via een operatie in de buikholte wordt geplaatst en die wordt verbonden met de cuff en de pomp van de artificiële sfincter.
- Pomp: onderdeel uit silicone van de artificiële urinaire sfincter. Bij druk op de pomp wordt de cuff opgezet en kan de patiënt plassen. Daarna zal de cuff automatisch opnieuw sluiten.

3. Waarom heeft uw arts u een ingreep voorgesteld voor de behandeling van incontinentie?

Ernstige incontinentie is een aandoening die de levenskwaliteit ernstig vermindert. Een heelkundige ingreep onder de vorm van een artificiële urinaire sfincter is momenteel het enige doeltreffende middel om dergelijk urineverlies op te lossen.

Er bestaan vandaag geen geneesmiddelen waarvan de doeltreffendheid tegen ernstige stressincontinentie is bewezen. Andere operaties als behandeling van stressincontinentie (vaak "ophanging" of "bandje" of "sling" operaties genoemd) zijn niet doeltreffend bij ernstige vormen van stressincontinentie.

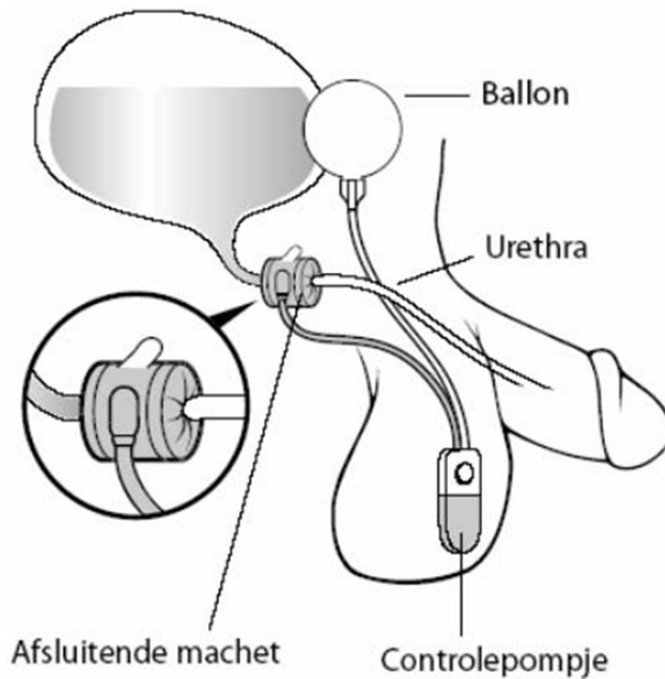
Andere manieren om met ernstige urine-incontinentie om te gaan, bestaan uit verschillende opvangsystemen zoals absorberende verbanden of pamberbroekjes. Bij mannen kan in sommige gevallen gebruik worden gemaakt van condoomkatheters of een penisklem.

4. Wat is het principe van de ingreep?

Er wordt een siliconenmanchet (de "cuff") rondom de plasbuis of rondom de blaashals geplaatst. Deze cuff is verbonden met een siliconenballon (het "reservoir"). Het reservoir wordt in de buikholte geplaatst, achter het schaambeentje. Om de artificiële sfincter te bedienen wordt een pompje in de balzak of in een schaamlip geplaatst. Het hele apparaat wordt in het lichaam ingeplant.

De artificiële urinaire sfincter sluit de plasbuis af door middel van de cuff. Alvorens te plassen drukt de patiënt enkele keren op de pomp in de balzak of in een schaamlip waarbij vloeistof van de cuff naar het reservoir wordt verplaatst en de cuff opengaat. Na enige tijd (1 tot 2 minuten) zal de vloeistof (onder invloed van de druk in het reservoir) vanzelf terug naar de cuff vloeien en aldus de plasbuis opnieuw afsluiten.

Figuur 1 : afbeelding van een artificiële urinaire sfincter rond de plasbuis bij een man



<http://www.urine-incontinentie.nl/mannen/oplossingen/>

Figuur 2 : afbeelding van een artificiële urinaire sfincter rond de blaashals bij een vrouw



AMS 800 - van de kunstmatige blaassluitspier (sfincter) - AMS Benelux

5. Operatieve techniek

Meestal wordt er een kleine incisie van 4 à 5 cm gemaakt ter hoogte van het perineum. De plasbuis wordt gezocht en de cuff wordt rond de plasbuis gelegd. Wanneer de cuff rond de blaashals wordt geplaatst, wordt er een incisie van 7 tot 10 cm gemaakt in de onderbuik. De blaashals wordt gezocht en de cuff wordt rond de blaashals gelegd.

Via een tweede, kleine incisie in de onderbuik (of, indien er al een incisie in de onderbuik werd gemaakt, via de bestaande incisie) wordt het reservoir in de buikholte geplaatst, achter het schaambeentje.

Via deze incisie wordt ook het pompje in de balzak of in één van de grote schaamlippen geplaatst.

Het apparaat wordt gevuld met een vloeistof en de verschillende delen worden verbonden.

Na de operatie wordt een blaaskatheter geplaatst (via de plasbuis of via de buikwand). De ingreep duurt ongeveer 1 uur.

Voor de operatie

De keuze van verdoving, nl. enerzijds plaatselijke of ook lokale verdoving (alleen het onderlichaam wordt verdoofd) of anderzijds algemene verdoving (u slaapt volledig) wordt mee bepaald door de chirurg en de anesthesist op basis van uw persoonlijke voorgeschiedenis en rekening houdend met uw mening.

De interventie zal plaatsvinden na het uitsluiten van een mogelijke urineweginfectie (op basis van een recente analyse van de urine). Hebt u een urineweginfectie dan kan uw operatie worden uitgesteld.

Na de operatie

De procedure is meestal pijnloos. Pijnstillers zullen, indien nodig, intraveneus of oraal, worden toegediend. U zult ook gedurende 24 tot 48 uur antibiotica toegediend krijgen.

De blaaskatheter wordt verwijderd na overleg met uw chirurg, na een tot drie dagen. Wanneer tijdens de ingreep een incisie in de blaas werd gemaakt, dient de blaaskatheter een tiental dagen te blijven zitten.

De duur van de ziekenhuisopname bedraagt meestal 3 tot 4 dagen.

Na de operatie bevindt het apparaat zich op de juiste plaats, maar is het nog niet geactiveerd. Daarom zult u gedurende de eerste weken nog steeds last hebben van ernstige stressincontinentie.

6. Wat te doen na uw vertrek?

De hersteltijd bedraagt gemiddeld zes weken.

U dient best te vermijden om een bad te nemen gedurende 1 maand. Douchen is toegestaan onmiddellijk na de operatie.

U moet zich onthouden van seksuele activiteit en sport gedurende zes weken.

U krijgt een controleafspraak enkele weken na de ingreep.

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

In geval van roodheid, toename van pijn en/of zwelling ter hoogte van de wonden. Bij koorts boven 38 °C. Bij bloed in de urine. Bij uitgesproken opzwellen van de balzak of van de schaamlippen.

8. Wat zijn de gevolgen van de ingreep?

Deze ingreep met hetzelfde ontwerp van artificiële urinaire sfincter wordt uitgevoerd sinds 1987. Bij meer dan 150.000 mensen wereldwijd werd deze behandeling reeds uitgevoerd. Zoals bij elke procedure echter, kunnen er soms bepaalde verwikkelingen optreden.

Tijdens de operatie

Incisie ("perforatie") van de blaas: Deze perforatie is meestal onschuldig als deze tijdig wordt waargenomen, maar vereist wel dat de blaaskatheter enkele extra dagen blijft zitten om genezing mogelijk te maken.

Incisie ("perforatie") van de plasbuis: Deze perforatie vereist meestal dat de ingreep wordt gestaakt. Na genezing van de plasbuis kan de ingreep opnieuw worden uitgevoerd.

Ernstige complicaties:

Elke interventie, hoe klein ook, houdt risico's in die onvoorspelbaar en uitzonderlijk zijn, maar daarom niet minder ernstig (hartaanval, diepe veneuze trombose, longembolie, anafylactische shock als gevoeligheidsreactie op een allergie, ...).

Na de operatie

- **Bloeding:** Door het aanprikken van bloedvaten tijdens de ingreep kan er een bloeditstorting optreden. Deze wordt meestal duidelijk doordat er een zwelling optreedt in de balzak of in de schaamlip(pen). Een bloeding vereist zelden een nieuwe ingreep maar zal de herstelperiode verlengen. Frequentie: < 5 %.
- **Urineretentie:** Door zwelling ("oedeem") en bloeding kan de cuff de plasbuis volledig afsluiten. Wanneer er geen urine meer kan passeren, zal de blaas volledig gevuld blijven met urine. Dit kan een hevige plasdrang en ook pijn tot gevolg hebben. Deze pijn kan worden verlicht door het plaatsen van een urinaire katheter. Frequentie: < 5 %.
- **Infectie:** de artificiële sfincter bestaat uit lichaamsvreemd materiaal. Wanneer een infectie optreedt, kan deze niet met antibiotica worden behandeld en dient de sfincter opnieuw verwijderd te worden. Nadat de infectie werd behandeld, kan een nieuwe sfincter worden geplaatst. Frequentie: < 10 %.
- **Erosie:** door druk van de cuff op de plasbuis of blaashals, door schuren van de ballon tegen de blaas of door druk van de pomp tegen de huid kunnen delen van de artificiële sfincter wondjes veroorzaken in de vermelde structuren. In geval van erosie kan deze niet met medicatie worden behandeld en dient de sfincter opnieuw verwijderd te worden. Nadat de wondjes van de erosie genezen zijn, kan een nieuwe sfincter worden geplaatst. Frequentie: < 10 %.
- **Atrofie:** door druk van de cuff op de plasbuis kan deze dunner worden. Hierdoor kan er enige tijd na het plaatsen van de artificiële sfincter opnieuw stressincontinentie optreden. Wanneer atrofie optreedt, dient via een nieuwe operatie een nieuwe cuff en/of een nieuw reservoir geplaatst te worden. Frequentie: < 10 %.
- **Pompmigratie:** in sommige gevallen blijft de pomp om de artificiële sfincter te bedienen niet mooi op de oorspronkelijke plaats zitten. In deze gevallen kan de bediening van de artificiële sfincter moeilijk zijn. In zeldzame gevallen is een kleine ingreep nodig om de pomp opnieuw correct te positioneren. Frequentie: < 5 %.
- **Mechanisch falen:** de artificiële sfincter bestaat uit verschillende delen die verbonden zijn met siliconenbuisjes. Elk van de onderdelen is onderhevig aan slijtage en kan dus op een bepaald moment defecten vertonen. In geval van mechanisch falen zal een deel van of de volledige artificiële sfincter tijdens een operatie moeten worden vervangen. Frequentie: < 10 %.
- **Moelijk plassen:** dit is meestal het gevolg van een slechte bediening van de pomp van de artificiële sfincter. In zeldzame gevallen kan dit zelfs leiden tot urineretentie. Uw arts of

verpleegkundige kan u opnieuw tonen hoe u de artificiële sfincter goed moet bedienen.
Frequentie: < 5 %.

- **Pijn:** De ingreep vereist geen grote incisies of traumatische acties, de pijn is meestal gering en blijft beperkt tot een paar dagen na de operatie. Een incisie in de onderbuik is doorgaans pijnlijker dan een perineale incisie. Het is soms mogelijk om wat pijn te voelen in het perineum of ter hoogte van de balzak of de schaamlip.
- **Problemen van genezing:** De huidincisies genezen na ongeveer tien dagen.
- **Frequent plassen:** na het activeren van de artificiële sfincter kunt u de indruk hebben frequent te moeten plassen. Voorgaande bestraling of langdurige incontinentie voor de plaatsing van de artificiële sfincter zijn risicofactoren voor deze klacht. Meestal gaat deze klacht na enkele maanden voorbij. In sommige gevallen wordt aanvullende medicatie voorgeschreven en slechts in uitzonderlijke gevallen is een bijkomende operatie aangewezen.

9. Daarna:

Regelmatige controle is noodzakelijk. Bovenvermelde complicaties treden meestal op in de eerste twee jaar na het plaatsen van de artificiële urinaire sfincter, maar ook op een later tijdstip zijn de meeste complicaties nog steeds mogelijk.

Neem contact op met uw arts eenmaal per jaar of in geval van afwijkingen (frequente drang om te plassen, moeilijk plassen, herhaalde urineweginfecties, opnieuw optreden van incontinentie, abnormale zwelling/roodheid/pijn ter hoogte van de littekens, vooral als dit gepaard gaat met koorts).

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

Algemeen

Als patiënt hebt u recht op volledige informatie over uw medisch probleem en over de aanbevolen chirurgische ingrepen.

Dit formulier wordt u meegegeven tijdens de raadpleging bij uw behandelende arts waar u, indien nodig, aanvullende informatie krijgt. Het formulier moet worden ingevuld en moet ondertekend worden teruggestuurd naar een persoon van het medische team vóór de operatie om uw medisch dossier te vervolledigen.

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