

## GEINFORMEERDE TOESTEMMING

### Partiële nefrectomie versie 1.1 (2011)

Geachte patiënt,

Deze informatiebrochure werd geschreven door de Belgische Associatie van Urologie (BAU) mede 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 kunnen ontstaan.

Het eerste deel van deze brochure (A) omvat algemene informatie over de partiële nefrectomie. Het tweede deel (B) omvat het concrete informatie-en toestemmingsformulier dat u moet ondertekenen alvorens de behandeling kan worden uitgevoerd.

A. Algemene informatie van de partiële nefrectomie.

#### **ANATOMISCHE BASIS en algemeen uitgangspunt van de ingreep:**

Normaal beschikt de mens over 2 nieren. De nieren zijn gelegen in een compartiment achter de buikholte en voor de rugspieren. De nieren zijn levensbelangrijke organen: zij regelen de huishouding van zouten en het zuur-base evenwicht, zij regelen de vochtbalans van het menselijk lichaam, zij zorgen voor de excretie van afvalstoffen en zij produceren bepaalde hormonen.

Een partiële nefrectomie is een behandeling voor nierkanker, een kwaadaardig gezwel in de nier. Om de nierfunctie zoveel mogelijk te sparen wordt enkel het gezwel in de nier weggenomen en blijft de rest van de nier ter plaatste. Partiële nefrectomie is een standaardbehandeling voor kleine gelokaliseerde nierkankers (een gezwel van de nier beperkt tot de nier zelf). Deze ingreep is ook mogelijk en aangewezen bij de aanwezigheid van nierkanker in beide nieren of bij de aanwezigheid van een nierkanker bij personen die slechts een nier hebben.

#### **Therapeutische alternatieven:**

##### *Radicale nefrectomie:*

De nier kan ook volledig worden weggenomen. De resultaten voor wat betreft de genezing van de kanker zijn even goed, maar bij deze ingreep verliest u ook gezond nierweefsel wat een invloed kan hebben op de globale nierfunctie. Uw chirurg zal met u beslissen wat de beste optie is in de behandeling van nierkanker.

##### *Radiofrequentie ablatie of cryoablatie:*

Dit zijn alternatieven voor geselecteerde patiënten met een kleine nierkanker. Onder radiografische, echografische of laparoscopische (=kijkoperatie) begeleiding wordt de nierkanker aangeprikt en deze naalden geven hoogenergetische radiogolven af (radiofrequentie ablatie) of bevriezen de nierkanker (cryoablatie). Het doel is lokaal de nierkanker te doden met sparen van het omliggend gezonde nierweefsel. De resultaten zijn bemoedigend maar deze procedures zijn nog niet standaard aanvaard en gevalideerd. Uw chirurg zal mede met u beslissen of u hiervoor in aanmerking komt.

### *Actieve opvolging:*

Hierbij wordt geen medische interventie gedaan, maar wordt beslist om het gezwel periodisch te volgen met beeldvorming. Indien het letsel groter wordt of duidelijke tekenen van agressiviteit vertoont, kan alsnog beslist worden om een interventie uit te voeren. Deze optie geneest het gezwel niet, maar kan wel aangewezen zijn bij oudere personen die een hoog risico vertonen om onder narcose te gaan of bij een klein gezwel in de nier waarbij het onduidelijk is of het gezwel kwaadaardig is (30% van de gezwellen kleiner dan 4cm zijn goedaardig en behoeven geen therapie).

### **Vorbereiding op een operatie:**

Een aantal onderzoeken gaan de operatie vooraf: bloed-en urineonderzoek, radiografie van de borstkas en een electrocardiogram. Deze worden geëvalueerd door de anesthesist. De specifieke risico's van de anesthesie zullen met de anesthesist worden besproken. Bij een open ingreep zal de anesthesist met u de mogelijkheid van een pijnpomp bespreken. Bij een laparoscopische of robotgeassisteerde ingreep is dit doorgaans niet nodig.

### **Chirurgische technieken:**

De ingreep wordt uitgevoerd onder algemene narcose en bestaat uit het verwijderen van het gezwel met een kleine rand gezond nierweefsel. Deze rand gezond nierweefsel rond het gezwel is nodig om het risico op het achterlaten van een stuk van de nierkanker tot het minimum te beperken. Tijdens de ingreep zal de chirurg de bloedvaten naar de nier (Arterie en Vene renalis) vrijmaken. Om het bloedverlies te beperken tijdens het weghalen van de nierkanker uit de nier kan de chirurg beslissen deze bloedvaten af te klemmen. De nier zal dan gedurende een bepaalde tijd niet van zuurstofrijk bloed worden voorzien. Voorziet de chirurg dat de bloedvoorziening van de nier gedurende een langere tijd moet worden afgeklemd, dan kan de nier worden gekoeld door ijs rondom de nier te leggen.

Afhankelijk van de ligging van de nierkanker, voorafgaande ingrepen in de buikholte en gewoontes van de chirurg zal de chirurg beslissen de ingreep uit te voeren via laparotomie (insnede vooraan ter hoogte van de buik) of via lumbotomie (insnede in de flank tussen 11-12<sup>e</sup> rib of onder de 12<sup>e</sup> rib). De ingreep kan ook laparoscopisch of robotgeassisteerd gebeuren. Dit is een kijkoperatie waarbij er lucht in de buikholte wordt geblazen. Via kleine werkpoorten, die doorheen de buikwand worden geplaatst, wordt de ingreep dan uitgevoerd volgens dezelfde principes als bij een open ingreep. In geval van problemen (bv. verklevingen door vroegere ingrepen, belangrijk bloedverlies), kan laparoscopie en robotchirurgie worden omgezet in conventionele open chirurgie.

Na de operatie blijft een blaassonde ter plaatse voor een periode die bepaald wordt door de chirurg. In de operatiezone wordt ook meestal een drain ter plaatse gelaten om het resterende bloed en/of wondvocht te draineren.

### **Het postoperatief verloop:**

#### ***Tijdens de ziekenhuisopname:***

In geval van pijn zullen op regelmatige tijdstippen pijnstillers worden toegediend.

Na een laparoscopie en robotchirurgie, kunt u ongemakken ervaren in de bovenbuik en een stijve nek reflex door irritatie van het middenrif.

Een bloedafname zal gebeuren om eventuele bloedarmoede op te sporen en zo nodig zal een bloedtransfusie worden gegeven om het bloedverlies tijdens en na de operatie te compenseren.

Dagelijkse subcutane inspuitingen met bloedverdunners verminderen het risico op flebitis en longembolie.

Het tijdstip van verwijderen van de drain wordt door de chirurg bepaald.

De blaassonde wordt meestal goed verdragen, maar kan in sommige gevallen wel aanleiding geven tot blaasoveractiviteit en blaasspasmen. Dit kan medicamenteus worden behandeld. Normaliter blijft de blaassonde 1 tot 2 dagen ter plaatse, afhankelijk van het postoperatief verloop en de beslissing van de chirurg.

De totale duur van de ziekenhuisopname wordt bepaald door uw chirurg.

### ***Terug thuis:***

Zo nodig kan de wondverzorging gebeuren via de thuisverpleging. Het is belangrijk dat de wonde(s) droog blijven gedurende 2 weken: baden is dan ook ten stelligste af te raden. Voor pijn ter hoogte van de operatiewonde (vooral bij een flankinsnede) kan u een pijnstiller nemen (bv. paracetamol 1gr). Dit zal door uw arts worden voorgeschreven bij ontslag. Indien er geen resorbereerbare hechtingen worden gebruikt, dienen deze te worden verwijderd ongeveer 2 weken na de ingreep. Dit kan door de thuisverple(e)g(st)er of uw huisarts gebeuren. De duur van herstel en de datum van hervatting is afhankelijk van de leeftijd van de patiënt en de gebruikte chirurgische benadering. Een tot drie maanden zijn soms nodig voor volledig herstel.

### **Monitoring van kanker:**

De verwijderde nierkanker wordt onderzocht door de patholoog. Dit onderzoek zal een aantal prognostische kenmerken weergeven, maar kan nog niet definitief uitwijzen of er genezing is. Slechts 5 jaar na de ingreep kan hierover uitspraak worden gedaan. De opvolging van de nierkanker gebeurt door het op regelmatige tijdstippen uitvoeren van een CT-scan van de buikholte, een RX van de borstkas en een bloedonderzoek. Indien later afwijkende resultaten worden gezien die kunnen wijzen op herval, zal beslist worden een aanvullende behandeling te starten (chirurgie, radiotherapie, systemische therapie).

### **COMPLICATIES:**

#### ***Tijdens de procedure:***

Elke operatie heeft risico's op complicaties die soms onomkeerbaar zijn en in het slechtste geval zelfs de dood tot gevolg kunnen hebben. Zelfs al is het risico op ernstige complicaties zeer laag, dit is helaas niet nul en meestal ook onvoorspelbaar.

Tijdens de operatie moet de chirurg soms de techniek en de behandeling aanpassen afhankelijk van bevindingen of gebeurtenissen die zich tijdens de operatie voordoen. Het is dus steeds mogelijk dat een laparoscopische of robot-geassisteerde ingreep wordt beëindigd en dat er wordt verder gegaan met een open ingreep. Ook is het mogelijk dat de chirurg tijdens de operatie beslist tot het uitvoeren van een radicale nefrectomie (volledig wegnemen van de nier) indien wordt vastgesteld dat de nierkanker uitgebreider is dan vastgesteld op pre-operatieve beeldvorming of indien de chirurg twijfelt over de volledigheid van de resectie van de nierkanker.

Organen rondom de nier kunnen worden geraakt tijdens de operatie. De darmen, de urineleider, de bijnier, de lever, de milt, de alveesklier, de aorta en de onderste holle ader zijn betrokken in het operatieveld. Dit is heel zeldzaam. Deze laesies worden, indien zij worden erkend tijdens de operatie, onmiddellijk hersteld of behandeld. Elke peroperatieve complicatie kan aanleiding geven tot een vertraagde hervatting van de activiteit van de spijsvertering. Bij een letsel aan de dikke darm is het soms noodzakelijk om een colostoma aan te leggen voor enkele maanden om volledige genezing mogelijk te maken. Ook dit is heel zeldzaam. Tijdens de operatie kan occasioneel het longvlies worden geopend. In dit geval wordt dit ook weer chirurgisch gesloten of zal de chirurg beslissen om een drain in de borstholte achter te laten.

Vasculaire letsels kunnen optreden en aanleiding geven tot belangrijk bloedverlies die occasioneel bloedtransfusies noodzakelijk maken. Zelfs al is al het getransfundeerde bloed momenteel getest, dan nog is het niet 100% uit te sluiten dat er overdracht kan zijn op een aantal besmettelijke ziekten (HIV, Hepatitis,...). Dit risico op besmetting via bloed kan worden geëlimineerd door voor de operatie bloed te geven, dat dan zo nodig tijdens de operatie weer wordt getransfundeerd (auto-transfusie). Hevige bloedingen die een herinterventie noodzakelijk maken zijn zeldzaam.

Indien tijdens de ingreep de milt wordt gekwetst en de bloeding uit de milt niet te stelpen is, zal de milt worden weggenomen (heel zeldzaam). Na de ingreep zal u dan een vaccin toegediend krijgen. Daarnaast is het wegsnijden van de nierkanker uit het gezonde nierweefsel een stap van de ingreep die kan gepaard gaan met belangrijk bloedverlies ter hoogte van het oppervlak waar de nierkanker is weggesneden. Indien dit bloedverlies niet te controleren is, zal de chirurg beslissen om de volledige nier weg te halen. Ook dit is zeldzaam.

### **Tijdens de ziekenhuisopname:**

-Diepe veneuze trombose en longembolus.

De vorming van een stolsel in de aderen van het been (diepe veneuze trombose of flebitis) kan aanleiding geven tot longembolie door migratie van dit stolsel naar de longen. Deze complicatie kan fataal zijn. Dit wordt verhinderd door het injecteren van subcutane anticoagulantia, en het dragen van steunkousen tijdens de maand volgend op de operatie. Dankzij deze maatregelen is de kans op diepe veneuze trombose en longembolus zeldzaam tot zeer zeldzaam. Geïnjecteerde anticoagulantia verhogen echter wel het risico op nabloeding.

-Bloeding na de operatie (zeldzaam).

Een bloeding na de operatie berust meestal op het herbeginnen van de bloeding aan het oppervlak waar de nierkanker uit de nier is weggesneden. Bij een belangrijke bloeding zal een heringreep noodzakelijk zijn. In dit geval zal de chirurg de bloeding trachten te stelpen, maar als dit niet mogelijk is zal worden overgegaan tot het volledig wegnemen van de nier (nephrectomie). Een andere mogelijkheid om een bloeding te stelpen is via interventionele radiologie. Via een bloedvat in de lies zal een gespecialiseerd radioloog het actief bloedende bloedvat opsporen en dit trachten te stelpen met gespecialiseerd materiaal.

Is de bloeding na de operatie beperkt, dan is een heroperatie niet nodig, maar kan de chirurg wel beslissen tot het toedienen van een bloedtransfusie.

-Paralytisch ileus:

Hierbij komen de darmen niet of slechts zeer traag op gang. Onbehandeld zal dit aanleiding geven tot een opgezet buik en braken. Bij een vertraagd herstel of het niet op gang komen van de darmactiviteit wordt de maagsonde behouden (of herplaatst) voor een paar dagen. Bij een laparoscopische ingreep is dit zeldzaam, bij een open ingreep occasioneel (lumbotomie) tot frequent (laparotomie).

- Postoperatieve verklevingen

bij elke operatie wordt er litteken gevormd en zullen weefselvlakken aan mekaar verkleefd raken (frequent). Indien de operatie langs de buikholte gebeurt (laparotomie, laparoscopie of robotgeassisteerde laparoscopie) bestaat er ook kans op verklevingen van de darmen. Deze verklevingen kunnen soms zo belangrijk worden dat de darmassage verstoord wordt (obstructief ileus). In dit geval is een ingreep noodzakelijk (zeer zeldzaam). Normale darmverklevingen en verlitteking van de weefselvlakken kunnen latere chirurgie in deze regio bemoeilijken.

-Verminderde nierfunctie.

Het afklemmen van de bloedvaten van de nier veroorzaakt zuurstoftekort in het nierweefsel. Na verloop van tijd leidt dit tot onomkeerbare beschadiging van het nierweefsel met een vermindering van de nierfunctie tot gevolg. Indien het afklemmen beperkt blijft tot 20 minuten is dit zeldzaam, duurt dit langer dan is belangrijk nierfunctieverlies occasioneel. In geval de nier volledig wordt verwijderd zal dit frequent verminderde nierfunctie met zich meebrengen. In aanwezigheid van een gezonde, goed functionerende nier aan de andere kant is dit doorgaans geen probleem, maar dient de nierfunctie wel verder te worden opgevolgd met een bloedafname op geregelde tijdstippen. Is dit niet het geval (hebt u voor de operatie al een verminderde nierfunctie of beschikt u slechts over 1 nier) en wordt er inderdaad een duidelijk verminderde nierfunctie vastgesteld, dan zal uw chirurg contact opnemen met de nefroloog (nierspecialist). Deze kan zo nodig dieetmaatregelen en medicatie opstarten. Is de nierfunctie dermate verminderd, dan is nierdialyse nodig.

Het verwijderen van een kleine boord gezond nierweefsel aan de rand van de nierkanker heeft doorgaans geen belangrijke impact op de nierfunctie.

-urinelekkage: Ter hoogte van het oppervlak waar de nierkanker is weggesneden kan het opvangsysteem voor urine (pyelocalicieel stelsel) geopend worden. Dit wordt chirurgisch weer gesloten. Persistierende lekkage van urine na de ingreep is zeldzaam. Normaliter zal dit spontaan genezen zonder nood aan een bijkomende ingreep. Een drain (een klein buisje) wordt tijdens de operatie naast de nier gelegd om vloeistoffen rondom de nier te laten afvloeien. Als deze vloeistof urine is, dan zal worden beslist de drain langer ter plaatste te laten. Is de urinelekkage te uitgesproken dan kan de chirurg beslissen om een double J stent te plaatsen. Dit is een stent die operatief via de plasbuis wordt geplaatst tussen de nier en de blaas. Dit is dus een bijkomende ingreep.

-Laesies van zenuwtakjes (frequent): Laesies van zenuwtakjes in de buikwand of flank kunnen worden waargenomen in de zones rondom de insnede(s) in de buikwand of flank en zijn veroorzaakt door lokale compressie of door elektrocauterisatie. Deze laesies zullen hoogstwaarschijnlijk recupereren.

Bij een lumbotomie (flankinsnede) worden soms grotere zenuwtakken gekwetst of wordt zelfs een stuk van de 12<sup>e</sup> rib verwijderd. Dit kan aanleiding geven tot chronische pijn in de flank.

-wondinfectie (zeldzaam): Een infectie van de huidincisies kan voorkomen en vereist antibiotica en/of drainage door de incisie terug wat open te maken.

-Urineweginfectie: Een urineweginfectie is frequent en wordt behandeld met antibiotica. Het risico op urineweginfectie is afhankelijk van de duur dat de blaassonde wordt behouden.

-Andere:

Individuele gezondheidsproblemen kunnen het risico verhogen van mogelijk fatale complicaties, zoals myocardinfarct, beroerte, longemfyseem, ...

**Na ziekenhuisopname:**

Verklevingen van de darm kunnen de darmtransit bemoeilijken en aanleiding geven tot chronische pijn. De verklevingen kunnen ook aanleiding geven tot een totale darmobstructie die dan een chirurgische interventie vereist (zeer zeldzaam).

Een breuk ter hoogte van het litteken in de buikwand is zeer zeldzaam, maar kan aanleiding geven tot eventratie (uitpuilen van de buikholte doorheen de buikwand) en dit vereist soms een chirurgische correctie. Dit risico is groter na een open operatie.

Vermoeidheid na de ingreep kan een teken zijn van bloedarmoede. Indien u daar duidelijk last van hebt, laat u best een bloedanalyse verrichten bij uw huisarts of chirurg. Afhankelijk van de resultaten zal u een behandeling worden voorgeschreven (bv. ijzersupplementen).

## **B. INFORMATIE-EN TOESTEMMINGSFORMULIER voor de partiële nefrectomie.**

### **Algemeen**

Als patiënt 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 (deel A) 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.