

BRUGOPLEIDING 2002-2003
OPTIE ZIEKENHUISVERPLEEGKUNDE

EINDWERK

INCONTINENTIE EN IMPOTENTIE
NA RADICALE PROSTATECTOMIE

Ivan Vergaert
09/2403156



Departement Gezondheidszorg

WOORD VOORAF

De laatste jaren werd ik met een aantal mensen geconfronteerd waarbij, als gevolg van de diagnose prostaatkanker, een radicale prostatectomie uitgevoerd werd.

Uit mijn gesprekken met deze personen bleek dat zij de operatieve ingreep zonder veel problemen doorstaan hadden en het herstel vlot verliep. De gevolgen van de ingreep bleken echter mentaal niet te onderschatten.

Als patiënt wordt je in de eerste plaats geconfronteerd met de diagnose kanker, en in de tweede plaats is de kans op incontinentie (30%) en impotentie (>50%) door de ingreep niet gering.

Daarom is de begeleiding in de pre- en postoperatieve fase door de chirurg, verpleegkundigen en kinesitherapeut van groot belang.

Daar mijn kennis en beroepservaring in deze problematiek vrij beperkt was, heb ik bij het maken van mijn eindwerk beroep kunnen doen op Prof. Oosterlinck en een aantal zeer deskundige leden van zijn urologisch centrum binnen het Universitair Ziekenhuis.

Mijn dank gaat hier in het bijzonder naar :
Prof. Dr. W. Oosterlinck, diensthoofd van de Urologische kliniek
De Heer Ronny Pieters, hoofdverpleegkundige van de polikliniek en hospitalisatieafdeling.
Mevr. Sabine Stockman, kinesitherapeute van het urogymteam.

Tenslotte wens ik ook de Heer Derycke te danken voor zijn advies bij het maken van dit eindwerk.

Ivan Vergaert.

INLEIDING.

Betere onderzoeksmethoden en een grotere sensibilisering bij de man om zich te laten screenen op prostaatkanker, leiden ertoe dat prostaatkanker steeds vroeger ontdekt wordt.

De behandeling ervan brengt de bekende risico's van incontinentie en impotentie met zich mee. Het zelfbeeld van de nog zeer actieve man kan hierdoor sterk beïnvloed worden.

Een zo goed mogelijke begeleiding en aanbieden van adequate oplossingen zijn van groot belang.

In deel 1 bespreek ik de prostaat, prostaatkanker en behandeling in het algemeen.

Deel 2 handelt over incontinentie, behandeling en incontitiemateriaal.

Deel 3 handelt over impotentie en de behandeling ervan.

Deel 4 tenslotte bevat de synthese van de gesprekken die ik gevoerd heb met een aantal patiënten.

DEEL 1 : DE PROSTAAT

1.1. ANATOMIE EN FYSIOLOGIE VAN DE PROSTAAT

1.1.1. ANATOMIE

De prostaat of vroeger “de voorstandsklier” genoemd (reeds beschreven door Andreas Vesalius) situeert zich ter hoogte van de blaasuitgang in het klein bekken. De vorm en het volume doen denken aan een tamme kastanje.

Het eigenlijke klierweefsel wordt omgeven door een kapsel van bindweefsel en spierweefsel welke ook doordringt tussen het klierweefsel en de in- en uitwendige blaassfincter vormt.

De zaadleiters komen in het bovenste achterste deel van de prostaat binnen en monden uit in de urethra.

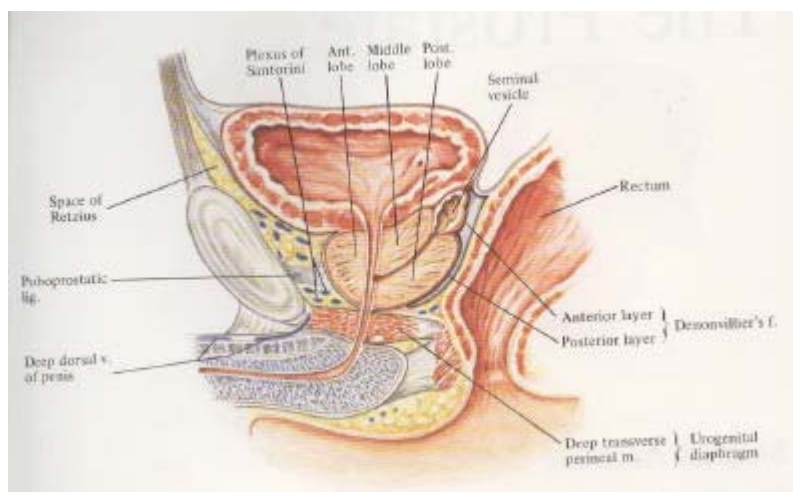
Aan de zijkant bevinden zich de hypogastrische zenuwplexus, verantwoordelijk voor de erectie.

De prostaatklier is niet homogeen, bestaat uit verschillende compartimenten :

- Craniaal deel (lokalisatie benigne prostaathypertrofie)
- Intermediaire zone
- Caudaal deel (lokalisatie van de meeste prostaatkankers)

1.1.2. FYSIOLOGIE VAN DE PROSTAAT

- Fysiologie van het wateren : het orthosympatisch zenuwstelsel is samen met de prostaat verantwoordelijk voor de continentie.
- Fysiologie van de ejaculatie : de prostaat is verantwoordelijk voor de produktie van zaadvocht (ejaculaat vloeistof). Samen met de zaadcellen vormt dit het sperma. In het ejaculaat van de prostaat kunnen de zaadcellen overleven in de geslachtswegen.
- De prostaat is verantwoordelijk voor de activatie van het hormoon testosteron (mannelijk geslachtshormoon).



1.2. PROSTAATKANKER

1.2.1. ALGEMEENHEDEN OMTRENT PROSTAATKANKER

Het vlugger ontdekken van prostaatkanker en de stijgende levensverwachting zou leiden tot een verdubbeling van het aantal gevallen tegen het jaar 2015.

Mogelijke oorzaken en risicofactoren :

- Erfelijkheid : mannen die een directe verwante hebben of gehad hebben met prostaatkanker lopen een verhoogd risico.
- Leeftijd : risico op prostaatkanker neemt toe met de leeftijd vanaf 50 jaar. Bijvoorbeeld de helft van de mannen boven de 80 hebben prostaatkanker.
- Voeding : een voeding rijk aan dierlijke vetten zou een verhoogd risico vormen. In de Aziatische landen komt prostaatkanker praktisch niet voor. Dit zou te maken hebben met een voeding rijk aan vitaminen D en E, vetarme voeding en sojaproducten. Het nemen van voedingsupplementen om prostaatkanker te voorkomen, wordt soms geadviseerd (bv. "Prevalon").
- Sexuele activiteit : daarover zijn een aantal studies gebeurd waarbij de conclusies zeer verschillend zijn. Zo zouden zowel sexueel zeer actieve mannen en sexueel weinig actieve mannen een verhoogd risico lopen.

1.2.2. SYMPTOMEN

Prostaatkanker evolueert in de meeste gevallen zeer traag en geeft pas klachten als de ziekte reeds in een vergevorderd stadium is.

De symptomen die optreden zijn dikwijls vergelijkbaar met de klachten van een benigne (=goedaardige) prostaathypertrofie (=prostaatvergroting).

Voorbeelden zijn moeilijk urineren, frequent urineren, grote blaasresidus, obstructie, nierstuwning.

In een nog verder gevorderd stadium vindt men uitzaaiingen naar de botten, lokale aantasting van de ruggewervels met verlamningsverschijnselen, uitzaaiingen naar de longen en hersenen.

1.2.3. DIAGNOSESTELLING

Daar prostaatkanker slechts in een vergevorderd stadium fysieke klachten geeft, lijkt een regelmatige screening vanaf een bepaalde leeftijd aangewezen : zeker vanaf 50 jaar en bij erfelijke belasting vanaf 45 jaar.

- Bloedafname : bepalen van het Prostaat Specifiek Antigeen (PSA). Vanaf een waarde van 4 ng/ml is een verder onderzoek aangewezen.

- PPA of Palpatio Per Anum : via rectaal touché onderzoekt de arts de prostaat op verharding of asymmetrie. Verharding en hobbelig voorkomen kunnen op maligniteit wijzen.
- Transrectale Ultrasonografie (TRUS) : dit onderzoek stelt de arts in staat de prostaat echografisch in beeld te brengen. Het stelt de arts in staat gelokaliseerd tumoren op te sporen en het volume van de prostaat te bepalen.
- Transrectale echo geleide biopsie : bij het vermoeden van maligniteit zal men overgaan tot het nemen van een aantal biopsien. Meestal neemt men 3 biopsien uit de rechterkwab en 3 biopsien uit de linkerkwab. Voor de interpretatie van de biopsien wordt de Gleason classificatie gehanteerd : graad 1 tot graad 5 :
 - graad 1 – 2 : staan dichtst bij normaal prostaatweefsel
 - graad 3 : goedgedifferentieerd tumorweefsel
 - graad 4 : normale architectuur is veel minder bewaard
 - graad 5 : geen differentiatie meer .

Meestal komen meerdere graden voor. Bijvoorbeeld graad 3 en 4 en dan spreekt men van een Gleason-score graad 7.

1.2.4. BEHANDELING

- Tumoren beperkt tot de prostaat.
 - Radicale prostatectomie (wordt besproken in 1.3)
 - Endoscopisch radicale prostatectomie
 - Radiotherapie :
 - , Uitwendige radiotherapie : bestralingskuur van de prostaat en prostaatregio voor een periode van 7 weken. Het resultaat hier is minder voorspelbaar. Verwickelingen hierbij zijn : diarree ten gevolge van rectitis, proctitis, rectale ulcera, stricturen, fistels, pollakisurie, incontinentie, impotentie
 - , Interstitiële radiotherapie (Brachy therapie) : implantatie van radioactieve korrels onder transrectale echogeleide
 - Experimentele behandelingen
 - , Lasertherapie : warmtetherapie : verbranding van de prostaat
 - , High Intensity Focused Ultrasound
 - , Cryoblation (bevriezing van de prostaat)
- Doorgegroeid, gemetastaseerd prostaatacarcinoom

De voornaamste behandelingsmethode hiervoor is de hormonale therapie. Deze bestaat erin om de werking van testosteron stil te leggen waardoor de groei van de kankercellen afgeremd wordt. Dit gebeurt ofwel door chirurgische castratie (bilaterale orchidectomie) of chemische castratie met Luteïniserend Hormoon Releasing Hormoon (LHRH).

1.3. RADICALE PROSTATECTOMIE

Wanneer de tumor enkel nog gelokaliseerd is tot de prostaat, is de behandeling welke de meeste kans biedt op genezing een operatieve ingreep. Bij deze ingreep wordt de gehele prostaat met kapsel en zaadblaasjes verwijderd en wordt de blaas en de urethra weer geanastomoseerd. Tezelfdertijd doet men ook een uitruiming van de lymfeklieren rond de prostaat. Deze worden ook anatomopathologisch onderzocht op eventuele metastasering. Deze ingreep wordt via retropubische weg uitgevoerd. De chirurg tracht hierbij zoveel mogelijk zenuwsparend te werk te gaan om de gevolgen van de ingreep (incontinentie, impotentie) zo beperkt mogelijk te houden.

Voor deze methode van behandelen wordt geselecteerd wanneer de patiënt aan een aantal voorwaarden voldoet : niet ouder zijn dan 75 jaar, over een algemene goede conditie beschikken en geen aanwezigheid van metastasen.

1.3.1. KORT OVERZICHT VERLOOP PRE-POSTOPERATIEVE FASE EN MOGELIJKE COMPLICATIES.

- Preoperatieve voorbereiding
 - algemene onderzoeken : bloedonderzoek, ECG, RX thorax, longfunctieproeven
 - dag voor de ingreep : door de verpleegkundige :
 - , toedienen van een lavement
 - , scheren van de operatiestreek : van tepellijn tot halfweg de dijbenen
 - , aanmeten anti-emboolkousen

- Postoperatief verloop :
 - intensieve observatie vitale parameters, parenterale vochttoediening, pijnstilling
 - maagsonde gedurende 24 uur. Drinken zodra peristaltiek
 - wondverzorging :
 - , operatiewonde : frequentie aanpassen aan noodwendigheid
 - , redons : - 1 oppervlakkig redon (te verwijderen als het debiet niet meer toeneemt = 1 à 2 dagen postop.)
 - 1 diepe redon (bevindt zich in de lymfadenectomiële, wordt eveneens verwijderd als het debiet niet meer toeneemt = na 8 à 9 dagen)
 - , hechtingen : verwijderen helft na 10 dagen, de rest na 12 dagen
 - verblijfsonde : blijft 14 dagen ter plaatse en wordt pas verwijderd na radiologische controle van de anastomose urethra-blaas. Via de verblijfsonde wordt contraststof ingebracht tot men voldoende blaasvolume heeft. Dan wordt de sonde verwijderd en moet de patiënt de contraststof uitwateren terwijl foto's van het traject worden genomen. Dit onderzoek noemt men een cystografie.
 - Mobilisatie : vanaf de 2^o dag postoperatief

- Complicaties :
 - bloeding

- wondinfectie
- embolie
- strictuur
- incontinentie
- impotentie

1.3.2. ONTSLAG

Kent het herstel na de ingreep een vlot verloop, bestaat de tendens om de patiënt met verblijfsonde naar huis te laten gaan (indien dit voor de patiënt en familie haalbaar is). Hoofdrede daarvoor is het voorkomen van een urinaire infectie veroorzaakt door een ziekenhuiskiëm. Het verwijderen van de verblijfsonde gebeurt poliklinisch, gevolgd door een korte opname waarbij problemen bij het urineren (incontinentie, hoge blaasresidu) vastgesteld worden.

Bij het bepalen van het blaasresidu maakt men gebruik van de bladderscanner. Dit is een compact echografisch toestel dat in staat is het residu te bepalen na mictie.

Voordelen :

- geen sondage nodig indien het blaasresidu goed is (<80 ml)
- het risico op infectie door sondage wordt geminimaliseerd.

Het incontinentie en impotentieprobleem worden respectievelijk besproken in deel 2 en 3.

1.3.3. OPVOLGING VAN DE PATIENT

Dit gebeurt poliklinisch. Bij de consultatie worden problemen rond eventuele incontinentie en impotentie besproken.

Op regelmatige tijdstippen na de ingreep wordt bloed afgenomen ter controle van de PSA waarde in het bloed, welke normaal gezien moet dalen tot quasie niet meetbaar.

De waarden worden geïnterpreteerd door de uroloog. Blijvende stijging kan wijzen op de aanwezigheid van metastasen, zodat bijkomende therapie nodig is.

De bloedafnames gebeuren respectievelijk 1 maand, 3 maand na de ingreep. Dan controle om de zes maand en indien de waarden goed blijven is enkel nog jaarlijkse controle vereist.

DEEL 2 : INCONTINENTIE

2.1. INLEIDING

Faecale en urinaire continëntie zijn voor elk individu zeer belangrijk. Stoornissen hierin kunnen het zelfbeeld, de eigenwaarde gevoelig aantasten. Ook het sociaal-familiaal normaal functioneren wordt hierdoor sterk bedreigd. De problemen (reële en potentiële) die ontstaan bij de verstoring van deze beide basisbehoeften zullen dan ook gedeeltelijk dezelfde zijn.

Uit : Medische en verpleegkundige zorgen van het urologisch stelsel. F. Houben

2.2. FYSIOLOGIE VAN HET URINEREN

Bij het urineren komt een proces op gang waarbij twee onderdelen van het uitscheidingsapparaat namelijk blaas en urethra samen met de bekkenbodemspieren de hoofdrol spelen.

- De blaas en urethra

De blaas situeert zich in het kleine bekken achter het schaambeentje. Het is een hol orgaan met een vrij dikke wand. De wand bestaat aan de binnenkant uit een slijmvlieslaag gevolgd door drie lagen van gladde spiervezels waardoor de blaas zich gemakkelijk kan aanpassen aan een wisselende inhoud. De urethers komen aan de zijkant laag de blaas binnen, vrij dicht bij de blaasuitgang. De blaas gaat over via de blaashals in de urethra. De urethrawand bestaat eveneens uit slijmvlies en gladde spiervezels. De urethra loopt eerst door de prostaat en vervolgens door de penis om uit te monden in de meatus. In de blaashals bevindt zich de inwendige sfincter en de uitwendige sfincter.

- Bezenuwing van het systeem

- Blaas en inwendige sfincter : sympatische en parasympatische zenuwstelsel vertrekkende vanuit het thorako lumbale deel van het ruggemerg
- Uitwendige sfincter : animale zenuwstelsel (waarop de wil een invloed heeft)

- Bekkenbodemspieren

Het perineum of de bekkenbodem is een groep dwarsgestreepte spieren. De belangrijkste spier is de musculus levator ani (oplichter van de aars) welke samen met een aantal kleinere spieren en peesbladen één plaat vormt.

In de bekkenbodem bevinden zich bij de man de urethrale en anale opening. Bij de vrouw de urethra, de vagina en de anus.

Functie van de bekkenbodem :

- steunfunctie : ondersteunen van de bekkenorganen
- sluitfunctie : afsluiten urethra en rectum bij plotse abdominale drukstijging
- seksuele functie (zie deel 3)

- Proces van het urineren

De blaas vult zich geleidelijk. Vanaf een bepaalde blaasvulling (+- 100 tot 200 ml) worden door gevoelszenuwen in de blaaswand prikkels uitgestuurd via het ruggenmerg naar de hersenen waardoor men het gevoel krijgt van een volle blaas. Door het feit dat de zenuwprikkels bepaalde centra in de hersenen bereiken, kan men zelf bepalen wanneer men tot urinelozing overgaat. Wanneer dit bevel gegeven wordt, ontspant de uitwendige sluitspier en bekkenbodempier zich en trekt de blaas samen en urineert men. Tegen het einde van de mictie neemt de blaasdruk en urinestroom af. De bekkenbodempieren trekken samen en de urethra neemt terug de rusttonus aan. Het uitoefenen van abdominale druk tijdens het wateren is niet noodzakelijk en zou zelfs een nefaste invloed kunnen hebben op de tonus van de blaassfincters.

2.3. DIAGNOSESTELLING SOORT INCONTINENTIE

2.3.1. ANAMNESE

Tijdens een gesprek met de patiënt gaat de verpleegkundige of therapeut na wanneer en in welke mate er urineverlies optreedt.

2.3.2. CYSTOMANOMETRIE OF URODYNAMISCH ONDERZOEK

- Definitie :

Een cystomanometrie onderzoekt de vullingsfase en de ledigingsfase van de blaas. Ideaal combineert men dit met RX foto's (RCM = radio-cystomanometrie) of met een video urodynamisch onderzoek (= VUDO). Het vormt het basisonderzoek van de neuro-urologie en de incontinentiekliniek.

- Indicaties :

Urine-incontinentie en blaasdysfuncties

- Tegenindicaties :

De patiënt mag niet bedlegerig zijn. De andere tegenindicaties hebben betrekking op de andere sekse en zijn hier dus niet van toepassing.

- Vorbereiding en nazorg door de verpleegkundige

- Vorbereiding :

- , De patiënt moet niet nuchter zijn

- , De patiënt informeren over het onderzoek

- Nazorg :

- , Informeren hoe het onderzoek verlopen is en de patiënt veel laten drinken

- Verloop van het onderzoek

- De patiënt moet zich uitkleden. Bovenkledij aanhouden.
- De patiënt komt op een tafel te liggen met de benen in beugels (cfr. Gynaecologisch onderzoek)
- De verpleegkundige of de arts plaatst een driewegcatheter in de blaas.
Doel : , om de druk in de blaas en ter hoogte van de sluitspier te meten
, om de blaas te vullen
- Er wordt tevens een sonde in de aars geplaatst om de druk in de buik te meten. Over de sonde is er een condoompje geplaatst ter bescherming van de sonde, dat bij het verwijderen van de sonde soms blijft zitten. Bij de stoelgang komt dit dan wel mee (stel de patiënt gerust).
- De druk in de blaas, de sluitspier en de buik worden continu geregistreerd op een computerscherm.
- De blaas wordt met steriel water waarin contraststof (Urografine®) opgelost is.
- De patiënt meldt aan de arts wanneer hij mictiedrang heeft, iets voelt in de blaas en of een volle blaas heeft.
- Er wordt een RX foto genomen van de volle blaas in rust wanneer de patiënt op de hand blaast. Tevens worden de drukken in de blaas, de sluitspier en de buik geregistreerd.
- Dan mag de patiënt plassen. Er worden opnieuw foto's gemaakt en drukken geregistreerd tijdens het plassen. Probleem hier is dat patiënten soms niet kunnen plassen (liggende houding). Oplossing : houding veranderen en de patiënt alleen laten.
- Eenmaal de patiënt uitgeplast is, wordt er nogmaals een foto genomen.
- Alle catheters worden verwijderd.
- De patiënt krijgt de gelegenheid zich te wassen.

Bron : Protocol voor de verpleegkundigen van de afdeling Urologie UZ Gent.

2.4. STRESS-INCONTINENTIE

Stress-incontinentie of inspanningsincontinentie is het optreden van ongewild urineverlies door abdominale drukverhoging. De druk overschrijdt de urethrale afsluitingsdruk.

Deze ontstaat door bijvoorbeeld : tillen van lasten, hoesten, lachen, veranderen van houding. Zelfs aandrang om te defeceren en flatulentie geven een verhoogde druk op de blaas met eventueel urineverlies tot gevolg.

2.4.1. INCIDENTIE

Studies geven grote verschillen in cijfers van incontinentie. Reden : subjectieve evaluatie en interpretatie en relativeren van het urineverlies.

2.4.2. OORZAAK

Onvoldoende urethrale sluiting ten gevolge van prostaatchirurgie.

2.4.3. SYMPTOMEN

- Urineverlies bij verhoging abdominale druk.
- De hoeveelheid verlies is afhankelijk van de tonus van de sluitspier (kan verminderd zijn door de manipulatie van de bezenuwing tijdens de operatie).

2.4.4. THERAPIE

2.4.4.1. Bekkenbodemreeducatie

- Doel :
 - kracht verbeteren van de bekkenbodem
 - tonus van de urethrale sluiting verbeteren
 - aanleren van het gebruik van de sluitspier in de dagdagelijkse activiteiten
- Patiënteninformatie

Wordt voor het grootste deel verstrekt door de behandelende kinesitherapeut welke op voorschrift van de arts de nodige therapie zal verstrekken.
- Verloop van de therapie
 - Oefeningen en zware fysieke inspanningen worden de eerste zes weken vermeden tot een volledige wondheling is opgetreden.
 - Bijhouden van een mictieblad waarop genoteerd wordt :
 - , uur waarop gewaterd wordt
 - , hoeveelheid welke uitgewaterd wordt
 - , hoeveelheid urineverlies wordt bekomen door het droog en nat wegen van elk incontinentiemateriaal
 - Bekkenbodemoefeningen :
 - , 1° fase : leren ontspannen en spannen van de bekkenbodemspieren (de therapeut voert hierbij een uitwendige controle uit ter hoogte van het centrum tendineum = pezige structuur gelegen voor de anus).
 - , 2° fase : aanleren meer gerichte oefeningen; enerzijds korte, krachtige contracties en anderzijds lange contracties. De eerste oefeningen bevorderen de snelkracht zodat men bij hoesten, niezen of plotse bewegingen snel kan reageren. De andere bevorderen de uithouding. Controle door de therapeut als in fase 1.
 - , 3° fase : na 1 maand kan men overgaan tot biofeedbacktraining via een anale sonde. De patiënt ziet of hoort via een licht- of geluidsignaal hoe goed de oefeningen worden uitgevoerd.
 - , Thuis : de aangeleerde oefeningen moeten thuis verder uitgevoerd worden, 90 contracties per dag blijken goede resultaten te geven.

2.4.4.2. Electrostimulatie

- Doel :
Door middel van lichte elektrische prikkels de tonus van de verzwakte blaassfincter verbeteren

- Indicaties :
Zwakke tonus van de blaassfincter (gediagnostiseerd door de cystomanometrie)

- Werking :
De kinesiste brengt een anale probe in en lokaliseert de sfincter. Alternierend wordt elektrische prikkeling aan de sfincter toegediend. De intensiteit van de stroom wordt door de kinestherapeut ingesteld in samenspraak met de patiënt (het moet draaglijk zijn voor de patiënt). Daardoor bekomt men een contractie van de sluitspier.

- Frequentie van behandelen :
 - 3 maal per week. 1 sessie duurt ongeveer 30 minuten (ongeveer 2x15' stimulatie
 - De frequentie van behandelen wordt geleidelijk, afhankelijk van het resultaat, afgebouwd.

- Deze vorm van behandelen kan voor de patiënt vrij onaangenaam zijn. Daarom zal de therapeut oog hebben voor een goede comfortabele houding (zijlig) van de patiënt en zorgen dat deze goed afgeschermd is.

2.5. URGE INCONTINENTIE

Wordt ook aandrangincontinentie genoemd. Is het ongewild verliezen van urine samengaan met de dringende neiging tot urineren.

Oorzaak is het onwillekeurig samentrekken van de blaas tijdens de vulling door een verstoord evenwicht tussen de blaas en het afsluitmechanisme.

2.5.1. SYMPTOMEN

- Plots ongecontroleerd urineverlies, voorafgegaan door hevige mictiedrang.
- Stijgende frequentie van urinelozingen.
- Urineverlies in elke houding.
- Suprapubisch discomfort bij urinelozing.

2.5.2. THERAPIE

- Volumetraining van de blaas.
- Eventueel toedienen van anti-cholinergica om blaasspasmen tegen te gaan. (vb. Pro-bantine, Ditropan)
- Versterken van de urethrale sluitspier.

2.6 BESLUIT

Slechts één op de drie mannen welke een radicale prostatectomie ondergingen is direct postoperatief continent. De meeste vorm van incontinentie welke postoperatief optreedt is stress-incontinentie.

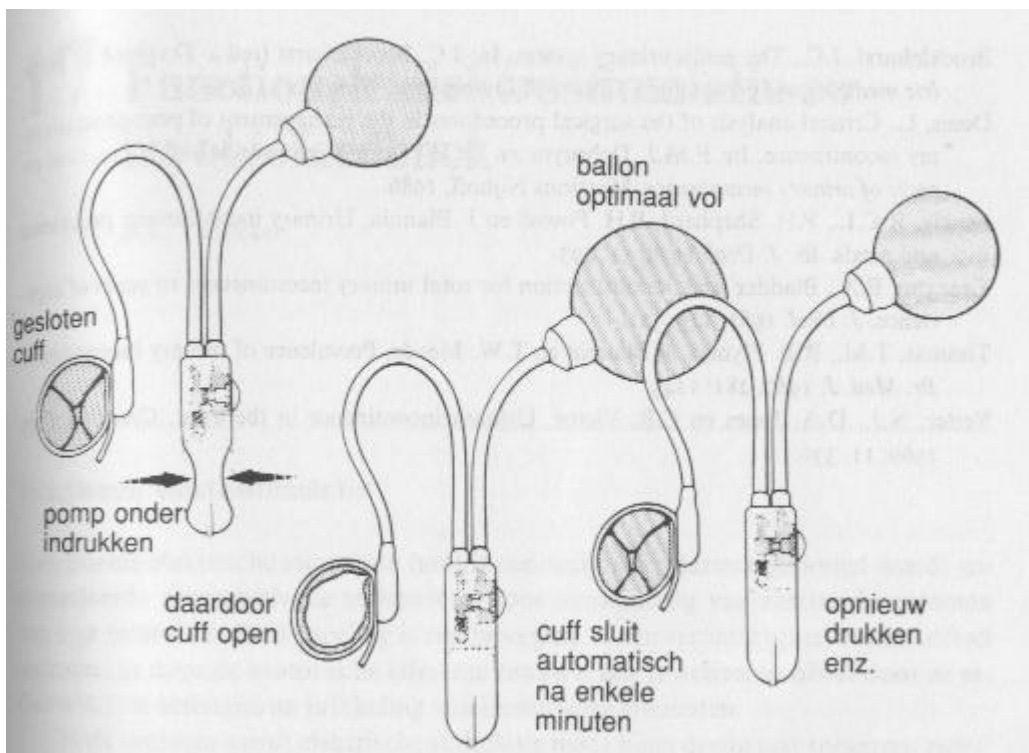
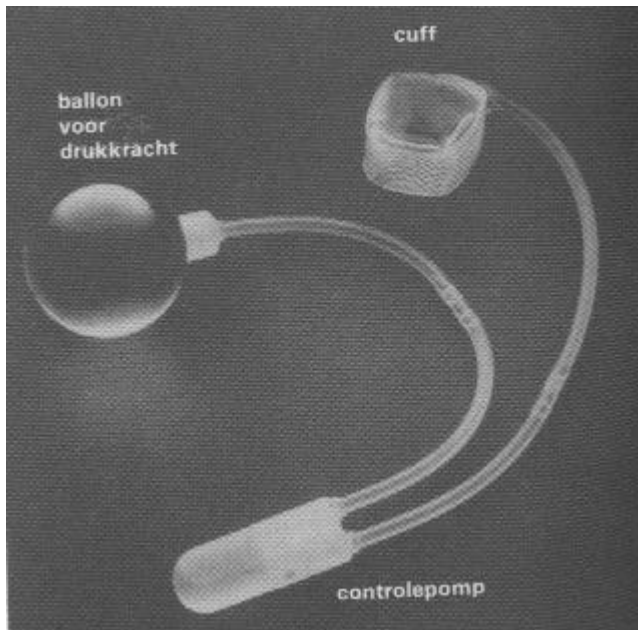
De hoeveelheid van urineverlies varieert sterk (5 tot meer dan 1500 gram/24 uur). Het urineverlies doet zich voornamelijk voor bij houdingsveranderingen en plotse bewegingen. Het urineverlies is ook moeilijker te vermijden 's avonds dan 's morgens.

De behandeling door de kinesthirapeut gebeurt ambulantly in de kliniek of de patiënt wordt doorverwezen naar een gespecialiseerde huiskinesitherapeut.

Incontinentie kan verbeteren door kinesitherapie. De behandeling kan van lange duur zijn. Het succes van de behandeling is afhankelijk van een aantal factoren :

- de mate van verlies postoperatief (gering verlies geeft beter resultaat).
- motivatie en medewerking van de patiënt. De patiënt wordt aangeraden zo vlug als mogelijk incontinentiemateriaal achterwege te laten (stimulans om te oefenen)
- in welke mate konden de neurovasculaire bundels gespaard worden

Kent de behandeling door de kinesitherapeut geen of onvoldoende resultaat, dan kan een chirurgische behandeling overwogen worden.



De AMS 800 in functie.

Figur uit het boek: "Incontinentie en hulpverlening" Dr. André J.J. de Bruin

2.7. OPERATIEVE BEHANDELING

2.7.1. PLAATSEN VAN EEN KUNSTSFINCTER

Het meest gebruikte en best beschikbare model op de markt is de AMS-AS800 (American Medical Systems) of ook Scott-prothese genoemd. (zie figuur)

- Het systeem bestaat uit :
 - Cuff : geplaatst rond de blaashals (via perianale incisie)
 - Drukregelende ballon : geplaatst in de sub-vesicale ruimte (via abdominale incisie)
 - Pompsysteem : wordt in het scrotum aangebracht
 - Cuff en ballon worden aan het pompje geconnecteerd via siliconeslangetjes
 - Het ganse systeem wordt gevuld met een steriele zoutoplossing

- Werking :

De cuff drukt zachtjes de urethra dicht. Om te kunnen urineren drukt de patiënt een paar maal op het pompje in het scrotum waardoor de cuff wordt leeggepompt naar de drukregelende ballon. De urethra is niet meer afgesloten, de patiënt kan wateren. De vloeistof keert automatisch in 3-5 minuten vanuit de ballon via het pompje terug naar de cuff waardoor de urethra terug afgesloten wordt.

- Indicaties :
 - Blijvende ernstige incontinentie (bij falen van elke andere klassieke therapie)
 - Gunstige prognose na radicale prostatectomie
 - Algemene fysische en psychische toestand van de patiënt
 - Comfort van de patiënt

- Voordelen :
 - gesloten, inwendig systeem
 - geven goede resultaten

- Nadelen :
 - Chirurgische ingreep : klassieke risico's van een operatie (infectie, complicaties)
 - Soms noodzaak tot revisie van het systeem
 - Hoge kostprijs : ongeveer 6200 euro.
Wordt integraal terugbetaald na akkoord van de adviserende geneesheer van de mutualiteit (meer dan een jaar geleden een prostatectomie ondergaan hebben)

2.8. VERPLEEGKUNDIGE TAAK BIJ INCONTINENTIE

Elke patiënt welke een radicale prostatectomie moet ondergaan, wordt door de arts steeds geïnformeerd over de mogelijke gevolgen van de ingreep.

Wanneer dan postoperatief incontinentie optreedt, mag dit zeker niet geminimaliseerd worden. Het is voor de patiënt een reëel, vervelend en beschamend feit. Anderzijds is overdramatiseren ook niet goed want dan creëert men bij de patiënt nog meer stress wat de behandeling niet ten goede komt.

De verpleegkundige heeft de opdracht om, naast de arts en kinesitherapeut, de patiënt te begeleiden, te steunen en raad te geven bij het zoeken naar het meest geschikte incontinentiemateriaal en aanleren van het gebruik van bepaalde materialen.

De verpleegkundige moet dus de nodige kennis bezitten over het beschikbaar incontinentiemateriaal en behandelingsmethodes van incontinentie en de sociale voorzieningen daaromtrent zodat hij in staat is de patiënt voldoende te informeren.

2.9. INCONTINENTIE MATERIAAL

Prostaatcancer wordt steeds vroeger gediagnosticeerd waardoor meer en meer mannen op relatief jonge leeftijd een radicale prostatectomie dienen te ondergaan.

Die mannen zijn uiteraard zowel beroepshalve, prive en sociaal actief. Wanneer incontinentie optreedt na de ingreep zal de keuze van het incontinentiemateriaal erop gericht zijn dat dit zo weinig mogelijk hinderlijk en zo comfortabel mogelijk is zodat de patiënt na de herstelperiode van de operatie zijn gewone dagdagelijkse activiteiten kan hervatten indien hij zich daarvoor fysiek en psychisch toe in staat acht.

Uiteraard kan men hierin als verpleegkundige enkel adviseren en oplossingen aanbieden.

Incontinentiemateriaal kan men in 3 grote categorieën onderverdelen :

- absorberende verbanden
- afvoerende systemen
- speciale hulpmiddelen

2.9.1. ABSORBERENDE VERBANDEN

- Het aanbod van absorberende verbanden op de markt is zeer uitgebreid.
- Deze verbanden moeten aan een aantal specifieke eisen voldoen :
 - eenvoudig aan te brengen zijn
 - de juiste maat zijn
 - goed ter plaatse blijven
 - voldoende absorptievermogen hebben
 - niet klonteren bij het nat worden
 - een goede drooghoudlaag hebben



- zacht zijn voor de huid
 - niet kraken of ritselen
 - geurabsorberend zijn
 - milieuvriendelijk zijn
- De verbanden zijn opgebouwd uit een drooghoudlaag, een absorberende laag en een beschermlaag
- drooghoudlaag : nonwoven genoemd, mag geen vocht absorberen
 - absorberende laag : urine opvangen, verspreiden en vasthouden.
Deze laag bestaat uit vlokken of celstof waarin superabsorbers zijn verwerkt. Superabsorbers is een poeder met een zeer hoge absorptiecapaciteit, zij zetten de urine om in een soort gelei waardoor ook amoniakvorming voorkomen wordt. Dit geeft als resultaat minder geur en huidirritaties.
 - De beschermlaag bestaat uit polyethyleenfolie . Eigenschappen : laat geen vocht door, is soepel en sterk en biedt bescherming voor beddegoed en kleding.
- De keuze van soort absorberend verband wordt hoofdzakelijk bepaald door de mate van incontinentie
- lichte incontinentie : minder dan 50 ml binnen de 4 uur
 - middelzware incontinentie : tussen de 50 en 250 ml binnen de 4 uur
 - zware incontinentie : meer dan 250 ml in 4 uur

2.9.1.1. Verbanden voor lichte tot matige incontinentie

Mannenverbanden voor lichte incontinentie bestaan in drie vormen : (zie figuur)

- driehoekvormig met een smalle top
- vorm van een hoesje dat over de penis en eventueel scrotum aangebracht wordt
- gevouwen verbandjes waarin de penis komt te liggen. De gevouwen rand voorkomt lekkage naar de zijkant.

Alle verbandjes zijn voorzien van een kleefstrip om een goede fixatie te bekomen.

Voordelen :

- comfortabel
- discreet
- gemakkelijk aan te brengen

Nadelen :

- lekkage naast het verband wanneer het ondergoed onvoldoende steun geeft
- kans op geurtjes



2.9.1.2. Verbanden voor middelmatige tot zware incontinentie

In deze categorie zijn de produkten welke op de markt aangeboden worden meestal zowel voor de man als voor de vrouw van toepassing.

In dit gamma van produkten onderscheiden we :

- Tweedelige systemen bestaande uit :
 - netbroekje of katoenen broekje in verschillende maten

- inlegverbanden met een verschillend absorptievermogen

Voordelen :

- vrij comfortabel
- discreet
- gemakkelijk zelf aan te brengen
- goede pasvorm
- geringe kans op huidirritaties door goede huidventilatie

Nadelen :

- kans op lekkage
- kans op geurtjes

- Eindelijk systeem of broekluier :

Is een gesloten systeem in de vorm van een broek, voorzien van kleefstrips die een goede aansluiting geven rond de dijen.

Voordelen :

- minder kans op lekkage en geurtjes
- zeer geschikt voor zware vormen van urine- en ontlastingsincontinentie
- geen tweede systeem nodig voor fixatie
- goede pasvorm

Nadelen :

- meer kans op huidirritatie
- kans op besmetting
- psychische belasting. Het aandoen van een “luier” is niet zo evident
- zijn eerder van toepassing bij bedlegerige en minder mobiele patiënten

2.9.1.3. Algemene aandachtspunten bij absorberende verbanden

- Vervangen van verbandmateriaal

Het is niet noodzakelijk het verband te vervangen na elk urineverlies. De meeste verbanden met een groot absorptievermogen voorzien van indicatoren (merktekens) welke verkleuren bij contact met urine en geven aan wanneer het verband moet vervangen worden.

Informeert de patiënt hierover.

- Huidbescherming :

Ondanks de kwaliteit van absorberende verbanden kan huidcontact met urine niet vermeden worden, met mogelijk irritatie ervan tot gevolg. Daarom adviseert men best de patiënt om bij elke verbandwissel een intiem toilet uit te voeren.

Wat te doen bij huidirritaties :

- tijdig wisselen van de verbanden
- voorzichtig reinigen met zuiver water
- aanbrengen beschermende zalf

2.9.1.4. Algemene informatie

De markt van absorberende verbanden is groot. Het produktaanbod is complex.

Mogelijke vragen van patiënten aan verpleegkundigen of therapeuten :

- Welk verband heb ik nodig ?
- Waar kan ik me deze aanschaffen ?
- Hoeveel gaat dit me kosten ?
- Heb ik recht op tegemoetkoming in de kosten ?

2.9.1.4.1 Keuze van het verband

Wordt bepaald door de graad van incontinentie, het lichaamsgewicht, de situatie (mobiel, immobiel, zelfverzorging of met hulp), het gebruiksgemak. Producenten van absorberende verbanden stellen incontinentiewijzers of keuzekaarten ter beschikking. Deze zijn een goed hulpmiddel om een keuze te kunnen maken.

In bijlage twee incontinentiewijzers van het merk Attends en Tena.

2.9.1.4.2. Verkoopspunten

- apotheek
- thuiszorgwinkels (VZW's afhankelijk van de mutualiteiten)
- via de thuisverpleegkundige
- distributieketen

2.9.1.4.3. Kostprijs

- Is afhankelijk van :
 - soort verband men nodig heeft
 - verbruik
 - merk
- Enkele voorbeelden van prijzen (uitgedrukt in euro) van drie merken. De vermelde cijfers zijn de publieksprijs per stuk en de kostprijs op jaarbasis bij een verbruik van 1 per dag. Prijzen geldig op 20/01/2003.

- lichte tot matige incontinentie :

, Tena for men level 1 en 2 :	0,53 per stuk 193,45 / jaarbasis
, Euron Micro men extra :	0,39 per stuk 142,35 / jaarbasis
, Euron Micro men super :	0,41 per stuk 149,65 / jaarbasis
, Attends Discrete Normal Plus 3 :	0,28 per stuk 100 / jaarbasis

- Matige tot zware incontinentie

, Tweedelig systeem :

° Verbanden :

# Tena comfort plus :	0,35 per stuk 127,75 /jaarbasis
# Tena comfort maxi :	0,65 per stuk 237,25 /jaarbasis
# Euron flex extra :	0,32 per stuk 116,80 /jaarbasis
# Euron flex super plus :	0,57 per stuk 208,05 /jaarbasis
# Attends contours plus 5 :	0,45 per stuk 162,06 /jaarbasis
# Attends contours maxi 9 :	0,80 per stuk 290,82 /jaarbasis

° Fixatiebroekjes :

- # kunnen herbruikt worden
- # kunnen gewassen worden (instructies cfr. Fabrikant)
- # keuze wordt bepaald door de prijs per merk en lichaamsomvang

Voorbeelden :

# Tena Fix small :	5,87 voor 8 stuks
# Tena Fix XX Large :	9,49 voor 5 stuks
# Euron net super small :	3,78 voor 5 stuks
# Euron net super extra large:	4,56 voor 5 stuks
# Attends stretchpants medium :	14,06 voor 15 stuks
extra large :	zelfde prijs

, Eendelig systeem

Zijn eerder geschikt voor dubbele incontinentie (urine en stoelgang) en bij minder mobiele mensen.

In bijlage : Folder van de CM (Christelijke Mutualiteit) thuiszorgwinkels
Recente prijslijst van de firma Attends en de publieksprijs

Opmerking :

° De prijzen op jaarbasis zijn berekend op het verbruik van 1 verband per dag. Heeft men meerdere verbanden per dag nodig, dan kan de prijs verdubbelen tot verdrievoudigen en meer.

° Het gebruik van deze absorberende verbanden kan echter ook van tijdelijk aard zijn wanneer de therapie welke de patiënt ondertussen volgt (bekkenbodemreëducatie, electrostimulatie) zijn vruchten afwerpt.

° De kosten voor de kinestherapie zijn ook niet gering. De therapie kan immers van lange duur zijn, de ziekteverzekering komt slechts in beperkte mate tussen.

2.9.1.4.4. Tegemoetkoming in de kosten

- Er is geen tegemoetkoming door het RIZIV specifiek voor deze hulpmiddelen.
- De mutualiteit waarvan men lid is, geeft kortingen op de aankoop van absorberende verbanden, dit onder bepaalde voorwaarden. De kortingen gaan van 10% tot 40% op de publieksprijs.
Bijvoorbeeld : De Christelijke Mutualiteit geeft tot 40% korting bij de aanschaf van incontinentiemateriaal wanneer men aan de volgende voorwaarden voldoet :
 - thuis verzorgd worden
 - 6 maanden lid zijn van de Christelijke Mutualiteit en bijdragen betaald hebben
 - het materiaal aankopen bij de thuiszorgwinkels van de CM.
 - Ouder zijn dan 4 jaar
 - Eenmalig een doktersvoorschrift indienen in de thuiszorgwinkel.
 - Folder van de CM thuiszorgwinkel in bijlage
- Invoering van de verplichte zorgverzekering in Vlaanderen om tussen te komen in niet medische kosten en uitgaven voor professionele thuiszorgdiensten, mantelzorg (= zorg door derden)
- Prive hospitalisatieverzekeringen komen tussen in de kosten na een ingreep gedurende een bepaalde termijn, uiteraard bepaald door voorwaarden in het afgesloten contract.

2.9.2. AFVOERENDE SYSTEMEN

2.9.2.1. De condoomcatheter

Is een uitwendige catheter. Wordt als een condoom om de penis aangebracht. Het uiteinde versmalt en gaat over in een aansluitstuk voor het verzamelsysteem (beenzakje of andere opvangzakken). (zie figuur)

- Soorten :
 - Tweedelig systeem :
Huidvriendelijke kleefstrip op de penis aan te brengen waarover de catheter wordt afgerold.
 - Eendelig systeem :
Is voorzien van een huidvriendelijke kleeflaag. Kan met een applicator of afrolstrip aangebracht worden.
- Indicaties :
 - ernstig urineverlies
 - overloopincontinentie
- Voordelen :
 - discreet
 - minder infectiegevaar
 - bestaat in verschillende diameters
 - relatief gemakkelijk aan te brengen
 - disposable
 - terugbetaalbaar door het RIZIV
- Nadelen :
 - urine kan stagneren in het omhulsel waardoor risico op irritatie en infectie
 - loskomen of teveel spannen bij slechte keuze van de maat
 - minder bewegingsvrijheid
- Richtlijnen bij gebruik :
 - letten op mogelijke knikken en te volle urinezak
 - juiste maat
 - dagelijks te vernieuwen
 - goede hygiëne, na het verwijderen en voor het aanbrengen van een nieuw condoom
 - scheren (haren kunnen meegekleefd worden wat pijnlijk kan zijn bij het verwijderen van het condoom)
- Verkooppunten :
 - apotheker
 - thuiszorgwinkels
 - via thuisverpleegkundigen
- Kostprijs :

Condoomcatheters en opvangzakken worden terugbetaald door het RIZIV. Men komt echter niet onbeperkt tussen. (max gebruik van 90 penishulzen per 3 maanden).

Ter informatie de prijs van een doos van het merk Conveen (folder in bijlage) :

- , tweedelig : 70,15 euro voor 30 stuks
- , eendelig : 89,49 euro voor 30 stuks

2.9.3. BIJKOMENDE HULPMIDDELEN

2.9.3.1. De penisklem

De penisklem wordt gebruikt bij lichte tot matige incontinentie. Het principe ervan berust op het dichtdrukken van de urethra zonder dat de bloedvoorziening van de penis in het gedrang komt.

- Voordelen :

- eenvoudig aan te brengen
- kan comfortabel zijn (afhankelijk van persoonlijke interpretatie)
- minder absorberend verband nodig
- discreet onder kledij, maar niet bij gebruik openbaar toilet
- efficiënt (op voorwaarde dat de urethra goed afgesloten wordt)

- Nadelen :

- kostprijs
- risico op drukletsel op de penis

- Produktinformatie :

- Penisklem van de firma "DEN MEDICAL"
- Kostprijs : 98,78 euro / 3 stuks
- Gebruiksaanwijzing staat vrij duidelijk uitgelegd in de, jammer genoeg, engelstalige folder. (folder in bijlage)

- Dit hulpmiddel werd uitgetest door een van de patiënten waar ik een gesprek mee had en die nog last had van matige stressincontinentie. De patiënt gebruikte dit voornamelijk bij fysieke inspanningen (sporten). Het resultaat was vrij positief (zie voordelen)



2.9.3.2. Beschermende hulpmiddelen

Bij nachtelijk urineverlies kan men extra beschermende middelen gebruiken : onderleggers, matrassenbeschermers.

Prijzen zie folder in bijlage.

2.10 BESLUIT

Indien er incontinentie optreedt na de ingreep is dit voor de patiënt een vrij plots fysiek probleem welke op een aantal vlakken het leven van de man kan en zal beïnvloeden. De impact van incontinentie mag niet onderschat worden en kan op psychisch, fysisch, sociaal en op relationeel vlak problemen geven.

- Psychische problemen :
 - stresssituatie : verwerken van de diagnose kanker
 - vermindert gevoel van eigenwaarde
 - in welke mate kan de patiënt zijn incontinentieprobleem aanvaarden en ermee omgaan
- Fysieke problemen :
 - Keuze van incontinentiemateriaal, welke hem voldoende vrijheid geeft.
- Relationeel
 - Hoe zal de eventuele partner met dit probleem omgaan ?
- Sociale problemen :
 - Urineverlies is voor de patiënt een beschamend feit. Het risico op sociale vereenzaming is niet onbestaand.

Men moet dus als arts, verpleegkundige, kinesitherapeut aandacht hebben voor deze problemen en waar mogelijk de patiënt ondersteunen.

Zo zal de arts zo snel mogelijk de oorzaak van de incontinentie bepalen en de noodzakelijke therapie instellen.

De verpleegkundige kan de patiënt, in samenspraak met de partner, adviseren in de keuze van het incontinentiemateriaal, de patiënt psychisch ondersteunen en op andere vragen van de patiënt zo goed mogelijk antwoorden.

Het contact met de verpleegkundige situeert zich voornamelijk in de periode van de hospitalisatie.

Eventuele nabehandeling en opvolging gebeurt poliklinisch door de arts en kinesitherapeut die ook een belangrijke rol kan spelen in de begeleiding en ondersteuning van de patiënt tijdens de sessies van bekkenbodemoefeningen en of electrostimulatie.

DEEL 3 : IMPOTENTIE

3.1. INLEIDING

Bij een zenuwsparende radicale prostatectomie tracht men de zenuwen verantwoordelijk voor de erectie te sparen.

Dit is niet altijd mogelijk omdat deze met het prostaatkapsel kunnen vergroeid zijn zodat het soms onmogelijk is de prostaat te verwijderen zonder de zenuwen te beschadigen of mee te verwijderen.

Dit heeft tot gevolg dat de zenuwprikkel om de zwellichamen te laten vullen met bloed onderbroken of gestoord zal zijn waardoor geen of onvoldoende erectie optreedt.

Een ander gevolg van de ingreep is dat er zich geen ejaculatie meer kan voordoen omdat de prostaat samen met de zaadblaasjes volledig is weggenomen.

Het ontbreken van de ejaculatie en ongewild urineverlies kunnen leiden tot orgasmestoornissen.

Bij meer dan de helft van de mannen treedt postoperatief erectiestoornissen op.

3.2. ANATOMIE VAN DE PENIS

3.2.1. ANATOMIE

De penis bestaat uit 3 zwellichamen :

- Twee corpora cavernosa waarvan de langwerpige bases, de crura, aangehecht zijn op de caudale randen van het benige bekken. De corpora cavernosa zijn gescheiden door een incompleet septum.
- Een corpus spongiosum waarvan de verwijde basis (bulbus penis) aangehecht is op het diafragma urogenitale. Het zwelweefsel van het corpus spongiosum omvat de urethra en eindigt in de glanspenis. Het uiteinde van de urethra bevindt zich aan de top van de glanspenis (meatus). De glanspenis is voorzien van speciale gevoelszenuwuiteinden.

De zwellichamen zijn van elkaar gescheiden en omgeven door sterke vezelachtige tussenschotten (tunica albuginea) en in het omliggend losmazige bindweefsel lopen aders, slagaders en zenuwen.

Het geheel wordt bedekt door een gladde huid die losligt van de onderliggende weefsels. Die huid bedekt geheel of gedeeltelijk de eikel of glanspenis. De aanhechtingsplooi van het preputium (voorhuid) is het frenulum (toompje) en bevindt zich voor-onderaan de glanspenis.

3.2.2. BEZENUWING VAN DE PENIS

Zowel het autonoom zenuwstelsel (plexus pelvinus) als het centraal zenuwstelsel zijn betrokken bij de vasocongestie, erectie, ejaculatie en orgasme. Het is de plexus pelvinus welke bij ingrepen aan de prostaat kan beschadigd worden.

3.2.3. VASCULARISATIE VAN DE PENIS

Vascularisatie van de zwellichamen van de penis is uitsluitend afkomstig van de arterie pudenda interna via drie vertakkingen :

- arteria profunda penis (voor de corpora cavernosa)
- arteria dorsalis penis (voor de glanspenis)
- arteria urethralis (voor het corpus spongiosum, urethra en glans)

3.3. FYSIOLOGIE VAN DE ERECTIE

Sexuele stimulatie via de zintuigen zal de erectie op gang brengen. Zenuwprikkels worden uitgestuurd naar de genitalieën. Deze prikkels zorgen ervoor dat de spiervezels in de corpora cavernosa ontspannen.

De bloedvaten zetten uit en laten toe dat de beide zwellichamen zich vullen met bloed en vormen dus de erectie.

Door de stijgende druk in de zwellichamen worden de venen, verantwoordelijk voor de terugvloeï van het bloed uit de penis, dichtgedrukt zodat de penis hard blijft tijdens de sexuele activiteit.

De erectie houdt aan tot het orgasme en ejaculatie bereikt is.

De penis in erectie bevat tot acht keer meer bloed dan de penis in rusttoestand.

3.4. ROL VAN DE BEKKENBODEM BIJ SEXUELE ACTIVITEIT

Tijdens de coïtus spelen de bekkenbodemspieren, voornamelijk bij de vrouw, een belangrijke rol.

Bij coïtaal vrijen moeten sommige spieren zich ontspannen en andere zich aanspannen. Die processen van ontspannen en aanspannen vinden nagenoeg geheel onbewust plaats.

Bij de man spelen de perineale spieren van de bekkenbodem een rol. Bij het tot stand komen van de erectie en expulsie zullen contracties van de perineale spieren optreden. Door de contracties zal de veneuze afvoer beperkt worden en zal er steun verleend worden aan het transport van het ejaculaat.

3.5. ERECTIESTOORNISSEN

- Definitie : is het onvermogen om een voldoende erectie te krijgen en of te behouden voor een normale, bevredigende sexuele activiteit.
- Oorzaken :
 - somatische factoren :

- , vasculaire aandoeningen
- , diabetes
- , chirurgie
- , ruggenmergletsels
- , hormonale factoren
- , medicatie
- , alcohol en druggebruik

- psychische factoren :
 - , relatieproblemen
 - , depressie
 - , verminderde aantrekkelijkheid partner
 - , invalidisering, ziekte partner

- Anamnese

Niet alle patiënten hebben erectiestoornissen na een radicale prostatectomie. De behandelende arts weet in welke mate de bezenuwing intact is gebleven bij de ingreep. Tijdens de poliklinische opvolging van de patiënt zal de arts informeren in welke mate de seksuele activiteit hervat is en in welke mate zich problemen voordoen.

Uit een gesprek met beide partners of indien mogelijk met de partners afzonderlijk kan men nuttige informatie bekomen.

De arts en therapeuten mogen echter niet uit het oog verliezen dat naast de organische oorzaak (prostatectomie) ook psychische factoren een rol kunnen spelen : faalangst, depressie ten gevolge van de kankerdiagnose, verminderd libido, het verwerken van de incontinentie ontstaan door de ingreep, heeft de patiënt voldoende steun aan de partner.

Bij problemen zal de arts, in samenspraak met de patiënt en partner, een behandeling voorstellen.

De arts zal uiteraard de behandeling en resultaat ervan opvolgen en indien nodig aanpassen.

3.6. BEHANDELINGSMETHODEN ERECTIESTOORNISSEN

3.6.1. ORALE BEHANDELING VAN ERECTIESTOORNISSEN

Sinds mensenheugenis is men op zoek naar remedies of middeltjes om de potentie van de mens te verhogen.

- Yohimbin® (Glenwood/Infarmed) lang gekend als afrodisiacum, zou in 30% van de gevallen helpen
 - Indicatie : erectiestoornissen door psychische problemen
 - Werking : verhogen van het libido (sexueel verlangen)
 - Dosering :
 - , Kuur van Yohimbin 5 mg, 3 maal/dag gedurende 4 tot 6 weken
 - , Inname van een tablet 45 min. Voor sexuele betrekkingen
 - Nevenwerkingen : hoofdpijn, zweten, duizeligheid, braakneigingen
 - Tegenindicaties : maagulcus, hoge bloeddruk
 - Kostprijs : verpakking van 50 x 2 mg : 5,63 euro (Bron : Apotheek UZ Gent)

- Viagra® (Pfizer) : werkzame stof is sildenafilcitraat en zou in 70-80% van de gevallen effectief zijn
 - Indicatie : erectiestoornissen die geen gevolg zijn van circulatiestoornissen.
 - Werking : sexuele prikkeling is vereist. Zonder zal men ook met Viagra geen erectie krijgen. Het middel ontspant de bloedvaten in de penis, waardoor meer bloed in de penis stroomt bij sexuele opwinding.
 - Dosering : Viagra werkt na 30 tot 60 minuten na inname en blijft 3 tot 4u. effectief. Viagra mag niet meer dan eenmaal per dag ingenomen worden (max. 100mg)
 - Nevenwerkingen :
 - , meest voorkomende : hoofdpijn en blozen
 - , minder frequente : onregelde spijsvertering, duizeligheid, verstopte neus, invloed op het gezichtsvermogen (gekleurde waas, onscherp zien, verhoogde lichtgevoeligheid)
 - Tegenindicaties :
 - , niet onder de 18 jaar gebruiken
 - , gebruik van medicatie tegen angina pectoris : nitraten, melsidomine (risico op ernstige hypotensie)
 - , ernstige hartklachten (extra belasting door sexuele activiteit)
 - , hoge bloeddruk
 - , leverstoornissen
 - , zeldzame erfelijke oogafwijking (vb. retinitis pigmentosa)
 - , maagzweer, bloedingsstoornis
 - , overdreven alcoholverbruik voor de inname
 - , allergie
 - Kostprijs :
 - , 4 x 25 mg : 33,84 euro
 - , 4 x 50 mg : 37,73 euro

, 4 x 100 mg : 43,60 euro

Bron : Apotheek UZ geneesmiddelen formularium

Bijsluiter Viagra.

- Uprima® (Abbott) : Werkzame stof is apomorfine. Dit is een dopamine-agonist : stimuleert de aanmaak van dopamine ter hoogte van de hypothalamus in de hersenen (noodzakelijk voor het opstarten van het erectieproces). Is effectief in 90 % van de gevallen.

- Indicatie : erectiedysfunctie
- Werking : sexuele prikkeling is hier ook vereist. Uprima wordt sublinguaal geabsorbeerd. Mag niet ingenomen worden. Is effectief na ongeveer 20 minuten.
- Dosering : volgens voorschrift van de arts. Maximum 3 mg binnen de 8 uur gebruiken
- Nevenwerkingen : nausea, hoofdpijn, duizeligheid, zweten, flushing en smaakstoornissen
- Tegenindicaties :
 - , niet onder de 18 jaar gebruiken
 - , allergie op apomorfine of een van de bestanddelen van Uprima
 - , afwijkingen of ziekte aan de penis
 - , gebruik van nitraten (tegen angina pectoris)
 - , gebruik van antihypertensiva
 - , lage bloeddruk
 - , overmatig alcoholgebruik
 - , leverinsufficiëntie
- Kostrprijs :
 - , 2 x 2 mg : 19,78 euro
 - , 4 x 3 mg : 37,73 euro

Bron : Apotheek UZ : geneesmiddelen formularium

Bijsluiter Uprima

- Besluit :
 - Orale middelen kunnen op voorschrift van de arts bij de apotheek bekomen worden. Er is geen tussenkomst van het RIZIV.
 - Viagra en Uprima worden on-line verkocht via het internet en meestal in grotere verpakkingen
 - De orale produkten zijn duur maar zullen toch, indien ze effectief zijn, de voorkeur krijgen op andere meer invasieve of omslachtige behandelingen voor erectiestoornissen.
 - Andere middelen zijn nog in volle ontwikkeling.

3.6.2. BEHANDELING LANGS INTRACAVERNEUZE WEG

Een Frans chirurg Dr. Virag stelde in het begin van de jaren 80 vast dat het inspuiten van papaverine in de penis een erectie veroorzaakte welke geruime tijd aanhield. De techniek en behandeling werd sindsdien toegepast en aangepast. (zie figuur)

De gebruikte produkten :

- combinatie fentolamine, papaverine (Androstat®) (4 euro per dosis)
- Prostoglandine E1 (Caverject®)
 - 5 µg + 1 ml spuitoplosmiddel : 12,79 euro
 - 10 µg + 1 ml spuit oplosmiddel : 15,34 euro
 - 20 µg + 1 ml spuit oplosmiddel : 23,60 euro

De ingespoten medicatie zorgt voor een verwijding van de bloedvaten en een verslapping van de spieren in het corpus cavernosum, waardoor een erectie kan ontstaan.

Deze vorm van behandelen vereist dat men de patiënt de techniek van de intracaverneuze inspuiting gaat aanleren.

- Techniek van zelfinjectie :

Proefinjecties tijdens de raadpleging zullen noodzakelijk zijn om de resultaten ervan te evalueren en om de patiënt en eventuele partner vertrouwd te maken met de techniek van het bereiden en opzuigen van de medicatie en het toedienen ervan. Enige handigheid van de patiënt is hierbij vereist.

De penis zo dicht mogelijk bij de buikwand vastnemen tussen duim en wijsvinger. De huid aanspannen en de naald inbrengen in het linker of rechter corpus cavernosum (afhankelijk of de patiënt links- of rechtshandig is) onder een hoek van ongeveer 60 graden en het medicijn injecteren. Men gebruikt daarvoor de bijgeleverde spuit met oplosmiddel. (type insuline-naalden = 26 E naald 0.4 x 12 mm)
- Aandachtspunten voor de patiënt
 - goede hygiëne van de genitaalstreek
 - goed desinfecteren van de injectieplaats
 - gebruik telkens een steriele injectienaald
 - vermijden van de zichtbare aders bij het aanprikken
 - afwisselen links en rechts in de penis injecteren
 - zich houden aan de dosering door de arts voorgeschreven
 - indien de erectie langer dan 4u duurt de arts raadplegen
 - vermijden van de urethra aan te prikken
- Contra-indicaties :
 - overgevoeligheid voor de produkten
 - risico op priapisme (aanhoudende erectie) bij leukemie, sikkelcelanemie of door overdosering
 - hart- en vaatziekten
 - gebruik van anticoagulantie

- afwijkingen van de vorm van de penis
- te nauwe voorhuid.
- Bijwerkingen :
 - De erectie duurt langer dan wenselijk (priapisme). Is dit langer dan 4 uur, dan is snelle medische interventie noodzakelijk. Zoniet kan er schade ontstaan aan het weefsel van de corpora cavernosa met secundaire fibrose en verlies van de erectiele functie tot gevolg.
 - Bloeduitstorting, verdoofd gevoel in de penis, roodheid van de injectieplaats, pijnlijke zwelling van de voorhuid, ten gevolge van de injecties.
 - Duizeligheid
 - Langdurig gebruik van deze methode kan leiden tot plaatselijke verharding (fibreuze nodulen) en op lange termijn tot eventuele kromstand van de penis.
- Bron : Bijsluiter Caverject® - Androstat®

3.6.3. VACUUMPOMPEN

Het gebruik van de vacuumpomp is een niet invasieve en vrij veilige methode om een zekere erectie te bekomen. Het is ontwikkeld in 1917 door een zekere Otto Lederer. Het systeem bestaat uit drie delen : cilinder, pompsysteem, penisring. Een heldere kunststof cilinder, geopend aan de zijde, welke over de penis geschoven wordt. Door middel van een pompsysteem creëert men een vacuum rond de penis waardoor bloed in de zwellichamen gezogen wordt en een erectie ontstaat.

Wanneer de erectie voldoende hard is, schuift men een elastische ring van de koker over de penis om te voorkomen dat het bloed terugvloeit wanneer het vacuum opgeheven wordt. De elastische ring mag niet langer dan 30' rond de penis blijven.

Belangrijk is ook dat de schaamstreek geschoren wordt, en gebruik gemaakt wordt van een gel om luchtdichtheid aan de basis te bekomen.

- Nevenwerkingen en nadelen :
 - ontstaan van petechien ten gevolge van capillaire letseltjes welke spontaan verdwijnen
 - het is een artificiële methode om een erectie te bekomen (wat vele mannen afschrikt)
 - er is geen erectie aan de top van de penis
 - de erectie vindt enkel plaats in het uitwendige gedeelte van de penis, de basis blijft slap (onstabiele en moeilijk te richten penis)
 - de penis voelt kouder en ongevoelig aan
- Tegenindicaties :
 - Patiënten met sikkelcelanemie, leukemie en bloedstollingsstoornissen gebruiken best de vacuumpomp niet.
- Kostprijs : rond de 500 euro (Firma D.E.N. Medical)

3.6.4. PENISRING

Kan gebruikt worden door mannen welke wel een erectie kunnen bekomen maar het behouden van de erectie een probleem is.

De ring wordt aangebracht wanneer voldoende erectie bereikt is. Hij belet de terugvloeien van bloed uit de penis.

Zoals bij de vacuumpomp mag de ring slechts 30' ter plaatse blijven.

3.6.5. IMPLANTATIE VAN ERECTIEPROTHESE

Deze heelkundige behandeling moet gezien worden als de laatste oplossing voor de behandeling van impotentie.

Chirurgie zal de corpora cavernosa onherroepelijk beschadigen. Een terugkeer naar een andere therapie is niet meer mogelijk.

Daarom is het belangrijk dat er een goede patiënten selectie gebeurt vooraleer tot chirurgie over te gaan.

- **Historiek :**

De Chinezen experimenteerden reeds eeuwen geleden met implanteren van ivoren staafjes. Ribkraakbeen werd in 1948 geïmplanteerd door Bergman naar analogie van de penis van de hond. Sedert de jaren 50 werd geëxperimenteerd met synthetisch materiaal.

De echte doorbraak kwam er na 1975 : Small en Larion implanteerden rigide siliconen prothesen aangepast aan de afmetingen van de penis.

Later ontwikkelde men de semi-rigide prothese type Finney (1977) en het type Jonas (1980) en de oplaasbare penisprothese.

Bron : Praktische sexuologie : Dr. H. Musaph. Dr. A.A. Haspels

- **Semirigide prothese : "Jonastype" (zie figuur)**

Bestaat uit twee silicone flexibele cilinders die kunnen aangepast worden.

De cilinders bevatten een metalen draad (zilver of staal) waardoor de penis in de gewenste stand kan gebogen worden.

De prothesen worden geplaatst in de corpora cavernosa via een incisie onder de glans en via dilatatie door middel van speciale instrumenten (Hegarsonden) waardoor de zwellichamen onherroepelijk beschadigd worden.

De ingreep kan gebeuren onder plaatselijk verdoving en vergt een korte opname. Sexuele betrekkingen kunnen plaatsvinden 4-6 weken na de ingreep.

Mogelijke complicaties :

- wondinfectie
- infectie rond de prothese
- "metaalmoeheid" kan na lange tijd optreden zodat de prothesen moeten vervangen worden

Nadelen :

- De penis is continu in erectie wat in bepaalde omstandigheden vervelend kan zijn zoals bijvoorbeeld bij het dragen van bepaalde kledij (bv. zwembroek), het gebruiken van een gemeenschappelijke douche na het sporten.
- De prothesen kunnen hinderlijk zijn wanneer er endoscopische onderzoeken (bv. van de blaas) moeten gebeuren.
- Kostprijs : vanaf ongeveer 3300 euro

- **De opblaasbare prothesen** (fig. 1)

- De opblaasbare prothese met een interne pomp. De cilinders die in de zwellichamen ingeplant worden, bevatten elk een reservoir en een pomp. Door op de top van de penis te drukken, pompt men de vloeistof van het onderste gedeelte wat resulteert in een erectie.

Om de erectie te beëindigen volstaat het om de penis te buigen waardoor de vloeistof terugkeert naar het onderste gedeelte van de prothese.

- De opblaasbare prothesen met externe pomp (fig.2) :

Tweedelig :

Die bestaan uit twee cilinders en een pompje dat tegelijk ook een reservoir is.

Dit pompje levert een hoeveelheid vloeistof die volstaat om de prothese te doen zwellen. De cilinders worden in de zwellichamen geplaatst, het pompje in het scrotum tussen de twee testes.

Driedelig :

De twee opblaasbare cilinders in de corpora cavernosa staan in verbinding via een pompje (ingeplant in het scrotum) met een reservoir (ingeplant in de onderbuik).

Wanneer een erectie gewenst wordt, worden de cilinders gevuld vanuit het reservoir door druk op het pompje in het scrotum. De erectie wordt beëindigd door een knopje in te drukken dat zich op de zijkant van het pompje bevindt.

- Voordelen :

Benaderen het meest de natuurlijke erectie zodat deze types de meeste voorkeur genieten.

- Nadelen :

, is een ingreep onder algemene verdoving

, een paar dagen hospitalisatie is vereist

, infectierisico

, mechanische defecten (10% van de inplantingen de eerste 5 jaar) waardoor heringreep noodzakelijk

, kostprijs bedraagt tussen de 4000 – 5000 euro

3.7. BESLUIT

Problemen rond de hervatting van de sexuele activiteit in de postoperatieve fase zullen samen met de arts besproken worden tijdens de consultaties volgend op de hospitalisatie. Het is belangrijk dat de partner hierbij betrokken wordt bij het zoeken naar oplossingen.

Gezien het probleem van impotentie besproken wordt met de arts kan men zich afvragen wat de taak van de verpleegkundige in deze problematiek kan zijn.

De voornaamste taak van de verpleegkundige in de pre- en postoperatieve fase is begeleiden van de patiënt en het scheppen van een soort vertrouwensband waarbij de patiënt moet aanvoelen dat alle mogelijke problemen bespreekbaar zijn.

Het goed verzorgen van de patiënt is fundamenteel voor het scheppen van een vertrouwensband. Luisterbereidheid en andere empathische kwaliteiten spelen hierin ook een grote rol. Daardoor kan het zijn dat de patiënt de verpleegkundige eerder in vertrouwen neemt dan de arts. De verpleegkundige kan dan als tussenpersoon optreden tussen arts en patiënt.

Bij intracaverneuze injecties kan de verpleegkundige de patiënt aanleren hoe het produkt moet opgelost en geïnjecteerd worden (poliklinisch)

Het succes van deze methoden is sterk afhankelijk van de motivering van de patiënt. De firma's die de vacuumpomp leveren geven een proefperiode van 30 dagen, een ruime garantie. De firma zou ook instaan voor het begeleiden van de patiënt en aanleren van het gebruik.

Indien het plaatsen van een erectieprothese noodzakelijk is, ligt de verpleegkundige taak voornamelijk in de pre- en postoperatieve fase.

Tenslotte wil ik nog opmerken dat alle behandelingsmethoden voor erectiestoornissen duur zijn. Alle kosten zijn volledig ten laste van de patiënt.

DEEL 4 : PATIENTEN GESPREKKEN

Het laatste deel van mijn eindwerk handelt over de gesprekken die ik gehad heb met zes patiënten die een radicale prostatectomie ondergingen.

De patiënten stemden pas toe nadat volledige discretie was beloofd. Ik heb geen inzage gehad in de medische dossiers van de patiënten.

De leeftijd van de patiënten varieerde van 46 jaar tot 71 jaar op het moment van de ingreep. De ingrepen gebeurden tussen 2 en 7 jaar geleden.

Iedere patiënt heb ik een aantal vragen gesteld. Deze vragen zijn bijgevoegd in bijlage.

De synthese is opgebouwd per item dat ik in mijn eindwerk heb besproken.

Om de patiënten in de synthese te kunnen duiden, heb ik ze alfabetisch gerangschikt en leeftijd en jaar van de operatie vermeld : Mr.A (71 jr, 2001), Mr.B (48 jr, 2000), Mr. C (46jr, 1999), Mr. D (57 jr, 1998), Mr. E (60jr, 2000), Mr. F (60 jr, 1996).

4.1 DIAGNOSESTELLING

Alle patiënten worden door de huisarts dooverwezen naar de uroloog, nadat een abnormale stijging van de PSA waarden in het bloed werd vastgesteld.

Geen enkele patiënt had mictieproblemen. De diagnose werd bij elke patiënt gesteld na het nemen van biopten.

Niet iedere patiënt liet zich routinematig onderzoeken, zodat bij sommige het een eerder toevallige vondst was. Bijvoorbeeld bij een patiënt (Mr. C) vermoedde men eerst een ontsteking van de prostaat. Onder antibioticatherapie bleek de PSA waarde in het bloed nog te stijgen zodat overgegaan werd tot het nemen van biopten welke maligniteit in het prostaatweefsel aantoonde.

Bij twee andere patiënten (Mr. A en B) was een tweede biopsie nodig om de diagnose te kunnen stellen. Beide heren lieten zich regelmatig screenen. Mr. B zijn vader was een paar jaar geleden overleden aan prostaatkanker, wat voor hem een reden was om zich regelmatig te laten onderzoeken.

Alle patiënten werden voldoende geïnformeerd over de diagnose en over de gevolgen van de ingreep.

4.2 BEHANDELING

Elke patiënt onderging een radicale prostatectomie. Zij doorstonden de operatie goed en herstelden vlot.

Twee patiënten verloren peroperatoir veel bloed maar dit had geen invloed op hun herstel.

Enkel Mr. B ging met de verblijfsonde naar huis. Gedurende de dag gebruikte meneer een beenzakje, 's nachts werd een gewone urinezak aangesloten. Hij was best tevreden met deze oplossing.

4.3 POSTOPERATIEVE COMPLICATIES

4.3.1. INCONTINENTIE

Slecht twee patiënten hadden urineverlies nadat de sonde werd verwijderd. Bij beiden was het stressincontinentie, er was geen nachtelijk urineverlies.

Bij Mr. A was dit matig. Mr. B had vrij veel urineverlies. De weken na het verwijderen van de sonde bleef het urineverlies nog vrij hoog. Mr. B onderging een urodynamisch onderzoek. Dat wees uit dat de kracht van de bekkenbodempomp goed was, de blaas goed functioneerde maar de tonus van de blaassfincter te zwak was om voldoende blaasvolume op te bouwen.

4.3.1.1. Behandeling :

Mr. A : bekkenbodempomp reëducatie

Mr. B : electrostimulatie

Duur : na ongeveer zes maand werd voor beiden een aanvaardbaar continientieniveau bereikt.

Mr. A en B ervaarden deze behandeling niet altijd als zeer aangenaam. Beiden waren echter zeer tevreden van de begeleiding door de kinesitherapeute.

4.3.1.2. Gebruikt incontinentiemateriaal :

Mr. A en B kregen door de afdelingsverpleegkundige een aantal incontinentieverbanden voor dames mee. Specifieke verbanden voor de man waren op de afdeling niet beschikbaar. Wel werd meegedeeld waar incontinentiemateriaal kon aangeschaft worden.

De beide heren kozen voor het merk Tena, specifiek voor de man en voor lichte tot matige incontinentie en zijn daar tevreden over (discreet, goed absorberend en geurwerend). Ze gebruiken nu enkel een verband bij fysieke inspanningen.

Mr. B was bereid een penisklem (type zoals beschreven op pag. 22 en beschikbaar gesteld door Mr. Pieters) uit te testen. Hij heeft de klem nu reeds een paar maal gebruikt bij het sporten. Ze hindert hem niet en geeft minder urineverlies op voorwaarde dat ze voldoende aangespannen wordt. Meneer durft ze niet aanbrengen wanneer hij moet gebruik maken van een gemeenschappelijke douche na het sporten.

4.3.1.3. Verwerking van het probleem incontinentie

Mr. A heeft zich verzoend met het lichte urineverlies dat hij nu nog heeft. Hij is tevreden dat hij zich kan verhelpen met een klein verbandje. Meneer weet dat geen verbetering meer mogelijk is. Voor hem was het belangrijk dat de tumor (gezien zijn leeftijd) nog kon verwijderd worden en dat hij zijn normaal leven, (hij is nog zeer actief en sportief) heeft kunnen hervatten.

Mr. B vertelde me dat hij het mentaal zeer moeilijk heeft gehad de maanden volgend op de ingreep. Hij vond het urineverlies zeer frustrerend en beschamend. Ook kon hij er moeilijk over praten, zelfs met zijn echtgenote. Gelukkig heeft de behandeling door de kinesitherapeute resultaat gehad, zodat hij ook zijn beroepsleven kon hervatten.

Ook hij weet dat hij niet meer voor honderd procent continent zal worden. Daar heeft hij zich nu voor een stuk mee verzoend. Hij vertrouwde me ook toe dat wanneer hij geen verband draagt hij veel frequenter naar het toilet gaat uit schrik voor een "accidentje" en uit schrik dat iemand het zou opmerken moest dit gebeuren.

Beide heren dragen niet altijd een incontinentiedoekje (voornamelijk thuis) zodat het verbruik ervan niet hoog is. Gemiddeld verbruiken ze een vijftien per maand (1 pak bevat 24 doekjes) waardoor de extra kost voor beiden (ook dank zij de aanzienlijke korting) goed meevalt.

4.3.2. IMPOTENTIE

Op sexueel vlak ondervond elke patiënt problemen. Bij een aantal oudere patiënten was de sexuele activiteit reeds verminderd.

4.3.2.1. Problemen :

- geen erecties meer en geen recuperatie meer.
- te zwakke erectie voor geslachtsgemeenschap.
- normale erectie maar onvoldoende lang.
- verminderde behoefte aan sex
- orgasmestoornissen

Slechts bij één patiënt herstelde de potentie zich spontaan in de maanden volgend op de ingreep, namelijk Mr. B., de patiënt die het meeste urineverlies had postoperatief. Nu is hij terug in staat tot normale sexuele activiteit.

De overige patiënten kenden problemen zoals hierboven vermeld.

4.3.2.2. Behandeling Impotentie

- Viagra

Drie patiënten werd Viagra voorgesteld te proberen. Mr. C verkoos dit produkt niet te gebruiken wegens bloeddrukproblemen. Zocht ook geen andere oplossing. Mr. B gebruikte een paar maal Viagra. Hij was tevreden met het resultaat. De enige bijwerking welke hij ondervond, was het blozen. Gezien de spontane recuperatie van zijn potentie stopte hij met Viagra.

Mr. G heeft ook Viagra gebruikt maar vond de bijwerkingen te vervelend om dit produkt verder te gebruiken.

- Intracaverneuze injectie

Slecht één patiënt (Mr. D) kreeg eenmalig zulke inspuiting toegediend. De twee uur durende erectie die erop volgde, vond hij zeer vervelend. Het zichzelf toedienen van deze injectie zag hij niet zitten.

- Vacuumpomp

Twee patiënten (Mr. F en E) werd het gebruik van een vacuumpomp voorgesteld. Ze schaften er zich ook een aan.

Deze methode was bij beide patiënten wel effectief en werd door beiden een aantal malen gebruikt.

Wegens de omslachtigheid en uiteraard weinig spontane van deze methode werd de vacuumpomp slecht een paar maal aangewend.

4.3.2.3. Verwerken van het probleem impotentie

Bij het verwerkingsproces is de steun en het begrip van de partner van cruciaal belang. Uit de gesprekken kon ik opmaken dat alle patiënten op voldoende steun en begrip van de partner konden rekenen.

Bij een aantal merkte ik toch ontgoocheling op omdat ze hun partner niet meer op een normale manier konden bevredigen.

De aangeboden oplossingen (Viagra, vacuumpomp, intracaverneuze injectie) bleken niet te voldoen bij de patiënten waarmee ik een gesprek had.

De mensen zochten ook niet verder naar oplossingen.

DEEL 5: ALGEMEEN BESLUIT

Ik heb moeten vaststellen dat de verpleegkundige taak bij incontinentie en zeker bij impotentie toch vrij beperkt is en zeker kan uitgebreid worden in die zin dat de verpleegkundige meer betrokken zou moeten worden bij de opvolging van de patiënt.

Die taak situeert zich volgens mij op het vlak van emotionele ondersteuning, het verstrekken van informatie en richtlijnen omtrent het gebruik van incontinentiematerial. Bij impotentie zou de taak ook eerder informatief en of begeleidend zijn.

Het meest moeilijke bij het maken van dit eindwerk waren voor mij de gesprekken met de zes patiënten. Ik voelde mezelf een indringer in hun privacy. De gesprekken verliepen weliswaar vlot en ik had de indruk dat hun antwoorden open en eerlijk waren. Ik heb aangevoeld dat deze mensen met deze problemen vaak alleen staan.

Rond deze problematiek heerst er nog een groot taboe. De schroom om erover te praten is groot, zelfs naar de therapeuten toe. Ik denk ook echter dat voor sommige verpleegkundigen het probleem impotentie niet echt bespreekbaar is vanwege het taboe daarrond.

Misschien kan een informatiebrochure over de ingreep, de mogelijke gevolgen en oplossingen voor de patiënt een stimulus of bron zijn voor het zoeken naar oplossingen.

LITERATUURLIJST

AMS PROTHESEN

On-line beschikbaar op : <http://www.visitams.com>

DE BRUIN J.J., A., Handboek voor diagnostiek en behandeling van alle vormen van incontinentie.

Bohn Stafleu Van Joghum. Houten / Antwerpen, 1990, 308 bladzijden

DEN MEDICAL Systems

On-line beschikbaar op : <http://www.denmedical.com>

Derde Belgisch Urologisch Verpleegkundig Congres : Prostaataandoeningen, pathologie en therapie

Oostende 7 juni 1997.

DOSSIERS : Prostaatklasten : deel 3 : Prostaatkanker

On-line beschikbaar op : <http://www.gezondheid.be>

HOUBEN, F., Medische en verpleegkundige zorgen van het urologisch stelsel

Uitgeverij ACCO Leuven, 1998-1999, 171 bladzijden

ILLUSTRATIES

On-line beschikbaar op : <http://www.pfizer.nl>

INCONTINENTIE

On-line beschikbaar op : <http://incontinentie.net/html.nl.a>.

MUSAPH, H., HASPELS, A.A., Praktische Sexuologie

Van Joghum Slaterus, 1983, 451 bladzijden

OOSTERLINCK, W., Mondelinge Informatie (2002-2003)

Diensthofd Urologische Kliniek. UZ Gent.

PIETERS, R., Mondelinge Informatie (2002-2003)

Hoofdverpleegkundige Urologie. UZ Gent

PROSTAATTUMOREN

On-line beschikbaar op : <http://www.geocities.com/urineverlies/@html>.

SLOB, A., K., VINK, C., W., MOORS, J., P., C., EVERAERD, W., Leerboek Sexuologie

Bohn Stafleu Van Joghum. Houten/Diegem, 1998, 451 bladzijden

STOCKMAN, S., Mondelinge Informatie (2002-2003)

Kinestherapeute Urogymteam. UZ Gent

THUISZORGWINKEL CM.

Catalogoog professionelen

T.K. COCKETT.,A., KOSHIBA., K., Manual of Urologic Surgery
Springer-Verlag, New-York, Berlin Heidelberg, 1979, 284 bladzijden

URINEVERLIES :

On-line beschikbaar op : <http://www.geocities.com/urineverlies/@html>

UROLOG; INCONTINENTIE, IMPOTENTIE

On-line beschikbaar op : <http://www.urolog.nl>

VANDERSTUYFT, H., apotheker

Prijsinformatie, incontinentiewijzers

WINKLER PRINS

Medische encyclopedie

ZELFINJECTIETHERAPIE bij impotentie

On-line beschikbaar op : <http://www.UZLeuven.be>
<http://www.ziekenhuis.nl>

GESTELDE VRAGEN BIJ DE PATIENTENGESPREKKEN

1. Hoe werd de diagnose gesteld en hoe verliep de ingreep en het herstel ?
2. Werd U voldoende ingelicht over mogelijke complicaties ?
3. Ging U met blaassonde naar huis ?
4. Had U urineverlies na het verwijderen van de sonde ?
5. Werd U door de verpleegkundige goed geïnformeerd over het beschikbaar incontinentiemateriaal en welk materiaal gebruikt U ?
6. Deed U bekkenbodemoefeningen ? Waren deze effectief ?
7. Welke problemen ondervond U op sexueel vlak ? Was U hierover ingelicht ?
8. Welke oplossingen werden er U voorgesteld ? Voldeden deze oplossingen ?
9. Is uw relatie met uw partner veranderd ?
10. Kon U of gemakkelijk over uw problemen praten met uw partner of met de therapeut en verpleegkundige ?
11. Heeft U gemakkelijk uw beroepsleven of dagdagelijkse bezigheden kunnen hervatten?