



## **INFORMATIEBROCHURE en TOESTEMMINGSFORMULIER**

### **Cystectomie (volledige verwijdering van de blaas)**

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 hierruit kunnen ontstaan.

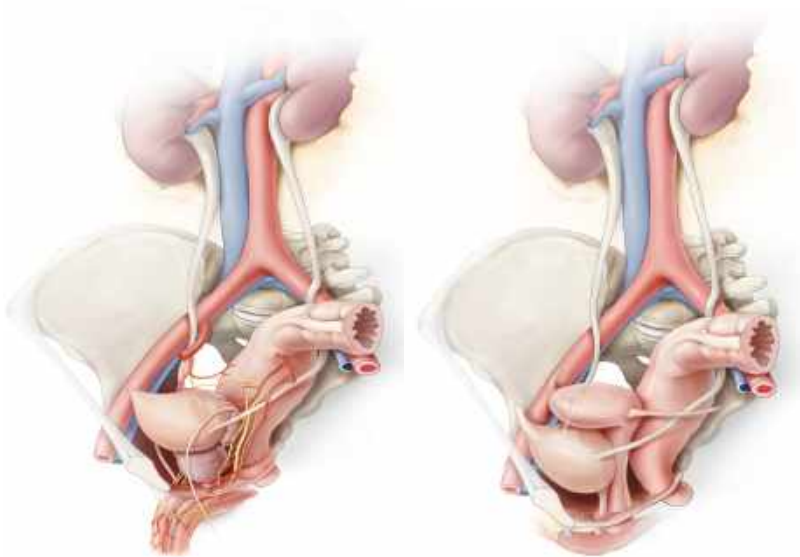
Deze brochure is niet allesomvattend en/of exhaustief en is gebaseerd op de huidige stand van de medische wetenschap en op de toepasselijke medical guidelines omtrent een cystectomie. Tijdens de consultatie met de behandelende arts zal u, voor zover dit nodig is, bijkomende relevante informatie worden meegedeeld.

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

#### **A. Algemene informatie van cystectomie**

##### **1) Anatomie en doel van de ingreep**

De urine die door de nieren wordt geproduceerd, wordt via de urineleiders afgeleid naar de blaas. De functie van de blaas is het verzamelen van de urine tot het moment dat het sociaal gepast is om te plassen. Bij de man ligt de prostaat tussen de blaas en de sluitspier en omgeeft daar de plasbuis. Bij een vrouw liggen de baarmoeder en de vagina dicht tegen de blaas. (Figuur 1)



**Figuur 1: urinair stelsel man**

**urinair stelsel vrouw**

Een cystectomie of verwijdering van de blaas is doorgaans noodzakelijk omwille van blaaskanker. Minder vaak voorkomende redenen zijn onder andere een schrompelblaas, onoplosbare urinaire incontinentie of therapieresistente ontstekingsziekten van de blaas (interstitiële cystitis, radiocystitis,...).

Bij een cystectomie wordt de blaas weggenomen. In het geval van blaaskanker wordt een 'radicale cystectomie' uitgevoerd om alle aangetaste weefsel met zekerheid weg te nemen: de omliggende lymfeklieren, bij de man de prostaat/zaadblaasjes en bij de vrouw mogelijks de baarmoeder en een deel van de vagina.

Na een blaasverwijdering moet er een afleiding gemaakt worden om de urine af te voeren uit het lichaam. Er zijn verschillende mogelijkheden en deze worden hieronder verder toegelicht.

## **2) Alternatieven voor blaasverwijdering**

In bepaalde streng geselecteerde gevallen kan een gedeeltelijke verwijdering van de blaas met of zonder inwendige bestraling als alternatief voor blaasverwijdering worden aangeboden. Ook kan in sommige gevallen uitwendige bestraling al dan niet in combinatie met chemotherapie worden overwogen. Deze 'blaassparende' behandelingsvormen zijn echter niet de standaard, ze zijn niet in alle gevallen toepasbaar en de resultaten voor wat betreft de genezing van de kanker zijn vaak minder goed bestudeerd. Ook de kwaliteit van de gespaarde blaas zal door deze behandelingsvormen in minder of meer belangrijke mate worden aangetast. U kunt over deze mogelijkheden praten met uw behandelend uroloog.

## **3) Voorbereiding voor de operatie**

Voor de ingreep dient er een bloedafname en een electrocardiogram plaats te vinden. Indien nodig zal dit worden uitgebreid met andere pre-operatieve onderzoeken, afhankelijk van de patiënt. De

specifieke risico's van de anesthesie kunnen worden besproken tijdens een preoperatieve raadpleging bij de dienst anesthesiologie.

Darmvoorbereiding is niet noodzakelijk voor deze ingreep, maar hangt af van de keuze van uw arts.

#### 4) Operatietechniek

De operatie gebeurt via een open operatie of via een (robot-geassisteerde) kijkoperatie. Bij een open operatie wordt een insnede gemaakt op de middellijn vanaf het schaambeentot aan, rond of voorbij de navel. Bij een kijkoperatie worden meerdere (5 tot 6) kleine insnedes van ongeveer 1 cm gemaakt om een camera en fijne werkinstrumenten in de buikholte te brengen. Eén van die kleine insnedes wordt naar het einde van de operatie toe beperkt verlengd om de blaas en eventuele andere weefsels in een zakje uit uw lichaam te verwijderen. Deze beperkt verlengde insnede wordt eventueel nog verder verlengd om de urinaire afleiding te construeren of de insnede blijft beperkt en de urinaire afleiding wordt volledig via de kijkoperatie geconstrueerd. Welke techniek gebruikt wordt, hangt af van de mogelijkheden van het ziekenhuis en de keuze van uw behandelend uroloog.

In uw geval betreft het een:

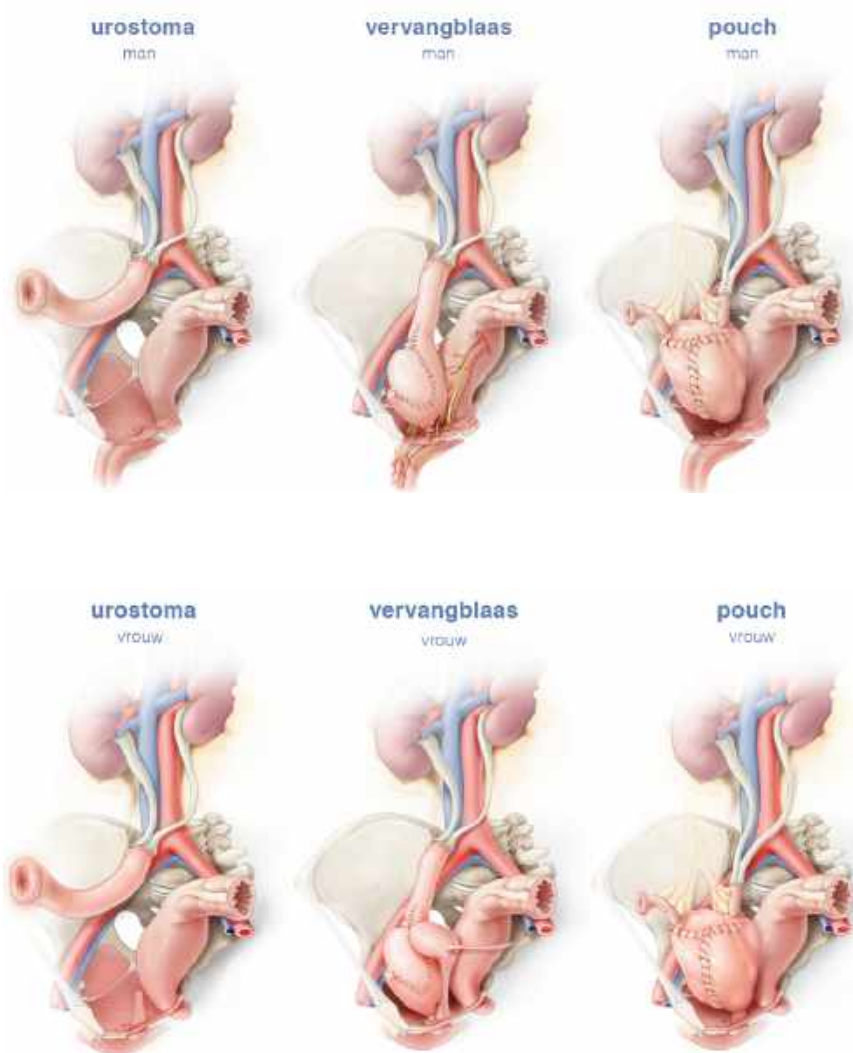
- eenvoudige cystectomie (goedaardige aandoening): enkel de blaas wordt weggenomen
  - radicale cystectomie (kwaadaardige tumor): de blaas en het omgevend vetweefsel wordt weggenomen evenals de lymfeklieren langs de grote bloedvaten van het kleine bekken. Bij de man zullen ook de prostaat en de zaadblaasjes en soms ook de plasbuis tot aan de eikel worden weggenomen. In sommige gevallen kunnen bij de man toch de zenuwbanen die zorgen voor de erecties gespaard worden. Bij de vrouw moeten zo nodig ook de baarmoeder, de eierstokken en eileiders, de voorste vaginawand en/of de plasbuis worden weggenomen.
- Mogelijke uitbreidingen en wijzigingen van de procedure: het is mogelijk dat de tumor zich heeft uitgebreid naar andere omliggende weefsels of organen (darm, bloedvaten,...) - en dat ook deze (deels) zullen moeten worden verwijderd. Uw uroloog probeert de kans hierop zo goed als mogelijk op voorhand met u in te schatten met behulp van alle onderzoeken (beeldvorming, biopsies, scopies,...) die u onderging. Occasioneel gebeurt het dat er tijdens de operatie vastgesteld wordt dat de ziekte uitbreider is (bv van vriescoupe van de snijrand) dan verwacht. Met deze geïnformeerde toestemming geeft u de toestemming voor eventuele uitbreidingen van de ingreep indien dit nodig zou blijken.

**Urinederivatie** (of urineafleiding): na het verwijderen van de blaas zal de urine op een andere manier moeten worden afgevoerd. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden met specifieke voor- en nadelen. U zult samen met uw behandelend uroloog kiezen welk type urinederivatie voor u het meest aangewezen is. De keuze is niet altijd gemakkelijk en dit gesprek moet best meermaals gevoerd worden met de uroloog, verpleegkundig specialist urologie en eventueel een lotgenoot.

- Urinederivatie via een incontinent urostoma (Bricker):  
De urineleiders worden aangesloten op een stukje dunne darm van 10-15 cm dat doorheen de buikwand wordt gelegd en aan de huid wordt gehecht. De urine loopt voortdurend in een stomazakje dat aan de huid is gekleefd.
- Urinederivatie via een vervangblaas (neoblaas):  
Dit is enkel mogelijk wanneer uw plaskanaal en sluitspier kunnen worden gespaard (geen kanker aanwezig in de snijrand). Van een stuk dunne darm wordt een nieuwe blaas gemaakt waarop de urineleiders worden aangesloten. Deze nieuwe blaas wordt aangesloten op uw sluitspier zodat u na de ingreep opnieuw kunt plassen via de natuurlijke weg.
- Urinederivatie via een sondeerbaar reservoir (pouch):  
Van een stuk darm in het lichaam wordt een reservoir gemaakt waarop de urineleiders worden aangesloten. Dit reservoir verzamelt de urine en wordt met de huid (veelal de navel) verbonden door middel van een 'continent stoma': een stukje darm tussen het reservoir en de huid waarlangs een sonde kan worden ingebracht voor het ledigen van het reservoir. Er moet dus geen stomazakje worden gekleefd, maar wel dient er 4-6 maal per dag gesondeerd te worden.
- Ureterocutaneostomie:  
Een of beide urineleiders worden onmiddellijk aan de huid genaaid. De urine loopt op permanente wijze in een zakje dat aan de huid is gekleefd. De twee urineleiders worden, indien mogelijk, samengebracht aan één zijde, zodat slechts één zakje moet worden aangebracht. In de urineleiders moet meestal een buisje of katheter worden aangebracht om vernauwing van de

opening aan de huid te voorkomen. Deze katheter moet regelmatig worden vervangen.

Figuur 2 Soorten urinaire derivaties bij man en vrouw



## 5) Het postoperatief verloop

#### Tijdens de ziekenhuisopname:

- De pijn die met de ingreep gepaard gaat, wordt behandeld met adequate pijnstillers die regelmatig worden toegediend via de mond, via een ader of via het ruggenmerg (pijnpomp). Dit wordt door de anesthesist samen met u besproken voor de ingreep.
- Bloedafnames gebeuren om de veranderingen in het lichaam op te volgen en zo nodig in te grijpen.
- Ter preventie van klontvorming in de aders van de benen (diep veneuze trombose) of longembolie worden steunkousen aangeraden en worden dagelijks onderhuidse injecties gegeven met bloedverdunnende middelen.
- Het hernemen van de voeding en het verwijderen van de drains na de operatie wordt door uw behandelende arts op individuele basis beslist.
- De opnameduur wordt eveneens in overleg met uw behandelende arts bepaald en hangt af van de snelheid van uw herstel en de gebruikte techniek (open of kijkoperatie).

#### Terug thuis:

- De wonde kan nog enige tijd gevoelig zijn. Het hernemen van de dagelijkse activiteit is afhankelijk van de leeftijd van de patiënt, de gebruikte techniek (open of kijkoperatie) en "de snelheid" van het herstel. 1 tot 3 maand is een gebruikelijke termijn voor volledig herstel.
- De verzorging van het eventuele stoma werd u aangeleerd tijdens uw verblijf in het ziekenhuis. Gedurende de eerste maanden is het niet ongewoon dat u hiervoor nog hulp nodig heeft van een thuisverpleegkundige. Problemen van de stomazorg kunnen met de verpleegkundige of uw arts worden besproken.
- Wanneer u een vervangblaas kreeg, is het normaal dat u in het begin kleine volumes plast en urine verliest. Het duurt gemiddeld 3-6 maanden vooraleer u de nieuwe blaas onder controle krijgt.
- Wanneer u een radicale cystectomie voor blaaskanker onderging, zal de genezingskans afhankelijk zijn van verschillende factoren: het stadium van de tumor, de aantasting van de lymfeklieren, de volledigheid van de blaasverwijdering... Afhankelijk van de resultaten van het microscopisch onderzoek zal worden bepaald of aanvullende behandelingen (bijv. bijkomende chemotherapie of radiotherapie) de ziektecontrole nog kunnen verbeteren. Dit wordt op individuele basis besproken nadat het microscopisch resultaat gekend is.

### **6) Risico's en mogelijke complicaties**

Dit is een niet-exhaustieve lijst van algemene en specifieke complicaties gevolgd door de frequentie waarmee deze optreden. De cijfers zijn gebaseerd op de huidige stand van de wetenschap en de huidige chirurgische technieken, maar kunnen variëren volgens centrum-, chirurg- en patiëntfactoren.

Frequent: >15%  
Occasioneel: 6-15%  
Zeldzaam: 1-5%  
Zeer zeldzaam: <1%

#### Tijdens en kort na de ingreep (0- 90 dagen):

Elke chirurgische ingreep houdt, ondanks alle voorzorgen, een zeker risico in op ernstige complicaties en zelfs overlijden van de patiënt. In geval van cystectomie is de kans op belangrijke problemen of complicaties reëel en vaak niet te voorzien. Hoe frequenter een centrum een cystectomie uitvoert, hoe lager de kans op complicaties of overlijden.

#### Algemene complicaties

- *Overlijden* als gevolg van de ingreep of complicaties ervan is zeldzaam. Indien u echter zware hart-, vaat-, long- en andere gezondheidsproblemen heeft, dan kan dit risico hoger liggen. Bespreek dit met uw uroloog.
- Het *bloedverlies* bedraagt frequent meer dan 500 ml. Hierdoor moeten frequent bloedtransfusies worden toegediend tijdens of na de ingreep. Het bloedverlies en de nood aan bloedtransfusies zijn wel beduidend lager bij een kijkoperatie (ongeveer de helft).
- *Wondproblemen* komen frequent voor bij een open ingreep en zelden bij een kijkoperatie, zeker als de urinaire derivatie ook met de kijkoperatie gebeurt. Een oppervlakkige wondloslating met het gedeeltelijk opvallen van de huid en onderhuid na een open ingreep komt frequent voor en kan vaak worden opgelost met lokale wondzorg zonder nieuwe ingreep. Een diepe wondloslating van

Met opmerkingen [1]: Ik heb mij grotendeels gebaseerd op de RAZOR trial en eigen ervaring

de naad van de buikwand (spier en peesblad) komt occasioneel voor na een open ingreep en dit vergt doorgaans een nieuwe chirurgische ingreep.

- *Trombose* in de aders en eventueel longembolie komt mits de nodige voorzorgsmaatregelen respectievelijk occasioneel en zelden voor. In geval dit voorkomt zijn hogere dosissen bloedverduunners nodig en bij longembolie is zuurstoftoediening en eventueel intensieve zorgen nodig.
- *Hart- en vaatproblemen*: Verhoogde bloeddruk is frequent en voldoende pijnstilling en zo nodig bloeddrukverlagende medicatie is hierbij aangewezen. Occasioneel treden hartritmestoornissen op. Dit is te behandelen met medicatie of in zeldzame gevallen een cardioversie (onder narcose toedienen van een "stroomstootje"). Het ontstaan van een hartinfarct (AMI), een beroerte (CVA) of het compartimentsyndroom is zeer zeldzaam, maar potentieel levensbedreigend met noodzaak tot opname op de dienst intensieve zorgen indien deze toch zouden optreden. De preoperatieve anesthesieconsultatie is zeer belangrijk om de mogelijkheid tot het ontstaan van deze complicaties vroegtijdig op te sporen en de kans op het optreden ervan zoveel als mogelijk te reduceren.
- *Neurologische problemen*: Occasioneel treden tijdelijk gevoelsstoornissen of zelden krachtverlies op (onderarmen, benen, lies- en schaamstreek). Dit kan het gevolg zijn van de langdurige positionering op de operatietafel of het beschadigen van een zenuw die in het operatieveld loopt. Om deze complicatie zoveel als mogelijk te beperken maken we gebruik van speciale matrassen en besteden we veel aandacht aan een correcte positionering op de operatietafel en aan het omzichtig vrijleggen van zenuwtakken in het operatieveld.
- *Koorts* na een operatie is frequent en kan door slechte of ondiepe ademhaling en dat kan vermeden worden door preventieve ademhalingsoefeningen en eventuele aerosoltherapie. Komt koorts toch voor, dan wijst dit op een *infectie*. Na een cystectomie is dit frequent en betreft het meestal (in volgorde van frequentie) een infectie van de urinewegen, de wonde, de longen, de darmen of de buikholte. Na afnemen van verschillende kweken zal antibiotica opgestart worden. Occasioneel betreft het een zware infectie met een bloedvergiftiging (sepsis) en zelden is intensieve zorg nodig om de orgaanfuncties te ondersteunen.
- *Opstapeling van lymfevocht* na het wegnemen van de lymfeklieren komt frequent voor. Onderhuidse vocht opstapeling (oedeem) in de benen en/of genitale streek wordt behandeld met steunkousen en eventueel lymfedrainage. Lymfe kan zich occasioneel ook opstapelen binnen een afgekapselde collectie in de buikholte. Dit vraagt zelden een actieve behandeling (punctie of open drainage van de collectie).
- *Omliggende organen* kunnen bij de ingreep worden geraakt, het gaat hier voornamelijk om de dunne darm en het rectum. Wanneer dit tijdens de ingreep wordt opgemerkt, wordt de schade tijdens de procedure zelf hersteld en is dit zonder gevolg. Zeer zelden is bij uitgebreide schade aan de endeldarm een (tijdelijke) stoelgangstoma nodig. Zelden wordt zulke beschadiging niet opgemerkt tijdens de ingreep en blijkt dit slechts enkele dagen later. Een nieuwe operatie is dan noodzakelijk.

#### Specifieke complicaties van de urinederivatatie met gebruik van darm

- *Darmverlamming* ('paralytische ileus') met misselijkheid, braken, opgezette buik en niet kunnen passeren van lucht of stoelgang komt na de ingreep frequent voor. Dit kan opgelost worden met afwachtende houding, ondersteunende medicatie, occasioneel het herplaatsen van de maagsonde en zelden het toedienen van voeding via een infuus.
- Er is zelden sprake van een mechanische *darmobstructie* als gevolg van de ingreep en dit vraagt een nieuwe chirurgische ingreep.
- *Darmlekkage* thv de naad (waar een stuk darm werd verwijderd voor de urinederivatatie) is zeer zeldzaam. Dit vergt bijna altijd een nieuwe chirurgische ingreep.
- *Urinelekkage* uit de naad van de urineleiders of van een reservoir komt zelden voor. Een nieuwe operatie kan meestal worden vermeden, hoewel manipuleren of herplaatsen van de catheters, drains of sondes doorgaans noodzakelijk zijn.
- *Urine obstructie* door het niet aflopen van een catheter of sonde is frequent. Spoelen is hierbij meestal voldoende, occasioneel moet een catheter geherpositioneerd of herplaatst worden. Nadat alle catheters verwijderd zijn, kan urine obstructie voorkomen door het ontstaan van een vernauwing op de nieuwe verbindingen tussen de urineleiders en de darm (stoma of blaas). Dit komt occasioneel voor en vereist bij achteruitgang van de nierfunctie of bij nierinfectie een behandeling (inwendige of uitwendige catheter of een operatie met overbruggen van de vernauwing).
- Bij bepaalde urinederivataties is de kans groter op *verstoringen van de zuurbasis en zoutbalans* in

het lichaam. Dit kan zich voordoen in de vroege postoperatieve fase, maar het treedt ook vaak op een later tijdstip op en ten tijde van een urineweginfectie. Deze complicatie komt frequent voor en kan worden behandeld met medicatie.

Op langere termijn na de ingreep (>3 maand):

Algemene complicaties

- Een *breuk* ter hoogte van de wondnaad en/of rond het stoma komt frequent voor en vergt occasioneel een nieuwe ingreep.
- *Darmobstructies* als gevolg van interne vergroeiingen op dunne darmniveau en anatomische veranderingen rond de endeldarm zijn frequent. Zij kunnen tussentijdse ongemakken in de darmen met zich brengen, misselijkheid of constipatie of, in zeldzame gevallen, een echte mechanische obstructie van de darmen, die zich vele jaren later kan manifesteren. Dit laatste vereist een hospitalisatie met plaatsen van een maagsonde en in zeldzame gevallen een nieuwe chirurgische ingreep.
- Chronische pijn ter hoogte van het litteken is zeldzaam.

Specifieke complicaties

- De *seksuele prestatie* van zowel de man als de vrouw is aangetast na een cystectomie. Afhankelijk van de techniek, het tumorstadium en de daaruit voortvloeiende uitgebreidheid van de operatie, eventuele voor- en nabehandelingen, de leeftijd, de gezondheid van de patiënt en de potentie voor de ingreep, is de potentie (erecties) postoperatief bij de man te schatten tussen 20 en 70% als de beide zenuwbundels werden gespaard die instaan voor de erecties. Orgasme is bewaard, ejaculatie afwezig. Bij de vrouw is er vaak een probleem van een vernauwde of te korte vagina, vaginale droogte en onvoldoende seksueel gevoel. Deze problemen zijn afwezig of duidelijk minder indien de vagina en baarmoeder volledig kunnen gespaard worden.
- *Urine obstructie* door het ontstaan van een vernauwing op de nieuwe verbindingen tussen de urineleiders en de darm (stoma of blaas) komt occasioneel voor en vereist bij achteruitgang van de nierfunctie of bij nierinfectie een behandeling (inwendige of uitwendige catheter of een operatie met overbruggen van de vernauwing).
- Bij elke vorm van urinederivatatie is er een verhoogde kans op terugvloeiing van de urine in de richting van de nieren. Op deze manier kunnen bacteriën de nieren infecteren (pyelonefritis). Bij frequente opstoten van *nierinfecties* kan de nierfunctie worden beschadigd. De kans op infectie is afhankelijk van de gebruikte derivatie. Een belangrijke *achteruitgang van de nierfunctie* door herhaalde ontstekingen is occasioneel.
- Door het gebruik van een stuk darm voor het stoma, het reservoir of de nieuwe blaas kunnen problemen met de dartractus ontstaan zoals diarree en vitaminetekorten. Dit kan grotendeels vermeden worden door niet de laatste 20cm dundarm te gebruiken voor de urinaire afleiding en niet meer dan 50-60cm dundarm te gebruiken.

Enkele complicaties zijn eigen aan het type urinederivatatie:

- Incontinent stoma:
  - Stenose van het stoma aan de huid met uitgesproken stase van de urine in de darmlis en achteruitgang van de nierfunctie is zeldzaam en moet chirurgisch worden verholpen.
  - Breuk naast het stoma (parastomale hernia) met pijn, darmobstructie of verzorgingsproblemen/lekken is frequent en noopt occasioneel tot een heroperatie.
- Vervangblaas:

Kort na de heekundige ingreep is incontinentie (urineverlies) overdag en 's nachts zeer frequent. Met het trainen van de sluitspierfunctie (kinesitherapie), het opdrijven van de blaasinhoud, het leren klokplassen en 's nachts opstaan, het eventueel associëren van bepaalde medicatie, zal dit voor alle patiënten verbeteren in de eerste 6 maanden. Desondanks blijft bij enkele patiënten urineverlies aanwezig. Urineverlies overdag is zelden tot occasioneel (rond de 5%), 's nachts komt het frequent voor (20-30%). In geval van ernstige incontinentie kan een chirurgische ingreep (plaatsen kunstsluitspier) eventueel verbetering of een volledige correctie opleveren. Occasioneel is het omwille van een onvolledige lediging van de nieuwe blaas noodzakelijk om tijdelijk een katheter te plaatsen (door middel van een buisje wordt de blaas leeggemaakt): bij vrouwen is dit frequent, bij mannen eerder zeldzaam.
- Continente reservoir:

Het traject dat wordt gebruikt om het reservoir te sonderen kan op termijn problemen met zich

brengen zoals een vernauwing, perforatie, afknikken of lossen van het continentiemechanisme. In deze gevallen moet het traject chirurgisch worden hersteld. Dit komt frequent voor.

- In alle, maar voornamelijk in de laatste 2 gevallen kan het verlengde contact van de urine met de darmwand aanleiding geven tot metabole verstoringen die frequent voorkomen, maar die met geneesmiddelen kunnen worden verholpen.
- Occasioneel treedt bij een vervangblaas of reservoir een overmatige slijmproductie op met gevaar voor obstructie van het plaskanaal of de sonde waardoor de neoblaas of het reservoir moet gespoeld worden via een sonde.
- Als voor een vervangblaas of voor een reservoir dikke darm gebruikt wordt kan in zeldzame gevallen een kwaadaardigheid van het slijmvlies van de nieuwe blaas of het reservoir ontstaan als gevolg van het contact van de urine met het darmslijmvlies. Dit doet zich zeer zelden voor bij dunne darm.
- Bij een vervangblaas of reservoir kan er steenvorming optreden als gevolg van het stilstaan (stase) van urine. Dit is occasioneel en kan vaak minimaal invasief worden behandeld. Zeer zelden vergt dit een open ingreep.
- Bij een ureterocutaneostomie zijn nierinfecties en obstructie of uitvallen van de catheters zeer frequent en daarmee is achteruitgang van de nierfunctie ook frequent. Om deze reden en ook omdat er zeer frequente poliklinische bezoeken nodig zijn voor wissel van de catheters, wordt deze afleiding doorgaans vermeden en enkel toegepast bij zeer fragiele en zeer oude patiënten waar toch een cystectomie noodzakelijk is.

### **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.





BELGISCHE  
VERENIGING VOOR  
UROLOGIE

## B. Informatie- en toestemmingsformulier cystectomie

De BVU geeft de toestemming aan urologen om het onderstaand informatie- en toestemmingsformulier© te gebruiken voor hun praktijk. Het is echter niet toegestaan dat er enige wijziging, van welke vorm dan ook, wordt aangebracht aan dit formulier.

### Algemeen

Als patiënt heeft u het recht op informatie over uw aandoening en over de aanbevolen medische en eventueel chirurgische ingrepen. Dit formulier wordt u meegegeven tijdens de raadpleging bij uw behandelende arts waarin u zowel mondeling als schriftelijk (zie document geïnformeerde toestemming) alle relevante informatie met betrekking tot de geplande ingreep wordt gegeven. Het doel is dat u dit formulier ten laatste op het moment van de ingreep ondertekend terugbezorgt aan iemand van het medische team zodat dit aan uw patiëntendossier kan worden gevoegd.

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

Ondergetekende (naam en voornaam), .....  
geboren op (datum) .....,  
verklaart uitdrukkelijk dat tijdens de consultatie van (datum) .....  
met dokter (naam) ..... is overeengekomen dat een  
ziekenhuisopname noodzakelijk is vanaf (datum)..... in het (naam  
ziekenhuis) ..... te (plaats)  
..... om op (datum) ..... een cystectomie te ondergaan.

De behandelende arts heeft mij precieze inlichtingen meegedeeld over mijn gezondheidstoestand. Hij heeft mij in eenvoudige en verstaanbare termen de mogelijke evolutie van mijn gezondheidstoestand omschreven als de geplande ingreep of procedure niet zou worden uitgevoerd. Hij heeft mij ook ingelicht over eventuele alternatieve behandelingen met al hun voor- en nadelen.

De behandelende arts heeft mij duidelijk de aard, het doel en het spoedeisend karakter van de ingre(e)p(en) beschreven die zal (zullen) worden uitgevoerd, de ongemakken die hieruit kunnen voortvloeien, en ook de tegenaanwijzingen, de risico's en nevenwerkingen van deze ingre(e)p(en), zowel op korte als lange termijn.

Ook de duur van de ingreep/behandeling en de eventuele nazorg werden mij uitgelegd. Ik heb ook een informatiebrochure ontvangen over de geplande ingreep/behandeling. De behandelende arts heeft mij vooral gewezen op volgende zaken:

- Doel van de ingreep: verwijderen van de zieke blaas en eventueel van omliggende aangetaste weefsels.

Frequent: >15%  
Occasioneel: 6-15%  
Zeldzaam: 1-5%  
Zeer zeldzaam: <1%

- Frequente risico's:
  - Darmverlamming (paralytische ileus)
  - Infectie (urinewegen > wonde)
  - Bloedtransfusie tijdens of kort na de ingreep (open >>kijkoperatie)
  - Wondproblemen (open operatie)
  - Verstoringen van zuurbase- en zoutbalans
  - Lymfoedeem
  - Verminderde seksuele prestatie
- Occasionele risico's:
  - Trombose van beenader
  - Tijdelijke gevoelsstoornissen in de ledematen
  - Urine obstructie
  - Chronische achteruitgang nierfunctie
- Zeldzame risico's:
  - Overlijden
  - Longembolie
  - Bloedinfectie met nood aan intensieve zorgen
  - Lymfevochtcollectie met drainage
  - Darmobstructie
  - Urinelekkage
- Uiterst zeldzame risico's:
  - Herseninfarct of -bloeding
  - Hartinfarct
  - Compartimentsyndroom
  - Darmlekkage
  - Schade aan omliggende organen (rectum) met nood aan stoelgangstoma
- Specifiek voor mijn geval optredende risico's:
  - Afhankelijk van de gekozen urinaire derivatie en te bespreken met uw uroloog aan de hand van de infobrochure.

Ik begrijp ook dat de geneeskundige klinische praktijk geen exacte wetenschap is en dus een opsomming van de mogelijke complicaties nooit volledig kan zijn. Eveneens begrijp ik dat er geen verbintenis/overeenkomst kan worden aangegaan over het uiteindelijke resultaat van de ingreep/procedure.

De behandelende arts heeft mij meegedeeld dat het medische team tijdens de uitvoering van de ingreep genoodzaakt kan zijn om de geplande ingreep uit te breiden met bijkomende handelingen die vooraf niet kunnen worden voorzien, maar medisch gezien absoluut noodzakelijk zijn voor het behoud of het herstel van mijn gezondheidstoestand.

Ik geef hierbij dan ook aan de behandelende arts mijn toestemming om tijdens de uitvoering van de geplande ingreep elke bijkomende medische ingreep uit te voeren in geval dit volstrekt medisch noodzakelijk is.

De behandelende arts heeft mij de gelegenheid gegeven om vragen te stellen en hij heeft hierop voldoende en volledig geantwoord. Ik heb zijn antwoorden ook goed begrepen. Ik geef hierbij de toestemming voor de uitvoering van de hierboven omschreven ingreep onder de voorwaarden zoals hierboven uiteengezet.

Ik geef toestemming om voor/tijdens/na bovenvermelde ingreep/procedure anoniem beeldmateriaal of foto's te laten nemen, die later kunnen gebruikt worden voor medisch onderwijs of wetenschappelijke publicatie.

Ik verklaar de behandelende arts correct en volledig te hebben ingelicht over mijn bestaande gezondheidstoestand en zijn vragen hierover eerlijk te hebben beantwoord.

Opgemaakt te (plaats) .....  
op (datum) .....  
Naam en voornaam van de patiënt: .....

Handtekening patiënt of ouder/voogd:  
Naam van de arts die de informatie heeft gegeven:  
.....

Handtekening van de arts die de informatie heeft gegeven:

Voor meer informatie kunt u altijd terecht op de dienst urologie  
.....

Nummer van het secretariaat: .....  
E-mail: .....

Dit informatie- en toestemmingsformulier werd opgesteld onder de auspiciën van de werkgroep "Quality of care" van de vzw Belgische Vereniging voor Urologie (BVU), vzw Société Belge d'Urologie (SBU), De Belgische Beroepsvereniging voor Urologie (BBVU/APUB), Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten (VBS-GBS) en de vzw Belgian Association of Urology (BAU) voor de klinische inhoud en het advocatenkantoor Dewallens & partners BVBA voor de juridische inhoud. Het formulier werd gereviseerd in 2020 onder auspiciën van vzw BVU.

Met opmerkingen [2]: Blijven we de BAU hier vermelden?

Deze rechtspersonen, hun vertegenwoordigers of aangestelden aanvaarden geen enkele verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid voor de eventuele schade die, op welke manier dan ook, zou kunnen ontstaan door het gebruik, de onvolledigheid of de onjuistheid van de informatie in voorliggende documenten.

Op eenvoudig verzoek wordt u steeds een kopie van dit document bezorgd.

EXEMPLAAR VOOR DE PATIENT