



Nefrectomie



AZ Sint-
Vincentius
DEINZE

Inhoud

De nieren en de nefrectomie	5
Therapeutische alternatieven	6
Partiële (gedeeltelijke) nefrectomie	6
Radiofrequentie ablatie of cryoablatie	6
Actieve opvolging.....	7
Vorbereiding op een operatie	7
Chirurgische technieken	7
Na de operatie	9
Tijdens de ziekenhuisopname	9
Terug thuis	9
Monitoring van kanker	10
Complicaties	10
Tijdens de operatie	10
Na de operatie	12
Tot slot	15

De Belgische Associatie van Urologie (BAU) schreef deze brochure mede dankzij het Verbond der Belgische Beroepsvereniging van Geneesheer-Specialisten (VBS-GBS).

Met deze info willen we je informeren over je behandeling, eventuele bijwerkingen en de meest voorkomende of ernstige complicaties die kunnen ontstaan tijdens de ingreep.

De nieren en de nefrectomie

Normaal beschikt de mens over twee nieren. De nieren bevinden zich achter de buikholte en voor de rugspieren. Het zijn levensbelangrijke organen. Ze regelen de huishouding van zouten en het zuur-base evenwicht, de vochtbalans van het menselijk lichaam, zorgen voor de uitscheiding van afvalstoffen en produceren bepaalde hormonen.

Een nefrectomie (= verwijderen van een nier) wordt meestal uitgevoerd als behandeling voor nierkanker. In dat geval zal de chirurg een radicale nefrectomie uitvoeren, waarbij het omgevend vetweefsel en eventueel ook de aanliggende lymfeklieren worden verwijderd. Anderzijds wordt ook soms een eenvoudige nefrectomie uitgevoerd voor goedaardige aandoeningen, zoals chronische nierinfecties, schrompelnieren (door nierobstructie of nierstenen), aangeboren dysplasie (vervorming), erfelijke polycystose (vorming van holtes in de nier) of na een ernstig niertrauma.

Therapeutische alternatieven

Partiële (gedeeltelijke) nefrectomie

Soms is het mogelijk om enkel het gezwel weg te nemen. Afhankelijk van de grootte en de ligging van het gezwel kunnen de resultaten voor wat betreft de genezing van de kanker even goed zijn, maar deze ingreep is doorgaans ingewikkelder. Het voordeel van een partiële nefrectomie is dat er minder invloed is op de globale nierfunctie, omdat zo veel mogelijk gezond nierweefsel bewaard wordt. Je chirurg zal met je beslissen wat de beste optie is in de behandeling van nierkanker.

Radiofrequentie ablatie of cryoablatie

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

Actieve opvolging

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

Voorbereiding op een operatie

Een aantal onderzoeken gaan de operatie vooraf: bloed- en urineonderzoek, een radiografie van de borstkas en een electrocardiogram. Deze worden geëvalueerd door de anesthesist.

De anesthesist bespreekt de specifieke risico's van anesthesie met jou. Ook bespreekt hij de mogelijkheid van een tijdelijke postoperatieve pijn pomp. Een absolute rookstop vóór de operatie vermindert heel sterk de kans op complicaties.

Chirurgische technieken

De laparoscopische nefrectomie gebeurt onder algemene narcose en bestaat uit het verwijderen van de volledige nier, na afbinden van de nierslagader, de nierader en de urineleider.

In geval van nierkanker wordt het vetweefsel rond de nier mee weggenomen (radicale nefrectomie). Soms worden de lymfeklieren rond de grote bloedvaten (aorta of holle ader) in de omgeving van de nier mee

verwijderd. Dit hangt af van de uitgebreidheid van de tumor en het feit of er al dan niet verdachte lymfeklieren te zien zijn tijdens de ingreep of bij de beeldvorming voor de ingreep. Soms wordt ook de bijnier mee verwijderd: dit is een kleine hormoonproducerende klier, die juist boven de nier ligt. Aangezien de mens over twee bijnieren beschikt, veroorzaakt dit geen gezondheidsproblemen of klachten.

Afhankelijk van de ligging en de omvang van de nierkanker, vroegere ingrepen in de buikholte en gewoontes van de chirurg zal de chirurg beslissen om de ingreep uit te voeren via open chirurgie of laparoscopie (kijkoperatie). Open chirurgie kan gebeuren via:

- laparotomie (buikinsnede)
- lumbotomie (flankinsnede tussen de elfde en twaalfde rib of onder de twaalfde rib)
- thoracolaparotomie (insnede vanaf de borstkas boven de tiende rib tot in de buikholte), maar gebeurt zelden.

Laparoscopie is een kijkoperatie waarbij er CO₂-gas in de buikholte wordt geblazen. Via kleine werkpoorten, die doorheen de buikwand worden geplaatst, wordt de ingreep dan uitgevoerd volgens dezelfde principes als bij een open ingreep. In geval van problemen (bv. verklevingen door vroegere ingrepen, belangrijk bloedverlies) kan de laparoscopie worden omgezet in klassieke open chirurgie. De chirurg bepaalt hoe lang een blaassonde ter plaatse blijft na de operatie.

In de operatiezone wordt ook meestal tijdelijk een drain geplaatst om het resterende bloed en/of wondvocht te laten afvloeien.

Na de operatie

Tijdens de ziekenhuisopname

In geval van pijn zullen op regelmatige tijdstippen pijnstillers worden toegediend. Na een laparoscopie en robotchirurgie kan je ongemakken ervaren in de bovenbuik en de schouders door irritatie van het middenrif.

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

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

De chirurg bepaalt het tijdstip van het verwijderen van de drain.

De meeste patiënten verdragen de blaassonde goed, maar in sommige gevallen kan de blaassonde wel aanleiding geven tot blaaskrampen. Medicatie kan dit verhelpen. Gewoonlijk blijft de blaassonde één tot twee dagen ter plaatste, afhankelijk van het postoperatief verloop, de aanwezigheid van een pijnpomp en de beslissing van de chirurg.

De duur van de ziekenhuisopname hangt vooral af van de toegangsweg van de nefrectomie en is dus doorgaans korter na laparoscopie.

Terug thuis

Zo nodig kan de wondverzorging gebeuren via thuisverpleging. Het is belangrijk dat de wonde(s) droog blijven gedurende twee weken: baden is dan ook ten stelligste af te raden.

Voor pijn ter hoogte van de operatiewonde kan je een pijnstiller nemen (bv. paracetamol 1g).

Niet-verteerbare hechtingen mag je huisarts of de thuisverpleging deze twee weken na de ingreep verwijderen.

De duur van herstel en de datum van hervatting is afhankelijk van de leeftijd van de patiënt en de gebruikte chirurgische benadering. Eén tot drie maanden zijn soms nodig voor volledig herstel.

Monitoring van kanker

De anatoompatholoog onderzoekt de verwijderde nierkanker. Dit onderzoek zal een aantal voorspellende kenmerken weergeven, maar kan nog niet definitief uitwijzen of je genezen bent. Slechts vijf jaar na de ingreep kan hierover uitspraak worden gedaan. De opvolging van de nierkanker hangt af van de prognostische kenmerken en gebeurt meestal door een bloedonderzoek en een CT-scan van de buikholte en de borstkas op regelmatige tijdstippen. Bij afwijkende resultaten die op herval kunnen wijzen, kan aangeraden worden een aanvullende behandeling te starten (chirurgie, radiotherapie, medicatie).

Complicaties

Tijdens de operatie

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

Tijdens de operatie moet de chirurg soms de techniek en de behandeling aanpassen, afhankelijk van bevindingen of gebeurtenissen die zich tijdens de operatie voordoen. Het is dus steeds mogelijk dat een laparoscopische ingreep wordt beëindigd en dat er wordt verder gegaan met een open ingreep.

Rond de nier liggen er organen, zoals spieren, darmen, de bijnier, de lever, de milt, de alvleesklier (pancreas), de aorta en de holle ader. Het gebeurt soms dat deze organen aangetast zijn door het kankergezwell. Zelden kunnen er ook letsels van deze organen optreden. In dat geval worden deze letsels uiteraard onmiddellijk hersteld of behandeld, indien ze herkend worden tijdens de operatie.

Elke complicatie tijdens de operatie kan aanleiding geven tot een vertraagde hervatting van de activiteit van de spijsvertering. Bij een letsel aan de dikke darm is het zeer zelden noodzakelijk om een colostoma (kunstmatige uitgang van de dikke darm in de buikwand) aan te leggen voor enkele maanden om volledige genezing mogelijk te maken.

Tijdens de operatie kan soms het longvlies worden geopend. In dit geval sluit de chirurg dit ook weer chirurgisch af en/of zal hij beslissen om gedurende enkele dagen een drain in de borstholte te plaatsen.

Letzels aan de bloedvaten kunnen optreden en aanleiding geven tot belangrijk bloedverlies, dat af en toe bloedtransfusies noodzakelijk maakt. Zelfs al wordt al het getransfundeerde bloed momenteel getest, dan nog is overdracht op een aantal besmettelijke ziekten niet 100% uit te sluiten (HIV, hepatitis,...). Hevige bloedingen die een nieuwe operatie noodzakelijk maken zijn zeldzaam.

Indien tijdens de ingreep de milt wordt gekwetst en de bloeding uit de milt niet te stelpen is, zal de milt worden weggenomen (zeer zeldzaam). Na deze ingreep zal je dan een specifiek vaccin toegediend krijgen.

Na de operatie

- Diepe veneuze trombose en longembolie:

De vorming van een stolsel in de aderen van het been of het bekken (diepe veneuze trombose of flebitis) kan aanleiding geven tot longembolie door migratie van dit stolsel naar de longen. Deze complicatie kan fataal zijn. Een injectie van een subcutaan toegediende bloedverdunner en het dragen van steunkousen na de operatie kunnen dit verhinderen.

Dankzij deze maatregelen is de kans op diepe veneuze trombose en longembolie zeldzaam tot zeer zeldzaam. Geïnjecteerde anticoagulantia verhogen echter wel het risico op nabloeding.

- Bloeding na de operatie:

Bij een belangrijke nabloeding kan een nieuwe ingreep noodzakelijk zijn, al is dit eerder zeldzaam.

- Paralytische ileus:

Hierbij komen de darmen niet of slechts zeer traag terug op gang na de operatie (darmparalyse). Onbehandeld kan dit aanleiding geven tot een opgezette buik en braken. Bij een vertraagd herstel of het niet op gang komen van de darmactiviteit blijft de maagsonde behouden (of herplaatst) voor enkele dagen. Bij een laparoscopische ingreep is dit zeldzaam, bij een open ingreep occasioneel (lumbotomie) tot frequent (laparotomie).

- Obstructieve ileus:

Bij elke operatie wordt er litteken gevormd en zullen weefselvlakken aan elkaar verkleefd raken. Indien de operatie langs de buikholte gebeurt (laparotomie, laparoscopie of robotchirurgie) bestaat er ook kans op verklevingen van de darmen. Deze kunnen zelden chronische pijn veroorzaken.

Ze kunnen soms zo belangrijk worden dat ze de darmpassage verstoren (obstructieve ileus).

In dit geval is een ingreep noodzakelijk (zeer zeldzaam). Normale darmverklevingen en littekenvorming van de weefselvlakken kunnen latere chirurgie in deze regio bemoeilijken.

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

- Verminderde nierfunctie:

Een gezonde, goed functionerende nier aan de andere kant zal de functie van de verwijderde nier grotendeels overnemen. Doorgaans vormt dit dus geen probleem, maar de nierfunctie dient wel opgevolgd te worden met een bloedafname en urineonderzoek op geregelde tijdstippen. Afhankelijk van je toestand kan je aanbevelingen krijgen qua dieet, gewicht en lichaamsbeweging, om je enige nier minder te belasten. Hoge bloeddruk, diabetes en roken verhogen het risico op nierfunctievermindering. Heb je al voor de operatie een verminderde nierfunctie en/of wordt er na de nefrectomie een duidelijk verminderde nierfunctie vastgesteld, dan zal men je doorverwijzen naar een

nefroloog (nierspecialist). Deze kan zo nodig dieetmaatregelen en medicatie opstarten. Is de nierfunctie ernstig verminderd, dan is nierdialyse nodig.

- Letsels van zenuwtakjes:

Lokale compressie of elektrocauterisatie kunnen letsels van zenuwtakjes veroorzaken die voorkomen in de zones rond de insnede(s) in de buikwand of flank. Deze letsels zullen hoogstwaarschijnlijk recupereren. Bij een lumbotomie (flankinsnede) worden soms grotere zenuwtakken gekwetst of wordt zelfs een stuk van de twaalfde rib verwijderd. Dit kan aanleiding geven tot chronische pijn in de flank.

- Wondinfectie:

Een infectie van de huidinsnedes kan occasioneel voorkomen en vereist antibiotica en/of drainage door de insnede terug wat open te maken.

- Urineweginfectie:

Een urineweginfectie is niet frequent en wordt behandeld met antibiotica. Het risico op urineweginfectie neemt toe met de duur dat de blaassonde wordt behouden.

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

Tot slot

Deze brochure betreft een algemene voorlichting en is bedoeld als extra informatie naast het gesprek met je behandelende arts.

Als je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt, kan je contact opnemen met je behandelende arts of met de verpleegkundige van de afdeling.



6052 3355 – september 2021