



Eindwerkbegeleider Peter Burggraeve

Erectiestoornissen na een robotprostatectomie: kwaliteit van leven

2010-2011

3e jaar Bachelor Verpleegkunde optie Ziekenhuis

Vanhee Jonas

Woord vooraf

Een eindwerk maken vraagt een heleboel werk. Gelukkig moest ik niet alles doen en wil ik dan ook een aantal mensen bedanken voor hun hulp om dit eindwerk tot een goed einde te brengen.

In de eerste plaats wil ik mijn stagebegeleider, Peter Burggraeve, bedanken voor de grote mate van vrijheid en vertrouwen die ik verkregen heb. Hij heeft zich niet gemengd in de uitwerking waardoor ik vrij mijn eigen ding kon doen met dit eindwerk.

Ten tweede wil ik Luc de Laere, prostaatverpleegkundige van het AZ Sint Jan Brugge, bedanken voor de verschillende adviezen die hij mij heeft gegeven. Voor het verzamelen van patiënten die bereid waren om mee te werken aan dit eindwerk.

Ten derde wil ik mijn ouders bedanken omdat ze mij de mogelijkheid hebben gegeven om te studeren wat ik graag wilde en mij hierin dan ook altijd steunden!

Een speciale 'dank u wel' voor mijn goede vriend Steven Kindt en mijn vriendin Wendy Compagnol voor het vele naleeswerk die zij hebben verricht.

Een laatste en belangrijkste dankwoord richt ik tot de patiënten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek want zonder hen zou dit eindwerk een nuloperatie geweest zijn!

Een welgemeende dankjewel,

Jonas Vanhee

Inhoud

Woord vooraf.....	III
Inleiding.....	VI
Hoofdstuk 1: probleemstelling.....	1
Hoofdstuk 2: Literatuuroverzicht.....	3
1. Anatomie en fysiologie van de prostaat.....	3
2. Prostaataandoeningen.....	5
2.1 Prostaatcarcinoom.....	5
2.1.1 Wat is (prostaat)kanker?.....	5
2.1.2 Diagnostiek en staging.....	7
2.1.3 Behandelingen.....	9
2.2 Benigne prostaathyperplasie.....	14
2.2.1 Wat is benigne prostaathyperplasie?.....	14
2.2.2 Oorzaak.....	15
2.2.3 Symptomen en diagnose.....	15
2.2.4 Behandeling.....	17
2.3 Prostatitis.....	17
2.3.1 Wat is prostatitis?.....	17
2.3.2 Behandeling.....	18
3. Erectiele functie.....	19
3.1 Anatomie van de penis en fysiologie van de erectie.....	19
3.2 Erectiele disfunctie.....	19
3.2.1 Diagnose.....	20
3.2.2 Behandelingen.....	21
4. Kwaliteit van leven na een prostatectomie: erectiestoornissen.....	24
4.1 Psychosociale problemen na radicale prostatectomie.....	24
4.1.1 Partner.....	25
4.1.2 Seksuele intimiteit.....	26
4.1.3 Relaties met vrouwen.....	26
4.1.4 Seksuele fantasieën.....	27
4.1.5 Mannelijkheid.....	27

Hoofdstuk 3: Case-study	29
1. Onderzoeksopzet	29
2. Onderzoek	31
2.1 Kwaliteit van leven na een prostatectomie: Patiënten AZ Sint Jan	32
Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie	36
1. Discussie	36
2. Conclusie	39
Bronvermelding	40
Lijst met figuren	1
Lijst met tabellen.....	1
Bijlagen.....	1

Inleiding

De prostaat is een orgaan dat enkel de man bezit en wat dus enkel de man aangaat. Het boeide me dan ook om een onderwerp uit te pikken waarmee ik later misschien ook in contact mee zou kunnen komen. Ik kan het mij niet voorstellen wat het voor een man moet betekenen om met erectiestoornissen geconfronteerd te worden.

Betere onderzoeksmethoden en grotere sensibilisering om zich te laten screenen op prostaatkanker leiden er toe dat prostaatkanker steeds vroeger wordt ontdekt. Hierdoor wordt voorkomen dat de patiënt sterft aan de kanker, maar dit voorkomt nog niet dat de behandeling hiervoor, specifiek de radicale prostatectomie, een enorme invloed kan hebben op de kwaliteit van het leven.

Dit eindwerk geeft mij de mogelijkheid om meer inzicht te verwerven wat erectiestoornissen na een prostatectomie betekent voor de patiënt. De patiënten werden geïnterviewd waarin ze hun ervaringen en gevoelens kwijt konden. Voor de patiënt kan dit eindwerk ook een meerwaarde betekenen om te zien dat ze niet alleen zijn met dezelfde problemen. Dit kan misschien nieuwe perspectieven openen voor hen door bijvoorbeeld een praatgroep op te starten en zo hun ervaringen te kunnen uitwisselen met elkaar.

In hoofdstuk 1 wordt de probleemstelling voorgesteld waarin wordt aangegeven dat erectiestoornissen, ondanks het zenuwsparend opereren, nog veel voorkomen. Deze erectiestoornissen kunnen een enorme invloed hebben op de kwaliteit van het leven waarbij extra aandacht moet besteed worden aan patiënt en partner.

In hoofdstuk 2 wordt het literatuuroverzicht weergegeven over de huidige kennis over prostaat, erectiele dysfunctie, behandelingen en de kwaliteit van het leven waarbij de partner een belangrijke rol speelt.

Hoofdstuk 3 handelt over de uitwerking van de case-study waarbij de interviews worden geanalyseerd en de resultaten worden weergegeven.

Het laatste en vierde hoofdstuk bevat de discussie en de conclusie over het onderzoek.

Hoofdstuk 1: probleemstelling

Een erectiele disfunctie (ED) is zowel het onvermogen om een erectie te krijgen als het onvermogen om een voldoende stevige erectie te krijgen om seksuele activiteit mogelijk te maken als het onvermogen om een erectie voldoende lang te behouden. Erectiele disfunctie wordt in de literatuur ook aangegeven als impotentie. (Jean H. Lewis, 2006) 50 % van de gezonde mannen tussen 40 en 70 jaar krijgen wel eens een probleem met het krijgen of behouden van een erectie (H.A.M. van Muilekom, et al. 2006) terwijl een derde van deze mannen met ED en 16 % van hun partners ontevreden zijn over hun seksleven. (Leusink P., et al. 2008)

Erectiele disfunctie is een onderwerp waarover niet snel gepraat wordt. Het komt voornamelijk voor bij oudere mannen en wordt dan ook gezien als iets dat hoort bij het ouder worden, maar ED kan ook ontstaan na een radicale prostatectomie bij behandeling van prostaatkanker. In 2004 waren er 9735 nieuwe gevallen van prostaatkanker en dit in een leeftijdsrange van 40-85 jaar (kankerregister) waarbij 3497 patiënten werden behandeld met een radicale prostatectomie (Vlaamse liga tegen kanker, onderzoeksrapport 2008). Het verschil tussen nieuwe gevallen van prostaatkanker en het aantal behandelde gevallen komt doordat vele patiënten overwegen (in overleg met arts) geen prostatectomie uit te voeren vanwege de verminderde levenskwaliteit door mogelijke bijwerkingen zoals impotentie. De prevalentie van erectiestoornissen na een prostatectomie bedraagt maar liefst 88 % (Korfage et al., 2005). In een studie van mannen die een prostatectomie hadden ondergaan, werd impotentie als het grootste probleem gezien die een impact heeft op de kwaliteit van leven. (Potosky et al., 2004)

Impotentie heeft voor zowel de man als vrouw negatieve effecten: de seksuele prestatie die sterk daalt, relaties met vrouwen die vermindert omdat deze mannen hun seksuele aspect niet meer bezitten, ook de seksuele fantasieën verminderen of verdwijnen en als laatste voelen deze mannen zich veel minder man! (Bokhour et al. 2001)

Er bestaan vele mogelijkheden om deze vier aspecten aan te pakken, maar praten over seksualiteit is moeilijk zowel voor de arts als voor de patiënt. Patiënten stellen het artsbezoek of hulpvraag dikwijls uit omdat ze hier niet onmiddellijk durven over praten. (Leusink P. et al. 2008) Het is daarom van belang om de patiënten te informeren over de verschillende gevolgen die de operatie heeft, wat de oplossingen en mogelijkheden kunnen zijn. Deze informatie die gegeven wordt kan, door de emotionele crisis van de patiënt door de diagnose, onvoldoende of niet opgenomen zijn door de patiënt waardoor hij uiteindelijk niet goed op de hoogte is van de behandeling of van de diagnose. Hierbij kan de partner van de patiënt haar man bijstaan omdat zij de zaak nuchterder kan bekijken en zo de informatie goed kan opslaan.

De onderzoeksvraag is tweeledig. Ten eerste wordt stilgestaan bij de impact en kwaliteit van leven van de patiënt na een prostatectomie. Ten tweede wordt nagegaan of de partner van de patiënt belangrijk is in het ziekteproces van de patiënt.

De resultaten werden verworven door middel van een kwalitatief onderzoek. Vijf patiënten tussen 55 en 70 jaar die een radicale prostatectomie hebben ondergaan en erectiestoornissen hebben werden aangesproken via Luc de Laere van het AZ Sint Jan Ziekenhuis van Brugge. Door middel van een semigestructureerd interview werd de data verkregen.

Hoofdstuk 2: Literatuuroverzicht

1. Anatomie en fysiologie van de prostaat

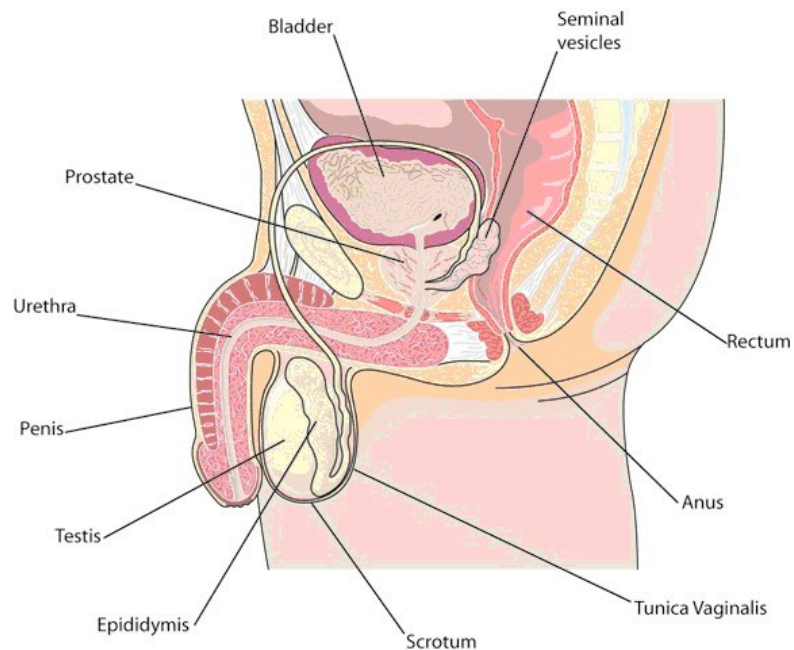
De prostaat of voorstanderklier is een orgaan dat hoort bij de mannelijke geslachtsorganen. Deze klier is omgeven door een spierkapsel in de vorm van een kastanje en vormt het begin van de urinebuis of urethra. De voorstanderklier is gelegen net onder de blaas, achter de symfyse (plaats waar de 2 schaambeenderen samenkomen) en voor het rectum. (Ludo Grégoire, 2007)

Om een zicht te krijgen over de functie van de prostaat geef ik wat meer uitleg over de productie van sperma die start in de teelballen. De teelballen of zaadballen of testes produceren zaadcellen en mannelijke hormonen. De testes bevinden zich buiten de buikholte in het scrotum (balzak). De uitwendige ligging heeft te maken met een optimale temperatuur voor vorming van zaadcellen (2°C lager dan in de buikholte). Een testis bestaat uit een 200 à 300-tal lobjes die een driehoekige vorm hebben en naar een centraal punt toelopen. In de lobjes bevinden zich verschillende gekronkelde zaadbuisjes. Gespecialiseerd epitheel in deze zaadbuisjes worden zaadcellen (spermatozoa) gevormd.

Als deze spermatozoa rijp zijn gaan deze via buisjes (ductuli efferentes) naar de bijbal die fungeert als opslagplaats.

De bijbal of epididymidis bestaat uit een vijf meter lang gekronkeld kanaal. Rijpe spermatozoa verblijven voor lange of korte duur in de bijbal

(afhankelijk van de seksuele activiteit van de man). Het gekronkeld kanaal van de bijbal gaat over in de zaadleider (ductus deferens) die het klein bekken inloopt; hij buigt rond de blaas en vormt daar een verwijding. Naast deze verwijding zijn de zaadblaasjes (vesiculae seminales) gelegen die een dik, licht alkalisch vocht afscheiden (zaadvloeistof). De zaadblaasjes monden uit in de zaadleider die tevens de prostaat binnengaat. Samen met de vesicae seminales en de prostaat zorgen de twee geelkleurige klieren van Cowper voor de productie van vocht. Deze klieren



hebben een omvang van een erwt en liggen tussen de prostaat en de penis. Hun afvoergangen eindigen in de urethra en zorgen voor neutralisering van de achtergebleven urine in de urethra. (Ludo Grégoire, 2007)(H.A.M. van Muilekom, 2007)

De voorstanderklier is verdeeld in een veertigtal lobjes(klinisch gezien in twee grote lobben: mediale lob en laterale lob) waarin het klierweefsel zich bevindt en die uitmonden in afvoerbuisjes die leiden naar de urethra. De kliertjes produceren een troebel en zwak zuur (pH = 6,3) die vooral bestaan uit citroenzuur, zure fosfatase, prostaatspecifiek antigeen (PSA), zink (bescherming tegen infectie), magnesium en andere metalen.

De prostaat groeit onder invloed van diverse factoren zoals leeftijd en hormonen. Het mannelijke geslachtshormoon testosteron, dat voor 95 % wordt aangemaakt in de cellen van Leydig (in de testes) en 5 % in de bijnieren, wordt omgezet door de prostaat in dihydrotestosteron (DHT) dat verantwoordelijk is voor de groei van de prostaat.

De prostaat wordt zowel sympathisch als parasympathisch bezenuwd. De parasympathische voorziening gebeurt vanuit de sacrale segmenten (S2-S4) en stimuleert de secretie van prostaatvocht. De sympathische zenuwbundels worden voorzien vanuit de thoracale en lumbale wervels (Th10-L2) en zorgen ervoor dat het prostaatvocht afgegeven wordt aan de urethra (zoals bij een ejaculatie gebeurt). (H.A.M. van Muilekom, 2006)(Ludo Grégoire, 2007)

De bloedvoorziening gebeurt vanuit een vertakking van de arteria vesicalis inferior samen met vertakkingen van de middelste rectale arteriën en pudendusarteriën(arteriën die ook uitwendige genitaliën, perineum en de musculus sphincter ani voorzien. (Drs. B.W. Lagerveld, 2010)

2. Prostaataandoeningen

2.1 Prostaatcarcinoom

2.1.1 Wat is (prostaat)kanker?

Kanker is een verzamelnaam voor een ongecontroleerde groei van cellen. Bij een kwaadaardige vorm van kanker delen de cellen zich snel, de kernen zijn groot en deze tumorcellen gaan minder en minder gelijken op de cellen waaruit ze afkomstig zijn. Om de werking van de kankercellen te begrijpen wordt eerst stilgestaan bij de gewone celdeling.

Ons lichaam is opgebouwd uit miljarden cellen en vormen onze bouwstenen van ons lichaam. Deze cellen worden voortdurend vervangen door nieuwe cellen waardoor er een evenwicht ontstaat tussen de aanmaak en verlies van cellen. Iedere cel deelt zich en vormt twee nieuwe cellen die eerst uitrijpen (differentiatie) en vervolgens een bepaalde functie vervullen.

De celcyclus:

- GO-fase: de cel in rust die overgaat tot celdeling start bij de "slapende cel" of cel zonder delingsactiviteiten.
- G-fase: de cel gaat over tot celdeling via de G-1-fase of fase van proteïne-synthese
- G-1-fase: de cel groeit
- S-fase: het chromosomenmateriaal (DNA) verdubbelt
- G-2-fase: deze fase gaat vooraf aan de mitose en kenmerkt zich doordat de chromosomen zich samentrekken
- M: mitose: de cel deelt zich
- GO-fase: de cel is opnieuw in rust

(zie bijlage 1)

Cellen kunnen door twee verschillende mechanismen afsterven: apoptose en necrose. Necrose is de niet geplande celdood waarbij de cel dood gaat omdat het bijvoorbeeld te weinig zuurstof heeft of door andere factoren. Apoptose is een geprogrammeerde celdood. Wanneer om één of andere reden dit apoptosesysteem wordt uitgeschakeld blijft de cel delen met als gevolg dat een tumor ontstaat. Deze tumorcellen zijn autonoom en stoppen niet met vermeerderen.

In ons lichaam worden elke dag fouten gemaakt, maar deze worden door het immuunapparaat opgeruimd. Werkt ons immuunapparaat niet goed, dan krijgen we tumoren. Hoewel het nog niet 100 % zeker is hoe de transformatie van een normale cel naar een maligne cel gebeurt zou een mutatie hier toch aan de basis van liggen.

- Genen zijn eenheden van ons erfelijk materiaal die als code fungeren voor een bepaalde functie.
 - Proto-oncogenen zijn genen die een kritische rol spelen in de regulatie van de celgroei.
 - Oncogenen zijn genen die afstammen van hun normale cellulaire componenten of proto-oncogenen.
- ⇒ Een verandering(mutatie)* in het proto-oncogen leidt tot verstoorde controle over zijn proteïneproducten en resulteert in het ontstaan van een oncogen.

*Deze mutatie uitgelegd in 2 stappen:

- 1^e stap: een interactie met een carcinogeen (stof die kwaadaardige gezwellen kunnen opwekken) met het chromosomaal materiaal (DNA) leidt tot mutatie.
- 2^e stap: deze gemuteerde cel krijgt de gelegenheid om zich te profileren. Dit heet promotie en kan jaren duren.

Kanker ontstaat in één enkele cel waarvan de proto-oncogenen zijn ontregeld die vervolgens oncogenen worden genoemd. Oncogenen zijn genen die kanker veroorzaken. De genen die voor de normale celdeling zorgen (proto-oncogenen) zijn ontspoord. Er is dus transformatie van een normale cel naar een kankercel die ongecontroleerd groeit.

Maar in ons DNA zijn er ook anti-oncogenen (= tumor suppressor genen) die deze ongecontroleerde groei verhinderen. Ze zorgen ervoor dat de celdeling wordt onderdrukt. Een verandering in dit gen leidt tot een niet tot uiting komen van zijn functie, namelijk de ongecontroleerde celgroei verhinderen. Bij overwicht van de oncogenen ten opzicht van de anti-oncogenen is er een ongecontroleerde groei van cellen. Dit is het ontstaan van kanker.

Sommige kankers vertonen een familiale aanleg, dit kan berusten op de aanwezigheid van een inactief tumor suppressor gen. (voorbeeld: BRCA 1 en 2: mutatie in het BRCA gen geeft aanleiding tot bepaalde borstkankers)

Prostaatcancer is een ziekte waarbij zich dus kwaadaardige cellen ongecontroleerd vermenigvuldigen in het weefsel van de prostaat. Een kwaadaardige prostaattumor groeit over het algemeen traag en veroorzaakt nauwelijks klachten. Soms kunnen er zich symptomen voordoen zoals een verzwakte urinestraal, vaak moeten plassen, pijn of branderig gevoel bij plassen of ejaculatie. (Marijke Messelis, 2009)

2.1.2 Diagnostiek en staging

Rectaal toucher

De gouden standaard voor het lichamelijk onderzoek is het voelen van de prostaat via een rectaal toucher. De wijsvinger wordt met behulp van glijmiddel in de anus gebracht, voorbij de sluitspier en ter hoogte het rectum kan de prostaat worden bevoeld. Bij rectaal toucher wordt de prostaat onderzocht op onregelmatigheden zoals verschil in grootte van de twee prostaatlobben of op aanwezigheid van harde structuren in het prostaatweefsel. Als een abnormaliteit wordt geconstateerd, dan is er in 15-40 % van de gevallen kans op kanker.

Het grote nadeel van rectaal toucher is dat dit sterk afhankelijk is van de persoon die dit onderzoek uitvoert. (iemand zonder ervaring zal bijvoorbeeld niets voelen, maar een ervaren iemand wel) Hierdoor kan er geconstateerd worden dat er geen carcinoom aanwezig is, terwijl er misschien wel een aanwezig is.

Bloedonderzoek

Een belangrijk element in het bloedonderzoek is de bepaling van het Prostaat Specifiek Antigeen (PSA) in het bloed. Het PSA is prostaatspecifiek, maar niet tumorspecifiek: dit wil zeggen dat wanneer het PSA-gehalte in het bloed is gestegen, er iets mis is met de prostaat. Dit kan gaan van een ontsteking tot een carcinoom, maar is zeker geen indicator voor prostaatkanker.

Het PSA wordt geproduceerd door de epitheliale cellen van de prostaat en komt vrij wanneer de prostaatstructuur doorbroken wordt en PSA in het prostaatweefsel terechtkomt en zo in de bloedcirculatie terechtkomt. De normaalwaarde van PSA is niet hoger dan 4 ng/ml, de normaalwaarde stijgt wel met het ouder worden.

Beeldvormend onderzoek

Transrectale echografie al dan niet met punctie

Echografie is een radiologisch onderzoek waarbij er geluidsgolven worden afgegeven door de echokop en de terugkaatsende golven opnieuw worden opgevangen door een sensor in de echokop.

Prostaatkanker wordt op de echografie gezien als een grotere dichtheid dat een donkere vlek geeft op de echo. Deze vlek is wel niet specifiek voor carcinoom want prostatitis geeft eenzelfde beeld op de echo.

Het doel van de transrectale echografie is het beoordelen van de prostaat, het meten van het prostaatvolume (belangrijk voor de therapiekeuze) en het bepalen van de positie voor prostaatbipten.

Via de transrectale echografie kan ook een bipt worden genomen. (Zie bijlage 2) Er wordt aangeraden om het gebruik van bloedverdunnende middelen stop te zetten en een voorbereidend klysma uit te voeren. De patiënt ligt in rugligging met opgetrokken benen. De vingerdikke probe wordt via de anus ingebracht. De biopsienaald wordt door de probe geschoven in de prostaat, dit gebeurt zonder anesthesie en is pijnloos. Er kan enkele dagen bloed in de urine, stoelgang of zaadlozing zitten, het is aan te raden 2 liter vocht per dag in te nemen. Als een eerste bipt negatief is, wordt er aangeraden een tweede af te nemen want bij 20 % van de gevallen wordt toch nog een tumor gevonden.

Computertomografie (CT-scan)

Om lokale uitbreiding van de tumor of metastasen op te sporen kan men gebruik maken van de CT-scan. De CT-scan wordt standaard bij radiotherapie gebruikt om de dosis te plannen.

Magnetic resonance imaging (MRI)

MRI geeft een beperkte waarde bij de stagering van prostaatcarcinoom, maar MRI kan wel een oplossing bieden als andere beeldvormende onderzoeken niet efficiënt zijn.

Botscintigrafie(botscan)

Bij vermoeden van botmetastasen wordt een botscan uitgevoerd. Dit kan het geval zijn bij een PSA-waarde > 20 ng/ml en Gleasonscore > 7 * en T3-tumor (zie TNM-classificatie). Ook pijn en een verhoogd alkalisch fosfatase kunnen indicaties zijn voor botmetastasen.

Er wordt een radioactieve stof in het bloed ingespoten en dit wordt verspreid over het lichaam. Enkele uren later wordt met een gammacamera opnamen gemaakt en gekeken waar de radioactieve stof zich heeft opgehoopt wat kan wijzen op een metastase.

*Gleasonscore: dit is een score waarmee wordt nagegaan of de prostaattumor traag, matig of snel groeit. De score is een getal tussen de 4 en 10.

- Een score van 4,5 of 6 is een traag groeiende tumor
- Een score van 7 is een matig groeiende tumor
- Een score van 8,9 of 10 is een snel groeiende tumor

Deze score wordt bepaald door het biopsieweefsel met de microscoop te onderzoeken. Hoe hoger het getal hoe slechter de prognose.

Stagering

Om het tumorstadium en metastasering te bepalen maakt men gebruik van de TNM-classificatie. De TNM-classificatie laat het volgende zien:

- T: Tumor: de grootte van de tumor of de lokale uitbreiding van de primaire tumor. De waarden gaan van 0-4. (Zie bijlage 3)
- N: Nodus: het al dan niet aanwezig zijn van lymfkliermetastasen. Waarden van 0-1.
- M: Metastasen: het al dan niet aanwezig zijn van metastasen op afstand. Waarden van 0-1.

De waarden geven de mate van uitbreiding aan. Zie figuur ??????? in bijlagen

(H.A.M. van Muilekom, 2006)

2.1.3 Behandelingen

2.1.3.1 Watchfull waiting of waakzaam afwachten

Het doel van deze “behandeloptie” is om patiënten met een gelokaliseerde kanker te beschermen tegen de morbiditeit en mortaliteit die een gevolg kunnen zijn van de behandeling voor de kanker. Deze optie ligt vooral open voor mannen die een geringe kans hebben dat zij zullen overlijden aan hun prostaatcarcinoom. Dit zijn patiënten met prostaatcarcinomen T1c-T2a, een PSA < 10, een Gleasonscore < 7 en een leeftijd > 75 jaar.

Met deze behandeloptie is het noodzakelijk om regelmatige controle in te voeren zoals een halfjaarlijkse PSA-meting, Gleasonscore en transrectale echografie. Wanneer het carcinoom sterk progressief wordt moet men overschakelen tot actief behandelen.

2.1.3.2 Radicale prostatectomie

Perineale radicale prostatectomie

De patiënt ligt op zijn rug in maximale steensnedeligging (liggend op de rug, de benen op en op beensteunen). De chirurg maakt een insnede rondom de anus de prostaat goed te kunnen bereiken. De prostaat wordt losgemaakt van de blaas, de urethra en de ductus deferens(deze wordt ook afgebonden). Ook de vesicae seminales worden samen met de prostaat verwijderd. Er wordt een verbinding (anastomose) gemaakt tussen de urethra en de blaashals. Postoperatief heeft de patiënt een infuus, een blaaskatheter en een wondrain.

Deze operatietechniek heeft enkele voordelen ten opzichte van de retropubische operatie (zie volgende):

- Directe toegang tot de prostaat
- Anastomose tussen urethra en blaashals is makkelijker te maken
- Geen schade aan spierweefsel van de buik
- Een kleine incisie die verborgen blijft

Deze techniek heeft ook nadelen:

- Klein operatiegebied waardoor het moeilijk is om de vesicae seminales te verwijderen
- Moeilijker om zenuwsparend te werken (meer kans op erectiestoornissen)
- Langdurig pijn bij het zitten

Er is kans op een aantal algemene complicaties, zoals nabloeding, trombose, wondinfectie en urineweginfectie. Tijdens de operatie is er een hoger risico voor een rectumlaesie (beschadiging van het rectum) wat relatief snel kan hersteld worden. Op lange termijn kan er stenose (vernauwing) van de anastomose ontstaan.

De patiënt verblijft zo'n 4 dagen in het ziekenhuis hoewel dit meer en meer tot een minimum opname wordt gewerkt. De blaaskatheter moet langere tijd ter plaatse blijven zodat de anastomose kan genezen, vervolgens wordt een cystogram (röntgenfoto's en contrastvloeistof) gemaakt om te controleren of de anastomose geen lekkage vertoont. Indien niet het geval is wordt de katheter verwijderd.

De hechtingen uit de wonde kunnen, als de wonde goed geneest, na 7 dagen worden verwijderd. Om het wondgebied te beschermen wordt de patiënt aangeraden niet te persen bij defaecatie, de anus met water te reinigen en geen ruw toiletpapier te gebruiken.

Retropubische radicale prostatectomie

De patiënt ligt op zijn rug en er wordt een mediane onderbuikincisie gemaakt of Pfannenstiehl-incisie. De musculus rectus abdominis wordt gescheiden zodat de prostaat goed bereikbaar is. Vervolgens worden de klieren rond de iliacale bloedvaten verwijderd en gecontroleerd op eventuele uitzaaiingen. Als er metastasen zijn zal de prostatectomie niet worden verricht en zal gekozen worden voor een andere behandeling zoals hormonale behandeling.

Indien geen metastasen gedetecteerd worden wordt de prostatectomie vervolgd: de bloedvaten die over de prostaat en urethra lopen worden afgebonden om zo de bloedingen te beperken. Als het mogelijk is worden de zenuwbundels losgemaakt van de prostaat en gespaard (om de kans op erectiele disfunctie te beperken). De gehele prostaat, de zaadblaasjes (vesicae seminales) en

klein deel van de blaashals worden verwijderd. Er wordt een anastomose gemaakt tussen de urethra en de blaas.

De patiënt heeft een blaaskatheter, een infuus en een wondrain. Na de operatie mag hij zich onmiddellijk mobiliseren en mag eten en drinken naarmate dit gaat.

Deze manier van opereren heeft enkele voordelen ten opzichte van de perineale operatie:

- Men heeft directe toegang tot de lymfeklieren
- Het is makkelijker zenuwsparend te opereren (omdat men veel meer plaats en zicht heeft op de prostaat)
- Er is minder kans op rectumlaesie (beschadiging van het rectum)

Er is enkel één nadeel:

- Er is kans op meer bloedverlies

Postoperatief is er kans op nabloeding, trombose, wondinfectie en urineweginfectie. Ook stenose van de anastomose kan ontstaan.

De verblijfsduur voor een retropubische operatie is wat langer in vergelijking met de perineale operatie (6-tal dagen) hoewel men opnieuw meer en meer streeft naar opnameverkortung. Katheter en wondzorg is gelijkaardig zoals bij de perineale operatie. Wel zouden de patiënten de neiging hebben om minder diep in –en uit te ademen doordat dit pijnlijk is in de wondstreek. Goede pijnstilling en ademhalingsoefeningen zijn hier vereist.

Laparoscopische radicale prostatectomie

Net onder de navel wordt een kleine incisie gemaakt waar men de trocar voor de laparoscopus (camera) plaatst. Vervolgens plaatst men nog 4 trocars die fungeren als werkanalen. Om ruimte te creëren blaast men de buik op met behulp van CO₂-gas.

Eerst wordt de lymfeklieren gecontroleerd op metastasen. Indien dit niet het geval is wordt de laparoscopie vervolgd. Eerst worden de zaadblaasjes verwijderd en de ductus deferens wordt gecoaguleerd. Om de overgang tussen de blaas en prostaat goed te kunnen zien wordt een vloeistof in de blaas gebracht. Eerst wordt de prostaat verwijderd van de blaas en vervolgens van de urethra. De prostaat wordt verwijderd en een anastomose wordt gemaakt tussen de urethra en de blaas.

Deze operatie heeft enkele voordelen in vergelijking met de perineale en retropubische operatie:

- Minder bloedverlies
- Anatomische structuren worden meer behouden
- Kleine incisies
- Sneller herstel

Ook enkele nadelen:

- Langere operatieduur (afhankelijk van patiënt, ervaring chirurg, grootte prostaat,...)
- Meer kans op rectumbeschadiging
- Verhoogde kans op stenose van de anastomose waardoor meer kans op urineobstructie

Net zoals bij de andere vormen van prostatectomie zijn er enkele algemene complicaties, zoals nabloeding, trombose, wondinfectie en urineweginfectie.

Tijdens de operatie kan beslist worden om over te gaan op een laparotomie in plaats van een laparoscopie. De reden hiervoor kan zijn dat men niet genoeg zicht heeft op de organen.

Doordat er weinig schade werd aangericht aan de anatomische structuren is de patiënt maar voor een korte periode opgenomen in het ziekenhuis (één à twee dagen). Het postoperatief herstel is over het algemeen sneller dan de andere 2 operaties. De hechtingen kunnen na 7 dagen verwijderd worden. De patiënt kan klagen van pijn ter hoogte van de incisies en van de schouder (door prikkeling van het middenrif).

Robotprostatectomie(Da Vinci)

Het systeem bestaat uit een chirurgconsole met bedieningsarmen –en pedalen voor de chirurg, de monitorwagen (met camerasysteem, monitor en benodigdheden voor laparoscopie) en een patiëntenwagen met de robotarmen die op verschillende wijzen aan de operatietafel kunnen bevestigd worden (afhankelijk van operatie). De chirurg bedient de console met behulp van de bedieningsarmen en kan de robot op afstand bedienen. Via de voetpedalen kan de chirurg de camera sturen. Er is ook een communicatiesysteem tussen de patiëntenwagen en de chirurgconsole zodat de chirurg in verbinding staat met de assistenten bij de patiënt.

De prostaat kan op twee verschillende wijzen worden benaderd: ofwel kiest de chirurg voor de extraperitoneale retropubische benadering ofwel voor de intraperitoneale benadering. De extraperitoneale manier wordt tegenwoordig het meest toegepast en heeft als grote voordeel dat men uitvoerig de lymfeklieren kan dissecteren.

Na het plaatsen van de robotpoorten (de werkkanalen voor de robot) worden instrumenten aan de robotarmen bevestigd. Deze instrumenten kunnen tijdens de operatie vervangen worden door de assistenten. De patiënt wordt in trendelenburgligging om zo de darm uit de weg van de prostaat te houden. De blaashals wordt door middel van transrectale echografie geïdentificeerd en losgemaakt van de prostaat. Nadat deze is losgemaakt worden ook de zaadblaasjes en de prostaat verwijderd. Er wordt verbinding gemaakt tussen de blaas en de urethra en vervolgens een katheter geplaatst totdat deze verbinding is genezen.

Bij een zenuwsparend ingreep worden de zenuwbundels samen met het prostaatcapsel losgemaakt van de prostaat om de kans op erectie na de ingreep zo groot mogelijk te maken. Indien er sprake is van tumorgroei in het kapsel worden enkel de zenuwbundels gespaard die zich buiten dit kapsel bevinden. De kans op erectiebehoud na een robotprostatectomie is 50-97 %. De leeftijd speelt hier een belangrijke rol, bij jongere mannen is de kans op behoud van de erectiefunctie groter dan oudere mannen.

De gemiddelde opnameduur bedraagt twee tot drie dagen. De patiënt gaat met de blaaskatheter naar huis en komt na zeven tot tien dagen terug om een cystogram te maken om te kijken of er geen lekkage is van de anastomose tussen blaas en urethra.

Algemene complicaties kunnen optreden, zoals nabloeding, trombose en rectumlaesie hoewel de kans op complicaties lager ligt dan de perineale en retropubische operatie.

2.1.3.3 Radiotherapie

Brachytherapie

Brachytherapie ofwel inwendige bestraling is een vorm van radiotherapie waarbij de stralingsbron zo dicht mogelijk bij de kankercellen wordt gebracht om op die manier de celgroei te stoppen. Deze techniek is vrij precies en zorgt ervoor dat de gezonde cellen niet worden aangetast.

De behandeling gebeurt onder algemene verdoving. De patiënt wordt met de benen gespreid op beenstenen geïnstalleerd (steensnedeligging). Er wordt een blaaskatheter ingebracht en de huid wordt grond ontsmet. Via een transrectale echografie wordt de positie van de prostaat bepaald. Nadat de positie is bepaald worden onder echografische begeleiding fijne naalden door het perineum (streek tussen balzak en anus) in de prostaat geprikt. Via deze holle naalden worden de "zaadjes" in de prostaat gebracht. Afhankelijk van de grootte van de prostaat worden tussen de 50 en 120 zaadjes ingebracht.

Na de operatie verblijft de patiënt nog 24 uur in het ziekenhuis, de katheter mag de dag na de operatie worden verwijderd en indien de patiënt kan plassen, mag hij naar huis.

Stralingsgevaar van de zaadjes is er niet omdat deze radioactieve zaadjes een lage energetische waarde hebben waardoor straling buiten het lichaam uiterst gering is.

Bijwerkingen zoals regelmatig moeten plassen, roodkleurige urine, een branderig gevoel bij plassen en een zwakke straal komen regelmatig voor. Indien patiënt erg veel last heeft van deze klachten kan hij contact opnemen met de arts.

Uitwendige bestraling

Externe bestraling gebeurt op basis van computertomografie (CT) en intensiteitsgemoduleerde radiotherapie. Hierbij worden de radioactieve stralen ter hoogte van het doelorgaan (de prostaat) homogeen verdeeld en de risico-organen (zoals blaas en darmen) in de minste hoeveelheid aangetast.

De patiënt ligt op zijn rug met de benen in beensteunen en er wordt gemarkeerd om het bestralingsveld aan te duiden, maar ook de risico-organen aan te duiden.

Externe bestraling wordt dikwijls gecombineerd met hormonale therapie (zie verder). Hormonale therapie wordt gebruikt om de tumor te verkleinen zodat de bestraling deze verder kan elimineren.

2.1.3.4 Hormonale therapie

Met een hormonale behandeling wordt een behandeling met LHRH-agonist (hersenen stoppen met de productie van het natuurlijk LHRH die zorgt voor stimulatie van de productie van testosteron die op zijn beurt zorgt voor stimulatie van tumorgroei, de productie van testosteron wordt uiteindelijk volledig stopgezet), een antiandrogeen of combinatie van beide.

Deze hormonale behandeling dient als voorbehandeling voor externe radiotherapie. De hormonale voorbehandeling geeft een afname van prostaatvolume en tumorvolume waardoor er minder stralingsdosis nodig is om de tumor volledig te vernietigen.

(H.A.M. van Muilekom; 2006)

2.2 Benigne prostaathyperplasie

2.2.1 Wat is benigne prostaathyperplasie?

Benigne prostaathyperplasie is een goedaardige prostaatvergroting door vermeerdering van de cellen en het aanspannen van het spierweefsel van de prostaat. Door deze prostaatvergroting zal er druk worden uitgeoefend op de urethra.

Vanaf de leeftijd van 40 jaar begint bij de meeste mannen de prostaat in volume toe te nemen. Door deze toename van volume wordt de urethra geleidelijk aan vernauwd of zelfs afgesloten.

Prostaathyperplasie komt voornamelijk voor bij mannen van 50 jaar en ouder. Boven de 80 jaar heeft zowat de helft van de mannen last van benigne prostaathyperplasie.

De klachten die BPH met zich meebrengt kunnen verholpen worden door verschillende behandelingen en het is daarom belangrijk om dus niet met deze klachten te blijven rondlopen. Benigne prostaathyperplasie is een goedaardige prostaatvergroting en mag dus niet verward of in relatie gebracht worden met prostaatkanker waar de prostaatvergroting maligne(kwaadaardig) is. (Walter Peetermans, 2002)

2.2.2 Oorzaak

Wat BPH nu precies doet ontstaan is nog niet echt bekend. Men vermoedt dat door het toenemen van de leeftijd hormoonveranderingen en veranderingen in groeifactoren aan de basis liggen van de toename van cellen in de prostaat.

Voeding kan de hormonen en ook de samentrekkingen van het spierweefsel, die de urinebuis dichtduwen, beïnvloeden. Hoewel dit vastgesteld werd, is er nog weinig onderzoek over de invloed van voeding op BPH.

2.2.3 Symptomen en diagnose

De symptomen van BPH verschillen van patiënt tot patiënt:

- Frequentere plasbeurten per dag (pollakisurie)
- Frequent nachtelijk plassen (nycturie)
- Moeilijke urinelozing
- Zwakke urinestraal
- Gevoel dat de blaas niet volledig is geledigd na plasbeurt
- Het niet kunnen plassen (urineretentie)
- Verlies van urine bij een overvolle blaas

De diagnose wordt vastgesteld via:

- Een rectaal onderzoek namelijk rectaal toucher zoals bij de diagnosestelling van prostaatkanker.
- Een transrectale echografie of een cystoscopie (met camera via de plasbuis de prostaat bekijken)
- Bloedonderzoek om een PSA-meting te doen.

- Een plastest om de kracht van de plasstraal na te kijken.

2.2.4 Behandeling

Benigne prostaathyperplasie is geen levensbedreigende aandoening en wordt dus enkel behandeld als de symptomen als een hinder worden ervaren door de patiënt.

Milde symptomen worden niet onmiddellijk behandeld, maar er wordt een waakzaam afwachtende houding voorgesteld. Hierbij wordt de patiënt regelmatig gecontroleerd en wanneer de symptomen verergeren wordt een andere behandeling voorgesteld.

Bij matig ernstige symptomen wordt een medicamenteuze behandeling voorgesteld:

Bij ernstige symptomen of als de medicamenteuze behandeling niet werkt is een chirurgische behandeling aangewezen. Deze behandeling bestaat uit een TURP (Trans Urethrale Resectie van de Prostaat)

Deze chirurgische techniek bestaat erin de prostaat van binnenuit uit te pellen door middel van een rectoscoop die in de plasbuis wordt ingebracht. Met een snijvlak van de rectoscoop wordt het prostaatweefsel in kleine stukjes afgesneden. Deze kleine stukjes worden 'chips' genoemd. Enkel het prostaatweefsel die de urethra hindert wordt verwijderd, het prostaatkapsel blijft intact. Een jaarlijkse controle bij de arts op prostaatkanker wordt aangewezen na een TURP. (Walter Peetermans, 2002)

2.3 Prostatitis

2.3.1 Wat is prostatitis?

Prostatitis is een ontsteking van de prostaat die bij vooral jongere mensen tussen 20 en 50 jaar voorkomt. Dit kan acuut of chronisch voorkomen, in bacteriële of niet-bacteriële vorm. Deze infectie veroorzaakt pijn in de onderbuik, testes en liezen en kan een branderig gevoel geven bij het plassen. Nycturie (= nachtelijk plassen), pollakisurie (= toename aantal urinelozingen per dag), dysurie (= moeilijke urinelozing) en verzwakte urinestraal komen ook voor bij deze pathologie. Een chronische prostatitis kenmerkt zich door periodes met klachten afgewisseld met klachtenloze periodes.

De diagnose wordt veeleer gesteld door een anamnese en een lichamelijk onderzoek. Hierbij aanvullend een urineonderzoek, bloedonderzoek om het PSA-gehalte te meten, een cytoscopie, een echografie en een mictie-residubepaling. Via het urineonderzoek kan men te weten komen of het gaat om een bacteriële prostatitis of niet. Dit is belangrijk in functie van de behandeling. (Walter Peetermans, 2002)

2.3.2 Behandeling

De behandeling van een prostaatontsteking is afhankelijk van een bacteriële of niet-bacteriële prostatitis:

- Antibiotica
- Alfa-blokkers: zorgen voor ontspannen van prostaatspieren en blaashals waardoor de plasweerstand wordt verminderd.
- NSAID: remmen de ontsteking
- Chirurgie: wordt enkel toegepast in extreme gevallen
- Vermijden van koffie, alcohol of kruiden
- Prostaatmassage
- Warme zitbaden
- Beweging en sport

(Walter Peetermans, 2002)

3. Erectiele functie

3.1 Anatomie van de penis en fysiologie van de erectie

De penis bestaat uit drie zwellichamen. Het kleinste zwellichaam is het corpus spongiosum en bevindt zich rond de urethra. Bovenop het corpus spongiosum liggen de corpora cavernosa. Het corpus spongiosum en de corpora cavernosa worden gescheiden door een bindweefselschot.

De corpora cavernosa bestaan uit verschillende met bloed gevulde ruimten en worden van bloed voorzien door de arterie pudenda interna (tak van de arterie iliaca interna) en worden via veneuze netwerken gedraineerd. (A.G.H. Smals, 1986)

De top van de penis wordt gevormd door een verdikking van het corpus spongiosum en wordt de eikel genoemd. De huid van de penis is makkelijk verschuifbaar door een laagje losmazig bindweefsel die zich onder de huid bevindt. Deze huid eindigt met een aanhechting aan de achterkant van de eikel. De huid die de eikel bedekt wordt de voorhuid genoemd en kan over de eikel worden geschoven.

De lengte van de penis varieert meestal van vijf tot twaalf centimeter en is slap. Wanneer er seksuele prikkeling is, wordt de bloedtoevoer naar de zwellichamen verhoogd en vernauwen de venen waardoor het bloed langer in de zwellichamen blijft zitten. De penis wordt hierdoor langer, dikker en harder. De spanning in de penis neemt toe en de penis komt in erectiestand te staan. De corpora cavernosa zorgen voor de erectie terwijl het corpus spongiosum, die week is, ervoor zorgt dat de urethra niet wordt dichtgedrukt. De penis heeft in erectiestand een lengte van vijftien tot negentien centimeter. (Ludo Grégoire, 2007)

3.2 Erectiele disfunctie

Een erectiestoornis kan tot stand komen door drie oorzakelijke factoren:

- Een zenuwstoornis: de zenuwimpuls die nodig is om een erectie tot stand te laten komen komt niet tot stand.
- Er stroomt niet genoeg bloed naar de penis en zo naar de zwellichamen waardoor deze niet optimaal worden gevuld.
- Het bloed wordt niet genoeg vastgehouden in de zwellichamen en draineert te snel af via het venennetwerk.

Het niet tot stand komen van de zenuwimpuls kan het gevolg zijn van een stoornis in het centrale of perifere zenuwstelsel. Deze stoornis kan veroorzaakt worden door psychologische factoren

zoals stress, angst, maar ook door lichamelijke factoren zoals hypo –en hypergonadisme(verminderde of vermeerde hormonale werking van de geslachtsklieren lumbosacraal radiculair syndroom(pijn gevoeld door compressie van de zenuwwortels), multiple sclerose of ruggenmergletsels. (Jean H. Lewis, 2006) Bij een radicale prostatectomie wordt getracht om zenuwsparend te werken zodat de zenuwimpuls tot stand kan komen. Als het bij de chirurgische ingreep lukt om de zenuwbundels vrij te prepareren van de prostaat is de kans op behoud van de erectie 50-97%. (Dr. T.A. Boon, 2009)

Wanneer er niet genoeg bloed naar de penis en zo naar de zwellichamen stroomt kan dit wijzen op onvoldoende arteriële bloedtoevoer. Dit kan veroorzaakt worden door atherosclerotische aandoeningen (wat het gevolg kan zijn van diabetes mellitus, hoge bloeddruk, roken en lage HDL-cholesterolwaarden) en trauma's.

De erectiele disfunctie als gevolg van het niet genoeg kunnen vasthouden van het bloed in de zwellichamen duidt op een veneuze lekkage doordat het bloed te snel wordt gedraineerd uit de zwellichamen. Deze lekkage kan een gevolg zijn onvoldoende relaxatie van de gladde spieren van de corpora cavernosa (wat het gevolg kan zijn van bepaalde medicatie) of van fibrose van deze gladde spieren.

De erectiestoornis zal in veel gevallen een combinatie zijn van deze drie oorzakelijke factoren. (Jean H. Lewis, 2006)

3.2.1 Diagnose

De diagnose zal gesteld worden via een kort gesprek, een korte vragenlijst en een lichamelijk onderzoek. Bij sommige gevallen is er speciaal onderzoek nodig zoals nachtelijke tumescentiemeting en kleurendoppler om de systolische druk van de arteria cavernosa te meten.

- Een kort gesprek met de patiënt om de ernst en frequentie van de erectiestoornis. In dit gesprek neemt de arts een anamnese af om te weten te komen of er geen factoren zijn die betrekking hebben of oorzakelijk zijn aan de erectiele disfunctie.

De arts gaat in de anamnese na of de patiënt geen medicijnen inneemt of stress heeft die bepalend zijn voor de erectiestoornis, bepaalde chirurgische ingrepen waardoor er stoornissen optreden zoals een prostatectomie.

- De Sexual Health Inventory for Men (SHIM) is een korte vragenlijst met vijf vragen over de seksuele activiteit en erectiele functie. Hiermee kan men de ernst en aanwezigheid van een erectiestoornis vaststellen.
- Lichamelijk onderzoek met betrekking tot de urogenitale, endocriene, vasculaire en neurologische systemen:

- Bij het urogenitale systeem wordt gelet op de secundaire geslachtskenmerken, de testisgrootte, prostaatgrootte (via rectaal toucher) en de anale-sfincterspanning.
 - Bij het endocrien stelsel worden verschillende laboratoriumbepalingen gedaan zoals serumbepalingen, bepaling van het TSH (tyroïd stimulerend hormoon)-spiegel en een PSA-bepaling.
 - Bij het vasculaire systeem wordt beoordeeld via de perifere arteriën.
 - Bij het neurologisch systeem worden verschillende reflexen getest:
 - Bulbocavernosusreflex: hierbij wordt in de eikel geknepen om de contractie van de anale sluitspier teweeg te brengen.
 - Cremasterreflex: de binnenzijde van het dijbeen wordt geprikkeld waardoor de cremasterspier zich aanspant en de testes worden opgetrokken.
 - Vibratiezin: met een instrument dat in trilling wordt gebracht raakt de arts een bepaald regio aan met dit instrument. Patiënt geeft aan of hij dit voelt of niet.
 - Speciaal onderzoek:
 - Nachtelijke tumescentiemeting: dit is een onderzoek naar de zwelling en stijfheid van nachtelijke erecties. Er worden sensoren geplaatst aan de basis en de top van de penis, deze sensoren meten gedurende een tot drie dagen de omtrek en stijfheid van de penis.
 - Kleurendoppleronderzoek om de druk in de arterie cavernosa te meten en zo te meten of de bloedtoevoer naar de zwellichamen voldoende is om de erectie tot stand te brengen of te behouden.
- (Jean H. Lewis, 2006)(A.G.H. Smals, 1986)

3.2.2 Behandelingen

De behandeling wordt in verschillende niveaus onderverdeeld waarbij men begint bij het eerste niveau. Wanneer dit niveau niet werkt gaat men over naar een volgend hoger niveau. Hoe hoger het niveau, hoe invasiever de behandeling is.

Vooraleerst de behandeling wordt gestart, zal de betrokken arts voldoende uitleg geven over de bepaalde behandeling, of het een invasieve behandeling is. De patiënt is niet verplicht om per se de verschillende niveaus te volgen. De patiënt kan na de bespreking met de arts kiezen voor een invasieve behandeling in plaats van bijvoorbeeld orale medicatie.

3.2.2.1 Eerstelijnsbehandelingen

Orale medicatie

PDE-5-remmers remmen de aanmaak van PDE-5, een enzym dat aanwezig is in het erectiele weefsel en verantwoordelijk voor de afbraak van het cyclisch guanosine monofosfaat, waardoor een vaatverwijdend effect ontstaat en de gladde spiercellen in het corpus cavernosum verslappen. Hierdoor ontstaat een erectie na ongeveer 30-60 minuten. Bijwerkingen van PDE-5-remmers zijn hoofdpijn, blozen, een opgeblazen gevoel en een verstopte neus.

Voorbeelden van PDE-5-remmers zijn sildenafil (bvb. Viagra), Vardenafil (bvb. Levitra) en tadalafil (bvb. Cialis). Uit verscheidene klinische trials is gebleken dat mannen die sildenafil gebruiken, het meest in staat zijn om een erectie te krijgen die voldoet om seksuele gemeenschap te hebben. (Jean H. Lewis, 2006)(H.A.M. van Muilekom, 2006)(N. Lumen, 2008)

Vacuümpompen

De vacuümpomp is een pomp gebruikt wordt om een erectie te verkrijgen. Het bestaat uit een plastic cilinder, een pompsysteem en een rubberen drukring. De cilinder wordt over de penis geschoven en door middel van de rubberen ring goed afgesloten van de omgeving. De lucht wordt uit de cilinder gepompt met het pompsysteem. Er wordt een vacuüm gecreëerd waardoor het bloed in de zwellichamen van de penis worden gezogen en een erectie ontstaat wat soms pijnlijk kan zijn. Om de erectie te behouden schuift men de rubberen ring van de cilinder op de basis van de penis zodat het bloed niet kan wegvloeien uit de zwellichamen. Deze drukring mag zo'n 30 minuten ter plaatse blijven zitten.

Een mogelijke bijwerking is bloedingen in de zwellichamen. Patiënten die bloedverduuners nemen worden dus afgeraden de vacuümpomp te gebruiken. (Jean H. Lewis, 2006)(H.A.M. van Muilekom, 2006)(N. Lumen, 2008)

3.2.2.2 Tweedelijnsbehandelingen

Zelfinjectietherapie

Bij een zelfinjectietherapie wordt met een spuit en naald een kleine hoeveelheid medicijn met vasoactieve werking rechtstreeks in het corpus cavernosum gespoten. Dit brengt een relaxatie teweeg van de gladde spiercellen en vasodilatatie van de arteriën waardoor na 5-15 minuten een erectie ontstaat die zo'n 30-120 minuten aanhoudt. Mogelijke bijwerkingen zijn pijn in de penis of lies en een lage bloeddruk (door de vasodilatatie).

Een ernstige complicatie die kan optreden is priapisme. Hierbij duurt de erectie meer dan vier uur. Het priapisme kan worden opgeheven door bloed te onttrekken uit de zwellichamen. Dit gebeurt wanneer de erectie na acht uur nog niet is afgenomen. Wanneer het onttrekken van bloed uit de zwellichamen niet lukt kan een sympathicomimeticum worden toegediend. Als dit

niet lukt zal men uiteindelijk ingrijpen met chirurgie. De oorzaak van priapisme kan liggen in het teveel gebruik van de zelfinjectie of een te hoge dosis van het medicijn. (H.A.M. Muilekom, 2006)

Urethrale therapie

Alpropostadil staat centraal in de urethrale therapie. Alproprastadil zorgt voor de relaxatie van de gladde spiercellen en vasodilatatie van de arteriën naar de corpora cavernosa. Een applicator wordt in de urethra gebracht en door een druk op de knop valt het medicijn in de urethra. Door de penis zachtjes te masseren wordt het medicijn over de zwellichamen verdeeld. Er ontstaat een erectie na vijf tot tien minuten en duurt een 30-60-tal minuten.

De meest voorkomende bijwerkingen zijn pijn in de penis en een brandend gevoel in de urethra. De succesvolle werking van urethrale therapie wordt volgens literatuur niet hoger geschat dan 40%. (H.A.M. van Muilekom; 2006)(Jean H. Lewis, 2006)

3.2.2.3 Derdelijksbehandelingen

Penisprothese

Als de eerste en tweede lijnsbehandelingen in een periode van ongeveer één tot twee jaar niet werken heeft de patiënt de mogelijkheid tot het plaatsen van een penisprothese. Dergelijke prothese geeft altijd erectie en is dus zeer betrouwbaar. Na plaatsing van een penisprothese is het niet meer nodig om orale medicatie of injecties te gebruiken. Er bestaan twee soorten penisprothesen: de semirigide prothese en de oppompbare prothese.

De semirigide prothese bestaat uit twee staafjes die in de zwellichamen worden ingebracht. De penis is dus altijd stijf en kan omhoog worden gebogen voor de coïtus en opnieuw naar beneden worden gebracht na de coïtus.

De oppompbare prothese bestond als eerste uit drie elementen: cilinders in de zwellichamen, een pompsysteem in het scrotum en een vochtreservoir in de buikholte. Een erectie ontstaat wanneer het pompsysteem handmatig wordt gestart en het vocht uit het vochtreservoir naar de cilinders stroomt. Na de seksuele activiteit verdwijnt de erectie volgens het zelfde mechanisme, maar nu stroomt het vocht van de cilinders naar het vochtreservoir. Deze erectie is stijf genoeg voor penetratie en seksuele gemeenschap. Tegenwoordig zijn er reeds systemen met twee elementen en één element waarbij vochtreservoir en het pompsysteem worden verwerkt in de cilinders die in de penis worden verwerkt.

De oppompbare prothese is zeer succesvol: in 2,5 % van de gevallen leidt het tot geen resultaat. Er kunnen zich complicaties voordien tijdens de ingreep zoals infecties, perforatie van de urethra of corpus cavernosum of langdurige pijnklachten. (Jean H. Lewis, 2006)(H.A.M. van Muilekom, 2006)

4. Kwaliteit van leven na een prostatectomie: erectiestoornissen

Prostaatkanker is een van de meest voorkomende kankers in de wereld. Er wordt geschat dat, enkel in Europa, ongeveer twee miljoen mannen leven met prostaatkanker en deze getallen stijgen door het feit dat men bewust is dat men prostaatkanker kan krijgen en dus meer aan preventie en screening wordt gedaan. (Marcelo A Orvieto et. al., 2010)

De prevalentie van prostaatkanker stijgt dus door meer screening, meer bij oudere mannen dan jongere mannen. Begin jaren '90 kwam het gebruik van de PSA-bepaling op waardoor de incidentie van prostaatkanker snel steeg. In verschillende studies bleek dat PSA-bepaling de mortaliteit van prostaatkanker significant deed dalen. (Charles P. Vega, 2009)

De diagnose kanker wordt snel geassocieerd met dood, hoewel ongeveer 85 % van de mannen met prostaatkanker vijf jaar na de diagnose nog in leven zijn. Prostaatkanker dient behandeld te worden en dit in de meeste gevallen met een radicale prostatectomie. Deze behandeling brengt nevenwerkingen zoals incontinentie en impotentie met zich mee. Hoewel er zenuwsparend wordt gewerkt, heeft toch 59,9 % na 18 maanden postoperatief nog erectiestoornissen. (JAMA, 2000) Erecties kunnen onmiddellijk na de radicale prostatectomie terugkeren, maar meestal blijven de erecties onvoldoende om gemeenschap te hebben tot ongeveer twee jaar na de ingreep. Deze erectiestoornissen kunnen worden aangepakt met verschillende behandelingen zodat gemeenschap met de partner opnieuw mogelijk zou kunnen zijn. Hierbij is het belangrijk dat er niet enkel gekeken wordt naar de behandeling en de werking ervan, maar ook de impact van de erectiestoornissen en de behandeling ervan op de patiënt en de partner. De kwaliteit van leven van de patiënt en partner moeten nog altijd kunnen gegarandeerd worden.

Patiënten die behandeld worden voor hun erectiestoornissen zijn hier niet altijd mee geholpen want tien procent van deze mannen zijn ontevreden over hun behandeling van de erectiestoornissen waarbij dan in vraag kan stellen of de behandeling wel effectief is en of er psychosociale aspecten meespelen in de erectiestoornissen of de patiënt de juiste keuze van behandeling heeft gemaakt. (D. Wittmann, 2009)

4.1 Psychosociale problemen na radicale prostatectomie

Vanaf het begin dat de patiënt de diagnose prostaatkanker te horen krijgt, geeft dit een invloed op de kwaliteit van het leven van de patiënt en partner. Men wordt onmiddellijk geconfronteerd met hun ziekte doordat men keuzes moet maken om de prostaatkanker te behandelen. De keuze die de patiënt moet maken is zeer moeilijk omdat elke behandeling nevenwerkingen met zich

meebrengt voor de patiënt waardoor er nog meer psychosociale stress bij komt te kijken. (Bokhour et. al, 2001)

Erectiestoornissen na een radicale prostatectomie is een veelvoorkomend neveneffect die een grote impact kan hebben op de patiënt. In een studie van 1156 patiënten werd erectiele disfunctie als een groot probleem gezien waarbij bij meer dan 70 % van deze patiënten hun kwaliteit van leven sterk zag verminderen. (D. Wittmann, 2009) Het verlies van de mogelijkheid tot erecties en daardoor het verlies van de mogelijkheid tot spontane gemeenschap, kan een grote impact hebben op de kwaliteit van het leven.

Het seksueel functioneren verminderd enigszins met de leeftijd, maar het seksuele aspect van de man blijft belangrijk. We kunnen verwachten dat de man, die een radicale prostatectomie heeft ondergaan, de erectiestoornissen ziet als een groot verlies en een grote impact heeft op zijn kwaliteit van leven.

4.1.1 Partner

Bij het nemen van een beslissing over een behandeling denkt de patiënt meestal alleen aan het bestrijden van de kanker en heeft hij geen oog voor het leven na de behandeling. Omdat de patiënten in een crisissituatie zitten, willen ze zo snel mogelijk van deze situatie af waardoor men niet kijkt naar de nevenwerkingen na de behandeling. Genezen staat voor de patiënt op de eerste plaats en seksualiteit speelt dan een minder belangrijke rol. Hierdoor wordt het risico gelopen dat de patiënt spijt kan krijgen van zijn keuze van behandeling.

Als hulpverlener moeten we hier kunnen op ingrijpen of kunnen we zoeken naar andere oplossingen. We kunnen de patiënt bijvoorbeeld meer controle geven over de beslissing door de patiënt te laten bijstaan door partner of iemand die hij vertrouwt. Deze partner of vertrouweling kan de situatie nuchter bekijken wanneer de patiënt bijvoorbeeld overdonderd wordt door de diagnose. (Ward Rommel, onderzoeksrapport 2007)

In een eerdere studie (Riechers, 2004) werd vastgesteld dat de patiënt met kanker wenste dat zijn partner hem vergezelde bij de verschillende consultaties en controles in het ziekenhuis. Hij ervaart zijn partner als eerste zorgverlener voor hem. Deze mannen willen ook graag hun partner bij de beslissing die gemaakt moet worden omtrent de behandeling voor de prostaatanker en zijn heel blij met de zorg die hun partner voor hen doet! Dit benadrukt opnieuw het feit dat de partner in het zorgplan van de patiënt moet verwerkt worden omdat zij de eerste zorgverleners zijn van de patiënt. (Riechers, 2004)

In hetzelfde onderzoek van Riechers (2004) kwam men tot de vaststelling dat er veranderingen waren door de kanker van de man op vier verschillende dimensies. Eén dimensie hiervan was dat

de relatie tussen man en vrouw veranderd was door de ervaring met de prostaatcancer. Of deze verandering in negatieve of positieve zin is veranderd is afhankelijk van relatie tot relatie. (Riechers, 2004)

4.1.2 Seksuele intimiteit

Erectie wordt dikwijls gebruikt in mechanische termen van stevigheid voor penetratie. De mannen met erectiestoornissen zien een erectie als een intieme ervaring die bevredigend kan zijn voor zowel hem als zijn partner en is niet zozeer gericht op de penetratie. Door het verminderd vermogen van de man om een erectie te krijgen wordt de emotionele en fysieke band met zijn partner als het ware wat onderbroken omdat vroeger intiem contact leidde tot seksuele geslachtsgemeenschap. Zo waren ze angstig om intiem contact te hebben met hun partner uit schrik om een beschamende prestatie neer te zetten als man. Het verminderd seksueel vermogen werd ook geassocieerd met de vrees voor verlegenheid, om het seksuele verlangen van de partner niet te kunnen vervullen.

Mannen voelen zich onwennig en onhandig wanneer men met mechanische of medische hulpmiddelen een erectie wil bekomen. Men moet reeds vooraf plannen wanneer men gemeenschap met elkaar zal hebben zodat men bijvoorbeeld tijdig de injecties kan toedienen. Men kan dan wel de seksuele gemeenschap hebben met hun partner, maar dit komt zeer onnatuurlijk en geforceerd over.

Mannen en hun partners zoeken een andere manier om intiem te zijn om zo tot een gevoel van intimiteit te komen. Toch hebben mannen, ondanks het zoeken naar een andere manier van intimiteit met de partner, een diep gevoel van verlies.

4.1.3 Relaties met vrouwen

Mannen beschrijven ook veranderingen in de manier van omgang met vrouwen buiten de intieme relatie. Vooral mannen die niet getrouwd waren of vrijgezel waren ondervonden dat ze, in vergelijking met de periode voor de prostaatcancer, de sociale interacties met vrouwen op een nieuwe manier ervaren. De mannen zijn zich bewust van het verlies van de mogelijkheid tot seks, waardoor een seksueel element in de omgang met vrouwen wegvalt. Als een man voor de ingreep een conversatie met een vrouw aanging, dan kon hij de vrouw seksualiteit aanbieden waardoor hij zijn uiterste best deed om een vrouw voor zich te houden. Wanneer een man erectiestoornissen heeft dan kan hij deze seksualiteit niet meer aan de vrouw aanbieden waardoor hij na de conversatie de vrouw niet meer voor zich probeert te houden omdat hij, volgens hemzelf, niets meer te bieden heeft. In elke situatie en contact met vrouwen houdt de

man in zijn achterhoofd dat hij een potentieel seksuele relatie moet vermijden en dus tijdig moet afhaken. Een man met erectiestoornissen heeft geen seksueel vertrouwen meer omdat hij niet kan vertrouwen op zijn erectie. Hierdoor gaat een man in de dagelijkse omgang met vrouwen anders om.

4.1.4 Seksuele fantasieën

Mannen hebben geen seksuele fantasieën meer bij het zien van bijvoorbeeld een mooie vrouw. Vroeger hadden deze mannen fantasieën over potentieel seksuele partners waarbij ze nu een gevoel van verlies ervaren. Ze zijn zich bewust van hun verminderd libido waarmee ze voor hun ingreep nog volop mee fantaseerden.

Aangetrokken en fantaseren over een aantrekkelijke vrouw die aan de overkant van de straat loopt wordt gezien als een mannelijke eigenschap. Mannen met erectiestoornissen ervaren deze eigenschap niet meer en voelen zich als het ware verloren in de wereld van de mannen. Ze zien zichzelf niet meer als potentiële seksuele partners van de aantrekkelijke vrouw, zelfs niet in hun fantasiewereld.

Mannen blijven seksuele wezens, ook al voelen ze zich niet zo. Seksualiteit blijft een belangrijk aspect in het leven van de man, ook al kan hij geen erectie krijgen. Seksualiteit blijft een deel van hun leven en bepaalt hoe men kijkt naar zichzelf en hoe men zich voelt als man.

4.1.5 Mannelijkheid

Veranderingen in de seksuele intimiteit, veranderingen in de omgang met vrouwen en alledaagse fantasieën over vrouwen behoorde tot de mannelijke eigenschappen. Het onvermogen om een seksuele relatie met een vrouw op te bouwen en ook het verlies van de seksuele capaciteiten zoals de erectie zorgt ervoor dat de man een gevoel krijgt dat hij zijn mannelijkheid heeft verloren. Mannen twijfelen dus niet enkel over hun seksuele (on)mogelijkheden, maar ook over hun mannelijkheid. Een man wordt in de samenleving zodanig benadrukt op de seksuele prestaties waardoor mannen die op seksueel vlak minder kunnen presteren zich minder mannelijk zullen voelen dan andere mannen.

Mannen met prostaatkanker zijn dus niet alleen fysiek ziek, maar hebben ook psychische en sociale problemen die ontstaan door de diagnose of behandeling van prostaatkanker. De man krijgt een heleboel te verwerken en moet er in deze moeilijke periode verschillende beslissingen nemen. Hierbij is het belangrijk dat de partner betrokken wordt in het behandeling –en verwerkingsproces omdat de patiënt door de impact van de diagnose overdonderd kan zijn en dus niets van de informatie die gegeven wordt hoort. Daarom is het ook van belang om naast de

medische behandeling een psychosociale begeleiding op te starten, voor, tijdens en na de behandeling zodat de patiënt de juiste behandeling kiest en dus geen spijt krijgt van zijn beslissing. (Vlaamse liga tegen kanker, onderzoeksrapport 2007)

Hoofdstuk 3: Case-study

1. Onderzoeksopzet

A. Steekproef

- Inclusiecriteria
 - Voorgeschiedenis prostaatkanker
 - Behandeling 'Da Vinci' Radicale prostatectomie
 - Mannen tussen 55 en 70 jaar
 - Erectiestoornissen
 - Partner
- Exclusiecriteria
 - Radiotherapie
 - Hormonale therapie
 - < 55 jaar of > 70 jaar
 - Voor ingreep geen erecties meer kunnen krijgen
 - Perineale, retropubische of laparoscopische prostatectomie

B. Formuleren variabelen

- Hoofdvariabele 1: Kwaliteit en impact op het leven
 - Zie vragen – topicslijst
- Hoofdvariabele 2: Partner als belangrijke factor in het ziekteproces
 - Zie vragen - topicslijst

C. Wijze van gegevensverzameling

- Semigestructureerd interview waarbij een aantal topics worden aangehaald waarbij de patiënt vrij kan antwoorden en waarbij er flexibel kan doorggevraagd worden op de verkregen antwoorden.

D. Wijze van gegevensverwerking

De onderzoeksvraag is tweeledig. Er wordt in eerste instantie onderzocht wat de impact en kwaliteit van leven is na een prostatectomie bij mannen tussen de 55 en 70 jaar. Vervolgens wordt nagegaan of de patiënt voldoende informatie krijgt over de ingreep en de gevolgen die hieraan vasthangen. Er wordt geopteerd om dit via een semigestructureerd interview uit te

voeren. Zo worden er enkele topics opgesteld, maar kan er toch flexibel doorgevraagd worden op de verkregen antwoorden. Een semigestructureerd interview praat gemakkelijker dan een gesloten interview waarbij er strikt aan de vragen wordt aangeklampt. Aangezien het gesprek vooral zal gaan over gevoelens en gedachten van de patiënt is een semigestructureerd interview beter omdat de patiënt dan vrij kan antwoorden en niet simpel op de vragen moet beantwoorden.

De gegevens uit het semigestructureerd interview worden vergeleken met de resultaten uit het onderzoek van Bokhour et. al (2001) en Riechers (2004) zodat een overeenkomst kan worden vastgesteld en zo worden de gegevens van de verschillende patiënten met elkaar vergeleken zodat de vastgestelde gegevens kunnen veralgemeend worden.

2. Onderzoek

In deze studie onderzoek ik de wijze waarop erectiestoornissen na een prostatectomie een invloed hebben op de kwaliteit van leven. Verder ga ik na of de partner van de patiënt belangrijk is bij het doormaken van het ziekteproces. Om dit te kunnen doen volstaat het om patiënten eenmalig te interviewen en om zo hun ervaringen te weten te komen. Erectiestoornissen voor een man is niet vanzelfsprekend en kan een enorme invloed hebben op de kwaliteit van leven die vooral in dit onderzoek aan bod zal komen.

Vijf patiënten werden geïnterviewd aan de hand van een semigestructureerd interview waarbij enkele belangrijke topics werden opgesteld. Vier topics worden vergeleken met het artikel van Bokhour et. al. (2001) waarin de seksualiteit na behandeling van prostaatkanker wordt onderzocht. Deze topics beslaan vooral de seksuele intimiteit van de patiënt, de relaties met andere vrouwen, de seksuele fantasieën van de man en het gevoel over hun mannelijkheid. Het onderzoek betreft de seksualiteit van de man waarbij de partner of echtgenote ook belangrijk bij is als steun en toeverlaat voor de patiënt. Daardoor heb ik nog een extra topic toegevoegd over de partner of echtgenote van de patiënt.

Er werden dus vijf patiënten eenmalig geïnterviewd. Er werd voor deze interviews een specifiek onderzoeksbevolking afgebakend: mannen met voorgeschiedenis van prostaatkanker, behandeld met een radicale prostatectomie, tussen de 55 en 70 jaar oud en samenwonend met echtgenote of partner. Omdat prostaatkanker meer voorkomt bij oudere mannen dan bij jongere en jongvolwassen mannen, werden oudere patiënten uitgekozen om zo te komen tot een duidelijke weergave van de kwaliteit van leven na een radicale prostatectomie.

Omdat ik slechts over een beperkt aantal onderzoeksmiddelen beschik heb ik het onderzoek beperkt tot één welbepaald ziekenhuis, namelijk het AZ Sint Jan te Brugge, waar ik vijf patiënten heb gecontacteerd die hun prostatectomie hebben ondergaan in het AZ Sint Jan. Deze patiënten worden geïnterviewd aan de hand van een semigestructureerd interview waarbij een aantal topics vooropgesteld worden, maar waar de patiënt vrij en uitgebreid kan op antwoorden. De patiënten werden gerekruteerd via prostaatverpleegkundige Luc de Laere van het AZ Sint Jan te Brugge. De toestemming aan deze patiënten werd onrechtstreeks gevraagd via een informed consent die ook in bijlage te vinden is. In deze informed consent wordt ook vermeld dat de interviews worden opgenomen zodat deze letterlijk kunnen worden uitgetypt en geanalyseerd worden.

De uitgetypte interviews worden geanalyseerd en vergeleken met het artikel van Barbara Bokhour (2001) waarbij verschillen en gelijkenissen worden weergegeven. De extra topic over de

partner of echtgenote van de patiënt wordt ook geanalyseerd en hier wordt dan een eigen betekenis aan gegeven in vergelijking met het artikel van Riechers (2004). Ik heb bewust gekozen mij te beperken tot deze vijf topics waarbij de vier topics die vergeleken worden met het artikel van Bokhour et al. (2001) op de voorgrond zullen verschijnen. Ik wil vooral deze vergelijking maken om te constateren en te controleren of deze stellingen wel degelijk kloppen met de werkelijkheid. Om een meerwaarde te geven aan dit eindwerk heb ik nog een topic over de partner of echtgenote bijgevoegd.

2.1 Kwaliteit van leven na een prostatectomie: Patiënten AZ Sint Jan

De kwaliteit van leven kan snel veranderen na het diagnosticeren van prostaatkanker. Op het moment van de diagnosestelling heeft de patiënt vooral angst voor de dood. Kanker wordt bij sommige mensen nog gezien als een echte taboe dat onmiddellijk gerelateerd wordt met de dood. Een patiënt citeert letterlijk: "ik leef nog altijd in de tijd waarbij kanker gerelateerd wordt aan de dood. Wanneer ik dus het woord kanker hoorde dacht ik onmiddellijk dat ik binnen enkele maanden dood kon zijn." De taboesfeer van kanker leeft nog altijd bij oudere mensen waardoor men onmiddellijk aan de dood denkt. De kanker is dan ook prioriteit van bij de diagnose en moet zo snel mogelijk verwijderd worden. De gevolgen van de behandeling of operatie doen er op dat moment niet toe, als de kanker verwijderd kan worden, dan is men gerust. Een patiënt citeert: "Ik heb bij deze gevolgen allemaal niet zo lang stilgestaan, voor mij was het belangrijkste dat ik zo snel mogelijk de kanker kwijt was, dat wilde ik zo snel mogelijk kwijt geraken en de rest was voor dat moment bijzaak."

De patiënten krijgen voldoende informatie over de ingreep en de gevolgen die deze ingreep met zich meebrengt, maar ze hebben het bij de diagnose emotioneel erg zwaar waardoor de informatie niet voldoende of zelfs onvoldoende doordringt tot de patiënt. Als een familielid of partner de patiënt bijstaat wordt deze info nuchterder bekeken door het familielid. Het familielid kan dan op een rustige manier de info overdragen naar de patiënt zodat de patiënt alle gevolgen kent en zo zijn beslissing kan afwegen.

De bijstand van partner of echtgenote wordt als essentieel gezien in het ziekte –en behandelingsproces van de patiënt. Een patiënt citeert: "Zij was er altijd bij, ik vroeg haar dan ook of zij telkens mee wilde want emotioneel was ik totaal aan de grond! Toen de uroloog uitleg gaf heb ik de helft hier niet van gehoord omdat ik telkens aan denken was aan die kanker!" De patiënt ervaart een grote steun, een persoon die hij volledig vertrouwt en aan zijn zijde geeft, geeft hem het gevoel dat hij in zijn ziekte –en behandelingsproces er niet alleen voor staat. De patiënt ontvangt tijdens de consultaties bij artsen of verpleegkundigen genoeg informatie, maar nemen deze informatie niet altijd op door de impact die de diagnose van kanker kan hebben op

de patiënt. De patiënten worden nadien geïnformeerd door het familielid of partner die de patiënt bijstaat. Door de verschillende interviews van de patiënten komt duidelijk dat de patiënten nood hebben aan een zorgplan waarbij de partner volledig in wordt betrokken.

Uitgebreide informatie kan men ook terugvinden in een informatieboek – brochure waarin de patiënt thuis op zijn gemak de verschillende behandelmogelijkheden en de complicaties kan terugvinden. Hierdoor kunnen de patiënten na hun emotionele crisis rustig de keuze maken en de voor –en nadelen afwegen. Patiënten vinden deze informatiebrochure handig, maar laten de keuze toch als het ware over aan de uroloog of prostaatverpleegkundige. De uroloog en prostaatverpleegkundige bezitten de nodige kennis om te weten welke behandeling voor de patiënt het veiligst en het best zou kunnen zijn. Een patiënt citeert dit ook duidelijk: “Waarom zou ik iets anders kiezen als mensen die er het meeste over weten mij aanraadden om met de robot te opereren. Ik ken er niets van dus de keuze was snel gemaakt!” De keuze wordt wel bij de patiënt gehouden, maar de patiënt volgt de raad die gegeven wordt door verpleegkundige of urologen op. De patiënt vindt zichzelf een leek terwijl de verpleegkundige en uroloog specialisten van het vak zijn waardoor de patiënt zijn keuze als het ware laat maken door arts of verpleegkundige.

De patiënten vinden dan ook dat er genoeg informatie wordt gegeven over de verschillende behandelingen en de gevolgen die deze behandelingen met zich meebrengen. Neveneffecten zoals incontinentie en erectiestoornissen waren de patiënten van op de hoogte. Hiervoor werden enkele oplossingen voorgesteld, maar hierover werd nog niet uitgebreid op ingegaan omdat deze neveneffecten bij iedere patiënt verschillend zijn.

Zoals ook eerder aangegeven ervaren de patiënten hun partner of echtgenote als een echte steun in hun ziekteproces. “Zij was mijn grote steun want zonder haar zou ik het niet gekund hebben.” citeert een patiënt. De man ervaart deze steun als een gevoel dat men er niet alleen voor staat, dat zijn partner/echtgenote voor hem klaar staat. Zij ervaren de partner of echtgenote vooral op twee manieren. Ten eerste wordt de partner gezien als iemand die de man vergezelt bij de consultaties zodat de informatie die gegeven wordt niet verloren gaat doordat de patiënt overdonderd is door de diagnose van prostaatkanker. Ten tweede wordt zij gezien als een grote emotionele steun in een emotionele crisis waarin de patiënt zich bevindt. Ook al kan een verpleegkundige empathie tonen voor de patiënt, toch kent de partner haar man volledig en weet hoe zij hem kan ondersteunen.

De relatie tussen de patiënt en zijn partner is ook positief geëvolueerd. Vier van de vijf patiënten beamen het feit dat de ingreep ervoor gezorgd heeft dat ze hechter geworden zijn en meer dingen samen doen in vergelijking met vroeger. Dit kan oorzakelijk komen door het feit dat de

partner en de patiënt ook zelf concluderen dat het leven snel beëindigd kan worden waardoor met van elk moment en dus ook van elkaar moet genieten!

De geïnterviewde mannen zien hun erectiele dysfunctie als een mogelijkheid tot het genieten van de normale intieme relatie met de partner. In onze maatschappij wordt seks gezien als de intieme relatie, als men geen seks heeft dan is er geen intieme relatie zo luidt bijvoorbeeld zeker in vele reclamespots. Mannen met erectiestoornissen beleven hun intieme ervaring met hun partner op een andere manier dan voor hun radicale prostatectomie en dus voor hun erectiestoornissen. Hun intieme relatie is niet meer gericht op het seksuele aspect van penetratie zoals dit voor de ingreep was. De man vindt een goede knuffel, een simpele kus of elkaar gewoonweg strelen voldoende als intieme relatie, maar missen toch het echte seksuele aspect die vroeger de bovenhand reikte. Ze hebben toch een gevoel van verlies in hun leven, maar zoeken ondanks dit gevoel toch naar andere vormen van intiem contact met hun partner.

Wanneer de patiënt toch eventueel zoekt naar oplossingen voor zijn erectieprobleem dan vindt men deze oplossingen niet spontaan en vrij onnatuurlijk. Voor de radicale prostatectomie konden man en partner spontaan gemeenschap hebben terwijl men het nu onnatuurlijk en niet spontaan vindt omdat men vooraf moet plannen om gemeenschap te hebben. Een patiënt citeert: "Ik vind het zo onnatuurlijk, het is niet meer spontaan dat de seks begint."

Als er wordt gevraagd of men beschaamd was over het feit dat men geen erectie kon krijgen na de prostatectomie voor hun partner of echtgenoot dan waren deze mannen het totaal niet. Men is voor de ingreep voldoende ingelicht geweest om te weten dat men met erectiestoornissen zou geconfronteerd worden. Het feit dat de partner een grote steun betekent voor de patiënt en dat men het gevoel heeft dat men alles kan vertellen aan hun partner zorgt ervoor dat de patiënt niet beschaamd is over zijn erectieprobleem.

Het contact met andere vrouwen is veranderd na de radicale prostatectomie. "Als ik nu contact moet zoeken met een andere vrouw, zal ik het er erg moeilijk mee hebben." Vier van de vijf patiënten beaamt dat het contact met andere vrouwen verminderd is doordat men geen erecties meer kan krijgen. Een nieuwe relatie of nieuw contact met een vrouw brengt de man onmiddellijk bij de gedachte van de seksuele relatie. Men durft geen contact of relatie hebben met een andere vrouw omdat ze beschaamd zijn over hun erecties. Tegenover hun vrouw hebben ze hierover geen schaamte, maar tegenover een vreemde of andere vrouw wel. Men denkt onmiddellijk aan het seksuele aspect met de vrouw waardoor men schrik heeft om contacten te leggen. De schrik om niet begrepen te worden door die andere vrouw in

tegenstelling tot hun eigen partner is groot wat ook een bepalende factor kan vormen. Het komt als het ware over alsof hij voor een vrouw niets meer kan betekenen als hij geen seks meer kan hebben door zijn erectiestoornissen.

Wanneer er gepraat wordt over seksuele fantasieën dan besluit iedere patiënt dat deze ofwel verminderd of verdwenen zijn. Twee patiënten besluiten dat deze verminderde seksuele fantasieën het gevolg zijn van hun erectiestoornissen omdat ze concluderen dat ze geen seks meer kunnen hebben met bijvoorbeeld een mooie vrouw die aan de overkant van de straat loopt. Twee andere patiënten kunnen deze verminderde fantasieën niet oorzakelijk toeschrijven, maar ook hier zal zich waarschijnlijk onbewust de gedachte voordoen van de erectiele dysfunctie. Hun seksuele aspect van hun mannelijkheid is er niet meer waardoor ze zich afschrijven als een seksuele partner van een vrouw.

Tijdens deze interviews had ik niet het gevoel dat de patiënten lijden onder hun verminderde fantasiewereld. Seks is niet meer een belangrijk onderdeel van hun leven, ze genieten van andere dingen zoals samen dingen doen met hun partner. Men ziet het leven totaal anders na de diagnose van prostaatkanker omdat men weet dat het leven snel beëindigd kan worden. Hierdoor geniet men van de dingen die men wel nog kan (gaan wandelen, fiets, naar de Ardennen gaan, ...) waardoor de aandacht voor de erectiestoornissen wegvalt. Hierdoor blijft men niet stilstaan bij hun probleem en vinden ze hun erectiestoornis dan ook niet meer storend.

“Ik voel me nog altijd mannelijk, ik zie er ook nog altijd mannelijk uit”. De patiënten voelen zich niet minder mannelijk omdat ze een erectiele dysfunctie hebben. Het werd enkele keren aangehaald door deze patiënten dat je aan het uiterlijk niet kan zien dat een man erectiestoornissen heeft, dus voelen ze zich ook niet minder mannelijk. Als een man met een erectiestoornis bij een groep mannen staat dan voelt hij zich niet minder mannelijk. Enkel en alleen wanneer een seksueel onderwerp op tafel wordt aangesneden voelen ze zich minder man. De patiënt kan dan niet echt meespreken op seksueel vlak door zijn erectiestoornis, hij kan enkel meespreken over vroegere ervaringen. Men voelt zich hierdoor uit de groep gesloten en minder mannelijk, maar in de dagelijkse omgang met mannen voelen deze geïnterviewde mannen zich op en top man!

Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie

1. Discussie

De aanzienlijk incidentie van erectiestoornissen na een radicale prostatectomie, ondanks zenuwsparende ingrepen, zorgt voor een enorme impact op de kwaliteit van het leven van de man. De partner van de patiënt kan hierbij haar man steunen in zijn ganse ziekteproces en kan hierin een belangrijke schakel vormen om beiden positief uit dit ziekteproces te komen.

Het onderzoek uit dit eindwerk is uiteraard heel miniem om representatief te zijn, maar de vele gelijkenissen tussen de vijf patiënten zorgt toch voor duidelijke resultaten. Dit eindwerk is gebaseerd op interviews van vijf patiënten die een radicale prostatectomie hebben ondergaan met de 'Da Vinci' robot uit het AZ Sint Jan te Brugge. Deze interviews werden letterlijk uitgetypt en geanalyseerd. De ervaringen werden uitgebreid verteld, maar deze interviews zouden waarschijnlijk niet doorgedaan zijn zonder de hulp van Luc de Laere. Deze geïnterviewde patiënten vertrouwen Luc voor 100 % en hebben meegewerkt aan dit onderzoek uit respect voor Luc de Laere. Door deze ervaringen die deze vijf mannen in deze interviews brachten, kon ik resultaten verwerven van hoe de erectiestoornissen het leven van de man kan veranderen en waarom de partner belangrijk is in dit helingsproces.

De partner van de patiënt wordt in de literatuur aangeprezen als eerste hulpverlener van de patiënt, zij betekent een grote steun voor haar man. De patiënt heeft het emotioneel zwaar zodat hij het alleen niet zou aankunnen. Hij hoort veel informatie bij de consultaties niet waardoor ook opnieuw de partner kan ondersteunen en deze informatie voor hem opslaan. In deze interviews komt de partner ook sterk naar voor. De partner wordt gezien als een hele belangrijke schakel in het ziekteproces waarbij ze een grote ondersteuning betekent voor de patiënt. De partner staat haar man bij wanneer er informatie gegeven wordt over behandeling en ziekte waardoor zij ook belangrijk is in de beslissing van zijn behandeling. Deze beslissing wordt in de handen van de patiënt gehouden, maar hij werd sterk beïnvloedt door de kennisvolle verpleegkundige of arts die hij vertrouwt.

De seksuele intimiteit van de patiënt wordt in de literatuur aangegeven als sterk verminderd. De fysieke en emotionele band met de partner wordt verbroken omdat de patiënt geen erecties meer kan krijgen. Ze zouden beschaamd zijn om een slechte 'prestatie' neer te zetten bij hun partner. In mijn studie zijn de patiënten niet beschaamd tegenover hun partner. Hun partner is betrokken in het zorgplan en was op de hoogte van de erectiestoornissen postoperatief. Ze vertrouwen hun partner en hebben het gevoel dat deze ook begrip opbrengt voor hun erectieprobleem. De band met elkaar is dan ook hechter geworden, hun relatie kan nog altijd

intiem zijn, maar dan op een andere, eigen manier zoals ook wordt aangegeven in de literatuur. Zij hebben nog een intieme relatie, maar hebben toch een diep gevoel van verlies door hun erectiestoornissen. De oplossingen worden gezien als iets onwennig en onnatuurlijk waardoor men hun seksuele gemeenschap vooraf moet plannen. In het onderzoek van Bokhour et. al. (2001) wordt dit ook zo aangegeven, de hulpmiddelen zijn onnatuurlijk en geforceerd.

Gelijklopend met de literatuur is het contact met andere vrouwen verminderd alsook hun seksuele fantasieën over andere vrouwen. Een man is zich bewust van zijn erectieprobleem waardoor hij het contact met vrouwen wat vermijdt. Hij ziet zich niet meer als een potentiële sekspartner van de andere vrouw waardoor hij deze bewust of onbewust vermijdt. De seksuele fantasieën, die dikwijls vasthangen aan de gedachte van een potentiële sekspartner, zijn sterk verminderd of zelfs verdwenen.

Het grote verschil van dit onderzoek met de literatuur is de mannelijkheid. In literatuur concludeert men dat de verminderde seksuele capaciteiten van de man er toe bijdragen dat hij zich minder mannelijk zou voelen. In mijn onderzoek kwam ik tot de conclusie dat dit net omgekeerd is. De patiënt voelt zich nog altijd mannelijk ondanks de seksuele (on)mogelijkheden. De erectieproblemen zijn voor de buitenwereld niet onmiddellijk zichtbaar, dit is enkel zichtbaar bij zijn partner. Wel wordt toegegeven dat men zich minder mannelijk voelt wanneer er gepraat wordt over een seksueel onderwerp. Op dat moment kan men niet meepraten met de groep waardoor men zich wel minder man gaat voelen. Deze geïnterviewde mannen geven dan ook aan dat, ondanks hun verminderde seksuele capaciteiten, ze zich zeker niet minder man voelen dan een andere man.

De eerste confrontatie met de erectiestoornissen kan voor de man een grote impact zijn op zijn leven. Uit de ervaringen en interviews kan ik afleiden dat deze erectieproblemen vrij snel aanvaard werden door de patiënten. Zij zochten naar oplossingen voor hun probleem, maar ze vonden deze oplossingen geforceerd en onnatuurlijk waarna ze hun erectieprobleem probeerden te aanvaarden. Ze zoeken naar andere vormen van intiem contact die zowel voor hem als voor hun partner voldoende is.

Het onderzoek is beperkt gebleven tot vijf topics die voorop werden gesteld en waarna niet verder meer werd uitgebreid. Dit eindwerk heeft vooral oog voor de seksuele veranderingen van de man die een invloed kunnen hebben op de kwaliteit van zijn leven. Dit onderzoek kon nog van meerwaarde geweest zijn als de partner iets meer in het licht werd gesteld als steun en toeverlaat van de patiënt. Misschien was het beter geweest om ook interviews af te nemen van de partner om zo tot het geheel van patiënt en partner te komen.

Er wordt regelmatig onderzoek gedaan naar de kwaliteit van leven na een prostatectomie. Uit deze studies komen verschillende aspecten aan bod, maar er worden nooit echt oplossingen voorgesteld voor deze aspecten. In mijn onderzoek heb ik nu aspecten zoals seksuele intimiteit, verminderd contact met andere vrouwen, verminderde seksuele fantasieën en de noodzakelijkheid van de partner in het ziekteproces belicht. Deze aspecten kunnen als feiten gezien worden, maar de patiënt zal hier niet verder mee opschieten. Iedere patiënt is verschillend, maar vele aspecten van de patiënten komen overeen waardoor men algemene oplossingen zou kunnen aanreiken aan de patiënt om deze problemen te onderdrukken of op te lossen. Ook voor de partners zou een model moeten opgesteld worden hoe ze met hun partner kunnen omgaan en hoe ze hem in deze moeilijke periode kunnen steunen. Verder onderzoek over de aanpak van de verminderde kwaliteit van het leven zou een meerwaarde kunnen betekenen voor de patiënt en partner.

2. Conclusie

Erectiestoornissen hebben een invloed op de kwaliteit van het leven. De kwaliteit maakt als het ware een verschuiving naar een nieuw deel van hun leven. De patiënten leren leven met hun erectieprobleem en genieten van nieuwe dingen in hun leven. Ze genieten van eenvoudige dingen in het leven waardoor seksualiteit niet meer belangrijk wordt in hun leven. Deze mannen ervaren hun intieme relatie op een andere manier dan de manier die gericht is op de penetratie. De partner speelt een essentiële rol in de emotionele crisis die de patiënt meemaakt. Zij is de eerste zorgverlener en geeft enorm veel steun aan haar man. Prostaatkanker brengt dus een negatief beeld mee voor de patiënt, maar wanneer de emotionele crisis voorbij is zijn de patiënt en zijn partner hechter geworden en genieten ze samen veel meer van het leven!

Verpleegkundigen kunnen voor de patiënt een meerwaarde betekenen als men aandacht heeft voor het emotionele van de patiënt. Het is belangrijk om veel naar de patiënt te luisteren want vanaf het moment van de diagnose gaat er zoveel gedachten in de patiënt om. Hij heeft enorm veel vragen en angsten waarop de verpleegkundige empathisch kan op inspelen. Een patiënt uitleg in begrijpelijke taal aan patiënt en partner zodat het heel duidelijk voor beide personen zodat een goede beslissing kan genomen worden.

De verpleegkundige opleiding kan ervoor zorgen dat de sociale vaardigheden en de empathie van de verpleegkundige kunnen worden toegepast in de praktijk. Er wordt in deze opleiding veel aandacht besteed aan het technisch gedeelte van de verpleegkundige taak terwijl er moet gewerkt worden naar het geheel van de patiënt. Een patiënt kan zoveel meer geholpen met een goed gesprek dan door medicatie die de pijn verlicht. Een goed gesprek kan de emotionele crisis van de patiënt zoveel verlichten dat hij, ondanks de prostaatkanker, er toch sterker uit komt!

Bronvermelding

Boeken

BOON T.A., BOSCH J.L.H.R., VAN POPPEL H.P.A.M., WITJES J.A., *Prostaataandoeningen*, de Tijdstroom, Utrecht, 2009, 670 pagina's.

GREGOIRE L., VAN STRAATEN-HUYGEN A., TROMPERT R., *Anatomie en fysiologie van de mens*, Thiemeemulenhoff, Utrecht, 2007, 491 pagina's.

LAGERVELD B.W., *Urologie*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2010, 393 pagina's.

PEETERMANS W., *Prostaat*, Kluwer, Mechelen, 2002, 90 pagina's.

VAN MUILEKOM H.A.M., VAN SPIL J.A., *Prostaatcarcinoom*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2006, 275 pagina's.

Artikels

LEWIS J.H., Goldstein I., "De behandeling van erectiele disfunctie in de eerstelijnsgezondheidszorg", *Verpleegkundig perspectief*, jaargang 22, (2006), nr. 2, p. 54-69.

LUMEN N., BARTH J., OOSTERLINCK W., "Erectiele disfunctie na radicale prostatectomie: een overzicht", *Tijdschrift voor Geneeskunde*, jaargang 64, (2008), nr. 8, p. 400-404.

SMALS A.G.H., "Impotentie: organische oorzaken", *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, jaargang 130, (1986), p. 675-680.

A ORVIETO M., F COELHO R., CHAUHAN S., MATHE M., PALMER K., R PATEL V., "Erectile dysfunction after Robot-assisted Radical Prostatectomy", *Expert Review of Anticancer Therapy*, jaargang 10, (2010), nr. 5, p. 747-754.

VEGA CHARLES P., "Prostate Cancer Screening: New evidence, same conclusion?", *Best evidence Review*, (2009):

→ ANDRIOLE GL, CRAWFORD ED, GRUBB III RL, et. al., "Mortality from a randomized prostate-cancer screening trial", *The New England Journal of Medicine*, (2009), nr. 360, p. 1310-1319.

→ SCHRÖDER FH, HUGOSSON J, ROOBOL MJ, et. al., "Screening and prostate cancer mortality in a randomized European study", *The New England Journal of Medicine*, (2009), nr. 360, p. 1320-1328.

VLAAMSE LIGA TEGEN KANKER, "Een kritische kijk op het kankerbeleid", *Onderzoeksrapport 2008*, (2008), p. 1-68.

VLAAMSE LIGA TEGEN KANKER, "Een kritische kijk op het kankerbeleid", *Onderzoeksrapport 2007*, (2007), p. 1-60.

JAMA, "Majority of men experience impotence following radical prostatectomy", *The journal of the American Medical Association*, (2000), nr. 283, p 354-360.

KORNBLITH A.B., HERR H.W., OFMAN U.S., SCHER H.I., HOLLAND J.C., "Quality of life of patients with prostate cancer and their spouses", *Cancer*, (1994), volume 73, nr. 11, p. 2791-2802.

BJORCK J.P., HOPP D.P., JONES L.W., "Prostate cancer and emotional functioning: effect of mental adjustment, optimism and appraisal", *Journal of Psychosocial Oncology*, nr. 17, p. 71-85.

BOKHOUR B.G., CLARCK J.A., INUI T.S., SILLIMAN R.A., TALCOTT J.A., "Sexuality after treatment for early prostate cancer", *Journal of General Internal Medicine*, (2001), volume 16, nr. 10, p. 649-655.

RIECHERS, E. "Including partners into the diagnosis of prostate cancer: a review of the literature to provide a model of care", *Urologic Nursing*, jaargang 24, (2004), nr.1.

Lijst met figuren

Figuur 1: Celcyclus.....	2
Figuur 2: Echogeleide prostaatbiopsie	2
Figuur 3: Grootte van tumor of uitbreiding van de primaire tumor	3

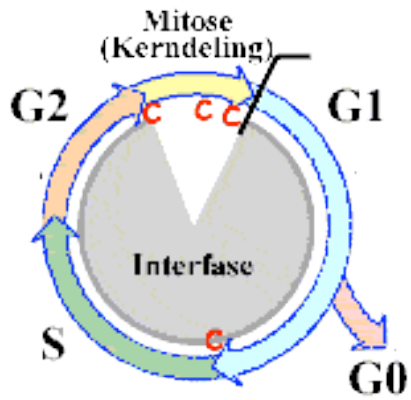
Lijst met tabellen

Tabel 1: TNM-classificatie prostaatcarcinoom.....	4
---	---

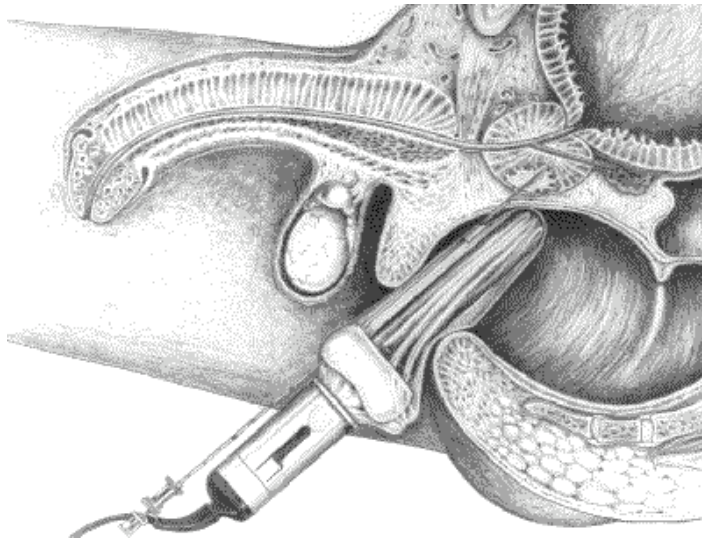
Bijlagen

Bijlage 1: Informed Consent.....	5
Bijlage 2: Vragen –en topicslijst	6
Bijlage 3: Interviews	7

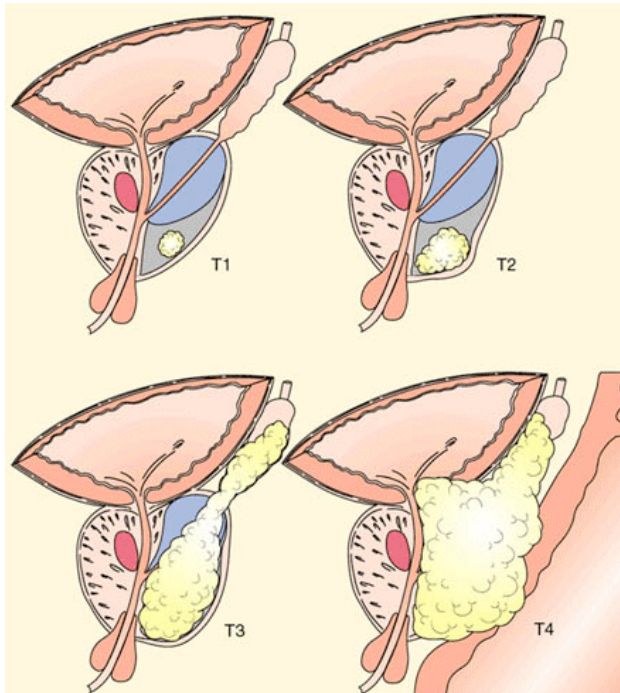
Figuur 1: Celcyclus



Figuur 2: Echogeleide prostaatbiopsie



Figuur 3: Grootte van tumor of uitbreiding van de primaire tumor



Tabel 1: TNM-classificatie prostaatcarcinoom

T - Primaire Tumor

Tx	Primaire tumor kan niet worden vastgesteld.
T0	Geen bewijs van primaire tumor.
T1	Klinisch onduidelijke tumor niet palpabel of zichtbaar met beeldvorming
1a	tumor incidenteel histologisch gevonden in 5% of minder van gereseceerd weefsel
1b	tumor incidenteel histologisch gevonden in meer dan 5% van gereseceerd weefsel
1c	tumor geïdentificeerd via naald biopt (b.v. wegens verhoogd PSA)
T2	Tumor beperkt tot de prostaat
2a	tumor beslaat een halve lob of minder
2b	tumor beslaat meer dan een halve lob, maar niet beide lobben
2c	tumor beslaat beide lobben
T3	Tumor strekt zich uit buiten de prostaat
3a	extracapsulaire uitbreiding in periprostatisch weefsel (unilateraal or bilateraal)
3b	invasie van zaadblaasje(s)
T4	Tumor zit vast of groeit door in nabijgelegen structuren anders dan de zaadblaasjes: blaashals, externe sfincter, rectum, levator spieren, of bekken wand

N - Regionale lymfeklieren

Nx	Regionale lymfeklieren kunnen niet bestudeerd worden
N0	Geen metastasen in regionale lymfeklieren
N1	Metastasen in regionale lymfeklieren

M - Metastasen op afstand

Mx	metastasen op afstand kunnen niet bestudeerd worden
M0	Geen metastasen op afstand
M1	Metastasen op afstand
1a	Niet-regionale lymfeklieren
1b	Bot(ten)
1c	Andere plaats(en)

Bijlage 1: Informed Consent

**Begeleidende brief onderzoek naar het voorkomen van erectiestoornissen na prostatectomie,
meer bepaald de kwaliteit van leven**

Lichtervelde
2 februari 2011

Geachte,

Ik ben een student uit het derde jaar Bachelor Verpleegkunde van de Hogeschool Katho te Roeselare. In functie van mijn bachelorproef voer ik een wetenschappelijk onderzoek uit over het voorkomen van erectiestoornissen na een prostatectomie. Meer bepaald onderzoek ik de kwaliteit van leven. Met dit onderzoek wil ik zicht krijgen over de kwaliteit van leven na prostatectomie en de informatiedoorstroming over dit probleem. Via Dhr. Luc de Laere kwam ik bij u terecht. Graag had ik uw toestemming en medewerking gekregen om aan dit onderzoek mee te werken.

In een eerste onderdeel van het onderzoek wil ik meer te weten komen over de kwaliteit van leven met erectiestoornis. In een tweede deel wordt stilgestaan over de informatiedoorstroming over de ingreep, de gevolgen en de oplossingen voor een erectiestoornis. Dit gebeurt beiden via een semigestructureerd interview waarbij u vrij en uitgebreid kan antwoorden op de verschillende vooraf opgestelde vragen. Dit interview zal worden opgenomen zodat de gegevens correct worden omschreven in het onderzoek. Het interview vindt plaats in het AZ ziekenhuis van Brugge, hiervoor neem ik contact op met Dhr. Luc de Laere.

Bij de verwerking van de resultaten worden uw gegevens strikt anoniem behandeld. Indien u vragen heeft of meer informatie wenst over het onderzoek, kunt u zich wenden tot mij.

Ik dank u alvast voor uw medewerking,

Met vriendelijke groeten,

Jonas Vanhee

jonas.vanhee@student.katho.be

0478/45 56 52

Bijlage 2: Vragen –en topicslijst

1. Partner

Veranderde relatie t.o.v. voor de ingreep?
Grote steun?
Was zij er bij bij de consultaties van uroloog of verpleegkundige?

2. Seksuele intimiteit

Verminderd na de ingreep?
Andere vorm van intieme relatie?
Is je seksuele behoefte verminderd?
Had je schaamte eerste keer opnieuw seks hebben met een erectieprobleem?

3. Relaties met vrouwen

Is je relatie met andere vrouwen veranderd?
Zou je nog nieuwe contacten kunnen leggen met andere vrouwen?

4. Seksuele fantasieën

Verminderd sinds de ingreep?
Hoe zou dit kunnen komen dat dit veranderd is?

5. Mannelijkheid

Voel je je minder mannelijk door je erectiestoornissen? Ander zelfbeeld?
Beschaamd om aan omgeving je probleem te vertellen of bijvoorbeeld dit interview?

Oplossingen voor je erectieprobleem? Voldoende?
Voldoende informatie gekregen?
Van wie kreeg je deze info dan?
Heb je de behandeling zelf gekozen of heeft de arts bijvoorbeeld voor u gekozen?

Bijlage 3: Interviews

Interview 1

Ik: Goeiemorgen, ik ben Jonas en ben 3^e jaar student Ziekenhuisverpleegkunde aan het Katho Roeselare. Mijn eindwerk voor het laatste jaar gaat dus over 'erectiestoornissen na een radicale prostatectomie meerbepaald de robotprostatectomie Da Vinci zoals hier in het AZ wordt gebruikt. Deze gegevens die ik uit dit interview haal worden strikt anoniem behandeld. Dit interview wordt ook opgenomen zodat ik dit nadien perfect kan uittypen. Voor het interview heb ik enkele vragen opgesteld, maar u bent telkens vrij om te antwoorden en om uitgebreid te antwoorden, we houden ons dus niet enkel aan deze vragen. Als het goed is voor u zal ik dit gesprek aanvangen met de eerste vraag. Hoe reageerde je op de diagnose van prostaatanker?

Patiënt: Mijn PSA-waarden werden reeds van mijn 45^e in het oog gehouden omdat ik reeds een goedaardige prostaatvergroting heb gehad. Mijn prostaat werd dan uitgelepeld, of ik weet niet hoe men dat normaal noemt?

Ik: De prostaat uitschrappen? Dat noemt men een TUR-prostaat waarbij men dus de prostaat van binnenuit helemaal uitpelt zodat de prostaat niet meer zo groot is en dus het plaskanaal niet meer wordt dichtgedrukt.

Patiënt: Ja juist, een TUR-prostaat, dus gewoon via de plasbuis naar de prostaat gaan en daar helemaal uitpellen. Sinds die ingreep heb ik regelmatig mijn bloed moeten laten trekken door de huisarts en werd mijn PSA goed opgevolgd. En plots op mijn 60^e kreeg ik te horen dat mijn PSA-waarde sterk gestegen was en dat ik op controle moest in het AZ van Brugge. Daar hebben ze via zo'n echo in mijn aars gekeken naar mijn prostaat en in mijn prostaat geprikt (biopt) en hebben ze gezegd dat ik prostaatanker had. Dit was voor mij niet echt een inslag omdat ik het reeds enkele jaren doorhad dat mijn PSA omhoog ging en daardoor verwachtte ik wel enigszins dat ik kanker zou kunnen hebben. Dan heb ik onmiddellijk een afspraak gekregen om binnen te komen om met de robot mijn prostaat te verwijderen.

Ik: Werd er u dan voldoende uitleg gegeven over de verschillende soorten ingrepen en de gevolgen van de ingrepen?

Patiënt:Ik ben ingelicht geweest door mijn uroloog hier in het ziekenhuis en ook door Luc de Laere. Ik ben vooral goed geholpen geweest door Luc die mij alles goed heeft uitgelegd. Ik heb een boek meegekregen over de verschillende soorten ingrepen en een ganse uitleg daarrond. Ik heb eigenlijk niet lang nagedacht over de keuze want de uroloog en Luc raadden me aan om met de robot te laten opereren en ik heb dat dan ook gedaan. Waarom zou ik iets anders kiezen als mensen die er het meeste over weten mij aanraadden om met de robot te opereren. Ik ken er niets van dus de keuze was snel gemaakt!

Ik: En over de gevolgen van de robotingreep, werd u daar meer over verteld?

Patiënt:Er werd mij wel verteld dat ik geen erecties meer zou kunnen krijgen, maar dat dit wel zou verbeteren met de tijd. Ik zou ook incontinent zijn na de ingreep en zou met een urinezak naar huis moeten vertrekken. Ik heb hierover allemaal net zo lang bij stil gestaan of nagedacht. Ik heb bij deze gevolgen allemaal niet zo lang stilgestaan, voor mij was het belangrijkste dat ik zo snel mogelijk de kanker kwijt was, dat wilde ik zo snel mogelijk kwijt geraken en de rest was voor dat moment bijzaak.

Ik: Was dit nog zo na de ingreep? Waren de erectiestoornissen dan nog bijzaak voor u?

Patiënt:Na de ingreep heb ik niet onmiddellijk erecties kunnen krijgen en nu is dit nog altijd zo, het is nu zo'n 6 maanden geleden dat ik de ingreep heb meegemaakt. De erectiestoornissen zijn nu geen bijzaak meer. Ik ben de kanker nu kwijt en daarover ben ik nu gerust. Maar de erectiestoornissen maak ik me wel zorgen omdat dit nu al 6 maanden geleden is. Ik moet maandelijks op controle komen en ik kom dan ook nog eens langs bij Luc. Ik vertelde hem dat ik graag nog eens gemeenschap had gehad met mijn vriendin, maar dat ik geen erecties had. Hij stelde een oplossing voor, zo'n spuitjes dat je jezelf moet injecteren in je penis. (intracaverneuze injecties) Deze injecties hebben nooit echt goed gelukt, de ene keer kreeg ik een erectie en de andere keer niet. Mijn vriendin vond dit ook wat kunstmatig om gemeenschap te hebben en ik ben hier dus vanaf gestapt. Ik heb nu nog altijd geen erecties, maar ik voel wel dat er opnieuw wat leven in komt, dat de erecties geleidelijk aan terug komen.

Ik: Zoek je dan nog naar andere oplossingen voor je erectiestoornissen?

Patiënt:Neen, want ten eerste ik voel de erecties geleidelijk aan terug komen, deze erecties zijn nog niet hard genoeg voor penetratie, maar ik voel dat het verbetert. En ten tweede mijn vriendin vind dit allemaal kunstmatig en wil graag natuurlijke, spontane gemeenschap

waardoor ik eigenlijk niet meer verder zoek of vraag naar andere oplossingen. Mijn seksuele behoefte is ook verminderd sinds de ingreep. Ik kom dan ook op een leeftijd waar seks niet meer zo'n belangrijke rol speelt zoals ik 20 jaar was.

Ik: Vind u dan dat u voldoende informatie gekregen hebt over de mogelijke oplossingen die er bestaan?

Patiënt: Zeker, Luc heeft mij verschillende oplossingen uitgelegd, maar hij zei ook dat naast medicatie, wat ik ook heb uitprobeerde, de injecties het meest effectief waren voor erecties om te penetreren. Ik heb dan ook weer niet echt doorgevraagd omdat hij het waarschijnlijk wel beter zal weten dan ikzelf. Maar die injecties hebben nooit niet echt effectief geweest bij mij!

Ik: Heb je dan een andere vorm van intieme relatie met je vrouw?

Patiënt: Ja, elkaar 's avonds in bed eens goed vastpakken en knuffelen doen we sindsdien eigenlijk vaak. Het gebeurt ook dat we elkaar gewoonweg strelen, op haar rug wrijven, of op haar billen zo van die dingen hé, het is geen seks zoals vroeger, maar wij hebben nog altijd dat intiem contact zoals vroeger.

Ik: Vind je dit dan voldoende of mis je echt het seksuele aspect zoals voor de ingreep?

Patiënt: Ik mis wel de eigenlijke seks die we vroeger hadden ja, maar als de erecties niet komen kan dat niet hé en moet je andere manieren zoeken om intiem te zijn met elkaar. Het is wel niet hetzelfde en ik ga ook niet zeggen dat ik er helemaal voldoening van heb want in vergelijking met voor mijn prostaatcancer is dat een hele aanpassing

Ik: Ervaar je je erectieverlies dan als een echt groot verlies in je leven?

Patiënt: Ik vind dat toch iets dat ik nu wel mis in mijn leven ja toch wel, zeker in vergelijking met vroeger, vroeger kon je eigenlijk niet inbeelden dat je geen erectie kon krijgen en als je het dan plots wel hebt, dan ben je teleurgesteld en denk je daar wel veel aan!

Ik: Was je dan verlegen of beschaamd als je de eerste keer na de operatie geen erectie kon krijgen?

Patiënt: Ik was het eerste moment wel wat beschaamd, maar beschaamd is een te groot woord ervoor. Het is iets dat ik en mijn partner sowieso verwachtten, maar toch was er die teleurstelling van geen erectie te kunnen krijgen ja en een beetje schaamte omdat je als man geen erectie meer kunt krijgen.

Ik: Is uw relatie met uw partner of met vrouwen in het algemeen veranderd sinds uw ingreep?

Patiënt: Mijn relatie met mijn partner is wel degelijk veranderd na de ingreep, sinds ik geen erecties meer kan krijgen loopt zij wat gefrustreerd rond ondervind ik. We maken ook meer ruzie en ik denk dat mijn relatie met haar bijna ten einde is. Als ik nu contact moet zoeken met een andere vrouw zal ik het er erg moeilijk mee hebben omdat je altijd in je achterhoofd hebt dat als je contact hebt met een vrouw en dit contact evolueert dan zal het er op een of ander moment wel eens van komen dat je seksueel met elkaar in contact komt. Wanneer je dan als man moet zeggen dat je geen erecties meer kunt krijgen dan is dat heel erg. Die vrouw zal ofwel begrip kunnen opbrengen voor je situatie of gewoonweg afhaken. De schrik om met een vrouw in contact te komen, gewoonweg met de gedachte dat je er potentieel seks mee kunt hebben, is groot.

Ik: Hebt u dan ook een veranderd zelfbeeld omtrent mannelijkheid in vergelijking met voor de ingreep?

Patiënt: Ik voel me nog altijd mannelijk, ik zie er ook nog altijd mannelijk uit. De erectiestoornis doet wel wat met mij, maar daarvoor voel ik me zeker niet minder mannelijk. Wanneer ik dan natuurlijk op seksueel vlak moet presteren en het lukt niet dan voel je je als man wel minder, maar het mannelijke aspect aan mezelf vind ik niet veranderd.

Ik: Heeft u er problemen mee dat er mensen vragen stellen omtrent uw erectiestoornissen, zoals dit interview?

Patiënt: Ik heb daar zeker geen problemen mee omdat ik weet dat deze gegevens anoniem worden behandeld en omdat ik je daarmee kan helpen. Maar als er mensen op de straat mij zomaar zouden aanspreken over mijn probleem dan zou ik daar wel problemen mee hebben. Ik zou niet gewoon mijn probleem over erectiestoornissen kunnen vertellen aan vreemde mensen omdat dat mijn probleem is dat enkel mij aangaat. Mijn familie bijvoorbeeld weet wel dat ik geopereerd ben aan mijn prostaat, maar zij weten niet dat ik erectiestoornissen heb, daarvoor ben ik te beschaamd om hen dat te vertellen. Mijn probleem is iets dat ik graag voor mezelf houdt. Erecties zijn bovendien dingen die men normaal ook niet vertelt, het is iets dat gebeurt wanneer men intiem is dus daar wordt niet zomaar over verteld en zeker niet tegen onbekenden of mensen die er niets mee te maken hebben.

Ik: Heb je uw vriendin daarover dan onmiddellijk verteld?

Patiënt: Mijn vriendin was telkens mee op elke consultatie naar de uroloog dus zij wist reeds voor de ingreep dat de kans groot was dat ik na de ingreep erectiestoornissen zou hebben. Zij wou er telkens bij zijn bij elke consultatie in het ziekenhuis omdat ze dacht dat ze een steun kon betekenen voor mij, maar ik voelde dat anders aan. Ik vond dat de ingreep en mijn prostaatkanker iets was voor mezelf, ik kon dat zelf overwinnen zonder iemand rond mij. Ik had niet direct behoefte aan steun omdat ik niet graag afhankelijk ben van andere mensen. Ik help liever zelf de mensen dan dat de mensen mij moeten helpen. Wanneer het uiteraard niet verder kan dan mogen de mensen mij helpen, maar wanneer ik voel van mezelf dat ik het alleen aankan, dan heb ik geen hulp nodig.

Ik: Hebt u dit dan ook verteld tegen uw vriendin?

Patiënt: Ik heb haar dat nooit durven vertellen uit schrik dat ik haar zou kwetsen. Maar sinds die ingreep is onze relatie veranderd, zij wil mij bemoederen terwijl ik dat zeker niet nodig heb en daardoor hebben we regelmatig nog eens ruzies.

Ik: Hoe gaat zij dan om met uw erectiestoornissen?

Patiënt: Om eerlijk te zijn hebben we sinds mijn operatie nog bijna geen seks gehad. Net na de ingreep had ik daar ook niet direct behoefte aan omdat ik wat tijd nodig had voor mezelf. Zij is jonger dan mij en heeft daar duidelijk wel behoefte aan terwijl het bij mij niet lukt wat dus voor haar voor frustratie zorgt wat ik uiteraard begrijp. Mijn erecties komen nu wel terug, maar zijn nog niet hard genoeg om te penetreren. Maar ik heb daar ook niet meer zoveel behoefte aan om gemeenschap te hebben, ik geniet nu van vele andere dingen, zoals een weekendje weg zijn, gaan wandelen met de hond, lezen en zoveel andere dingen.

Ik: Fantaseer je dan ook nooit meer over seks? Met uw vriendin of met een andere vrouw?

Patiënt: Neen, totaal niet omdat ik, zoals ik gezegd heb, hier geen behoefte aan heb. Ik ben op een leeftijd waarbij ik van vele andere dingen kan genieten in mijn leven. Als ik een mooie vrouw zie dan zal ik haar wel gezien hebben, daar niet van, maar ik zal daarover niet meer fantaseren of ik mogelijks seks zou kunnen hebben met haar omdat ik toch weet dat het niet meer lukt, ik doe daar dan ook geen moeite voor. Als ik van mezelf mag zeggen dan vind ik dat ik op seksueel vlak ben uitgebleeid en dat ik nu van andere dingen moet genieten in mijn leven.

Ik: Ik denk dat we met zo'n zin mooi kunnen afsluiten, ik vermoed dat ik zowat alle gegevens heb kunnen verzamelen. Ik bedank je hier alvast voor uw medewerking aan mijn onderzoek en ik zal u dan een exemplaar van mijn eindwerk opsturen van zodra dit af is!

Interview 2

Ik: Goeiemorgen, ik ben Jonas en ben 3^e jaar student Ziekenhuisverpleegkunde aan het Katho Roeselare. Mijn eindwerk voor het laatste jaar gaat dus over 'erectiestoornissen na een radicale prostatectomie meerbepaald de robotprostatectomie Da Vinci zoals hier in het AZ wordt gebruikt. Deze gegevens die ik uit dit interview haal worden strikt anoniem behandeld. Dit interview wordt ook opgenomen zodat ik dit nadien perfect kan uittypen. Voor het interview heb ik enkele vragen opgesteld, maar u bent telkens vrij om te antwoorden en om uitgebreid te antwoorden, we houden ons dus niet enkel aan deze vragen. Als het goed is voor u zal ik dit gesprek aanvangen met de eerste vraag. Hoe reageerde je op de diagnose van prostaatkanker?

Patiënt:Goh, hoe reageerde ik? Ten eerste ik verwachtte het zeker niet, ik had vooraf geen enkel vermoeden dat ik prostaatkanker zou kunnen hebben. Ik had reeds enkele weken een gevoel dat ik moeilijker kon gaan plassen dan vroeger. Ik ging daarvoor dan ook gewoon naar de huisarts die mij bloed liet trekken. Na een week belde de huisarts mij op en vertelde me dat er iets abnormaal was gevonden in mijn bloed, dat de PSA, zoals ze dat zeggen dus de gestegen waarde van de prostaat, dat deze gestegen was in mijn bloed wat wilde zeggen dat er iets aan de hand was met mijn prostaat. De huisarts zelf vermoedde een goedaardige prostaatvergroting. Toch moest ik naar het ziekenhuis komen om verder onderzocht te worden. Dat was dan hier in het AZ van Brugge. De uroloog voelde dan via mijn aarsopening aan mijn prostaat en dan vervolgens met zo'n toestel ook. Terwijl dat hij bezig was met dat toestel vertelde hij dat hij ging prikken om een beetje weefsel van mijn prostaat te kunnen onderzoeken. Na een uurtje in het ziekenhuis wachten vertelde hij me dat ik prostaatkanker had. Ik was blij dat mijn vrouw bij mij zat want ik begon onmiddellijk te huilen, ik wist niet wat me overkwam, ik kanker? In die periode heb ik veel steun gehad aan mijn vrouw, zij ging bij elke consultatie mee met mij want ik voelde dat ik dat niet alleen aankon!

Ik: Zij was dus ook erbij wanneer de uroloog en Luc u uitlag gaven over de verschillende behandelmogelijkheden?

Patiënt: Zeker, zij was er altijd bij, ik vroeg haar dat ook of zij telkens mee wilde want emotioneel was ik totaal aan de grond! Toen de uroloog uitleg gaf heb ik de helft hier niet van gehoord omdat ik telkens aan het denken was aan die kanker. Gelukkig dat mijn vrouw dan wel luisterde zodat zij mij dan kon vertellen wat de mogelijkheden waren. Van Luc heb ik dan zo'n boek meegekregen met alle mogelijkheden en complicaties zodat ik thuis op mijn gemak dit allemaal eens kon lezen. Lang heb ik niet getwijfeld want zowel Luc als de uroloog beveelden mij de robotchirurgie aan waardoor ik dit dan ook gekozen had. Ik kon niet lang genoeg wachten om die kanker uit mijn lijf te verwijderen. Ik was dan ook heel angstig en tegelijk blij voor de operatie omdat ik wist wanneer ik opnieuw wakker werd dat ik de kanker zou kwijt zijn!

Ik: Vond je dan dat je in je beslissing beïnvloedt werd of was het volledig jouw keuze?

Patiënt: Beïnvloedt zou ik het niet noemen want zowel Luc als mijn uroloog weten wat het beste kan zijn, zij zijn de specialisten op dat vlak hé, ik kan daar totaal niet over meespreken. De keuze van de behandeling heb ik wel gemaakt, maar wel degelijk door de goeie raad en steun van Luc en mijn uroloog. Ik kan totaal niet weten welke behandeling goed is en welke minder goed is hé, dat kunnen zij mij enkel vertellen en dan vind ik dat zij wel de keuze voor mij mogen maken, ik ben daardoor ik geruster denk ik.

Ik: Je vertelt nu wel telkens over de prostaatkanker en de behandeling, maar was je dan niet ongerust over de gevolgen van de behandeling, zoals incontinentie en impotentie?

Patiënt: Ik dacht veel aan de kanker dat ik uit mijn lijf wilde, maar ook aan de incontinentie want ik stelde me telkens een beeld van mij voor dat ik in mijn broek had geplast, net een klein kind dacht ik dan bij mezelf. Ik dacht bij mezelf dat dat heel erg zou zijn om incontinent te zijn. Maar wanneer ik na de operatie niet incontinent bleek te zijn was het de impotentie die mij de das omdeed. Ik kon daar niet goed mee omgaan dat ik geen erectie meer kon krijgen. Ik wilde op seksueel vlak als man presteren zoals het voor een man hoort te zijn. Wanneer dit dan niet lukt terwijl je vrouw hier wel behoefte aan heeft, dan wordt je gefrustreerd omdat het niet wil lukken!

Ik: Heb je hier dan oplossingen voor gezocht of zelf gekregen van uroloog of verpleegkundige?

Patiënt:Ik heb zelf bij mijn maandelijkse controle gevraagd bij mijn uroloog naar pilletjes om erecties te kunnen krijgen. Ik heb dan Viagra gekregen, maar deze werkten onvoldoende bij mij. De erecties kwamen zo nu en dan dus ik kon er niet echt op vertrouwen waardoor ik dan overgestapt ben op zo'n injecties in de penis. Ik ben hier nog maar enkele weken mee gestart en ik heb toch zo'n schrik om mezelf een spuitje te geven. Mijn vrouw durft het ook niet doen dus moet ik het wel doen, maar ik ben toch bang om in mijn eigen penis te spuiten. Uiteindelijk durf ik dan wel spuiten en werken die injecties ook. Ik krijg erecties die voldoende zijn om seks te hebben met mijn vrouw. Maar mijn seksleven is daar toch anders door hoor, we moeten als het ware telkens alles plannen om bijvoorbeeld seks te hebben want ik moet dan ervoor telkens spuiten zodat ik een erectie kan krijgen, het is zeker anders dan vroeger hé.

Ik: Heb je dan verminderde seksuele behoefte na de ingreep in vergelijking met vroeger?

Patiënt:Ik ondervind wel van mezelf dat ik minder behoefte heb aan sex vergeleken met vroeger. Dat is dan ook het moeilijke eraan want mijn vrouw heeft er dan wel behoefte aan, maar ik dan minder. Ik wil dan mijn vrouw deze behoefte niet ontzien en haar plezieren, maar dan lukken de erecties dan nog niet vanzelf waardoor het onnatuurlijk overkomt waardoor ik nog minder zin heb. Dat frustreert mij wel, het niet kunnen, maar wel willen! Gelukkig begrijpt mijn vrouw mij voor 100 % en kan ik alles kwijt tegen haar.

Ik: Als je dan bijvoorbeeld geen erecties kunt krijgen, of de injecties lukken niet, heb je dan een andere vorm van intieme relatie met je vrouw?

Patiënt:Als we echt seks willen hebben zal ik die injecties inspuiten, maar dat is onnatuurlijk en je moet dan plannen wanneer dat je eigenlijk seks gaat hebben. Anders zijn we gewoon intiem door elkaar bijvoorbeeld te zoenen en te knuffelen, simpelweg. Mijn vrouw en ik vinden dat goed om zo intiem te zijn dus waarom niet en bovendien is dat wel spontaan en natuurlijk hé in vergelijking met die injecties!

Ik: Is die veranderde intieme relatie dan voldoende voor u of mis je de seksuele gemeenschap zoals voor de operatie?

Patiënt:Om eerlijk te zijn: ja ik mis dat echt, ik heb voldoening om gewoon intiem te zijn met mijn vrouw, maar toch zou ik nog een keer gewoon spontane gemeenschap willen met mijn vrouw zoals vroeger zonder injecties en gewoon spontaan.

Ik: Ervaar je uw erectiestoornis dan als een echt verlies in je leven?

Patiënt:Ik probeer er niet veel meer aan te denken omdat als je eraan denkt je dan echt wel het gevoel hebt als man dat je iets kwijt bent in je leven. Als ik dan intiem ben met mijn vrouw, een goeie knuffel of zo dan gaat er wel in je gedachten van: vroeger was het prijs en nu kan het eigenlijk niet meer en dan voel je wel dat het een verlies is.

Ik: Voelde je je dan niet beschaamd de eerste keer dat je opnieuw seks probeerde te hebben, dat je geen erectie kon krijgen?

Patiënt:Zeker niet want het is mijn vrouw hé en ik vertrouw ze en kan er alles tegen zeggen dus beschaamd niet direct nee. Ik was misschien wel teleurgesteld dat het niet lukte, maar je moet alles nemen zoals het komt zeker?

Ik: Voel je je dan minder mannelijk doordat je geen erectie meer kunt krijgen?

Patiënt:Minder mannelijk over het algemeen zou ik niet durven zeggen, maar wanneer ik gemeenschap wil met mijn vrouw en het lukt gewoonweg niet dan voel ik me wel minder man daardoor ja. Maar als ik onder de mensen of onder mannen ben dan voel ik me nog altijd even mannelijk als vroeger. Je ziet dat dan ook niet aan mij dat ik mijn prostaat kwijt ben en geen erecties meer kan krijgen hé ik ben gewoon wie dat ik vroeger was met de uitzondering dat ik geen erecties meer kan krijgen, maar de buitenwereld kan dat niet weten of niet zien. Neen ik voel me nog altijd mannelijk.

Ik: De relaties en contacten met andere vrouwen, is dat veranderd sinds uw prostaatwegname?

Patiënt:Goh, ik moet zeggen dat ik voor de operatie ook niet zoveel contact had met andere vrouwen, ik praatte bijvoorbeeld wel met de vriendinnen van mijn vrouw, maar voor de rest praatte ik niet veel met andere vrouwen. Het komt nu net in mij op en ik ga da nu ook vertellen: als ik bijvoorbeeld mijn vrouw niet meer zou hebben dan zou ik waarschijnlijk geen nieuwe relatie kunnen beginnen met een andere vrouw gewoonweg omdat ik weet dat ik geen erecties kan krijgen. Mijn vrouw begrijpt mij nu volledig en weet hoe mijn situatie in elkaar zit, we kennen elkaar al zo lang dat het voor haar volkomen normaal is om voor mij begrip op te brengen. Maar een andere vrouw zal misschien geen begrip nemen voor mijn erectiestoornissen, met een nieuwe vrouw zou ik dan ook graag seksuele gemeenschap hebben hoewel ik weet dat dit niet kan lukken. Ik wil dit dan ook die vrouw niet aandoen en ook voor mijn schaamte over mijn erectieprobleem zou ik niet snel naar buiten durven laten tonen.

Ik: Heb je er dan bijvoorbeeld een probleem mee dat ik een interview afneem of heb je er problemen mee dat uw omgeving of familie vragen stelt omtrent uw probleem?

Patiënt: Mijn familie en vrienden zijn op de hoogte van mijn operatie, maar weten niet dat ik geen erecties meer kan krijgen, daarvoor ben ik te beschaamd om daarover te vertellen. Maar met dit interview heb ik geen problemen om over te praten omdat ik weet dat je een verpleegkundige in spe bent en dus elke dag in contact komt met mensen met problemen.

Ik: Nog even over die andere vrouwen: heb je dan nog seksuele fantasieën over andere vrouwen of over uw vrouw?

Patiënt: Goh, seksuele fantasieën? Ik droom er wel nog eens van om nog eens spontane seks te hebben met mijn vrouw, dat ik geen injecties meer moet geven in mijn penis. Maar fantasieën over andere vrouwen, neen omdat ik weet dat ik toch geen seks kan hebben met die vrouwen. Vroeger ging ik nog rap in mijn binnenste zeggen van: dat is een mooi vrouwtje daar zou ik wel eens seks mee willen hebben. Maar nu zeg ik dat niet meer tegen mezelf omdat ik toch weet dat ik geen erecties kan krijgen.

Ik: Is je relatie met je vrouw veranderd sinds de ingreep en de erectiestoornissen?

Patiënt: Neen, niet echt, we zagen elkaar vroeger graag en nu zien we elkaar nog altijd even graag. Ik kan misschien wel zeggen dat we meer aan elkaar gehecht zijn sinds de ingreep, we doen meer dingen samen. Dat komt misschien doordat ik kanker had omdat we denken dat het snel voorbij kan zijn zeker, ik weet het niet, het is zeker niet bewust dat we dat doen.

Ik: Zou je de operatie opnieuw overwegen als je nu de gevolgen ervan ondervind of vind je dat je niet genoeg werd ingelicht over de operatie waardoor je verkeerd hebt gekozen?

Patiënt: Ik zou het zeker opnieuw doen want zoals ik al gezegd heb ik wou zo snel mogelijk van die kanker af. Met bestraling was ik niet honderd procent gerust dat de kanker weg zou zijn terwijl bij de prostaatwegname wist je bijna zeker dat ze de kanker hadden weggedaan.

Ik: En vond je dan dat je genoeg info had gekregen over de operatie en de gevolgen?

Patiënt: Ik had voldoende info gekregen dankzij mijn vrouw die ook had meegeluisterd met de uroloog en Luc omdat ik eigenlijk niet veel gehoord had over de ingreep en mogelijkheden ervan. Ik heb wel het infoboek over de verschillende mogelijkheden en complicaties gelezen en doorbladerd en daar heb ik toch veel informatie kunnen uithalen.

Ik: Vond je dit dan voldoende of had je nog vragen over de operatie?

Patiënt: Als ik nog vragen had dan kon ik ze gerust stellen aan Luc want Luc is iemand die me ongelofelijk begrijpt en mij verstaat. Ik moest dat niet met handen en voeten uitleggen als ik iets vroeg wist hij onmiddellijk wat ik bedoelde. Maar veel heb ik niet moeten vragen, ik kon veel info uit het boek halen en voor de operatie heb ik nog eens naar Luc geweest en hij heeft de hele procedure dan nog eens uitgelegd en voor mij was het helemaal duidelijk en kon het niet snel genoeg voorbij zijn!

Ik: Als ik zo hoor ben je blij dat alles achter de rug is en ik denk dat mijn interview er ook op zit want ik heb alle gegevens dat ik moet hebben voor mijn onderzoek, dus ik zal hier afsluiten en u bedanken voor uw tijd en uw medewerking voor mijn onderzoek!

Interview 3

Ik: Goeiemorgen, ik ben Jonas en ben 3^e jaar student Ziekenhuisverpleegkunde aan het Katho Roeselare. Mijn eindwerk voor het laatste jaar gaat dus over 'erectiestoornissen na een radicale prostatectomie meerbepaald de robotprostatectomie Da Vinci zoals hier in het AZ wordt gebruikt. Deze gegevens die ik uit dit interview haal worden strikt anoniem behandeld. Dit interview wordt ook opgenomen zodat ik dit nadien perfect kan uittypen. Voor het interview heb ik enkele vragen opgesteld, maar u bent telkens vrij om te antwoorden en om uitgebreid te antwoorden, we houden ons dus niet enkel aan deze vragen. Als het goed is voor u zal ik dit gesprek aanvangen met de eerste vraag. Hoe reageerde je op de diagnose van prostaatkanker?

Patiënt:Ik zal anders eerst beginnen met eventjes mij kort voor te stellen en mijn leven in het kort even uit te leggen. Ik heb een prachtige vrouw en 2 kinderen die gelukkig getrouwd zijn en reeds een heel eind het huis uit zijn. Ik ben nu gepensioneerd sinds 2 jaar, maar ik ben altijd directeur geweest van een groot bedrijf dat in België en Duitsland is gevestigd, ik zal de naam nu niet expliciet noemen, maar het was een groot en draaiend bedrijf dat nu nog altijd bestaat. Ik was dikwijls in Duitsland op het bedrijf waardoor ik heel weinig thuis was voor mijn vrouw en kinderen, ik was altijd op het werk. En als ik dan eens thuis was dan was het 's avonds laat huiskomen, eten, slapen en 's morgens weer vroeg weg waardoor ik de kinderen en mijn vrouw ook bijna niet zag. Ik was dan ook blij dat ik op pensioen kon gaan, alhoewel ik het zakenleven graag deed, en bij mijn vrouw en kinderen kon zijn. Ik was nog maar een paar maanden op pensioen wanneer ik begon te sukkelen met mijn water te maken, ik kon niet goed maar plassen en na verschillende onderzoeken in het ziekenhuis bleek ik dat ik prostaatkanker had en toen was ik totaal aan de grond. Ik kon niet bedenken wat ik verkeerd had gedaan in mijn leven om die kanker te krijgen. Ik dacht onmiddellijk aan de dood en aan

de tijd dat ik niet meer zou kunnen doorbrengen met mijn vrouw. Ik heb mijn levenlang gewerkt en dit krijg ik dan als beloning? Emotioneel was ik dan ook heel zwak, ik weende telkens als ik eraan dacht, ook bij de uitleg die Luc en de uroloog gaven aan mij. Tijdens die uitleg heb ik niets gehoord ik was heel de tijd aan het wenen en aan die kanker aan het denken. Gelukkig was mijn vrouw bij mij om me wat te ondersteunen en mee te luisteren naar de uitleg die gegeven werd. Zij heeft eigenlijk een beetje de keuze voor mij gemaakt omdat ik emotioneel zo labiel was.

Ik: Zij was dus eigenlijk jouw grote steun in je ziekteproces?

Patiënt:Zij was inderdaad mijn grote steun want zonder haar zou ik het niet gekund hebben. Zij heeft mij dan ook alles nog eens uitgelegd en de uroloog en ook Luc zei dat met de robot de veiligste en efficiëntste manier was om van de kanker af te geraken. Wie ben ik om dan te zeggen dat dat niet zo is, zij zijn de geleerden in kwestie dus zij zullen het wel het best weten hé. Ik heb ook een beetje gekeken in een boek dat Luc me gegeven heeft over de verschillende gevolgen en behandelingen en zo, maar ik wilde er niet zoveel in kijken omdat ik er niet veel aan wilde denken, ik wilde gewoon zo snel mogelijk van die kanker af!

Ik: Wist je dan dat je nadien incontinent en impotent kon zijn?

Patiënt:Dat wist ik ja, mijn vrouw heeft er ook over gepraat met mij, maar van de andere behandelingen kun je blijkbaar ook impotent en incontinent worden dus wat maakte het uit? Het enige dat voor mij dat moment telde was dat ik genas en die kanker kwijt was, de rest telde eventjes niet! Ik ben dus geopereerd geweest en was niet incontinent, maar wel impotent ik kon dus geen erecties krijgen. Ik was opgelucht dat ik die kanker kwijt was, maar op dat moment vond ik dan erg dat ik geen erecties meer kon krijgen, voor de operatie vond ik dat niet erg, maar na de operatie wel. Mijn vrouw had seksuele behoefte, ik had dit minder na de operatie, en ik als man wilde die seksuele behoefte vervullen maar het lukte dan niet omdat ik geen erecties kon krijgen. Ik heb dan ook oplossingen gevraagd aan Luc en die stelde me voor om zo'n injecties in de penis te geven. De uroloog heeft dit verschillende keren aan mij getoond en aan mijn vrouw zodat ook zij het kon toedienen. Ik heb dit nu nog maar enkele keren gedaan en het lukt wel, maar ik vind het zo onnatuurlijk, het is niet meer spontaan dat de seks begint. Ik heb daardoor dan ook nog minder seksuele behoefte waardoor ik niet meer zoveel seks met mijn vrouw heb. Mijn vrouw vindt dit niet zo erg want we hangen sinds de operatie zeer close aan mekaar. We doen tegenwoordig alles samen terwijl we voor de ingreep niets samen deden. Ik geniet ook meer van het leven dan dat ik

vroeger deed. Ik ga elke morgen wandelen en ook met mijn vrouw doe ik regelmatig wandeltochten mee. We hebben ook een huis in de Ardennen waar we eigenlijk bijna altijd zitten, we komen daar tot rust en genieten daar enorm van het leven.

Ik: Vind je nu na de behandeling dat je de juiste keuze hebt gemaakt qua behandeling?

Patiënt:Ondanks de erectiestoornissen zou ik het zeker opnieuw doen want het leven is al zo kort en als je dan nog vroeger komt te sterven dan is het superkort. Neen ik zou ik zeker opnieuw doen want ik ben hier goed gesoigneerd en begeleid geweest.

Ik: Vond je dan dat de keuze van de behandeling door jou werd gemaakt of werd de beslissing gemaakt voor jou door bijvoorbeeld uroloog of verpleegkundige?

Patiënt:De keuze hebben ik en mijn vrouw eigenlijk gemaakt, maar wij hebben daar alletwee niet lang over nagedacht. Luc en ook de uroloog hebben uitleg gegeven over verschillende behandelingen, maar ze zeiden wel dat met de robot de operatie een hele goede en effectieve manier was om te opereren. Ik dacht dan ook bij mezelf: wat moet ik dan nog iets anders gaan kiezen als zij zeggen dat met de robot het best is en ook mijn vrouw zei dat, dus we hebben niet lang nagedacht daarover.

Ik: Even over de erectiestoornissen: voel je je minder mannelijk hierdoor?

Patiënt:Minder mannelijk zeker niet, het is niet omdat ik geen seks meer heb dat ik geen man meer ben hé. Misschien als mijn omgeving het zou weten dat ik geen erecties meer kan krijgen, dat ze dan denken dat ik geen man meer ben omdat de maatschappij zich zodanig uitdrukt dat de man moet seks hebben of hij is geen man meer. Ik voel me nog 100 % man ook al kan ik geen erecties meer krijgen, ik geniet nu gewoon van andere dingen en geniet zelfs nog veel meer dan vroeger!

Ik: Heb je dan ook een andere vorm van intieme relatie met je vrouw zonder dat er seks moet aan te pas komen?

Patiënt:Ik geniet gewoon met mijn vrouw van de simpele dingen zoals een kusje geven en 's avonds dicht bij elkaar kruipen in bed vind ik zelfs al intiem. Nu dat ik geen erecties meer kan krijgen geniet ik gewoon van de simpele dingen waarvan je vroeger dacht van dat het niet intiem was, velen denken waarschijnlijk dat intiem contact direct seks is, maar ik heb daar nu een heel ander gedachte over.

Ik: Vind je deze intieme relatie dan voldoende in vergelijking met de seksuele gemeenschap van voor de operatie?

Patiënt:Ik zou dat niet vergelijken met het echte seksuele van vroeger omdat dat niet te vergelijken valt. Ik aanvaard dat ik geen erecties meer kan krijgen en dan moet je samen met je vrouw oplossingen gaan zoeken om toch in de mate van het mogelijke zo intiem mogelijk te zijn met elkaar en ik vind dat dan wel voldoende. Maar als ik het vergelijk met vroeger dan is het niet voldoende, maar ik wil het gewoon niet vergelijken, ik ben gelukkig nu en geniet nu gewoon van het leven en mijn vrouw.

Ik: Voelde je je dan beschaamd wanneer je voor de eerste keer opnieuw probeerde om seks te hebben met je vrouw?

Patiënt:Ik was eigenlijk eerder emotioneel wanneer het niet lukte, het deed me direct terugdenken aan die prostaatkanker en ik wil die tijd gewoon achter mij laten. Ik ben daar niet beschaamd over neen want het is en blijft mijn vrouw. Wanneer het nu met een vreemde vrouw zou zijn dan zou ik zeker wel beschaamd zijn, maar mijn vrouw begrijpt mij dus waarom zou ik beschaamd zijn erover?

Ik: Praat je er dan over met je vrienden en familie?

Patiënt:Nee, zeker niet, daarvoor ben ik wel beschaamd dan.

Ik: En je relaties en contacten met andere vrouwen, is dat dan veranderd? Ik bedoel daar dan vooral mee zou je nieuwe contacten kunnen leggen met andere vrouwen?

Patiënt:Vroeger was ik eigenlijk zo'n echt snoeper, ik zag de vrouwtjes graag en de vrouwtjes hadden mij ook graag. Ik ging wel nooit te ver, mijn grote liefde bleef altijd mijn vrouw, maar ik kon zodanig met de vrouwen praten en zeveren eigenlijk dat ik ze direct rond mijn vinger kon draaien. Nu kan ik nog met de vrouwen zeveren en doen, maar dit is zeker niet meer zoveel zoals vroeger omdat ik toch altijd in mijn achterhoofd houdt dat ik geen erecties meer kan krijgen en ik weet niet, ik doe dat niet bewust, maar ik heb toch minder contact met vrouwen, dat is toch raar vind ik.

Ik: Dus seksuele fantasieën over andere vrouwen of je eigen vrouw heb je dan ook niet meer zoals vroeger?

Patiënt:Ik zal eerlijk zijn: ik heb vroeger veel gefantaseerd over andere vrouwen en zeker omdat ik ze soms zo rond mijn vinger kon draaien. Ik heb dikwijls gedacht van: die kan ik toch zo in mijn

bed krijgen? Maar ik heb dat uiteraard nooit gedaan, ik ben gelukkig getrouwd, maar het is toch eigenaardig dat je als man zo kunt fantaseren over andere vrouwen. Na de operatie van mijn prostaat ondervond ik toch dat het anders was, ik had al niet zoveel contact meer met andere vrouwen en het fantaseren is eigenlijk ook verdwenen. Ik ga het zo zeggen: de aandacht voor de vrouwen is als het ware verdwenen, ik kan het moeilijk uitleggen, maar het is zo. De aandacht voor mijn eigen vrouw is wel beter geworden omdat ik vroeger veel op het werk was en niet zoveel tijd maakte of had voor mijn vrouw. Ik voel wel dat de operatie mijn vrouw en mezelf dichter hebben gebracht. Als we geen afspraken hebben hier in Vlaanderen dan zijn we altijd weg naar de Ardennen. Daar genieten we gewoon van elkaar en knappen we samen dingen op aan ons huis daar en ja van de simpele dingen gewoon genieten nu hé want er kan zich plots zo een ommekeer voordoen dat je niet meer kunt genieten van het leven, zo denk ik toch! Ik wil gewoon nog zo lang mogelijk genieten van het leven samen met mijn vrouw want dat heb ik vroeger heel veel gemist!

Ik: Ik zal dan hier maar afsluiten met zo'n mooie zin hé, ik ondervind dat je nu heel gelukkig bent en ik ben ook zeer gelukkig dat je wilde meewerken aan mijn onderzoek waarvoor alvast een grote merci!

Interview 4

Ik: Goeiemorgen, ik ben Jonas en ben 3^e jaar student Ziekenhuisverpleegkunde aan het Katho Roeselare. Mijn eindwerk voor het laatste jaar gaat dus over 'erectiestoornissen na een radicale prostatectomie meerbepaald de robotprostatectomie Da Vinci zoals hier in het AZ wordt gebruikt. Deze gegevens die ik uit dit interview haal worden strikt anoniem behandeld. Dit interview wordt ook opgenomen zodat ik dit nadien perfect kan uittypen. Voor het interview heb ik enkele vragen opgesteld, maar u bent telkens vrij om te antwoorden en om uitgebreid te antwoorden, we houden ons dus niet enkel aan deze vragen. Als het goed is voor u zal ik dit gesprek aanvangen met de eerste vraag. Hoe reageerde je op de diagnose van prostaatkanker?

Patiënt:Ik kon moeilijk geloven dat ik prostaatkanker had gewoonweg omdat ik geen klachten had, ik had nergens pijn of zo dus ik kon het eigenlijk echt niet geloven, maar ja ik had toch kanker hé.

Ik: Werd u dan voldoende ingelicht over de verschillende behandelmogelijkheden en complicaties hier bij kwamen te kijken?

Patiënt:Ik werd enorm goed ingelicht door Luc de Laere, hij is iemand die je echt begrijpt en alles uitlegt in begrijpelijke taal. Ik kreeg ook zo'n boek mee naar huis waarin alles nog eens werd uitgelegd alhoewel dit voor mij zeker niet nodig was want ik had alle informatie gekregen die ik nodig had. Als ik dan nog vragen had kon ik hem altijd opzoeken of eens telefoneren, hij stond eigenlijk altijd klaar voor mij. Ik vertrouwde Luc ook volledig waarna ik hem gevraagd had of hij wil beslissen welke behandeling er voor mij het best zou zijn en dat heeft hij heel goed gekozen vind ik.

Ik: En werden dan bijvoorbeeld reeds oplossingen gegeven voor de eventuele incontinentie en erectiestoornissen?

Patiënt:Voor de urine-incontinentie werd bekkenbodempkiné voorgesteld die ik reeds gestart heb voor de ingreep zodat ik na de ingreep minder kans had op urineverlies. Voor de erectiestoornissen werden nog geen oplossingen voorgesteld ook omdat ik hier geen behoefte aan had, ik had vooral schrik van de incontinentie omdat dit voor mij erger is dan de erectiestoornissen, incontinentie kunnen mensen zien als het bijvoorbeeld helemaal in je broek is, maar erectiestoornissen kunnen de mensen niet zien.

Ik: Had je na de ingreep dan last of een ambetant, beschaamd gevoel dat je geen erecties meer kon krijgen, bijvoorbeeld wanneer je opnieuw voor de eerste keer seks probeerde te hebben met je vrouw?

Patiënt:Ik was eigenlijk al heel blij dat ik van de prostaatkanker vanaf was want kanker bracht ik onmiddellijk in relatie met de dood, dus overleven was voor mij het allerbelangrijkste en de rest nam ik er wel bij. Die erectiestoornissen doen mij niet veel meer omdat ik en mijn vrouw voor de ingreep ook niet meer zo seksueel actief waren.

Ik: Had je dan een andere vorm van intiem contact dat voor jezelf en je vrouw voldoende was?

Patiënt:Ik zie mijn vrouw nog graag, maar veel intiem contact hebben wij niet meer of het is eens nu en dan nog een kus geven voor dat we gaan slapen of voor ik bijvoorbeeld naar ergens ga, maar anders hebben wij niet meer zoveel intiem contact.

Ik: En vind je dat dan voldoende dat je intieme relatie je enkel beperkt tot die kussen die gegeven worden?

Patiënt:Ik vind dat voldoende want ik heb niet meer zo'n behoefte aan het intieme en seksuele en dit is ook zo bij mijn vrouw, wij zijn elkaar nog graag en doen nog dingen samen, maar intiem zijn we niet meer zo, daarvoor ben ik denk ik al te oud.

Ik: Ik mag dan ook concluderen dat het niet meer kunnen krijgen van erecties geen groot verlies betekent in je leven?

Patiënt:Ja dat is zo.

Ik: Weet je omgeving zoals je vrienden en familie dat je erectiestoornissen hebt?

Patiënt: Neen, dit weet niemand en dit zal ik ook zo houden omdat ik vind dat die erectiestoornissen iets is dat ik voor mezelf moet houden, dat enkel mijn vrouw en ik aangaan.

Ik: Wat betekende voor jou je vrouw in je ziekteperiode?

Patiënt: Mijn vrouw was eigenlijk mijn enige steunpilaar die ik had, ik kon haar alles vertellen en zij stond mij altijd bij in moeilijke periodes. Zonder haar zou ik het emotioneel veel zwaarder gehad hebben. Zij begrijpt mij ook dat ik geen oplossingen wil zoeken voor mijn erectieprobleem omdat ik al die oplossingen zo kunstmatig vind, zo onnatuurlijk waardoor ik zeg van: ik wil daarvoor geen oplossing, ik aanvaard het gewoon en komen mijn erecties terug zoveel te beter voor mij en mijn vrouw.

Ik: Is je relatie met je vrouw dan veranderd sinds de ingreep?

Patiënt: Ik kan wel zeggen dat onze relatie veranderd is, we doen meer dingen samen dan vroeger. Voor de operatie was ik veel weg van huis, gaan kaarten met vrienden, gaan fietsen met vrienden. Dat is allemaal veel verminderd en ik ga nu bijvoorbeeld fietsen met mijn vrouw, zo van die dingen samen doen hé, dingen dat we vroeger niet samen deden.

Ik: Is je seksuele behoefte verminderd na de ingreep?

Patiënt: Ik vind van wel, ook omdat ik mijn erectiestoornis aan de ene kant aanvaard zoals het is, ik heb geen seks meer punt uit. Maar aan de andere kant kan ik dan meer genieten van een simpele knuffel met mijn vrouw. Ik ondervind wel dat ik minder behoefte heb aan seks dan vroeger, dat wel ja.

Ik: Voel je je door je erectiestoornissen minder mannelijk dan vroeger?

Patiënt: Neen, totaal niet en ik zou niet weten waarom ik mij minder mannelijk zou moeten voelen?

Ik: Ondervond je dan ook dat je relaties en contacten met andere vrouwen veranderd was of verminderd was?

Patiënt: Pffff, mijn contact met andere vrouwen dat is niet meer zoals vroeger dat kan ik wel zeggen, vroeger ging ik nog snel eens tegen vrouwen praten, maar nu is dit niet meer zo, ik weet ook niet hoe dat precies komt, maar ik trek mij daar niet zoveel van aan.

Ik: Zou het kunnen dat het door je erectieprobleem is dat je andere vrouwen wat vermijdt?

Patiënt:Ik denk het niet want ik trek mij niets aan van het feit dat ik geen erecties meer kan krijgen. Ik houdt dat probleem gewoonweg voor mezelf omdat dit niemand anders iets aangaat. Misschien zou dit onbewust wel kunnen meespelen in het feit dat ik minder contacten durf leggen met andere vrouwen, ik weet het niet.

Ik: Fantaseer je dan ook niet meer op seksueel vlak of droom je nog eens van seks?

Patiënt:Diep in mijn binnenste droom ik er nog van dat de erecties zouden terugkeren zodat ik nog een seks zou kunnen hebben met mijn vrouw. Maar ik zal er nooit voor wakker liggen want zoals ik al gezegd heb ik niet meer zo'n behoefte op seksueel vlak.

Ik: En fantaseer je dan nooit dat je bijvoorbeeld over seks met andere vrouwen, bijvoorbeeld een mooie vrouw die aan de overkant van de straat loopt?

Patiënt:Goh dat vind ik een rare vraag, ik weet niet echt wat ik daar moet op antwoorden. Vroeger zou ik waarschijnlijk wel eens gefantaseerd hebben over een mooie vrouw zoals op tv of zo, maar nu doe ik dat niet meer nee.

Ik: Als ik u zo hoor dan ondervind ik dat uw erectiestoornissen u niet veel zorgen baart, dat je gewoon je leven leeft, klopt dit?

Patiënt:Zeker je kan niet bij de pakken blijven zitten vind ik en ik aanvaard het dat ik geen erecties meer kan krijgen en punt uit, andere lijn. Ik ben gelukkig ook al heb ik geen seks meer en ik leef mijn leven zoals ik het wil.

Ik: Oké, het was een kort interview, maar ik heb toch alle gegevens kunnen verzamelen die ik moest hebben. Ik bedank u alvast dat je wilde meewerken aan dit onderzoek en ik stuur u dan nog een exemplaar door als het af is.

Interview 5

Ik: Goeiemorgen, ik ben Jonas en ben 3^e jaar student Ziekenhuisverpleegkunde aan het Katho Roeselare. Mijn eindwerk voor het laatste jaar gaat dus over 'erectiestoornissen na een radicale prostatectomie meerbepaald de robotprostatectomie Da Vinci zoals hier in het AZ wordt gebruikt. Deze gegevens die ik uit dit interview haal worden strikt anoniem behandeld. Dit interview wordt ook opgenomen zodat ik dit nadien perfect kan uittypen. Voor het interview heb ik enkele vragen opgesteld, maar u bent telkens vrij om te antwoorden en om uitgebreid te antwoorden, we houden ons dus niet enkel aan deze vragen. Als het goed is voor u zal ik dit gesprek aanvangen met de eerste vraag. Hoe reageerde je op de diagnose van prostaatanker?

Patiënt:Ik was onmiddellijk heel emotioneel omdat ik nog altijd in de tijd leeft waarbij kanker gerelateerd wordt aan de dood. Wanneer ik dus het woord kanker hoorde dacht ik onmiddellijk dat ik binnen enkele maanden dood kon zijn. Ik was reeds eens geopereerd geweest voor een prostaatontsteking en ik dacht toen dat ik geen kanker meer kon krijgen, maar dit was dus zeker het geval niet. De uroloog heeft mij dan meer informatie gegeven over het feit dat mijn prostaat enkel werd uitgelept, maar dat het buitenste van mijn prostaat nog altijd goed was en dat ik dus niet gevrijwaard was om geen kanker te krijgen. Toen ik de diagnose dan ook hoorde was dat direct een grote schok voor mij omdat ik het totaal niet verwachtte. Ik viel als het ware in een echt zwart gat, ik zag het gewoon niet meer zitten. Gelukkig had ik mijn vrouw waarvan ik veel steun heb gekregen. Zij stond mij altijd bij

en ook bij de consultatie bij Luc en de uroloog heeft ze goed meegevolgd omdat ik zelf niet luisterde naar wat hij zei, ik was emotioneel aan de grond.

Ik: Vond u dan dat u voldoende werd ingelicht en begeleid omdat u het emotioneel zo zwaar had?

Patiënt:De verpleegkundigen en Luc hebben mij zeer goed opgevangen en ik heb in het boek gekeken dat ik gekregen had van Luc waarin alles nog eens goed uitgelegd stond en ik heb dat op mijn gemak thuis nog eens bekeken. Ook na de operatie hebben ze mij hier goed gesoigneerd en verzorgd, ik heb hier niets tekort gehad. Ze begrijpen je hier ook goed want ik zat vooral in met mijn incontinentie, meer dan met mijn erectiestoornissen. Die incontinentie was voor de buitenwereld zichtbaar, oké er bestaan wel inleggers en zo, maar er bestaat toch altijd een grote kans dat het voor de omgeving zichtbaar wordt zoals regelmatig naar het toilet gaan bijvoorbeeld. Ik lette er echt op dat ik niet teveel dronk zodat ik zeker geen urineverlies zou hebben. Ik was daar echt beschaamd over die incontinentie.

Ik: En over je erectiestoornissen was je daar dan niet beschaamd over?

Patiënt:Wel mijn incontinentie is nu voorbij en nu zijn mijn erectiestoornissen voor mij wel primair. Als man hoor je op een spontane manier een erectie te krijgen vind ik, een man hoort seks te hebben op een natuurlijke spontane manier en niet met hulpmiddelen want Luc heeft mij oplossingen aangeboden, maar ik was daarvoor niet te vinden. Ik vind die oplossingen allemaal zo kunstmatig en niet spontaan waardoor ik ook geen hulpmiddelen gebruik. Ik heb seks met mijn vrouw op mijn eigen manier die ik en mijn vrouw voldoende vinden. Het is niet meer zoals vroeger, maar voor mij is het voldoende. Alhoewel dat ik toch voel dat de erecties geleidelijk aan terugkomen. Ze zijn natuurlijk nog niet hard genoeg om echt seks te hebben, maar ik ben aan de ene kant wel opgelucht dat er verbetering is hierin.

Ik: U hebt seks op uw eigen manier, wat mag ik daar dan onder verstaan?

Patiënt:Elkaar gewoon strelen bijvoorbeeld en knuffelen vinden ik en mijn vrouw al voldoende, wij kunnen daar genieten om samen te liggen en elkaar te knuffelen, een teken dat je elkaar nog graag ziet, het moet daarvoor geen seks zijn en daarbij ik wist van voor de ingreep dat ik erectiestoornissen zou hebben dus we waren er ons aan verwachtende.

Ik: Vind je het niet meer kunnen krijgen van erecties dan een groot verlies in je leven?

Patiënt: Een groot verlies zou ik niet durven zeggen, maar het is een verlies ja, ik zou het liever anders gezien hebben dat ik wel nog erecties kon krijgen, maar kijk ja het is nu eenmaal zo en het leven draait om nog zoveel meer dan seks hé.

Ik: Werd je keuze voor de behandeling met de robot dan gemaakt door jezelf of werd deze gemaakt door bijvoorbeeld uroloog of verpleegkundige?

Patiënt: Als je er niet echt veel over weet is dat heel moeilijk om een goede beslissing te nemen. Ik vertrouw Luc voor 100 % en hij geeft je ook echt het gevoel dat hij meeleeft met je. Ik heb daar met Luc veel over gepraat over die robot, hij heeft mij alle uitleg gegeven van procedure tot gevolgen en complicaties, alles eigenlijk. Ik heb de keuze gemaakt met Luc en mijn vrouw, Luc heeft mij dat aangeraden en ik heb hem daar in gevolgd waar ik zeker geen spijt van heb want ik ben heel blij dat ik het gedaan heb en nog leef en gezond ben!

Ik: Is je seksuele behoefte dan verminderd na de ingreep?

Patiënt: Ik denk wel dat mijn seksuele behoefte verminderd is na de ingreep. Vroeger had ik regelmatig nog eens zin om seks te hebben, maar nu is dit wel fel verminderd. Ik denk dat dat ook komt omdat ik geen erecties meer kan hebben, je weet toch dat je geen echte seks meer kan hebben, hoewel dit nu wel verbeterd omdat mijn erecties geleidelijk aan terug komen.

Ik: Wat vind je vrouw over je erectiestoornissen?

Patiënt: Mijn vrouw begrijpt mij dat ik geen oplossingen wil voor mijn erectieprobleem. Zij heeft mij voor de operatie gezegd dat het belangrijkste is dat ik gezond en wel terugkeer naar de ziekenhuiskamer en dat de rest er eigenlijk niet toe doet. En het is eigenlijk waar ook hé, we mogen blij zijn dat we nog mogen leven en we moeten genieten van de kleine dingen des leven. Ik kan zo goed genieten van een simpele wandeling in de vroege ochtend, je hoort dan de vogeltjes fluiten, ziet de zon opkomen, is dat dan niet geestig en zalig om zo te genieten van het leven? Ik vind dat zalig!

Ik geniet ook meer van mijn vrouw, ik vind dat we na de operatie dichter bij mekaar staan, dat we hechter geworden zijn dan vroeger. Zij moet mij soms wel motiveren om eens uit mijn luie zetel te komen, maar we doen veel meer dingen samen dan vroeger, waarschijnlijk omdat we samen nog van het leven willen profiteren zeker?

Ik: Voel je je dan niet minder mannelijk doordat je een erectieprobleem hebt?

Patiënt:Ik voel me daardoor zeker niet minder mannelijk, ik vind het wel jammer dat ik geen seks kan hebben met mijn vrouw zoals vroeger, maar daarvoor ga ik me niet minder mannelijk voelen. Ik ga nog elke zondagmorgen zoals een echte man pinten pakken in mijn stamcafé, ga nog naar het voetbal gaan kijken met maten, dat is toch wat echte mannen doen? Het is niet omdat je geen erecties meer kunt krijgen dat je daarvoor geen man meer bent hé. Alhoewel dat ik moet zeggen dat ik in sommige situaties mij dan toch minder man voel. Wanneer mijn maten dan beginnen over seks bijvoorbeeld dan kan ik niet meer echt meepraten en dan voel ik me wel een beetje uit de groep gesloten en voel ik me wel minder man ja.

Ik: Weten je vrienden en familie over je erectiestoornissen?

Patiënt:Mijn vrienden en familie weten dat allemaal, ik ben daar niet beschaamd over om daarover te praten. Wel heb ik het niet verteld aan mijn moeder, noch over de prostaatkanker die ik had. Ik had daar mijn reden toe omdat mijn vader nog maar twee jaar geleden is overleden aan kanker en daar heeft ze verschrikkelijk veel van afgezien en daardoor wilde ik het haar niet vertellen omdat ze dat dan ook onmiddellijk in relatie zou brengen met de dood. Daarom heb ik het ook verzwegen voor haar en ik ga het haar dan ook nooit vertellen.

Ik: Je relaties met andere vrouwen en contacten met andere vrouwen leggen is dit hetzelfde als voor de operatie?

Patiënt:Euhm, contacten met andere vrouwen? Vroeger, lang geleden, voor dat ik mijn vrouw leerde kennen heb ik verschillende vriendinnen gehad, heel veel eigenlijk. Ik kon goed omgaan met de vrouwen, ik kon ze charmeren zonder dat ik daarvoor iets moest doen. Ik kon snel een vrouw binnenhalen waardoor ik enorm veel zelfvertrouwen had. Wanneer ik getrouwd was was dit natuurlijk geminderd, je wordt wat getemperd door je vrouw, maar ik kon nog goed opschieten met vrouwen, ik kon makkelijk een uurtje met een onbekende vrouw praten. Sinds de operatie is dit ook verminderd door mijn erectieprobleem denk ik, ik zei dat ik mij daar niet over schaam, maar tegenover een vrouw vertellen dat je een erectieprobleem hebt ligt toch iets moeilijker dan dit vertellen tegen een man. Ik denk dat dat mij een beetje tegenhoudt om nog zo makkelijk en spontaan met de vrouwtjes om te gaan.

Ik: Je fantaseerde dan denk ik wel eens over seks hebben met een andere vrouw, met een vrouw die je bijvoorbeeld ziet lopen aan de overkant van de straat?

Patiënt:Ja tuurlijk, welke man doet dat nu niet?

Ik: Zijn die fantasieën dan verminderd vergeleken met voor de ingreep?

Patiënt:Nja, ja dat is wel verminderd net zoals die contacten met andere vrouwen, dat is raar, maar ik ben me daar niet van bewust, ik heb daar ook nog nooit bij stilgestaan het is nu dat ik er bij stilsta omdat je mij dit nu vraagt. Dat komt waarschijnlijk omdat ik geen erecties kan krijgen dat die gedachten niet meer komen zeker, ik weet het niet. Maar de erecties komen terug, dus die gedachten zullen ook wel terug komen zeker, hopelijk?!

Ik: Ik hoop voor u dat alles opnieuw in orde zal komen en ik bedank u hier alvast om uw medewerking voor mijn eindwerk. Ik zal u dan nog een exemplaar opsturen van mijn eindwerk als dit af is. En nog eens bedankt hé.

