

Verwijding van de buikslagader: buis- en broekprothese



Inhoud

Ligging en functie van de aorta	3
Aneurysma	4
Symptomen	4
Diagnose en onderzoek	5
Behandeling	6
Pre-operatieve screening en anesthesie	7
De opname	8
De operatie	8
Na de operatie	9
Mogelijke complicaties en risico's	10
Na de behandeling	10
Wanneer neemt u direct contact op?	11
Leefregels na de operatie	11
Verhinderd	12
Meer informatie	12
Vragen	12
Contactgegevens	12

Verwijding van de buikslagader: buis- en broekprothese

U wordt binnenkort onderzocht of behandeld aan een verwijding van de buikslagader. In medische termen spreken we hierbij ook wel van een aneurysma aan de aorta abdominalis. In deze folder vindt u informatie over de gang van zaken rond een operatie waarbij deze verwijding wordt opgeheven met een buis- of broekprothese. Het is goed u te realiseren dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan is beschreven.

Ligging en functie van de aorta

De aorta of de grote buikslagader is de grootste slagader van het menselijke lichaam. De aorta komt uit de linkerkamer van het hart. Vlak boven het hart maakt deze een bocht naar links. Uit de aortaboog ontspringen kleinere slagaders die de hersenen en armen voorzien van bloed. Na de bocht daalt de aorta af in de borstholte en via het middenrif in de buikholte. In de buikholte voorziet de slagader organen zoals de darmen, de milt, de nieren, het ruggenmerg en andere buikorganen van bloed. Vervolgens vertakt de buikslagader zich in twee slagaders die de benen van bloed voorzien (bekkenslagaders).

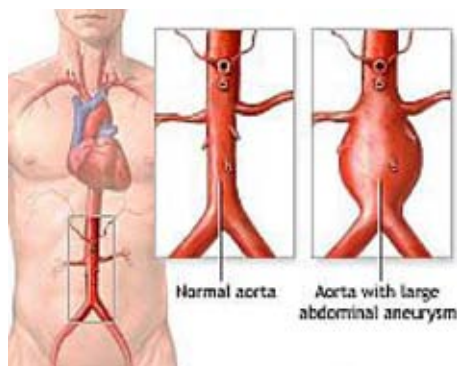


Foto links: normale aorta

Foto rechts: aorta met verwijding

Aneurysma

Een aneurysma is een plaatselijke verwijding van een slagader. Deze verwijding kan in elke slagader voorkomen, maar komt het meeste voor in de buikslagader. Normaal gesproken heeft de buikslagader een doorsnede van ongeveer 2 centimeter. Is de doorsnede meer dan 3 centimeter, dan spreken we van een verwijding. In medische termen wordt dit een *aneurysma van de aorta abdominalis* (kortweg AAA) genoemd.

De verwijding ontstaat door een zwakke plek in de wand van een bloedvat en groeit geleidelijk. Op de plaats van de verwijding is de vaatwand uitgerekt en dunner geworden. In deze zwakke vaatwand kan een scheur ontstaan met als gevolg een bloeding. Hoe groter de verwijding, hoe groter de kans op scheuren. Een verwijding van de slagader ontstaat als gevolg van slagaderverkalking (arteriosclerose). Bekende risicofactoren voor slagaderverkalking zijn roken, hypertensie (hoge bloeddruk), diabetes mellitus, een te hoog cholesterolgehalte van het bloed, overgewicht en te weinig bewegen. Het feit dat voornamelijk oudere mannen te maken krijgen met een verwijding, komt omdat deze factoren bij hen meer voorkomen.

Maar slagaderverkalking is niet de enige oorzaak, er zijn waarschijnlijk ook andere factoren van belang voor het ontstaan van een verwijding. Een te hoog homocysteïnegehalte (hyperhomocysteinemie = een tekort aan een of meer enzymen), erfelijk bepaalde stoornissen in de opbouw en stevigheid van de vaatwand kunnen bijvoorbeeld leiden tot het ontstaan van verwijdingen op jeugdige leeftijd. Naast afwijkingen in de opbouw en stevigheid van de vaatwand spelen mogelijk ook bepaalde ontstekingsreacties een rol. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat bij mannen met een verwijding in de buikslagader ook hun broers een verhoogde kans hebben op een verwijding.

Symptomen

Een verwijding van de buikslagader is een verraderlijke aandoening, omdat het zeer geleidelijk ontstaat en meestal langzaam groter wordt. De snelheid waarmee een verwijding groeit is verschillend. Daarbij geeft

een verwijding van de buikslagader in principe geen klachten, zodat de meeste mensen zich er niet bewust van zijn.

Meestal wordt een verwijding van de buikslagader dan ook bij toeval ontdekt, wanneer om andere redenen een onderzoek plaatsvindt. Zo kan bij een lichamelijk onderzoek van de buik, boven de navel een kloppende zwelling gevoeld worden. Maar meestal komt een verwijding aan het licht bij een echografie of röntgenonderzoek van de buik. Een enkele keer veroorzaakt de verwijding van de buikslagader vage rugklachten en pijn in de buik. Dit kan betekenen dat de verwijding dreigt te scheuren.

Zolang de verwijding van de buikslagader kleiner is dan 5 cm, is de kans op scheuren zeer klein. Een scheur, ook wel ruptuur genoemd, veroorzaakt hevige buik- of rugpijn, soms een kloppende zwelling in de buik en een shock. Verschijnselen van een shock zijn onder meer zeer bleek zien, koud aanvoelen en een koude neus. De helft van de patiënten met een scheur overlijden voor zij het ziekenhuis bereiken. Van de patiënten die wel in het ziekenhuis komen en een spoedoperatie ondergaan overlijdt ook de helft. Een verwijding van de buikslagader wordt ook wel 'een tijdbom' genoemd. Dit is een begrijpelijke maar onjuiste vergelijking. Er is geen tijd aan te geven waarop de verwijding gaat scheuren. Bovendien hebben veel mensen een verwijding van de buikslagader, zonder dat zij er ooit problemen mee krijgen.

Diagnose en onderzoek

Er bestaan verschillende onderzoeken waarmee vastgesteld kan worden of u een verwijding van de buikslagader heeft. Een echografie is een uitstekend onderzoek om een verwijding op het spoor te komen, de grootte te bepalen en ook de groei te volgen. Bij dit onderzoek worden uw bloedvaten, en daarmee ook de verwijding, zichtbaar gemaakt met behulp van geluidsgolven. Dit onderzoek is pijnloos en de geluidsgolven zijn verder niet schadelijk voor u.

Een andere methode om de diameter van de verwijding te meten is een CT-scan. Bij een CT-scan maakt een computer meerdere opnames van dwarsdoorsneden van bijvoorbeeld de buik. Hiermee kan de verwijding nauwkeurig in beeld worden gebracht. Indien een operatie wordt

overwogen dan zal vaak een CT-scan van de buik gemaakt worden. Dit is belangrijk om de ligging van de verwijding ten opzichte van de zijtakken van de buikslagader en het verloop van de verwijding in beeld te brengen. Meer informatie over deze onderzoeken kunt u vinden in desbetreffende folders.

Behandeling

Als er een verwijding van de buikslagader is vastgesteld, dan kan een operatie worden overwogen. Deze operatie brengt echter risico's met zich mee. Daarom moet worden afgewogen of de kans op een scheur opweegt tegen het operatierisico. Zolang de diameter van de verwijding minder dan 5 cm is, is de kans op een scheur klein. De voordelen van een operatie wegen dan niet op tegen de nadelen. In dit geval wordt u conservatief behandeld.

Conservatieve behandeling

Onder conservatieve behandeling worden alle behandelingen verstaan, die niet operatief zijn. Deze behandeling richt zich op het verder beperken van de risicofactoren. Met een verwijding in de buikslagader kunt u in principe alles doen. Er zijn geen specifieke regels waar u zich aan dient te houden. Het is nooit bewezen dat welke vorm van lichamelijke inspanning dan ook, de kans op scheuren doet toenemen.

De verwijding scheurt alleen als gevolg van druk van binnenuit. De specialist behandelt daarom risicofactoren zoals een hoge bloeddruk, suikerziekte of een te hoog cholesterol, met medicijnen. U kunt zelf een bijdrage leveren door te stoppen met roken en er gezonde voedingsgewoonten op na te houden. Het spreekt voor zich dat u regelmatig bij de specialist ter controle komt. De groei van de verwijding wordt echografisch vervolgd. Wanneer de doorsnede van de verwijding meer dan 5 cm bedraagt en/of de verwijding sneller groeit dan gebruikelijk, wordt alsnog een operatie overwogen.

Operatieve behandeling

Er zijn verschillende operatietechnieken van het aneurysma, namelijk het inhechten van een buis- /broekprothese en het plaatsen van een endoprothese (stent). De specialist bepaalt voor welke operatietechniek

u in aanmerking komt en bespreekt dit voor de operatie met u. In deze folder wordt alleen de operatietechniek waarbij een buis- of broekprothese wordt ingehecht beschreven. Bij deze operatietechniek wordt de verwijding in de buikslagader vervangen door een vaatprothese (kunststof bloedvat).

Heeft een echo of CT-scan aangetoond dat de verwijding van de buikslagader bij u een diameter heeft van 5 cm of groter, dan komt u in principe in aanmerking voor een operatie. Een voorwaarde is wel dat uw conditie zo'n operatie toelaat. Iedere patiënt die een operatie moet ondergaan, wordt dan ook eerst gescreend of de operatie geen extra gezondheidsrisico's oplevert.

Pre-operatieve screening en anesthesie

U wordt geopereerd en bent daarom doorverwezen naar de polikliniek Pre-operatieve screening. Op deze polikliniek bekijkt de anesthesioloog of de operatie voor u extra gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Dit noemen we pre-operatieve screening. Tijdens dit gesprek komen een aantal onderwerpen aan bod. Dit zijn onder andere de soort verdoving (anesthesie) en pijnstilling. Ook bespreekt u waarop u moet letten met eten, drinken en roken op de dagen rondom de operatie. Daarnaast maakt u afspraken over hoe u op die dagen uw medicijnen gebruikt. Dit geldt ook voor bloedverdunners. Bespreek het gebruik van bloedverdunners ook altijd met uw behandelend arts. Als u medicijnen gebruikt, neem dan een actueel medicijnoverzicht of medicijnpaspoort mee.

Op de polikliniek Pre-operatieve screening kunt u alleen op afspraak terecht. De polikliniek is telefonisch bereikbaar van maandag t/m vrijdag tussen 08.00 en 17.00 uur via telefoonnummer 040 - 239 85 01.

Meer informatie over pre-operatieve screening en verdoving vindt u in de folder 'Anesthesie'.

De opname

De medewerkster van de polikliniek neemt telefonisch contact met u op, om door te geven wanneer u wordt geopereerd. Zij geeft ook aan wanneer u zich moet melden en op welke afdeling.

Voor een operatie aan de verwijding van de buikslagader wordt u opgenomen op verpleegafdeling Chirurgie. Op de dag van de opname kunt u zich melden aan de balie bij de afdelingssecretaresse. Een verpleegkundige brengt u vervolgens naar de kamer en informeert u over de verdere gang van zaken op de afdeling.

Nadat de verpleegkundige u heeft geholpen bij het installeren op de kamer, verricht deze een aantal controles bij u zoals het meten van de bloeddruk en de polsslag. Tenslotte komt er nog een laborant bloed bij u afnemen.

Bij deze operatie is geen darmvoorbereiding nodig.

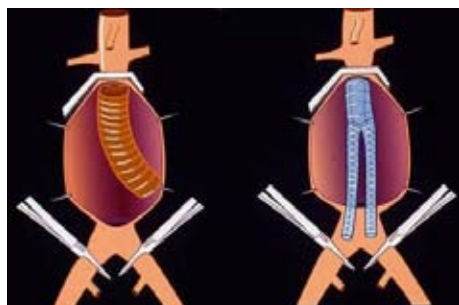
De operatie

De verpleegkundige zorgt dat u voor de operatie klaarligt. Zodra u aan de beurt bent, wordt u in bed door de verpleegkundige naar de voorbereidingskamer gebracht. Wanneer de operatiekamer klaar is, haalt de operatieassistent u hier op. Indien afgesproken brengt de anesthesist eerst een slangetje in de rug in voor de pijnstilling, waarna u de narcose krijgt toegediend.

Uw buik wordt volledig geopend, zodat de buikslagader aan beide zijden van de verwijding kan worden afgeklemd. De verwijding wordt opengeknipt en het bloedstolsel wordt eruit gehaald. Vervolgens wordt een prothese in de verwijding gelegd. Deze prothese wordt boven en onder de verwijding aan de buikslagader gehecht. De nog aanwezige vaatwand wordt om de prothese heen gelegd.

Als de verwijding zich beperkt tot de buikslagader, dan wordt er gesproken over een buisprothese. Vaak zijn er echter naast de verwijding in de buikslagader ook ernstige vernauwingen of verwijdingen in de bekenslagaders.

In dit geval wordt de vaatprothese aangesloten op de bekken- of liesslagaders. Deze vaatprothese wordt een broekprothese of bifurcatieprothese genoemd, omdat deze twee 'broekspijpen' heeft.



Buisprothese

Broekprothese

Na de operatie

Na de operatie verblijft u meestal een dag op de Intensive Care om daarna terug te gaan naar de verpleegafdeling Chirurgie voor verder herstel. Direct na de operatie bent u door een aantal slangen verbonden met apparaten. Dat kunnen zijn:

- een infuus (meestal in de hals) voor toediening van vocht en medicijnen;
- een dun slangetje in uw rug voor pijnbestrijding;
- een slang (sonde) in uw neus, die via de slokdarm in de (resterende) maag ligt en ervoor zorgt dat het overtollige maagsap kan aflopen;
- één of meer slangetjes in uw buik voor afvoer van eventueel bloed en inwendig wondvocht;
- een blaaskatheter voor afloop van urine.

Al naar gelang uw herstel na de operatie worden al deze slangen verwijderd.

Vanzelfsprekend wordt u goed door de verpleegkundigen en artsen in de gaten gehouden, vandaar dat er regelmatig bloed bij u wordt afgenomen en controles worden verricht. De eerste dag na de operatie gaat u al even uit bed in een stoel zitten. Het uit bed komen is erg belangrijk om complicaties zoals trombose of een longontsteking te voorkomen. Als het nodig is, komt de fysiotherapeut bij u langs om u hierbij te ondersteunen. Verder wordt er geleidelijk aan gestart met voeding. U

krijgt eten en drinken naarmate uw maag-darmstelsel dit kan verdragen. Via vloeibare voeding bouwt dit zich op naar vaste voeding.

De wond bevat na de operatie een operatiepleister die de verpleegkundige er de derde dag na de operatie afhaalt. Vervolgens wordt de wond 1x daags verbonden met een absorberend verband totdat deze droog is. Meestal wordt de wond gehecht met nietjes (agrafes). Deze worden na 3 weken verwijderd op de polikliniek. Soms wordt de wond onderhuids gehecht. Er worden dan hechtpleisters (steristrips) op de huid geplakt, die u na 10 dagen zelf mag verwijderen.

Mogelijke complicaties en risico's

Geen enkele operatie is zonder risico's. De operatie kan met groot bloedverlies gepaard gaan en de belasting voor hart en nieren tijdens de operatie is aanzienlijk. De kans op een hartinfarct met eventueel overlijden daaraan is dan ook groter dan bij andere operaties. Ook kan door de operatie de functie van de nieren verstoord raken. Dan is dialyse (kunstnierspoeling) na de operatie noodzakelijk. In veel gevallen herstelt de nierfunctie zich na enkele dagen.

Van alle patiënten overlijdt ongeveer 5% als gevolg van de operatie.

Bij een noodzakelijke spoedoperatie vanwege een scheur in de buikslagader is de operatieprocedure hetzelfde. De kans op complicaties of sterfte als gevolg van de operatie, is echter vanzelfsprekend groter vanwege het bloedverlies door de gescheurde buikslagader.

Bij mannen kan het voorkomen dat na de operatie aan de aorta de erectie verstoord is. Ook kan het zijn dat de zaadlozing wegblijft, ondanks een normale erectie. Dit kan tijdelijk zijn, maar is meestal blijvend van aard.

Na de behandeling

Als alles goed gaat kunt u in het algemeen binnen tien tot veertien dagen na de operatie het ziekenhuis verlaten. Bij ontslag krijgt u een afspraak mee voor de poliklinische controle bij de specialist. Als de wond met nietjes is gehecht, krijgt u een afspraak mee om deze na 3 weken op de polikliniek te laten verwijderen. Wanneer u weer thuis bent zult u merken dat u nog snel moe bent en minder eetlust heeft. Dit duurt vaak lang, soms een half jaar.

Wanneer u weer helemaal hersteld bent van de operatie is moeilijk aan te geven, dit verschilt van persoon tot persoon.

Wanneer neemt u direct contact op?

- Bij roodheid, zwelling of koorts.
- Bij koude en/ of tintelingen in benen en voeten.

Neem in bovenstaande gevallen tijdens kantooruren contact op met de polikliniek Chirurgie. Buiten kantooruren kunt u contact opnemen met de Spoedeisende Hulp.

Leefregels na de operatie

Algemeen

- Niet roken.
- Geen beperkingen met betrekking tot voeding, voorkom overgewicht.
- Vermijd hoge bloeddruk.
- Zorg voor voldoende lichaamsbeweging.
- Voorkom het afknellen van de liezen door een 'luie zit' aan te nemen waarbij u onderuitgezakt zit.

Douchen/baden

- Douchen mag wanneer de operatiepleister verwijderd is (3e dag).
- Baden mag pas na 2 weken.
- Niet te warm baden of douchen (< 38°C).

Fietsen/autorijden

- Zorg voor voldoende lichaamsbeweging.
- Autorijden mag 4 weken na de operatie, in overleg met de specialist.
- Fietsen mag 3 weken na de operatie.

Medicijnen

- Als u antistollingsmedicijnen via de Trombosedienst gebruikt, regelt de afdeling de eerste afspraak met de trombose dienst.
- Een medicijnlijst krijgt u mee met ontslag. Dit is ook het recept waarmee u bij de apotheek uw medicijnen kunt halen.
- Bij pijn kunt u zonodig paracetamol nemen (max. 4 gram/dag).

Werken

- Het ongemak en de eventuele pijn bepalen het tijdstip van werkhervatting

Wondverzorging

- Verbind bij lekkage de wond met absorberende gazen.
- Hechtpleisters (steristrips) mag u na de tiende dag zelf verwijderen.
- Laat nietjes na 3 weken verwijderen op de polikliniek.

Verhinderd

Kunt u niet naar uw afspraak komen? Geef dit dan zo snel mogelijk door aan de polikliniek Chirurgie. Er kan dan een andere patiënt in uw plaats komen.

Meer informatie

Vereniging van Vaatpatiënten

De 'Vereniging van Vaatpatiënten' behartigt onder andere de belangen van patiënten met een verwijding van de buikslagader.

Postbus 123, 3980 CC Bunnik

Tel: 030 - 659 46 51

www.vvvp.nl

Vragen

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, neem dan contact op met de polikliniek Chirurgie.

Contactgegevens

Catharina Ziekenhuis

040 - 239 91 11

www.catharinaziekenhuis.nl

Spoedeisende Hulp

040 - 239 96 00

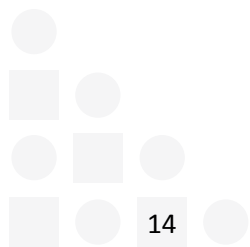
Polikliniek Chirurgie

040 - 239 71 50

Verpleegafdeling Chirurgie

040 - 239 75 50

Routenummer(s) en overige informatie over de afdeling Chirurgie kunt u terugvinden op www.catharinaziekenhuis.nl/chirurgie







Altijd als eerste op de hoogte?

Meld u dan aan voor onze nieuwsbrief:

www.catharinaziekenhuis.nl/nieuwsbrief

Michelangelolaan 2 – 5623 EJ Eindhoven
Postbus 1350 – 5602 ZA Eindhoven