Ingreep vernauwing-verstopping beenslagader

azdelta
Uw ziekenhuis.

Beste patiënt

Bij u werd een ernstige vernauwing of verstopping van een beenslagader vastgesteld. In overleg met uw behandelende arts werd beslist als behandeling een bypass of overbrugging uit te voeren. Binnenkort wordt u hiervoor opgenomen op onze afdeling.

Met deze brochure willen wij u informeren over deze aandoening en de behandeling ervan.
Hebt u na het lezen van deze brochure nog vragen? Aarzel niet en neem contact op met uw behandelende arts; hij/zij geeft u graag meer uitleg.

Wij wensen u alvast een aangenaam verblijf in ons ziekenhuis en een voorspoedig herstel!

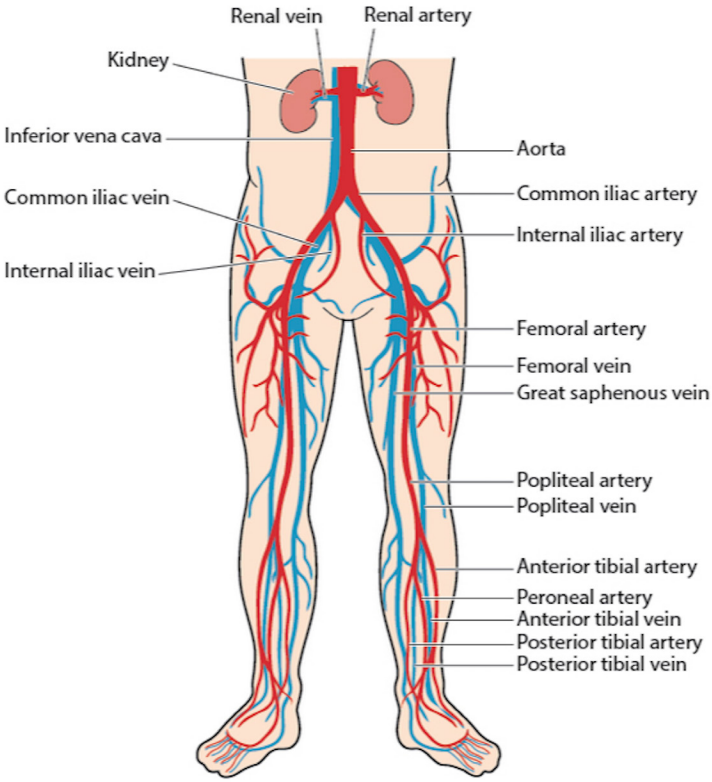
De artsen en medewerkers van de dienst vaatchirurgie.

Anatomie bekken- en beenslagaders

In ons lichaam wordt het zuurstofrijk bloed van het hart naar de weefsels gebracht via de slagaders (arteries). Het zuurstofarme bloed wordt vanuit de weefsels naar het hart teruggebracht via de aders (venen).

De grote buikslagader (aorta) splitst zich ter hoogte van de navel op in 2 bekkenslagaders. De bekkenslagader zelf splitst zich ook op in 2 takken: enerzijds een diepe tak die de bekkenorganen (darm, geslachtsorganen, urineblaas) van bloed voorziet, en anderzijds een tak die verder naar het been leidt. Vanaf het niveau van de lies wordt deze de beenslagader genoemd.
De beenslagader splitst zich op zijn beurt op in twee takken: een diepe en een oppervlakkige beenslagader. Deze laatste leidt

verder naar de knie.
Ter hoogte van de kniekuil verandert de slagader van naam nl. de knieslagader . In het onderbeen splitst de knieslagader zich tenslotte verder op in 3 takken.

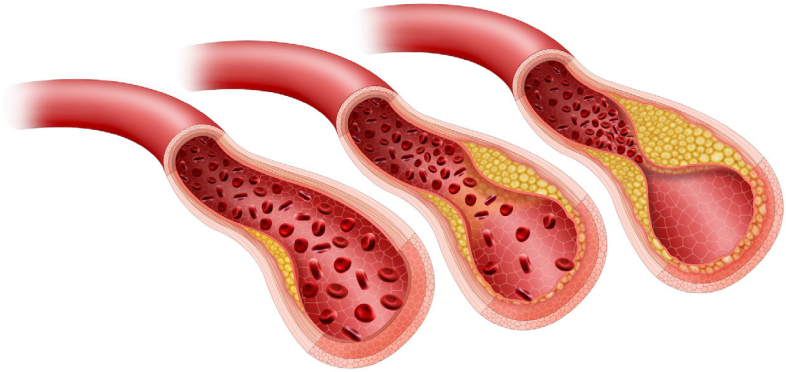


figuur 1: anatomie bekken- en beenslagaders (Shutterstock)

Oorzaken

Slagaderverkalking of atherosclerose is een ziekteproces waarbij vetopstapeling en uiteindelijk verkalking (plaque) optreedt in de slagaderwand. Dit leidt tot een vernauwing of zelfs verstopping van het bloedvat (cfr figuur 2). Slagaderverkalking kan alle slagaders in het lichaam aantasten.

Verschillende factoren spelen een rol bij het ontstaan van slagaderverkalking zoals roken, suikerziekte, hoge bloeddruk, een te hoog cholesterolgehalte, overgewicht met te weinig lichaamsbeweging en erfelijkheid.



figuur 2: atherosclerose
Shutterstock

Gevolgen

Etalagebenen of claudicatio intermittens

In normale omstandigheden worden de beenspieren voorzien van 'brandstof (= zuurstof)' via het zuurstofrijke bloed van de bekken- en beenslagaders. Bij inspanning (wandelen, lopen, trappen doen...) hebben de beenspieren veel meer bloed en zuurstof nodig dan in rusttoestand. Een vernauwing of verstopping van een bekken- of beenslagader leidt net tot minder bloed- en zuurstoftoevoer naar de benen wat leidt tot verzuring in de spieren met een krampachtige pijn tot gevolg. Deze pijn treedt op ter hoogte van één of beide benen na een eindje wandelen. De pijn verdwijnt opnieuw spontaan wanneer u even rust (bv. wanneer u even in een etalage kijkt); daarna kunt u weer een eindje stappen.

Een vernauwing of verstopping van een oppervlakkige beenslagader hoeft echter niet steeds tot ernstige klachten te leiden. Wanneer de diepe beenslagader een behoorlijk

kaliber vertoont, is het mogelijk dat er net voldoende bloed- en zuurstoftoevoer is naar het been, met minimale klachten als gevolg.

Rustpijn

Wanneer er zelfs in rusttoestand onvoldoende bloed naar de benen stroomt, treedt er pijn op bij rust of 's nachts. De pijn wordt verlicht door het been uit bed te laten hangen; door de zwaartekracht neemt de bloedtoevoer net voldoende toe om de rustpijn te verlichten.

Gangreen

In een nog verder gevorderd stadium van de ziekte kan een wonde ontstaan die niet geneest (ulcus), of kunnen één of meerdere tenen afsterven (gangreen) (cfr figuur 3 en 4). Zonder herstel van de bloedtoevoer is een amputatie van tenen of zelfs het been (onderbeen- of bovenbeenamputatie) onafwendbaar.



figuur 3: arterieel ulcus



figuur 4: gangreen tenen

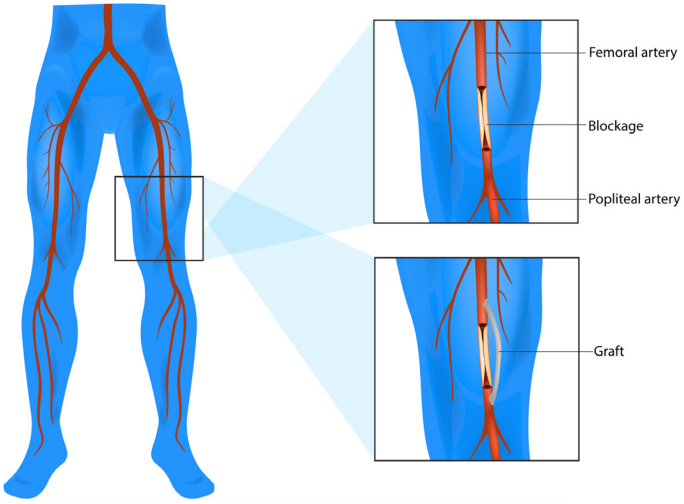
Behandelingsmogelijkheden

Afhankelijk van de plaats van de vernauwing/verstopping en de ernst van de klachten zijn er verschillende behandelingsmogelijkheden.

- **Endovasculaire behandeling**
  percutane transluminele angioplastie of ballondilatatie

- **Chirurgische behandeling**
  operatief overbruggen van de vernauwing/verstopping door middel van een kunststof bloedvat of een eigen ader (cfr figuur 5)

- **Conservatieve behandeling**
  intensieve wandeltraining, wanneer de klachten onvoldoende ernstig zijn of wanneer uw behandelende arts oordeelt dat het operatief risico te groot is.



figuur 5: kunststof- en veneuze bypass
Shutterstock

Onderzoeken voor de operatie

Voorafgaand aan de ingreep/opname dient u enkele routine onderzoeken te ondergaan :

- uitgebreide bloedafname (gebeurt via uw huisarts)
- nazicht door de hartspecialist (EKG, echocardiografie, fietsproef)
- dopplerondersoek van de benen (gebeurt op de raadpleging voor de ingreep)
- CT- of MR-angiografie van de onderste ledematen (gebeurt op radiologie)
- radiografie van de borstkas, echografie van de buik (met nazicht van de aorta) en duplex echografie van de halsslagaders
- MRSA-screening (ziekenhuisbacterie)

Op de raadpleging voor de ingreep krijgt u een boekje ('Patiëntenboekje voor operatie of procedure onder anesthesie') mee met vragen (o.a. over voorgeschiedenis, allergieën, medicatie, vereiste toestemming door de patiënt...) ; dit boekje moet u samen met uw huisarts invullen en ondertekenen.

Opname

U wordt opgenomen op de geplande dag van de ingreep, nuchter en op het afgesproken uur. Op de verpleegafdeling wordt u nogmaals bevraagd naar voorgeschiedenis, allergieën, thuismedicatie...
Alle belangrijke parameters worden gecontroleerd en genoteerd: gewicht; lengte, bloeddruk, hartslag, temperatuur.
De lies en het desbetreffend been worden geschoren op de verpleegafdeling en dus niet thuis.

Verloop van de ingreep

De ingreep vindt plaats in de operatiezaal en gebeurt meestal onder een algemene verdoving. In de onthaalzone van het operatiekwartier duidt uw arts, vòòr de ingreep het desbetreffende been aan met een markeerstift. Hierna wordt er een infuus geplaatst in de arm, waarna u de anesthesist u onder narcose brengt. U krijgt ook een blaassonde.

De vaatchirurg maakt een insnede in de lies en legt hierbij de liesslagader vrij. Via een tweede insnede in het been wordt, afhankelijk van de plaats van de vernauwing/verstopping, de knieslagader of één van de onderbeensslagaders vrijgelegd. Tussen de beide insnedes wordt een tunnel gemaakt langswaar de bypass doorgetrokken wordt. Vervolgens wordt de bypass in de lies en het been ingenaaid op de slagader.
Ten slotte wordt een wonddrain geplaatst in beide wonden om het overtollige wondvocht af te voeren en worden beide wonden gesloten.

Als bypass wordt bij voorkeur een eigen ader gebruikt (indien deze nog aanwezig is na eventuele vroegere ingrepen) gezien dit op termijn minder kans op verstopping biedt ten opzichte van een synthetische bypass.

Na de operatie verblijft u gedurende enkele uurtjes op de ontwaakzaal. Nadien gaat u terug naar uw kamer op de verpleegafdeling.

Mogelijke complicaties

Iedere operatie brengt bepaalde risico's met zich mee. Ook bij deze ingreep is het risico op verwikkelingen zoals nabloeding, wondinfectie, longontsteking, hartinfarct... niet onbestaande. Om deze kans op verwikkelingen zo klein mogelijk te houden wordt u voor de ingreep grondig onderzocht en worden de nodige voorzorgsmaatregelen genomen.

Nabloeding

De naad op het bloedvat kan nabloeden. In sommige gevallen is een interventie nodig om de bloeding te stelpen.

Verstopping van de bypass

Het is mogelijk dat de bypass kort na de ingreep dicht komt te zitten. Afhankelijk van de oorzaak en van de ernst van de symptomen kan een nieuwe operatie aangewezen zijn.

Voosheid rond het operatielitteken

Na de operatie kan er een verdoofd gevoel ontstaan rond de operatielittekens. Dit is het gevolg van het verwonden van een gevoelszenuw in de huid tijdens de ingreep. Meestal verdwijnt dit gevoel spontaan over verloop van enkele weken/maanden.

Zwelling van het geopereerde been

Soms ontstaat er een zwelling van het geopereerde been. Dit is een normaal verschijnsel en kan enkele weken/maanden aanhouden. De zwelling kan wat ingedijkt worden door het been wat hoger te leggen wanneer u rust (bv. op een stoel of bankje). Bij uitgesproken zwelling kan overdag een lichte steunkous gedragen worden.

Weer naar huis

Meestal kunt u een vijftal dagen na de operatie terug naar huis, op voorwaarde dat de wonden droog zijn en u opnieuw voldoende mobiel bent.

Voor uw vertrek komt uw arts nog langs op de kamer en krijgt u de volgende documenten mee :

- brief voor de huisarts
- niet-medische ontslagbrief

- een formulier met info over het verloop na de ingreep
- attesten voor werkongeschiktheid, hospitalisatie-verzekering, thuisverpleging
- afspraak voor de controleraadpleging
- een medicatieschema en, zo nodig, medicatievoorschriften

In het medicatieschema wordt steeds een bloedverdunner voorgeschreven (zo u deze op voorhand nog niet innam): Asaflow 80 mg/dag levenslang.
Door het gunstig effect op de slagaderwand wordt meestal ook een cholesterolverlagend geneesmiddel (statine) opgestart, onafhankelijk van de cholesterolwaarde in uw bloed. Dit geneesmiddel neemt u ook levenslang verder in.
Bij pijn mag u een gewone pijnstiller innemen, bv. paracetamol tot 4x1 g/d (Dafalgan®, Algostase®, Panadol®...).
Uw thuismedicatie mag u verder innemen zoals voorheen, tenzij anders vermeld door uw arts.

Nazorg

Normale activiteiten mogen hervat worden na uw vertrek uit het ziekenhuis. U mag onbeperkt rondwandelen; dit is belangrijk voor uw herstel.
U mag niet fietsen, sporten of zware lasten optillen gedurende 4 weken.

U mag thuis douchen met een waterdichte pleister ter hoogte van de operatielittekens. Een ligbad nemen mag niet gedurende 2 weken.
De wondhechtingen mogen door de huisarts verwijderd worden na ongeveer 10 dagen.

Uiteraard is een volledige en blijvende rookstop van groot belang om hernieuwde klachten te voorkomen. Als dit u niet alleen lukt, kunnen uw huisarts en de dienst rookstopbegeleiding van het AZ Delta u hierin ondersteunen.

Streef naar een gezonde levensstijl met voldoende

lichaamsbeweging, gezonde en gevarieerde voeding (veel vis, groenten en fruit) en vermijd overgewicht.

Kostprijs

Voor vragen over de factuur kunt u terecht bij de financiële dienst: factuur@delta.be of 051 23 76 66.

Contact

AZ DELTA CAMPUS RUMBEKE
Secretariaat vaatchirurgie
t 051 23 71 08
e secr.vaatchirurgie@azdelta.be

AZ DELTA CAMPUS MENEN
Secretariaat vaatchirurgie
t 056 52 21 40
e secr.vaatchirurgie.menen@azdelta.be

AZ DELTA CAMPUS TORHOUT
Secretariaat vaatchirurgie
t 050 23 24 24
e secr.chirurgie.torhout@azdelta.be

www.azdelta.be

Bron: info dienst vaatchirurgie

Artsen

Dr. Michel Danneels
Dr. Paul Dujardin
Dr. Cindy Durieux
Dr. Pat Gellens
Dr. Gert Heyvaert
Dr Stefanie Pecceu
Dr. Stefaan Stalpaert
Dr. Elke Wybaillie

AZ Delta Deltalaan 1, 8800 Roeselare **t** 051 23 71 11 **e** info@azdelta.be **w** www.azdelta.be
0520 6074-NL **Deze brochure is laatst aangepast op 09/06/2022**