Vernauwing of verstopping slagader: ballondilatatie of PTA

azdelta

Uw ziekenhuis.

Beste patiënt

Bij u werd een ernstige vernauwing of verstopping van een bekken- of beenslagader vastgesteld. In overleg met uw behandelende arts werd beslist als behandeling een PTA (percutane transluminele angioplastie) of ballondilatatie 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 !

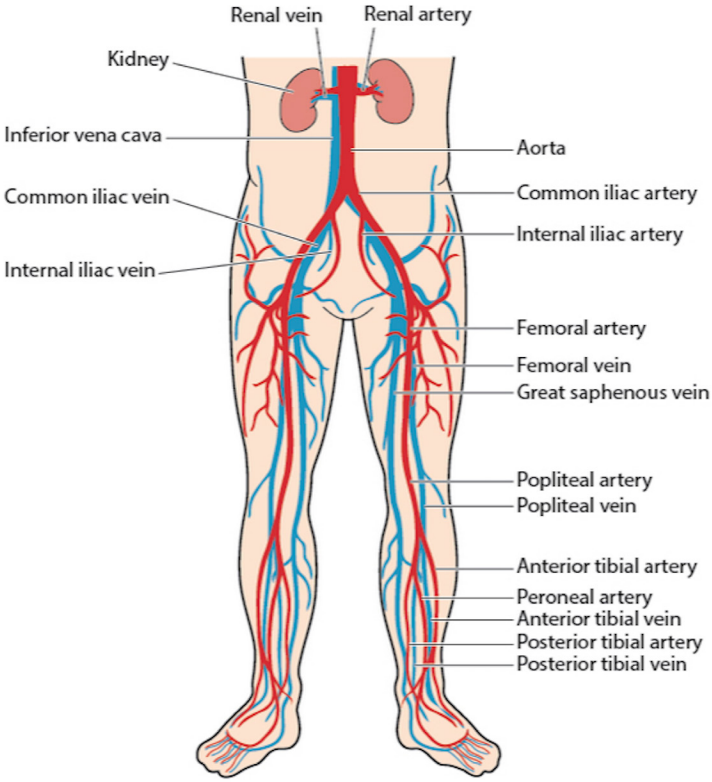
De artsen en medewerkers van de dienst vaatchirurgie

Anatomie bekken- en beenslagaders

In ons lichaam wordt het zuurstofrijk bloed van het hart naar de weefsels gebracht via de slagaders, ook arteries genaamd. Het zuurstofarme bloed wordt vanuit de weefsels naar het hart teruggebracht via de aders, ook venen genoemd.

De grote buikslagader (aorta) splitst zich ter hoogte van de navel op in 2 bekkenslagaders (of iliacale slagaders) cfr. figuur 1. 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 (of femorale slagader) 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 en wordt dan de knieslagader (of popliteale slagader) genoemd. In het onderbeen splitst de knieslagader zich tenslotte verder op in 3 takken.

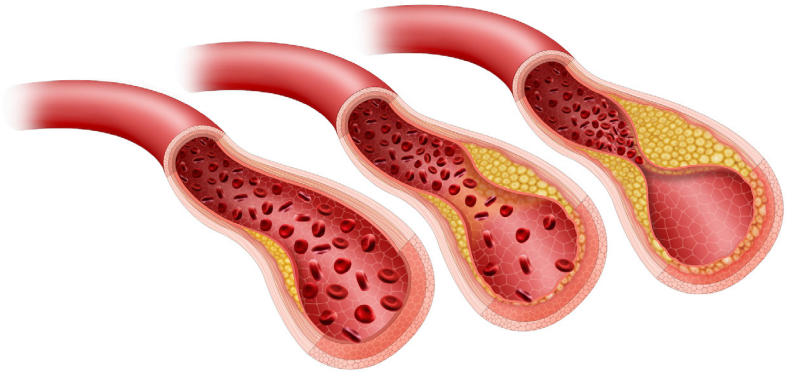


figuur 1 : anatomie bekken- en beenslagaders (Shutterstock)

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.

De 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 (rustpijn) 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 : arteriëel 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 (zie hieronder)

- **Chirurgische behandeling:**
  operatief overbruggen van de vernauwing/verstopping door middel van een kunststof bloedvat of een eigen ader.

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

Onderzoeken voor de operatie

Voorafgaand aan de ingreep/opname moet u enkele

routineonderzoeken ondergaan:

- uitgebreide bloedafname (gebeurt via uw huisarts)
- nazicht door de hartspecialist (EKG,echocardiografie, fietsproef)
- dopplerondersoek van de benen (gebeurt op de raadpleging voor de operatie)
- 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 duplexechografie van de halsslagaders
- MRSA-screening (al of niet aanwezigheid van de ziekenhuisbacterie)

Op de raadpleging net voor de operatie 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, waar nodig, 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 aanprikzones (liezen, eventueel Li arm) worden geschoren op de verpleegafdeling en dus niet thuis.

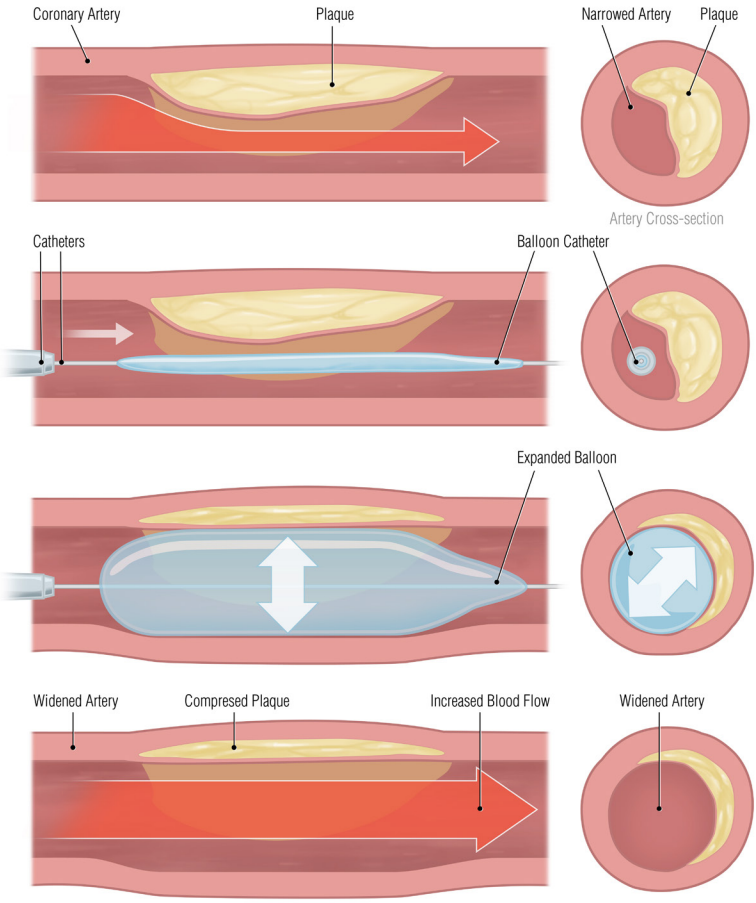
Verloop van de ingreep

De ingreep vindt plaats in de operatiezaal en gebeurt meestal onder een algemene verdoving. In de onthaalzone van het operatiekwartier wordt voor de ingreep het desbetreffende

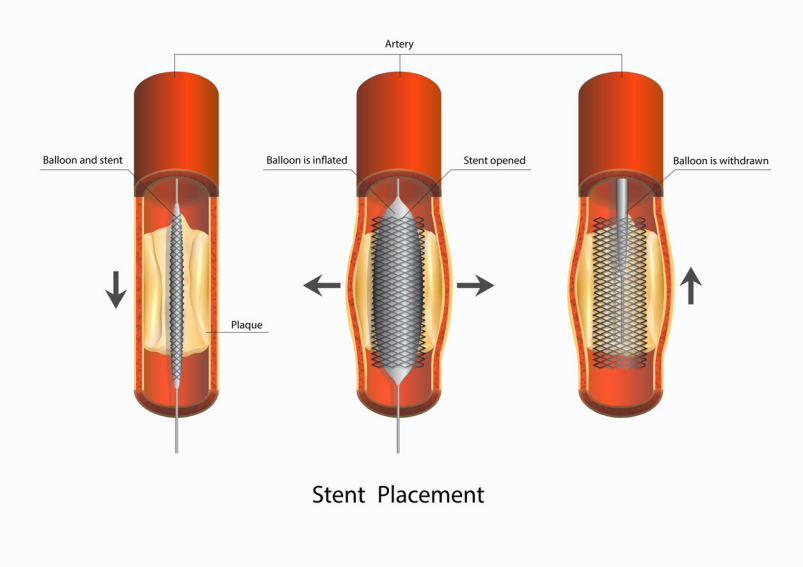
been met een markeerstift aangeduid door uw arts. Hierna wordt er een infuus geplaatst in de arm, waarna u door de anesthesist onder narcose wordt gebracht.

Meestal prikt de vaatchirurg de liesslagader aan aan de kant waar de klachten zich voordoen. Afhankelijk van de uitgebreidheid en lokalisatie van de slagadervernauwing/verstopping kan het ook noodzakelijk zijn om de tegenovergestelde liesslagader of de linkerarmslagader ter hoogte van de elleboog aan te prikken; wees hierover dus bij het ontwaken niet ongerust.

Via de aanpriknaald wordt een voerdraad opgevoerd, waarover een katheter geschoven wordt. Zo bekomt men toegang tot de slagader. Via deze katheter wordt vervolgens contraststof opgespoten: met behulp van röntgenstralen kunnen we op deze manier de vernauwing/verstopping van de slagader in beeld brengen.
Daarna wordt de voerdraad voorbij de vernauwing/verstopping gebracht. Over deze voerdraad wordt een ballon geschoven; door de ballon op te blazen (dilatatie) wordt de vernauwing/verstopping opengerekt (cfr figuur 5).
Na het verwijderen van de ballon wordt opnieuw contraststof ingespoten om het resultaat van de ballondilatatie te zien.
Soms wordt aansluitend indien nodig nog een stent geplaatst. Een stent is een metalen veertje dat binnenin het bloedvat achtergelaten wordt om de vernauwing open te houden. (cfr figuur 6).



figuur 5 : Ballondilatatie (Shutterstock)



((5

figuur 6 : Plaatsen stent (Shutterstock)

Op het einde van de ingreep wordt de katheter verwijderd. De prikplaats in de slagader kan op 2 manieren gesloten worden: ofwel wordt de prikplaats met een draadje of haakje afgesloten door gebruik te maken van een speciaal toestel, ofwel wordt de prikplaats langdurig dichtgeduwd met de hand tot de bloeding gestelpt is. Er wordt tenslotte een drukverband aangelegd ter hoogte van de aanprikplaats.

Dit drukverband blijft gedurende een aantal uren of tot de volgende ochtend ter plaatse, afhankelijk van de manier waarop de prikplaats afgesloten werd. U moet ook gedurende een aantal uren in bed blijven liggen en u mag niet volledig rechtop gaan zitten. Deze maatregelen dienen strikt opgevolgd te worden. Té vroeg opstaan uit bed kan ertoe leiden dat de prikplaats opnieuw begint te bloeden.

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

Het infuus blijft ter plaatse tot ‘s anderendaags om de nieren goed te spoelen na het gebruik van contraststof (zie hieronder).

Mogelijke complicaties

Contrastallergie

Tijdens de ingreep wordt jodiumbevattende contraststof gebruikt om de slagaders in beeld te brengen. Bij sommige patiënten kan hierdoor een allergische reactie ontstaan, wat doorgaans met medicatie onder controle kan worden gebracht.

Bij een bekende allergie voor jodiumhoudende contraststof dient u dit uiteraard op voorhand te melden ; dan krijgt u al vóór de operatie de nodige medicatie toegediend om te voorkomen dat tijdens de operatie een allergische reactie optreedt.

Bloeding ter hoogte van de slagader

Zelden gebeurt het dat tijdens de ingreep een scheurtje van de slagader optreedt. Meestal kan dit tijdens dezelfde ingreep endovasculair hersteld worden.

Verstopping van de slagader

Zeer zelden gebeurt het dat tijdens de ingreep een plotse verstopping van de slagader optreedt. Een dringende operatie is dan soms noodzakelijk om de bloedtoevoer te herstellen. Soms slaagt de arts er niet in om een vooraf bestaande verstopping van de slagader terug open te maken. In dat geval zal uw arts samen met u bekijken of een open chirurgische behandeling aangewezen is.

Nierbeschadiging ten gevolge van contraststof

Jodiumhoudende contraststof kan schadelijk zijn voor de nieren. Bij patiënten met voorafbestaand nierlijden worden

voorzorgsmaatregelen genomen: er wordt voorafgaand aan de ingreep reeds een infuus geplaatst om de nieren goed te spoelen. Of er wordt een aangepaste contraststof en/of contrastdosis gebruikt. Toch is het nog mogelijk dat de nieren na de operatie (tijdelijk) minder goed functioneren. Een zeldzame keer is nierdialyse noodzakelijk.

Nabloeding ter hoogte van de prikplaats

De prikplaats in de lies of ter hoogte van de elleboog kan nabloeden na de operatie. Meestal kan dit opgelost worden door de prikplaats gedurende enige tijd met de hand dicht te duwen.
Een zeldzame keer volstaat dit niet en is een operatie nodig om de bloeding ter hoogte van de prikplaats te stelpen.

Weer naar huis

Meestal kan u de dag na de operatie terug naar huis. Voor u vertrekt, 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 voor opvolging na de operatie
- attesten voor werkongeschiktheid, hospitalisatieverzekering, thuisverpleging
- afspraak voor de controleraadpleging
- een medicatieschema en zo nodig, medicatievoorschriften
- in het medicatieschema wordt steeds een bloedverdunner voorzien (zo u deze op voorhand nog niet innam): Asaflow 80 mg/dag levenslang.
- in het geval bij u een stent geplaatst werd, zal u ook Clopidogrel 75 mg/dag gedurende 3 maanden moeten innemen.

Omwille van 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 4 x 1 gram per dag (Dafalgan®, Algostase®, Panadol®...).
Uw thuismedicatie mag u verder innemen zoals voorheen, tenzij anders vermeld door uw arts.

Nazorg

Normale activiteiten mogen hervat worden de dag na de operatie. U mag onbeperkt rondwandelen; dit is belangrijk voor uw herstel.
Fietsen, sporten en het heffen van zware lasten moet u gedurende 2 weken vermijden.

U mag thuis douchen met een pleister ter hoogte van de prikplaats. De pleister mag na 2 dagen verwijderd worden. Het nemen van een ligbad wordt best gedurende 1 week vermeden.

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

Notities

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: dienst vaatchirurgie

Artsen

Dr. Michel Danneels
Dr. Paul Dujardin
Dr.CindyDurieux
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 6045-NL **Deze brochure is laatst aangepast op 21/04/2023**