

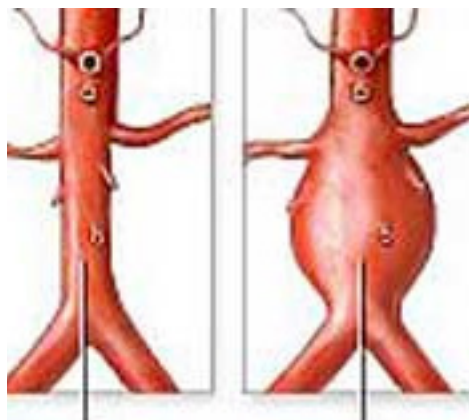
Chirurgische behandeling van een aneurysma van de buikaorta

VOORWOORD

Een ziekenhuisopname is een ingrijpende gebeurtenis die heel wat vragen en onzekerheden met zich mee kan brengen. Deze brochure wil u informatie geven over alles wat bij uw operatie komt kijken. Ze biedt een eerste antwoord op vele vragen en is een praktische gids tijdens uw verblijf. Aarzel niet om meer uitleg te vragen. U kunt hiervoor altijd terecht bij de chirurgen of de verpleegkundigen. Wij wensen u een spoedig herstel en een aangenaam verblijf in ons ziekenhuis.

WAT IS EEN ANEURYSMA?

De aorta of grote lichaamsslagader is de grootste slagader van ons lichaam. De lichaamsslagader komt uit de linker hartkamer. Vlak boven het hart maakt deze een bocht naar links. Uit de aortaboog ontspringen kleinere slagaders die de hersenen en de armen van bloed voorzien. Na de bocht daalt de aorta af in de borstholte en via het middenrif in de buikholte. In de buikholte voorziet de aorta of buikslagader organen zoals de nieren, de lever, de darmen en het ruggenmerg van bloed. Vervolgens vertakt de aorta in de onderbuik in twee slagaders die de benen van bloed voorzien.



Normale aorta

Aneurysma

Een verwijding van de buikslagader wordt in medische termen een 'Aneurysma van de Aorta Abdominalis' (*kortweg AAA*) genoemd. De normale aorta heeft in de buik een doorsnede van ongeveer twee centimeter. Is de doorsnede meer dan het dubbele van de normale diameter, dan spreken we van een aneurysma. Een verwijding in de buikslagader is een verraderlijke aandoening. Het ontstaat meestal zeer geleidelijk en ze worden langzaam groter. De snelheid waarmee een aneurysma groeit is verschillend.

Omdat er meestal weinig of geen klachten zijn, hebben de meeste mensen met een aneurysma er vaak geen weet van. Soms kan in de wand van het aneurysma een scheur (*ruptuur*) ontstaan, met als gevolg een levensbedreigende bloeding. Hoe groter het aneurysma, des te groter het risico van een ruptuur. Hoewel meerdere factoren een rol spelen, zoals hoge bloeddruk en longziekten, is gebleken dat de kans op een ruptuur bij een aneurysma kleiner dan vijf centimeter zeer klein is, namelijk minder dan 2 % per jaar. Wordt het aneurysma van de buikslagader groter, dan neemt de kans op scheuren snel toe. In de helft van de gevallen halen de patiënten na een ruptuur het ziekenhuis niet en overlijden voortijdig. Van de patiënten die in het ziekenhuis een spoedoperatie ondergaan, overlijdt de helft alsnog.

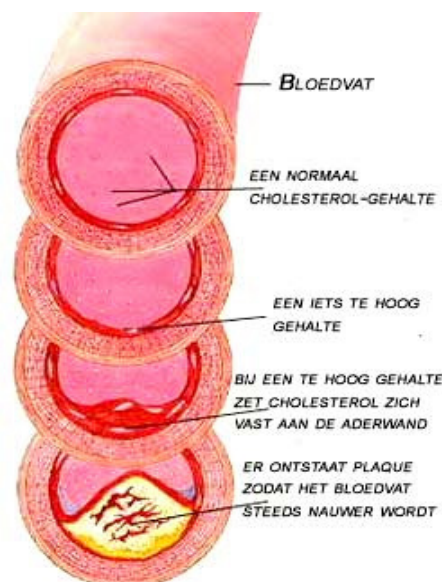
Een aneurysma kan vrijwel overal in het lichaam voorkomen, zowel in de hoofdslagaders als in hun directe vertakkingen (centraal aneurysma) in het hoofd, als in de slagaders in de benen (perifeer aneurysma). Deze laatste barsten minder snel. Het aneurysma van de aorta in de buik komen het meest voor.

In een aneurysma is de bloedstroom verstoord. Het bloed wervelt in de plaatselijke verwijding. Hierdoor vormt zich in het aneurysma een bloedstolsel. Een enkele keer kan een stukje van dit stolsel losraken en meegevoerd worden naar een kleiner bloedvat verder stroomafwaarts. Dit kleinere bloedvat kan door dit stolsel afgesloten geraken. Het lichaamsdeel of orgaan dat van dit bloedvat afhankelijk is, krijgt onvoldoende bloed toegevoerd en er zal zuurstofgebrek ontstaan.

HET ONTSTAAN VAN HET ANEURYSMA.

De meeste aneurysma's ontstaan als gevolg van slagaderverkalking of arteriosclerose. Bekende risicofactoren voor slagaderverkalking zijn roken, hoge bloeddruk (*hypertensie*), suikerziekte (*diabetes mellitus*) en een te hoog cholesterolgehalte. Vooral oudere mannen hebben meer kans om een aneurysma te hebben omdat deze factoren bij hen meer voorkomen.

Naast slagaderverkalking kunnen ook andere factoren een rol spelen. Erfelijk bepaalde stoornissen in de opbouw en stevigheid van de vaatwand kunnen bijvoorbeeld leiden tot het ontstaan van aneurysma's op jeugdige leeftijd. Naast afwijkingen in opbouw en stevigheid van de vaatwand kunnen ook bepaalde ontstekingsreacties een rol spelen.



Uit onderzoek is gebleken dat broers van AAA-patiënten een verhoogd risico op een AAA hebben. De redenen hiervoor zijn nog niet bekend. Mogelijk speelt de erfelijke aanleg een rol. U kunt met uw familieleden en uw chirurg bespreken of het wenselijk is dat uw broers worden onderzocht.

Klachten

Een aneurysma van de buikslagader geeft in principe geen klachten. Meestal wordt een aneurysma dan ook bij toeval ontdekt wanneer er om andere redenen een onderzoek plaatsvindt. Zo kan bij lichamelijk onderzoek van de buik boven de navel een kloppende zwelling gevoeld worden. Maar meestal komt een aneurysma aan het licht bij een echografie of wanneer er een foto van de buik genomen wordt. Een enkele keer veroorzaakt het aneurysma van de buikslagader vage rugklachten en pijn in de buik. Dit kan betekenen dat het aneurysma dreigt te scheuren. Een ruptuur van een aorta-aneurysma is een levensbedreigende aandoening, waarvoor een spoedoperatie noodzakelijk is.

Onderzoek van het aneurysma

Een echografie is een uitstekend onderzoek om een aneurysma op het spoor te komen, de grootte te bepalen en ook de groei te volgen. Dit onderzoek is niet belastend, pijnlijk of schadelijk. Voor meer gedetailleerde informatie wordt, zo nodig, aanvullend een CT-scan gemaakt. Hiervoor wordt jodium als contraststof

gebruikt. Als u allergisch bent voor jodium, kunt u dit best van tevoren melden. U krijgt dan medicatie om een allergische reactie te vermijden.

DE BEHANDELING VAN EEN ANEURYSMA.

Als er een aneurysma van de buikslagader is vastgesteld, kan een operatie worden overwogen. Zoals bij elke andere zware operatie is er steeds een kans op complicaties. Daarom wordt door de chirurgen afgewogen of de kans op een ruptuur opweegt tegenover het operatierisico. Er wordt alleen geopereerd wanneer de kans op een scheur in de wand groot is, of wanneer het aneurysma zeer snel groeit.

“Watchful waiting”

Als u een aneurysma van de buikslagader heeft, is de enige mogelijke behandeling op dit moment een operatie. Deze operatie is een zware ingreep die grote risico's met zich meebrengt.

Wanneer u aneurysma heeft met een diameter van minder dan vijf centimeter, wegen de voordelen van een operatie meestal niet op tegen de nadelen. Als u een hoge bloeddruk heeft, krijgt u medicijnen voorgeschreven. Deze laten de bloeddruk dalen, waardoor de druk op de wanden van de slagaders minder wordt. U wordt dan regelmatig gecontroleerd. Deze controle is nodig om de groei van het aneurysma in de gaten te houden. De groeisnelheid van een aneurysma is namelijk niet te voorspellen. Daarom krijgt u ieder half jaar een echografisch onderzoek. Dit onderzoek is niet belastend voor u. In plaats van een echo wordt ook wel een CT-scan gemaakt.

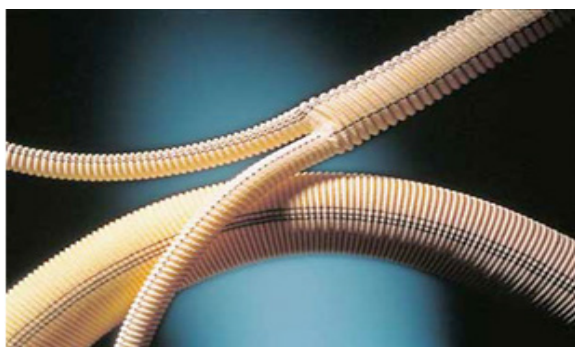
Deze controle wordt “watchful waiting” genoemd: het is geen alternatieve behandeling voor de operatie, maar kan vooraf gaan aan een operatie. Wanneer uit het onderzoek blijkt dat het aneurysma gegroeid is tot meer dan vijf centimeter, wordt overgegaan tot opereren, mits uw leeftijd en conditie dit toestaan.

De operatie

Indien uw aneurysma groter is dan vijf centimeter dan komt u in principe in aanmerking voor een operatie. Een voorwaarde is wel dat uw conditie zo'n operatie toelaat. Ook uw leeftijd speelt een rol bij de beslissing om wel of niet te opereren. Een slechte conditie en een hoge leeftijd verhogen namelijk het operatierisico.

De complicaties bij deze operatie kunnen ernstig zijn. Er is veel bloedverlies en het hart en de nieren krijgen het tijdens de operatie zwaar te verduren. Bij een spoedoperatie voor gesprongen of gebarsten aneurysma is de kans op complicaties het grootst. De patiënt is namelijk niet voorbereid op de operatie, er zijn geen voorzorgsmaatregelen getroffen en de patiënt verkeert veelal in een shock als gevolg van het bloedverlies.

Bij de operatie wordt het slechte (uitgezette) gedeelte van de buikslagader vervangen door een kunststof-bloedvat (*vaatprothese*).



Hier ziet u een rechte vaatprothese en een 'broekprothese'.

Voor deze operatie wordt de gehele buik opengemaakt (van maagkuiltje tot schaambeentje) zodat de aorta aan beide zijden van het aneurysma kan worden afgeklemd en de darmen aan één kant van de buik kunnen worden gelegd. Het aneurysma wordt opengeknipt en het bloedstolsel wordt eruit gehaald.

Vervolgens wordt een vaatprothese in het aneurysma gelegd. Deze prothese wordt boven en onder het aneurysma aan de aorta gehecht. De nog aanwezige vaatwand wordt om de prothese heen gelegd. U zult hiervoor volledig in slaap worden gedaan.

Mogelijke complicaties van de buikoperatie

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo is ook bij deze operatie de normale kans op complicaties aanwezig, zoals wondinfectie, longontsteking, trombose of longembolie. Bij operaties aan de buikslagader kunnen zich ook specifieke complicaties voordoen, namelijk een nabloeding of een bloedstolsel dat de vaatprothese of een beenslagader afsluit. Bij het optreden van een dergelijke complicatie zal er direct opnieuw geopereerd worden.

De operatie is tevens een grote belasting voor het hart. De kans op verwickelingen met het hart is dan ook groter dan bij veel andere operaties. Ook kan door de operatie de functie van de nieren verstoord raken. Hiervoor is soms kunstnierspoeling of dialyse na de operatie noodzakelijk. In veel gevallen herstelt de nierfunctie zich na enkele dagen.

Bij mannen kan het voorkomen dat na de operatie de erectie gestoord is, of dat, ondanks een normale erectie, de zaadlozing wegblijft. Dit kan tijdelijk zijn, maar meestal is dit blijvend van aard. Uiteraard wordt er naar gestreefd de risico's zo klein mogelijk te houden. Daarom worden voor de operatie altijd het bloed, de longen, het hart, de nieren en de halsvaten nagekeken en worden alle nodige voorzorgsmaatregelen genomen.

DE OPNAME IN HET ZIEKENHUIS.

Een normaal ziekenhuisverblijf voor deze ingreep duurt gemiddeld 8 à 12 dagen.

1. Voor de operatie

Een week voor de operatie wordt, in overleg met de chirurg, uw bloedverdunnende medicatie gestopt. (bvb: Marcoumar, Plavix, Asaflow, Cardioaspirine, Ticlid ...)

2. De dag van opname

U meldt zich op de afgesproken datum van opname bij de dienst inschrijvingen. Deze bevindt zich links naast de receptie aan de hoofdingang. Gelieve uw identiteitskaart, SIS-kaart, bloedgroepkaart en onderzoeksresultaten (bv. van de longen (*RX-foto*)) mee te brengen (indien deze elders verricht zijn). Een standaardformulier moet ingevuld worden met uw medicatie zodat deze ingescand wordt en een plaats krijgt in ons elektronisch dossier. Gelieve ook de envelop, afgegeven door uw chirurg op de raadpleging, mee te nemen. Deze bevat de instructies voor de verpleegkundigen.

U wordt naar de dienst heelkunde 1, heelkunde 2 of kort verblijf (eerste verdieping) begeleid waar u een kamer toegewezen krijgt. In de mate van het mogelijke zal er met uw kamerkeuze rekening gehouden worden.

Een verpleegkundige ontvangt u op de afdeling en zorgt voor uw opname. Zij maakt tijd voor een gesprek en overloopt met u de (op de raadpleging) afgegeven infobrochure van het ziekenhuis en de vragenlijst. Gelieve tijdens dit gesprek alle informatie die volgens u belangrijk is door te geven (medicatielijst, allergieën, telefoonnummers van familie, enz.). Zij zal ook uw familie informeren.

Uw familie kan de dienst bereiken op de volgende nummers 016 80 99 11 (heelkunde 1), 016 80 99 16 (heelkunde 2), 016 80 99 14 (kort verblijf). Uw familie kan u bezoeken tussen 14u00 en 20u00. Afwijkingen van het normale bezoekuur zijn bespreekbaar met de hoofdverpleegkundige.

Na uw operatie zal u twee à drie dagen op intensieve zorgen doorbrengen. Omdat er dagelijks veel nieuwe patiënten worden opgenomen, kunnen we u jammer genoeg niet altijd verzekeren dat u na de operatie op dezelfde kamer komt als bij uw opname. Uw persoonlijke spullen blijven in bewaring op de afdeling. Breng daarom alleen het strikt noodzakelijke mee. Zodra uw definitieve kamer gekend is, kunt u natuurlijk meer persoonlijk gerief laten meebrengen. Breng zeker geen waardevolle voorwerpen mee.

Volgende onderzoeken staan nog op het programma:

- Een foto van de longen (RX-foto)
- Een bloedafname
- Een film van het hart (Elektrocardiogram)

(Sommige van deze onderzoeken zijn waarschijnlijk nog recentelijk gebeurd. De chirurg beslist of deze moeten herhaald worden.)

Voor de operatie worden de laatste voorbereidingen getroffen:

- Om infectiegevaar te vermijden, wordt u onthaard vanaf de borststreek tot de knieën.
- U krijgt een lavement om de darmen volledig te ledigen.
- U mag niet meer eten en drinken vanaf middernacht.
- Voor een goede nachtrust kan u aan de verpleging een slaaptablet vragen.

3. De dag van de operatie.

- U maakt uw toilet zelf, of u wordt hierbij geholpen zo nodig. Mannelijke patiënten moeten zich zeker goed scheren
- Verwijder voor vertrek naar de operatiekamer horloge, bril, lenzen, ringen en tandprothesen. Berg alles zorgvuldig weg zodat niets kan verloren gaan. Een hoorapparaat houdt u bij voorkeur aan.
- U doet een operatiehemdje aan.
- Als voorbereiding op de operatie kunt u een licht kalmeringsmiddel krijgen.
- Even later wordt u naar de operatiekamer gebracht. Uw chirurg doet zijn uiterste best om op het voorziene tijdstip met de ingreep te starten. We vragen evenwel uw begrip als uw ingreep tengevolge van onvoorziene omstandigheden wat later doorgaat dan oorspronkelijk voorzien.
- In de operatiekamer nemen de verpleegkundigen de zorg en verantwoordelijkheid over.

4. Verblijf op intensieve zorgen.

Na de operatie zal men u naar de afdeling Intensieve Zorgen brengen. Daar zult u gedurende 2 à 3 dagen verblijven. Uw operatie is een ingrijpende gebeurtenis voor uw lichaam. Het is dan ook noodzakelijk dat u onder voortdurend toezicht staat. Uw hartritme, bloeddruk, polsfrequentie, enz. zullen doorlopend gecontroleerd worden.

Om overtollig wondvocht te draineren kunnen er wonddrains ter plaatse gelaten worden. U zal ook een maagsonde hebben om maagsappen af te voeren en een blaassonde om uw urineproductie op te volgen. Door de aanwezigheid van de sonde hoeft u niet op de pan of in een urinaal te wateren. Verder hebt u ook nog intraveneuse pijnmedicatie. Dit alles behoort tot een perfect normaal verloop van de ingreep. Afhankelijk van uw herstel zullen deze sondes stelselmatig verwijderd worden.

Op de afdeling Intensieve Zorgen gelden volgende bezoeken: (maximum twee personen):

- 11u30 - 12u00
- 15u00 - 15u30
- 19u30 - 20u00

Buiten deze bezoeken kan uw naaste familie zich steeds telefonisch bevragen naar uw toestand op het nummer 016 80 99 08.

5. Terug op de afdeling

Het kan gebeuren dat de overgang van intensieve zorgen naar de verpleegafdeling voor u een angstaanjagende gebeurtenis is. Vanaf nu bent u immers niet meer onder continue bewaking. De verhuis op zich is echter een teken dat uw toestand bevredigend en stabiel is. De verpleegkundigen van de dienst kennen deze situatie en zorgen er alles voor doen dat u zich veilig voelt.

In de loop van de dagen na de operatie zal u van enkel drinken via vloeibare voeding weer overgaan op vaste voeding. Hiervoor bestaat geen vast schema. Dit gebeurt naarmate uw spijsverteringsstelsel het kan verdragen.

De dagelijkse verzorging loopt als volgt:

- Controle van bloeddruk, pols en temperatuur.
- De eerste dag wast men u nog in bed. De dagen nadien zal de verpleegkundige u aansporen zo veel mogelijk zelf te doen, indien mogelijk natuurlijk.
- De wonden worden dagelijks gecontroleerd en zo nodig gezuiverd en ontsmet.
- Dagelijks komt een kinesist(e) langs om samen met u te oefenen.
- De chirurg komt u regelmatig onderzoeken en volgt uw toestand van nabij op.
- Nog enkele onderzoeken worden op gepaste tijdstippen uitgevoerd.

TERUG NAAR HUIS.

Indien nodig zal de sociaal verpleegkundige, samen met u en uw familieleden, de situatie thuis bekijken. Zij is op de hoogte van de hulp die thuis georganiseerd kan worden en zal zo nodig thuisverpleging, maaltijdbedeling, poetshulp, enz., inschakelen. De sociaal verpleegkundige zal op uw vraag door de verpleging gecontacteerd worden en langskomen op uw kamer.

Terug thuis zult u merken dat u nog snel moe bent. Dit kan nog enige tijd duren. Wanneer u weer helemaal van de operatie hersteld zal zijn, is moeilijk te voorspellen. Vaak zult u na de operatie nog medicatie moeten gebruiken om het bloed dun te houden en de aanmaak van bloedklonters tegen te gaan (aspirine of asaflow). Ook de oefeningen met de kinesist zullen nog een tijdje doorgaan. Om ervoor te zorgen dat de slagaderverkalking (*arteriosclerose*) zo min mogelijk toeneemt, doet u er goed aan te stoppen met roken, overgewicht te voorkomen en te zorgen voor voldoende lichaamsbeweging. Als u suikerziekte, hoge bloeddruk of een hoog cholesterolgehalte heeft, dan is behandeling hiervan noodzakelijk.

Wanneer u naar huis gaat, krijgt u nog volgende formulieren mee:

- Een schema met de medicatie die u moet innemen.
- Een brief voor de huisarts.
- Data van de verdere afspraken (onder meer voor het verwijderen van de hechtingen).



TOT SLOT.

We hopen dat deze brochure voor u een hulp is geweest om meer te weten te komen over het verloop van de opname, de operatie en wat te doen na uw ontslag uit het ziekenhuis. Met bijkomende bemerkingen of vragen kan u steeds bij de verpleging en chirurgen terecht.

We hopen tevens dat uw verblijf hier zo kort en zo aangenaam mogelijk verloopt en wensen u alvast een spoedig herstel toe.

Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen

campus mariëndal

t 016 80 90 11 (algemeen nummer)

t 016 80 99 19 (spoedopname)

t 016 80 96 80 (dagziekenhuis)

campus st.-jan

t 016 80 90 11 (algemeen nummer)

t 016 80 39 16 (dagziekenhuis)

medisch centrum aarschot

t 016 55 17 11 (algemeen nummer)

t 016 55 17 36 (dagziekenhuis)

www.rztienen.be

iedereen
Vriendelijk Inlevend Professioneel
met zin voor Initiatief



99997-NL/aug 2019