



● metabole en cardiovasculaire aandoeningen

Universitair Ziekenhuis Gent



info voor de patiënt



Welkom in het hartcentrum  
op de afdeling hartchirurgie

UZ Gent, Hartcentrum

## Inhoudsopgave

<b>1. Wie zijn wij? Voorstelling van het behandelend team</b>	
De hartchirurgen	p. 4
De verpleegkundigen	p. 5
De kinesitherapeuten	p. 6
De sociale dienst patiënten	p. 7
<b>2. Hoe verloopt de opname?</b>	
Voor de operatie	p. 8
De operatiedag	p. 8
Intensieve Zorgen	p. 8
Terug op de hospitalisatie	p. 10
Ontslag	p. 11
<b>3. Veel gestelde vragen</b>	p. 12
<b>4. Praktische informatie</b>	
Bezoeken	p. 14
Telefoonnummers	p. 14
<b>5. Bijlagen</b>	
a. Anatomie en fysiologie van het hart	p. 15
b. Coronaire ziekte	p. 17.
c. Hartklepafwijkingen	p. 19
d. Bloedverdunnende medicatie	p. 21
e. Endocarditisprofylaxie	p. 22

Mevrouw, Meneer,

We heten u van harte welkom op onze afdeling hartchirurgie (cardiochirurgie), en we zijn verheugd dat u voor onze diensten hebt gekozen.

De afdeling hartchirurgie, gelokaliseerd op de vijfde verdieping van behandelingsblok K12 (5K12 IA), is één van de afdelingen van het Hartcentrum van het UZ Gent. De hospitalisatieafdeling beschikt over 26 bedden waarvan 4 in de Medium Care. Tijdens uw verblijf in het ziekenhuis zult u ook kennismaken met andere afdelingen van het Hartcentrum, zoals de Operatiezalen (op 5K12 IE), de Intensieve Zorgen (eveneens op 5K12 IE), de Hartbewaking (12K12IA) en de Polikliniek Cardiologie (8K12 IE). Alle afdelingen zijn uitgerust met geavanceerde hoogtechnologische apparatuur en beschikken over goed opgeleide gespecialiseerde medewerkers. Omdat u binnen het Hartcentrum blijft, heeft u een uniek dossier en kunt u rekenen op een uniforme behandelingsaanpak tijdens uw volledige hospitalisatie. De nauwe en permanente samenwerking tussen de verschillende afdelingen staat borg voor uw optimale begeleiding van opname tot ontslag.

Opgenomen worden voor een hartoperatie gaat altijd gepaard met veel vragen en onzekerheden; met deze onthaalbrochure willen we daarop inspelen teneinde uw verblijf hier zo comfortabel mogelijk te maken. Het behandelend team, samengesteld uit verschillende groepen van gezondheidswerkers, staat tijdens de hele opname tot uw beschikking om de operatie, ondanks alle stress die dit met zich meebrengt, zo vlot mogelijk te doen verlopen.

In deze brochure willen we u een overzicht geven van het team dat voor uw behandeling zal instaan, geven we een korte beschrijving van het verloop van uw hospitalisatie, en een antwoord op een aantal vaak gestelde vragen. In de bijlagen vindt u meer gedetailleerde informatie over coronaire ziekte en hartklep-problemen met hun behandeling, bloedverdunnende medicatie en het voorkomen van infecties in het hart.

We wensen u alvast een aangenaam verblijf op onze afdeling en een spoedig herstel,

Het behandelend team

## 1. Wie zijn wij?

### De hartchirurgen

De afdeling hartchirurgie verricht een duizendtal hartoperaties per jaar, wat garant staat voor het opbouwen van een ruime ervaring voor elke hartchirurg uit het team. De afdeling is gespecialiseerd in de chirurgische behandeling van ziekte van de kransslagaders, hartklepafwijkingen, misvormingen van de grote bloedvaten vanuit het hart, aangeboren hartafwijkingen en harttransplantaties.

Wanneer u opgenomen wordt, zal u aan één hartchirurg worden toevertrouwd. Deze zal met u de operatie bespreken, de operatie uitvoeren (met de hulp van een collega), en hij / zij blijft ook tijdens de verdere hospitalisatie voor u verantwoordelijk, ook na uw ontslag.

Dit betekent niet dat u de andere chirurgen niet te zien krijgt: na uw operatie zult u op de zaalronde (tussen 8.30h en 9.30h) elke morgen minstens door één chirurg van het team worden gezien en onderzocht, waarbij uw behandeling individueel wordt aangepast. Dit is ook het moment bij uitstek om uw vragen aan de arts naar voor te brengen.

Dagelijks overleg tussen de verschillende chirurgen van het team zorgt ervoor dat iedereen nauwkeurig op de hoogte blijft van uw toestand, behandeling en evolutie.



- 1 Prof. Dr. Guido Van Nooten  
diensthoofd
- 2 Dr. Katrien François  
afdelingshoofd
- 3 Dr. Thierry Bové
- 4 Dr. Yves Van Belleghem
- 5 Dr. Guy Vandenplas
- 6 Dr. Frank Caes

*Het team wordt aangevuld met  
een chirurgie-assistent in opleiding.*

### Het verpleegkundig team

Het verpleegkundig team van de hospitalisatieafdeling bestaat uit een 25-tal gespecialiseerde verpleegkundigen en 2 logistieke medewerkers onder de deskundige leiding van hoofdverpleegkundige mevr. Cindy Buyle.

Op onze afdeling wordt het systeem van patiënttoewijzing gebruikt, wat betekent dat elke verpleegkundige tijdens zijn/haar diensturen (er wordt in drie shifts van 8 uur gewerkt) een aantal patiënten toegewezen krijgt die uitsluitend zij/hij verzorgt en opvolgt. De verpleegkundige die u verzorgt, is steeds beschikbaar om u, naast de zuiver verpleegkundige opdrachten, een helpende hand te bieden, een praatje te maken of te luisteren naar uw problemen en vragen.

Uiteraard zijn verpleegkundigen er niet alleen om u te verzorgen, maar zullen zij u ook stimuleren om uw zelfstandigheid terug te winnen, als deel van het genezingsproces en als voorbereiding op uw ontslag uit het ziekenhuis. Gezien de grote bereikbaarheid van uw verpleegkundige is zij/hij dan ook het best geplaatst om alle activiteiten tijdens uw verblijf te coördineren.



*Het verpleegkundig team*



*Hoofdverpleegkundige  
mevr. Cindy Buyle*

## Het secretariaat

De afdeling kan rekenen op de administratieve steun van 4 secretariaatsmedewerkers, 2 secretaresses voor de hospitalisatieafdeling 5K12 IA (mevr. Christine Lerno en mevr. Els Focketyn), en 2 secretaresses voor de operatieplanning, de facturatie en de briefwisseling (mevr. Martine Everaert en mevr. Huguette De Pandelaere).

## De kinesitherapeuten

Onze afdeling kan bogen op de deskundige medewerking van 2 ervaren kinesisten, dhr. Lucien Van Den Berghe en dhr. Donald Donovan, beiden reeds lang betrokken bij de behandeling van patiënten met hartproblemen en de postoperatieve revalidatie na een hartoperatie. Zij worden volgens beschikbaarheid bijgestaan door kinesisten-stagiairs in opleiding.

Hun behandeling begint reeds voor de operatie: het inschatten van uw algemene toestand, mobiliteit en ademhalingscapaciteit, het aanleren van simpele ademhalingsoefeningen die u na de operatie zullen helpen om pijn te vermijden en goed op te hoesten, en het aanleren van circulatieoefeningen voor de onderste ledematen.

Na de operatie zullen zij de verpleegkundigen helpen om u goed in bed te positioneren, dagelijks wordt uw ademhalingscapaciteit gemeten, en u zult vanaf een paar dagen na de operatie gestimuleerd worden om uit bed te komen, rond te wandelen, en zo geleidelijk aan uw bewegingsmogelijkheden terug te winnen.

Samen met de chirurgische en medische behandeling is de revalidatie tijdens uw kliniekopname één van de hoekstenen voor een snel herstel: beweging en een goede ademhalingstechniek hebben een gunstige invloed op de bloedsomloop en de hartwerking, en zullen u sneller doen recupereren. De kinesist is uw vriend, niet uw vijand!

## De sociale dienst patiënten

Aan de hospitalisatie hartchirurgie is ook altijd een sociaal verpleegkundige verbonden (nu mevr. Véronique Vander Steene).

Zij zoekt samen met u naar een gepast antwoord op problemen rond de opvang thuis na uw hospitalisatie: huishoudelijke taken of een poetsdienst organiseren, aanvraag doen voor thuisverpleging indien nodig, en maaltijden of boodschappen aan huis laten leveren.

Indien u vermoedt dat herstel thuis voor u niet mogelijk is omdat u alleen woont en/of uw familie onvoldoende voor hulp kan instaan, kan zij op zoek gaan naar een geschikt hersteloord, of vervoer naar het ziekenhuis van uw verwijzende cardioloog organiseren. Het is belangrijk reeds bij het begin van de opname eventuele wensen kenbaar te maken, dit kan het vinden van een geschikte oplossing versnellen en zo uw verblijfsduur verkorten.

Ook het behandelen van eventuele financiële problemen (zoals het aanvragen van bepaalde tegemoetkomingen) behoort tot haar bevoegdheid.

De sociale dienst komt bij opname langs bij elke 65-plusser, in aansluiting met het opnamegesprek met uw verpleegkundige. Wilt u van deze mogelijkheden gebruik maken, dan dient u dit wel best reeds bij de opname te vermelden (de patiënten die reeds een oproepingsbrief thuis ontvingen, hebben tegelijk ook reeds informatie over de sociale hulpverlening ontvangen).



1 mevr. Christine Lerno      4 mevr. Huguette De Pandelaere  
2 mevr. Els Focketyn      5 dhr. Lucien Van Den Berghe  
3 mevr. Martine Everaert    6 dhr. Donald Donovan



## 2. Hoe verloopt de opname?

### Voor de operatie

De dag voor de operatie worden de preoperatieve onderzoeken uitgevoerd, indien die nog niet bij uw eigen cardioloog zijn gebeurd. Een bloedafname, een electrocardiogram, een echografie van het hart, een echografie van de halsslagaders en een radiografie van hart en longen staan op het programma.

Uw verpleegkundige begint met een verkennend gesprek, de kinesisten komen bij u langs om ademhalingsoefeningen aan te leren en uw fysieke capaciteit in te schatten, en de sociaal verpleegkundige bespreekt met u de noodzaak tot eventuele hulp na uw ontslag uit het ziekenhuis.

Uw chirurg en anesthesist komen langs voor een klinisch onderzoek en een gesprek over de planning van de operatie.

De voorbereiding op de ingreep bestaat uit een lavement, het scheren van de romp, de liezen en de benen, het verwijderen van eventuele nagellak, gevolgd door een grondige wasbeurt met een ontsmettende zeep, op de vooravond van de operatie.

### De operatiedag

U bent nuchter sinds middernacht en krijgt nog een kalmerende medicatie voor u naar de operatiezaal vertrekt.

Gemiddeld duurt een hartoperatie 4 tot 5 uur, na de operatie wordt u overgebracht naar Intensieve Zorgen. U wordt een paar uur tot een nacht na de operatie in slaap gehouden, afhankelijk van de ernst en de duur van de ingreep, tot uw toestand volledig is gestabiliseerd.

Naaste familieleden (liefst één aanspreekpersoon per patiënt) kunnen telefonisch informeren naar uw toestand vanaf 14u00 (indien u in de voormiddag bent geopereerd) of vanaf 18u00 (bij een operatie in de namiddag).

### Dag 1

U bent 's morgens nog op Intensieve Zorgen, waar u continu wordt geobserveerd, maar indien uw toestand stabiel blijft kunt u overgebracht worden naar de bewakingsafdeling MidCare. U dient nog in bed te blijven, gezien de aanwezigheid van infuus-katheters, drains, blaassonde en allerlei monitoringapparatuur die continu gevolgd wordt. U kunt wel al beginnen drinken, eten volgt meestal iets later. Ademhalings-oefeningen zijn vanaf nu zeer belangrijk, de kinesisten gaan u hierbij helpen.

De bezoeken op de MidCare zijn ook nog zeer beperkt, gezien u nog volop rust kunt gebruiken.

Wanneer u naar de MidCare bent overgebracht, wordt uw huisarts daarvan op de hoogte gesteld.



## Terug op de hospitalisatie

De tweede dag na de operatie kunnen de meeste infuzen, drains, sondes en monitoring verwijderd worden, uiteraard op voorwaarde dat uw toestand stabiel is gebleven. Bij een ongecompliceerd verloop kunt u vanaf de tweede dag na de operatie naar de kamer terug (tenzij bij plaatsgebrek op de hospitalisatie). U kunt vanaf nu beginnen uit bed te komen, eerst met hulp, later zelfstandig. Er zijn uit voorzorg geen optrekbeugels aan het bed vastgemaakt, er worden u andere technieken aangeleerd om het bed te verlaten. Indien bij u nog hartritme stoornissen worden opgemerkt, maar u verder geen problemen vertoont, zult u op de kamer een draagbaar monitoring toestel krijgen, zodat we uw hartslag continu op afstand kunnen volgen. U mag met deze telemetrie rondlopen, maar niet de afdeling verlaten.

Geleidelijk aan zult u zich krachtiger voelen, u zult na een paar dagen ook aangemaand worden om gedeeltelijk zelfstandig voor uw persoonlijke hygiëne te zorgen (wassen, toilet, tanden poetsen,...), en aan tafel te eten. U dient dagelijks oefeningen met de kinesisten te doen, en zelf of met uw familie ook meer te gaan wandelen. Eten en drinken begint beter te gaan, al kan u nog wel eens een mindere dag hebben waarop u zich wat flauw voelt. Dit kan volkomen normaal zijn tijdens de herstelperiode, maar u dient dit wel best te melden aan uw verpleegkundige.

In principe zijn een controle bloedafname en een radiografie van hart en longen voorzien op de vijfde en de zevende dag na de operatie. Op de zevende dag worden ook de voorlopige pacemakerdraadjes verwijderd, gebeurt een controle echografie van het hart, en gaat u even bij de diëtiste langs voor voedingsadvies.

Voor u naar huis gaat wordt een gesprek voorzien met de afdeling hartrevalidatie, waar u nuttige tips en informatiebrochures krijgt rond o.a. activiteiten die u mag aanvangen bij of na ontslag uit het ziekenhuis, welke verdere afspraken er dienen gemaakt te worden of voorzien zijn, welke nieuwe leefregels (voeding, roken, stress, beweging) er worden geadviseerd. Er wordt aandacht besteed aan een aantal wettelijke reglementeringen zoals het rijverbod, werkonbekwaamheid, tegemoetkomingen, ... evenals aan het belang van de hartrevalidatie. Tevens worden de bevoegde instanties voor financiële tussenkomst aangeschreven.

## Ontslag

Indien alle controleonderzoeken bevredigend zijn, kunt u vanaf de zevende of achtste dag na de operatie naar huis of naar uw verwijzend ziekenhuis terug, afhankelijk van uw herstel en uw familiale situatie. Om praktische redenen kunt u het ziekenhuis verlaten vanaf 13u30.

U krijgt volgende documenten mee:

- een voorlopige ontslagbrief voor uw huisarts of uw verwijzende cardioloog. Een meer gedetailleerde ontslagbrief wordt binnen de paar dagen na ontslag naar uw artsen opgestuurd
- een medicatieblad met juiste dosis en tijdstip van inname
- een afspraak voor poliklinische controle (op 8K12 IE) bij uw chirurg binnen 6 weken na de operatie
- uw adremakaart en bloedgroepkaart
- medicatie voor één dag (tijdens de week) of voor 3 dagen (tijdens het weekend), tot u zich zelf bij de apotheker kan bevoorraden met een voorschrift van de huisarts
- een eerste afspraak bij uw verwijzende cardioloog dient te gebeuren rond 3 weken na ontslag: daar dient u zelf of uw huisarts voor te zorgen; indien u door een cardioloog van het UZ wordt gevolgd, zal u die afspraak reeds bij ontslag meekrijgen

N.B. Radiografieën kunnen niet meegegeven worden gezien alle beelddocumenten op het ziekenhuiscomputersysteem worden opgeslagen – indien uw arts toch een specifieke radiografie wenst, kan hij / zij altijd de chirurg hiervoor contacteren.

### 3. Veel gestelde vragen

#### **Wat gebeurt er met mijn kamer als ik naar de operatiezaal ga?**

#### **Wat gebeurt er met mijn persoonlijke spullen?**

U dient er rekening mee te houden dat tijdens uw operatie en uw verblijf op Intensive Zorgen en MidCare uw kamer kan veranderen, gezien het vaak moeilijk is om een bed tijdens die enkele dagen leeg te laten staan. Uw persoonlijke spullen worden tijdelijk veilig in een kastje op de hospitalisatieafdeling opgeborgen. U geeft best zoveel mogelijk waardevolle voorwerpen terug met de familie mee naar huis op de avond voor de operatie. Tandprothesen, brillen en hoorapparaten dient u voor uw eigen comfort wel in het ziekenhuis te houden.

#### **Moet ik geld bij me hebben tijdens de opname?**

U dient tijdens de opname niets te betalen, enkel indien u zelf iets in de ziekenhuiswinkel (krant, boek, toiletgerief, ...) wenst te kopen. De factuur van uw ziekenhuisopname wordt u later thuis opgestuurd.

#### **Wanneer mag ik na de operatie terug uit bed?**

Vanaf de tweede dag na de operatie, als uw toestand voldoende is gestabiliseerd en de meeste monitoringapparatuur verwijderd is, kunt u uit bed beginnen komen. Vaak zal u wel nog een infuus hebben -waar u kunt mee rondlopen- om vocht of medicatie toe te dienen.

#### **Wanneer kan de familie de chirurg spreken?**

Tijdens de bezoeken kan uw familie best even informeren bij uw verpleegkundige om een afspraak te maken. Na afloop van het operatieprogramma (tussen 17u00 en 18u00) is de kans het grootst dat u de chirurg kunt spreken.

#### **Krijg ik medicatie mee naar huis?**

Bij ontslag op weekdagen krijgt u medicatie mee voor één dag, bij ontslag in het weekend wordt u voor 3 dagen medicatie meegegeven, tot u bij de huisarts bent langsgeweest om een nieuw voorschrift op te halen.

#### **Mag ik thuis trappen doen en boven gaan slapen?**

U zult op de dag voor uw ontslag met de kinesisten eens een trap opgaan, om u voor te bereiden op de trappen thuis. Enkel voor mensen die zeer slecht te been zijn wordt voorgesteld om tijdelijk een bed op de benedenverdieping te plaatsen.

#### **Wanneer mag ik terug douchen?**

Als uw wonde mooi genezen is, en u daar geen verdere verzorging voor nodig heeft, kan u douchen vanaf 1 week na ontslag (of vanaf 2 weken na de operatie).

#### **Moet ik de witte steunkousen thuis nog verder dragen?**

De witte steunkousen hebt u sinds de operatie dag en nacht aangehad, dit om de vorming van bloedklonters in de benen te vermijden terwijl u nog niet erg goed mobiel bent. Ze verminderen ook de zwelling die in de onderbenen kan optreden als gevolg van de insneden voor het wegnemen van aders bij patiënten die een overbruggingsoperatie hebben ondergaan. Als u bij ontslag uit het ziekenhuis reeds goed actief bent, veel rondwandelt en slechts weinig of geen zwelling ter hoogte van de benen vertoont, hoeft u de steunkousen thuis niet meer verder te dragen. Zijn uw enkels nog wat gezwollen, draag de steunkousen dan overdag terwijl u rondwandelt.

#### **Wat mag ik wel en niet doen thuis?**

U hebt tijdens de hospitalisatie gezien dat beweging de sleutel is tot een vlot herstel. We willen u dan ook graag stimuleren om dagelijks een wandeling(etje) te maken, waarbij u de wandelafstand zo mogelijk steeds wat uitbreidt. Met buiten fietsen en andere sportactiviteiten wacht u best tot na de eerste chirurgische controle. Het is nuttig om de ademhalingsoefeningen die u hebt aangeleerd thuis verder te zetten gedurende de eerste weken na ontslag. Lichte huishoudelijke taken (afwas, koken, ...) zijn toegelaten, met het uitvoeren van zwaardere taken (stofzuigen, gras maaien, ...) of zware lasten heffen (volle emmer, volle bak, ...) wacht u minstens 2 maanden. Het is normaal dat u zich in het begin nog niet de hele dag door even fit voelt, een dutje na de middag kan soms wonderen doen. Probeer de dieetraadgevingen thuis zo goed mogelijk te volgen, en indien u voor de operatie nog rookte, dient u dit terug thuis absoluut te stoppen!

#### **Wanneer mag ik terug autorijden?**

Wettelijk dient u vanaf de operatie gedurende 1 maand een rijverbod in acht te nemen. U krijgt vanuit de afdeling hartrevalidatie een document mee naar huis dat uw cardioloog bij de eerste postoperatieve controle kan invullen, wanneer hij / zij u na onderzoek geschikt bevindt om terug een voertuig te besturen. Dit document bewaart u dan bij de verzekeringspapieren in de auto. Meer informatie hierover kan u bij de afdeling hartrevalidatie bekomen tijdens uw gesprek voor ontslag.

## 4. Praktische informatie

### Bezoekuren

Hospitalisatie 5K12	• dagelijks 14u30 – 20u00
Intensieve Zorgen	• dagelijks 15u00 – 15u30 en 20u00 – 20u30
	• maximaal 2 personen per patiënt
	• kinderen jonger dan 14 jaar niet toegelaten
Mid Care	• dagelijks 15u00 – 15u30 en 20u00 – 20u30
	• maximaal 2 personen per patiënt
	• kinderen jonger dan 14 jaar niet toegelaten

### Telefoonnummers

Hospitalisatie hartchirurgie 5K12 IA	09 332 46 80 09 332 46 63
Midcare 5K12 IA	09 332 46 66
Intensieve Zorgen hartchirurgie 5K12 IE	09 332 47 39 09 332 47 38
Secretariaat hartchirurgie (8u00 – 16u30)	09 332 47 00 09 332 47 01
Fax secretariaat hartchirurgie	09 332 38 82
Sociale dienst patiënten	
Secretariaat	09 332 41 45
Sociaal verpleegkundige	09 332 24 69
– mevr. V. Vander Steene	
Hartrevalidatie (8u00 – 16u30)	
Mevr. Christel Vandendorre	09 332 36 22
Mevr. Leen Blanchaert	09 332 33 86

## 5. Bijlagen

### a. Anatomie en fysiologie van het hart

Het menselijke hart bevindt zich in het midden van de borstkas, achter het borstbeen, tussen de twee longen in. Het hart zit in een hartzakje (het pericardzakje), het rust gedeeltelijk op het middenrif, en is verbonden met grote bloedvaten die het bloed aan- en afvoeren naar en van de longen en de rest van het lichaam. (fig.1)

Het hart is vooral opgebouwd uit spierweefsel, en is dus eigenlijk een grote pomp. Het is onderverdeeld in twee harthelften, met een gespierd tussenschot tussen linker- en rechterheft. Elke helft bestaat nogmaals uit een voorkamer en een echte pompkamer, waartussen zich een hartklep bevindt, die het bloed in normale omstandigheden slechts in één richting doorlaat. Aan de uitgang van beide pompkamers bevindt zich ook telkens een klep, zodat het hart in totaal vier kleppen telt:

- de mitralisklep: tussen de linker voorkamer en de linker pompkamer
- de aortaklep: tussen de linker kamer en de aorta (= de grote slagader die het bloed naar het hele lichaam rondstuurt)
- de tricuspidieklep: tussen de rechter voorkamer en de rechter pompkamer
- de pulmonalisklep of longslagaderklep: tussen de rechter pompkamer en de longslagader (= de slagader die het bloed naar de beide longen voert) (fig.2)

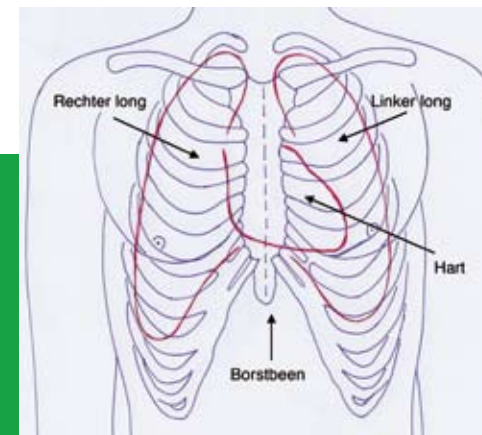


Fig.1

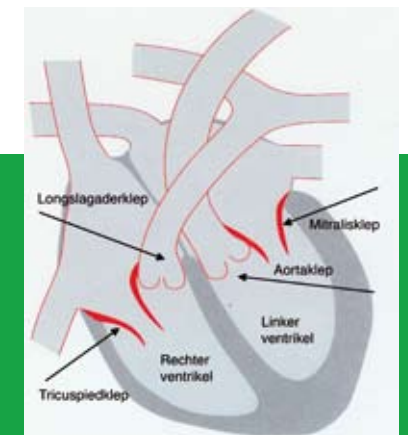


Fig.2

De rechter voorkamer ontvangt vanuit het lichaam bloed waaraan zuurstof werd onttrokken door de weefsels. Dit bloed wordt doorheen de tricuspidale klep naar de rechter pompkamer en door de pulmonaalklep tenslotte naar de longen gestuurd, om daar terug zuurstof op te nemen en koolstofdioxide uit te scheiden in de longblaasjes.

Dit zuurstofrijke bloed komt aan in de linker voorkamer, en wordt dan doorheen de mitralisklep, de linker hartkamer en de aortaklep naar de aorta gestuurd, om deze zuurstof rond te brengen naar alle organen. (fig. 3)

Het hart reageert zeer nauwkeurig op de behoeften van het lichaam: de pompsnelheid van het bloed wordt aangepast aan de behoefte van zuurstof en voedingsstoffen van de verschillende organen. Voor wie van cijfertjes houdt: een volwassen persoon heeft ongeveer 120.000 hartslagen per dag, en het hart pompt 5 tot 25 liter bloed per minuut rond door een netwerk van 60.000 km bloedvaten in het lichaam.

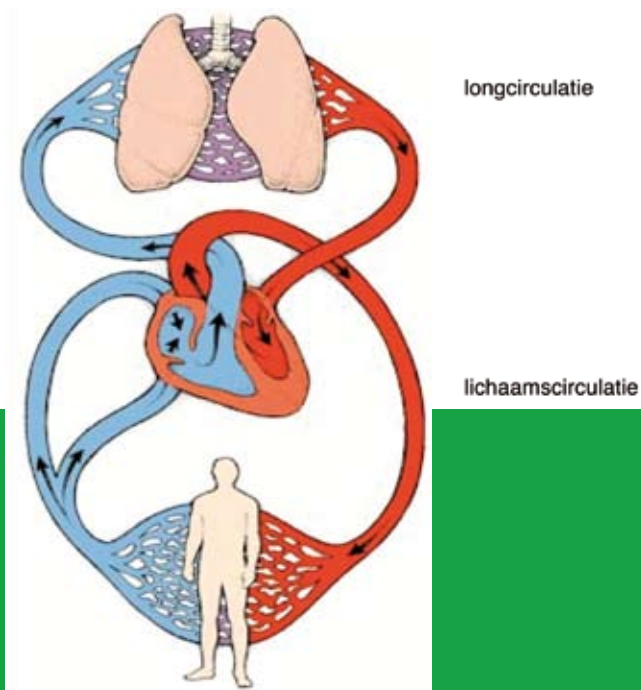


Fig.3

## b. Coronaire ziekte en coronaire overbruggingsoperatie

De hartspier zelf heeft voor een goede werking ook zuurstof en voedingsstoffen nodig, en die worden geleverd door een eigen bloedvatennetwerk in en rond het hart: de kransslagaders of coronairen. Uit de aorta net boven de aortaklep ontspringen 2 grote kransslagaders, de linker en de rechter kransslagader, die elk nog vertakken in een aantal zijtakken. (fig.4)

De linker kransslagader splitst zich snel in 2 zijtakken: één belangrijke slagader die een groot deel van de linker hartkamer bevoeit (de left anterior descendens), en een andere tak (de circumflex) die de achterzijde van de linkerkamer bevoeit en soms ook de onderzijde van de rechterkamer.

De rechter kransslagader bevoeit vooral de rechter pompkamer en het tussenschot tussen de beide hartkamers.

Wanneer onder invloed van roken, vet, stress of hoge bloeddruk een beschadiging van de binnenwand van de kransslagader optreedt, kan dit aanleiding geven tot vorming van een bloedklontertje dat de doorgang gedeeltelijk of volledig afsluit. Een vernauwing kondigt zich vaak aan als een hevige pijn in de borstkas bij inspanning, omdat het hart zelf niet meer voldoende zuurstof krijgt om behoorlijk te werken. Een volledige afsluiting kan leiden tot een hartinfarct, waarbij een deel van de hartspier geen zuurstof meer krijgt en tenslotte afsterft, met een litteken op de pompkamer en een vermindering van de hartfunctie tot gevolg.

Wanneer uw hartspecialist heeft beslist dat een behandeling met medicamenten onvoldoende resultaat oplevert, zal u in aanmerking komen voor een meer ingrijpende behandeling.

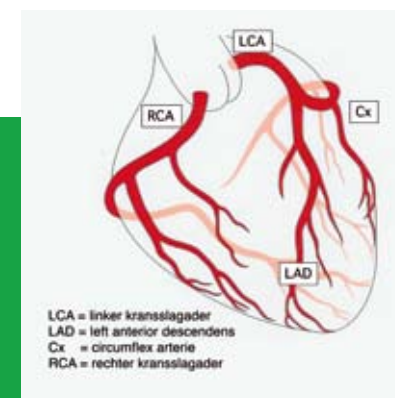


Fig.4

Deze kan bestaan uit het openblazen van een vernauwing met behulp van een ballonnetje dat via de lies wordt ingebracht, soms gevolgd door de plaatsing van een veertje in uw kransslagader (een stent) om de vernauwing ook in de toekomst goed open te houden. Deze behandeling heet een “ballondilatatie van de kransslagader” of met een moeilijk woord een “percutane transluminale coronaire angioplastie” of “PTCA”. Dit gebeurt in het katheterisatielabo, en hiervoor moet u niet onder volledige verdoving worden gebracht.

Wanneer u echter meerdere vernauwingen heeft, soms op een moeilijk bereikbare plaats, of indien u nog een bijkomend probleem met een hartklep heeft, zal uw hartspecialist u eerder een operatie voorstellen. Deze bestaat dan uit kransslagader-overbruggingen (ook “coronaire bypass operatie” genoemd), en daarvoor bent u op onze dienst opgenomen.

Een klassieke overbruggingsoperatie gebeurt via het openen van het borstbeen op de middellijn. Tegelijk wordt overbruggingsmateriaal op verschillende plaatsen van het lichaam weggenomen. Men kan slagaders gebruiken uit de borstkas - de linker en rechter mamma-slagaders - die zijdelings aan de binnenzijde van het borstbeen verlopen en meestal kunnen gemist worden (fig.5). Ook een slagader uit de voorzijde van de onderarm kan worden gebruikt, indien de andere bloedvaten van de arm van voldoende goede kwaliteit zijn om de bloedsomloop over te nemen. Tenslotte worden vaak ook aders uit de benen weggenomen, op voorwaarde dat ze geen spataders vertonen en dat u vroeger geen trombose in het been hebt door-gemaakt (fig.6).

Een overbruggingsoperatie kan vaak uitgevoerd worden op “kloppend hart”, dus zonder dat uw hart moet stilgelegd worden, via speciale technieken waarbij alleen de plaats waar de overbrugging wordt ingenaaid gestabiliseerd wordt, en de rest van het hart zijn pompfunctie verderzet.

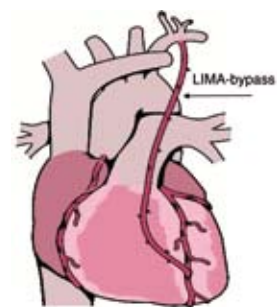


Fig.5

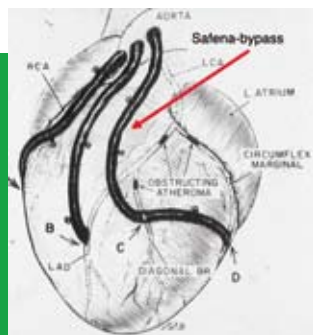


Fig.6

Bij een aantal patiënten moet de chirurg echter toch het hart aansluiten aan een hart-longmachine, om de functie van het hart en de longen tijdelijk over te nemen zodat het hart even kan worden stilgelegd. Dit kan nodig zijn als de kransslagaders die moeten overbrugd worden op een moeilijk bereikbare plaats liggen, indien de patiënt niet erg stabiel is, of indien er tegelijk een hartklepreparatie moet gebeuren (zie verder bij hartkleppen). Welke techniek ook gebruikt wordt, de uiteindelijke bedoeling van een overbruggingsoperatie bestaat er in voor alle bedreigde gebieden in het hart terug voldoende bloedaanvoer te voorzien.

### c. Hartklepafwijkingen

Hartklepgebreken kunnen verschillende oorzaken hebben:

- **Aangeboren:** een typevoorbeeld hiervan is een “bicuspede aortaklep”, een aortaklep die slechts 2 in plaats van 3 klepblaadjes vertoont. Deze kleppen kunnen lang goed functioneren, maar verkalken toch sneller dan een normaal aangelegde aortaklep.
- **Veroudering:** een aortaklep bij een persoon boven de 65 – 70 jaar kan beginnen verkalken, waardoor de klep stug wordt en niet meer goed opent. Deze vernauwing, die men “aortaklepstenose” noemt, vormt een belemmering voor de bloedstroom naar het lichaam toe.
- **Lekkende klep:** een klep waarvan de klepblaadjes elkaar niet meer volledig raken bij het dichtklappen laat een deel van het bloed terugstromen naar de achterliggende hartholte. Een voorbeeld is een lekkende mitralisklep – dit heet “mitralisklepinsufficiëntie”- die centraal niet volledig sluit omdat de hartkamer waarin de klep is vastgemaakt uitgezet is. Dit kan het gevolg zijn van uitgebreide aantasting van de kransslagaders of van een hartinfarct.
- **Infectie:** bacteriën kunnen via een infectiehaard (een tandabsces, een vuile wonde, een ontsteking in de darm,...) in het bloed terecht komen, en zo tot in het hart. De bacteriën gaan zich vooral nestelen op reeds licht aangetaste of misvormde hartkleppen, waardoor de klep kan vernietigd worden. Dit heet “endocarditis”. Deze ernstige ziekte vereist vaak een klepvervanging en na de operatie dient de patiënt nog 6 weken gehospitaliseerd te blijven voor toediening van hoge dosissen antibiotica via een infuus.

Ernstige hartklepgebreken vereisen bijna altijd een heelkundige behandeling. Deze kan bestaan uit de vervanging van de zieke klep door een kunstklep (een “klep-prothese”) of door een reparatie van de klep, waarbij de eigen klep hersteld wordt

maar bewaard blijft. Meestal wordt de reparatie dan ondersteund door het plaatsen van een kunststofring rond de klep (een “kleplastie”). Voor een klepoperatie is altijd de ondersteuning van een hart-longmachine noodzakelijk, gezien echt binnenin het hart wordt gewerkt.

Er bestaan verschillende types klepprothesen en klepringen, en afhankelijk van uw leeftijd, de klepafwijking zelf, eventuele andere ziektes of medicatie die u inneemt, zal samen met uw arts de voor u meest geschikte klep worden uitgezocht.

- Een mechanische klepprothese: dit is een klep volledig gemaakt uit kunststof (meestal een zeer duurzame koolstofverbinding), die in principe levenslang een goede werking behoudt, op voorwaarde dat u dagelijks bloedverdunnende medicatie inneemt (zie verder). Deze klepprothese wordt bij voorkeur geplaatst bij mensen jonger dan 65 jaar indien geen bezwaren bestaan voor langdurige ontstollingsbehandeling. (fig.7)
- Een dierlijke klepprothese: deze klep wordt samengesteld uit dierlijk weefsel (meestal van runderen of varkens). Het voordeel van deze klepprothesen is dat hiervoor geen bloedverdunnende medicatie nodig is (behalve de eerste 3 maanden na de operatie), het nadeel is hun beperkte duurzaamheid bij jonge patiënten. Deze kleppen zijn echter zeer geschikt voor gebruik bij patiënten ouder dan 70 jaar, omdat ze in deze leeftijdsgroep weinig neiging tot verkalking vertonen, en dus meestal levenslang zullen meegaan. (fig. 8)
- Een homograft: dit is een menselijke donorklep, die soms de voorkeur geniet bij patiënten met aangeboren hartafwijkingen of met ernstige endocarditis van een hartklep.
- Een ringprothese: bij de reparatie van een hartklep (meestal de mitralisklep of de tricuspidale klep) wordt deze ondersteund door een kunststofring, die rond de eigen klep wordt aangebracht, waardoor de natuurlijke klepophanging niet overmatig kan uitzetten. Voor een ringprothese is meestal slechts gedurende 3 maanden ontstollingsmedicatie nodig. (fig. 9)

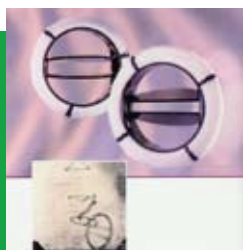


Fig.7



Fig.8

#### d. Bloedverdunnende medicatie

Bloedverdunnende medicatie (ook “anticoagulatie” genoemd) is de medicatie die moet voorkomen dat zich klontertjes op of rond uw nieuwe hartklep vormen, waardoor de goede werking van de prothese kan belemmerd worden. Ook patiënten met een onregelmatige hartslag (zoals “voorkamerfibrillatie”) zullen vaak deze medicatie innemen.

In België zijn 3 bloedverdunders op de markt : Sintrom®, Marevan® en Marcoumar®. Ze hebben allen dezelfde werking, namelijk de bloedingsduur te verlengen, maar een verschillende werkingsduur. Als bijwerking kan bij te lage dosis klontervorming optreden, en bij te hoge dosis een bloeding. Daarom is het heel belangrijk dat u de juiste hoeveelheid inneemt op het juiste tijdstip. Om de medicatie correct te doseren, dient op geregelde tijdstippen een bloedafname te worden uitgevoerd. Op de afdeling zal hier reeds mee gestart worden na uw operatie, maar een verdere strikte opvolging bij uw huisarts is heel belangrijk, de dosis en de planning voor de volgende dagen zullen u bij ontslag uit het ziekenhuis door de verpleegkundige op een lijst worden meegegeven.

Indien bij u een mechanische klepprothese werd ingeplant, dient u levenslang bloedverdunders in te nemen. Voor een biologische klep of een ringprothese wordt meestal slechts gedurende 3 maanden ontstollingsmedicatie voorgeschreven, tenzij u ook voorkamerfibrillatie vertoont.

Neem enkel de medicatie in die door de arts werd voorgeschreven. De combinatie van bloedverdunders met andere medicatie kan hun werking verstoren. De enige pijnstillende medicatie die is toegelaten samen met bloedverdunders is paracetamol (bv. Dafalgan®). Ook voeding en alcohol hebben een invloed op de correcte werking van deze medicatie: probeer zo gevarieerd mogelijk te eten, of consulteer uw arts over uw eetgewoonten.

Breng uw tandarts of andere artsen ervan op de hoogte dat u deze medicatie inneemt.



Fig.9





Hospitalisatie Hartchirurgie 5K12IA  
Tel. 09 332 46 80 - Tel. 09 332 46 63

Midcare 5K12IA  
Tel. 09 332 46 66

Intensieve Zorgen Hartchirurgie 5K12IE  
Tel. 09 332 47 39 - Tel. 09 332 47 38

*Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vereenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.*

Universitair Ziekenhuis Gent  
De Pintelaan 185 - 9000 Gent  
Tel. +32 (0)9 332 21 11 - Fax +32 (0)9 332 38 00

info@uzgent.be - www.uzgent.be