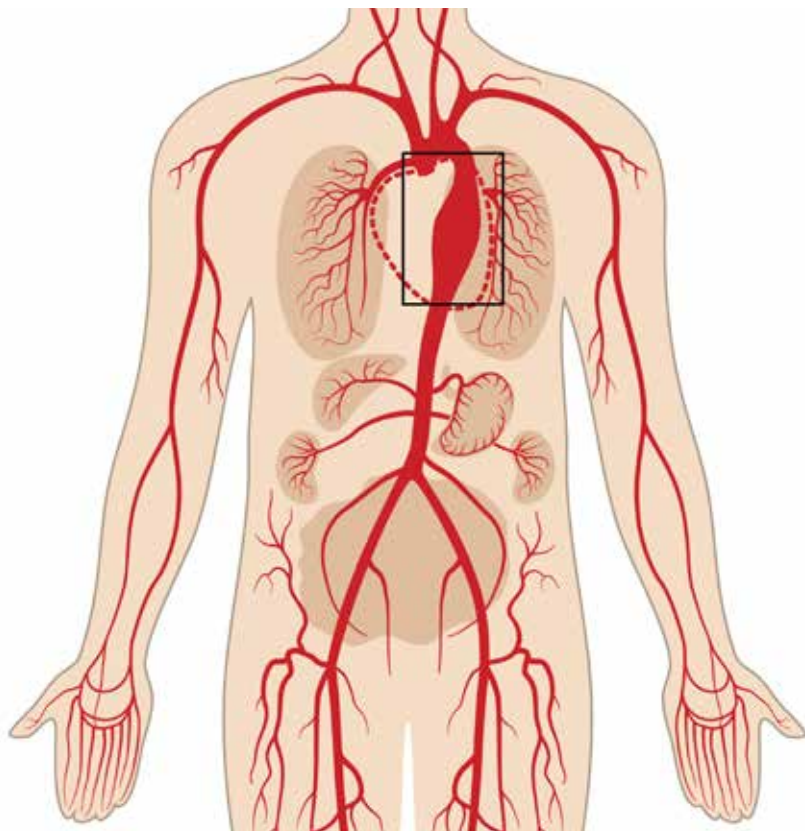




THORACAAL AORTA-ANEURYSMA

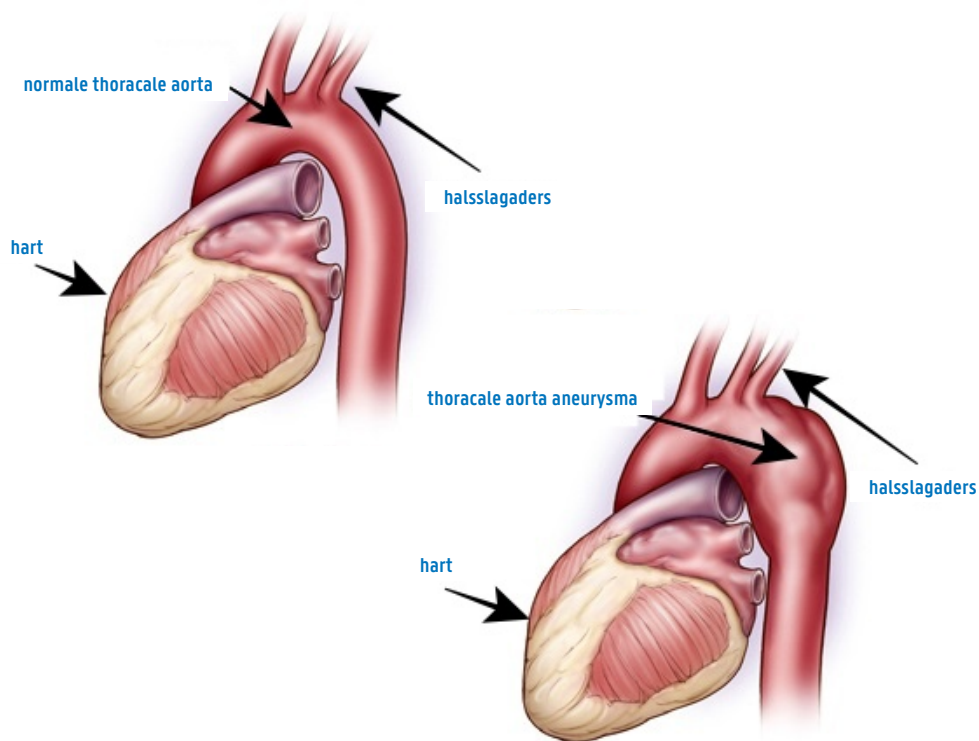
INHOUD

01	Inleiding	4
02	Wat is de borstkasslagader?	5
03	Aneurysmavorming van de borstkasslagader	6
04	Risico's	7
05	Je hebt een thoracaal aorta-aneurysma: wat nu?	8
06	Behandeling	10
07	Mogelijke complicaties	12
08	De dag van de ingreep	15
09	Nazorg	16
10	Naar huis	17
11	Adviezen	18

01 INLEIDING

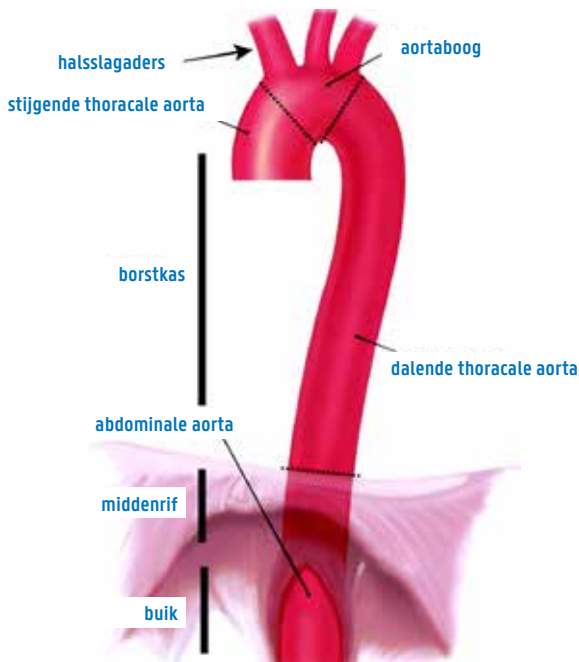
In deze brochure krijg je informatie over de verwijding van de borstkasslagader of thoracale aorta. Zo'n verwijding noemen we een aneurysma. Je leest hier meer over de oorzaken, de behandeling en de risico's die aan de behandeling verbonden zijn.

Heb je nog vragen? Neem dan contact op met de dienst Thoracale en vasculaire heelkunde op tel. 09 332 61 48 of via tvhk@uzgent.be.



02 WAT IS DE BORSTKASSLAGADER?

De aorta is de grootste slagader van het lichaam. Hij vertrekt van het hart en voert zuurstofrijk bloed naar de rest van het lichaam zoals de hersenen, de buikorganen en de ledematen. Door de rechtstreekse verbinding met het hart staat deze slagader onder hoge druk.



Deze brochure gaat over de het stuk van de aorta dat in de borstkas ligt: de borstkasslagader of thoracale aorta. Deze slagader vertrekt van het hart en loopt richting het hoofd. Net onder de hals maakt de slagader een bocht naar achter en naar onderen toe. Op deze boog zijn alle aftakkingen naar de hersenen, het hoofd en de bovenste ledematen ingeplant. Die zijn uiteraard van levensbelang.

Net nadat de slagader deze bocht naar achter en naar onderen neemt en de aftakkingen naar de hersenen en armen vertrekken, wordt het bloed naar beneden gepompt richting het onderste deel van het ruggenmerg, de buik en de onderste ledematen.

03 ANEURYSMAVORMING VAN DE BORSTKASSLAGADER

Een aneurysma is een verwijding van een ader of slagader. We spreken van een aneurysma als de diameter van de slagader verdubbeld is in vergelijking met de normale situatie.

Oorzaken

Atherosclerose is de belangrijkste oorzaak van een verwijding van de borstkasslagader. Deze aandoening wordt veroorzaakt door de opstapeling van vetten (cholesterol) en verkalkingen in de bloedvaten. Die vormen kleine ophopingen.

Deze ophopingen beschadigen de bloedvatwand waardoor die minder stevig wordt en begint uit te zetten. Je kan dit vergelijken met een ballon die opgeblazen wordt. Naarmate de ballon groter wordt, wordt de wand minder stevig.

Atherosclerose is een natuurlijk verouderingsproces van de bloedvaten. Dat proces kan worden versneld door roken, een hoog cholesterolgehalte, hoge bloeddruk, suikerziekte, overgewicht, te weinig lichaamsbeweging en een familiale aanleg voor de aandoening.

Deze verwijding van de slagader ontstaat zeer subtiel en evolueert meestal traag en stilzwijgend. Daardoor hebben patiënten meestal geen klachten en wordt de aandoening vaak toevallig vastgesteld.

Aortadissectie

Soms kan de binnenste laag van het bloedvat plots losscheuren, al dan niet in combinatie met een verwijding van de slagader. Dat noemen we een aortadissectie. De aandoening gaat vaak gepaard met hevige pijn tussen de schouderbladen en moet urgent worden behandeld. Meer uitleg vind je in de brochure Aorta-aneurysma/dissectie.

04 RISICO'S

De thoracale aorta is een grote buis die onder hoge druk staat. Door een verzwakking van de wand gaat de buis uitzetten en wordt de wand alsmaar zwakker. Het grootste risico is een ruptuur (het scheuren van de wand). Een minder voorkomende complicatie is embolisatie (wegschieten van klonters).

Ruptuur (scheuren van de wand)

Door de hoge druk en het grote volume bloed dat door deze slagader loopt, is een scheur in de wand zeer snel fataal. De patiënt verliest zeer snel een grote hoeveelheid bloed. Als dat gebeurt, moet je zo snel mogelijk met de ziekenwagen naar het ziekenhuis komen voor een heelkundige ingreep.

De normale diameter van de slagader is ongeveer 2 cm. Pas als de diameter van de thoracale aorta groter is dan 5,5 cm bestaat er risico op een scheur in de wand.

Embolisatie

Door de verstoorde stromingsrichting van het bloed ontstaan er vaak klonters die tegen de wand van het bloedvat kleven. Deze klonters kunnen loskomen en meegevoerd worden door de bloedstroom tot ze ergens vast komen te zitten. In het ergste geval kan dit de bloedtoevoer naar de hersenen, het ruggenmerg, een orgaan of een lidmaat blokkeren.

05 JE HEBT EEN THORACAAL AORTA-ANEURYSMA: WAT NU?

De diameter bedraagt minder dan 5 cm bij diagnose

In de grote meerderheid van de gevallen grijpen we niet in als de diameter van de aorta minder dan 5 cm bedraagt (met uitzondering van erfelijke aandoeningen van de aorta: zie brochures Cardiogenetische consultatie en Marfansyndroom). We leggen een controleafspraak vast voor nieuwe beeldvorming (CT-angiografie of MR-angiografie). Zo kunnen we de slagader in het oog houden en de groeisnelheid inschatten. Meer informatie vind je in de informatiebrochures over deze onderzoeken.

Toch is in dit geval een medische behandeling en wijziging van levensstijl noodzakelijk. Die bestaan uit:

- ▲ Eventueel aanpassing van je medicatie
- ▲ Bloeddrukcontrole
- ▲ Stoppen met roken
- ▲ Een goede controle van de cholesterol en van de bloedsuikerspiegels bij mensen met suikerziekte
- ▲ Voldoende lichaamsbeweging

Meer informatie vind je in de brochures over rookstop en cardiale gezondheid.

De diameter bedraagt meer dan 5,5 cm bij de initiële diagnose of bij opvolging

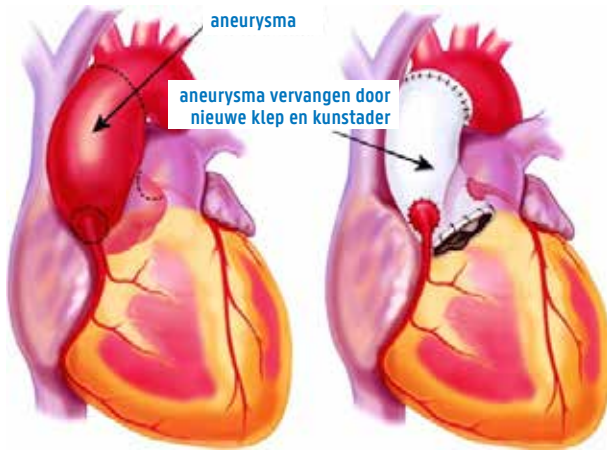
Als de diameter meer dan 5,5 cm bedraagt, bestaat er een risico dat de wand scheurt. Dat kan een reden zijn om een chirurgische ingreep te plannen. Het type ingreep is afhankelijk van de locatie van de verwijding op de slagader, je algemene conditie en een eventuele onderliggende genetische aandoening.

Wanneer kom je in aanmerking voor een ingreep?

- ▲ Je hebt een behoorlijke algemene en cardiovasculaire conditie. Je vaatchirurg bepaalt in overleg met de hartspecialist en/of anesthesist of bijkomende preoperatieve onderzoeken nodig zijn:
 - Longfunctieonderzoek
 - Hartfunctieonderzoek
 - Uitgebreid bloedonderzoek
 - CT-angiografiescan van de borstkas en buik. Bij dit onderzoek wordt kleurstof in de ader van de arm gespoten tijdens het uitvoeren van de scan. Zo kan de arts de anatomie van de slagaders in detail bestuderen. Meer informatie vind je in de folder van de dienst Radiologie.
- ▲ Je hebt een behoorlijke levensverwachting.
- ▲ Je neemt uw medicatie correct en hebt een gezonde levensstijl.
- ▲ De diameter bedraagt minstens 5,5 cm.
- ▲ Je hebt een aneurysma dat symptomen veroorzaakt zoals rugpijn of dyspneu.
- ▲ Je hebt last van lekkage van de hartklep (aorta ascendens).

06 BEHANDELING

Als de verwijding van de borstkasslagader zich net aan de uitgang van het hart bevindt of net ter hoogte van de boog waar de slagader naar beneden draait, is een openhartoperatie nodig. We verwijzen je dan naar de dienst Hartchirurgie.

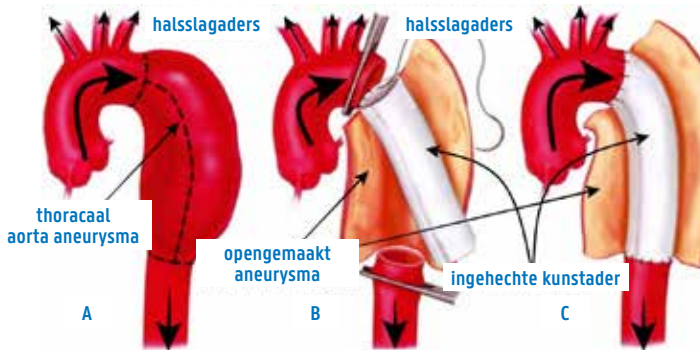


©Massachusetts General Hospital Thoracic Aortic Center (Adapted)

Als de verwijding van de borstkasslagader zich vooral in het afdalende deel van de slagader bevindt, zijn er twee behandelingsopties.

Open heekunde

- ▲ Bij deze chirurgische ingreep maakt de chirurg de borstkas tussen de ribben open aan de linkerkzijde.
- ▲ Het aangetaste stuk slagader wordt verwijderd en vervangen door een kunststof exemplaar.
- ▲ De belangrijkste slagaders naar het ruggenmerg worden bewaard en opnieuw aangesloten om zuurstoftekort ter hoogte van het ruggenmerg te voorkomen. In sommige gevallen plaatsen we de dag voor de operatie een draineerbuis in het ruggenmergkanaal om het risico op zuurstoftekort naar het ruggenmerg te beperken.
- ▲ Bij het ontwaken laten we ook een draineerbuis in de borstkas achter. Die dient om oud bloed en lucht uit de borstkas te draineren zodat de long volledig open kan komen. De drain wordt vrij snel na de ingreep verwijderd op de afdeling Intensieve zorg.



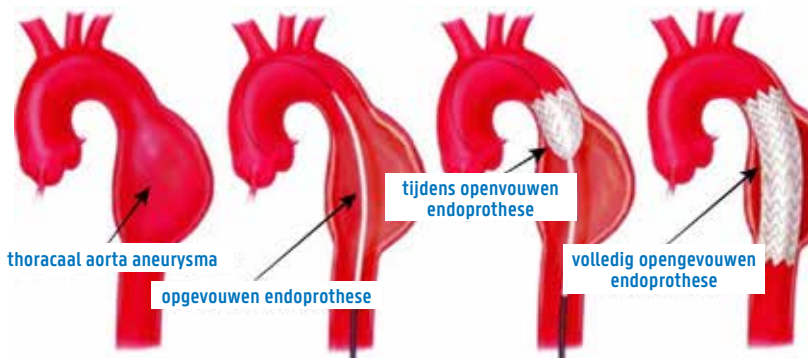
©Massachusetts General Hospital Thoracic Aortic Center (adapted)

Minimaal invasieve techniek (endovasculaire techniek)

Bij deze behandelingsmethode plaatst de arts een prothese (een nieuwe kunststof slagader) in je slagader. Zo wordt de wand verstevigd zodat de kans op scheuren minimaal is. Deze ingreep gebeurt via een kleine wonde en een punctie (prik met naald) ter hoogte van de liezen. Via die weg wordt de opgeplooid kunststof slagader ingebracht. Wanneer de prothese op de juiste plaats zit, wordt ze uitgeplooid en verankerd.

Het herstel is na deze ingreep een stuk minder zwaar dan na een open ingreep. Daarom kiezen we voor deze ingreep als het technisch mogelijk is.

Ook bij deze minimaal invasieve ingreep plaatsen we in sommige gevallen een draineerbuisje in het ruggenmergkanaal om het risico op zuurstoftekort naar het ruggenmerg en dus verlamming te minimaliseren. Dat gebeurt de dag voor de geplande ingreep.



©Massachusetts General Hospital Thoracic Aortic Center (Adapted)

07 MOGELIJKE COMPLICATIES

Vroege complicaties

Algemene complicaties

De mogelijke complicaties bij het herstel van een aneurysma hangen sterk af van het type ingreep. Er zijn wel een aantal complicaties die bij elk type ingreep kunnen voorkomen.

Hartinfarct

Om het risico op een hartinfarct te beperken, laten we voor de ingreep vaak al een hartonderzoek uitvoeren door de hartspecialist. Die gaat na of de hartspier de ingreep aankan.

Verminderde kracht of een ander gevoel in de benen na de ingreep

De borstkasslagader zorgt voor de bloedvoorziening van het ruggenmerg. De vervanging van de borstkasslagader kan dus zuurstoftekort veroorzaken in het ruggenmerg en bijgevolg ook verlamming. We beperken het risico zoveel mogelijk door onder andere de belangrijke slagaders naar de rug te sparen en door een draineerbuis te plaatsen in het ruggenmergkanaal.

Longontsteking

Een longontsteking kan ontstaan door het stilleggen van de linkerlong tijdens de ingreep. Ook postoperatieve verzwakking waarbij sputa (slijmen ter hoogte van de longen) zich opstapelen kan een longontsteking veroorzaken. Goed hoesten na de ingreep en pre- en postoperatieve ademhalingskinesitherapie zijn belangrijk om dat te voorkomen.

Beroerte

Tijdens de operatie wordt de borstkasslagader gemobiliseerd en gemanipuleerd. Hierdoor bestaat een kleine kans dat er stukjes bloedklonter of slagaderwandverkalking via de halsslagaders in de hersenen terechtkomen. Als dat gebeurt, kunnen delen van de hersenen te weinig zuurstof krijgen. Dat kan leiden tot een beroerte.

Bloeding

Deze ingreep gebeurt op de bloedvaten. Een postoperatieve bloeding is dus altijd mogelijk. Zo'n bloeding kan klein maar ook uitgesproken zijn. Soms is een bloedtransfusie of een nieuwe operatie nodig om de bloeding te stelpen.

Achteruitgang van de nierfunctie

Tijdens de open ingreep is het soms noodzakelijk om de bloedvoorziening naar de nieren even te onderbreken. Dat kan leiden tot schade aan de nieren en een tijdelijke achteruitgang van de

nierfunctie. Ook bij de minimaal invasieve ingrepen kan deze complicatie optreden omdat de kleurstof die tijdens de ingreep gebruikt wordt soms schadelijk kan zijn voor de nieren. Medicatie kan het probleem verhelpen. Soms is tijdelijke ondersteuning door de kunstnier nodig.

Allergische reactie

Er bestaat ook een risico op een allergische reactie op de kleurstof.

Wondinfectie

Bij elke operatie bestaat een risico op wondinfecties.

Specifieke complicaties bij open heekunde

Soms komt vocht- of luchtopstapeling in de borstkas holte voor nadat de draineerbuis al verwijderd werd. We behandelen deze complicatie met een nieuwe drainage via een kleine katheter of draineerbuis.

Laattijdige complicaties

Open heekunde

Infectie van de kunstader

Deze complicatie kan onmiddellijk of na zeer lange tijd optreden. Het kan gaan om een sluimerende infectie die pas zeer traag (jaren later) duidelijk wordt. Door een veralgemeende sepsis (hoge koorts, kiemen in het bloed) kunnen ook bacteriën zich vasthechten aan de prothese. Dit is een zeer zeldzame complicatie.

Verzwakking van de aansluiting van de eigen slagader aan de kunstader

Bij deze complicatie vormt zich meestal zeer traag een blaas op de naad. We kunnen dit opnieuw via minimaal invasieve weg of open chirurgie oplossen.

Uitzetting van de slagader boven en/of onder de kunstader

Tijdens de ingreep wordt maar een deel van de slagader vervangen. Op lange termijn is er een kans dat het toenmalige gezonde weefsel, boven of onder de kunstader, ook ziek wordt en begint uit te zetten. Daarom volgen we dat op regelmatige tijdstippen op (om de 5 jaar).

Endovasculaire ingreep

Infectie van de kunststofprothese

Dit soort infectie kan onmiddellijk maar ook laattijdig optreden. Het kan gaan om een sluimerende infectie die pas zeer traag (jaren later) duidelijk wordt. Door een veralgemeende sepsis (hoge koorts, kiemen in het bloed) kunnen ook bacteriën zich vasthechten aan de prothese. Dit is een zeer zeldzame complicatie.

Uitzetten van de slagader boven en/of onder de kunststofprothese

Tijdens de ingreep wordt maar in een deel van de slagader een nieuwe wand geplaatst. Op lange termijn is er een kans dat het toenmalige gezonde weefsel onder of boven de prothese ook ziek wordt en begint uit te zetten. Daarom is blijvende opvolging noodzakelijk.

Verschuivende prothese

Doordat de slagader boven de prothese nog verder kan uitzetten, kan de prothese zijn verankering verliezen en verschuiven. Daardoor treedt lekkage op (een endoleak) waardoor het aneurysma opnieuw onder druk kan komen en een bijkomende behandeling nodig is (open of minimaal invasief in functie van de plaats van de uitzetting).

08 DE DAG VAN DE INGREEP

- ▲ De dag van de ingreep moet je nuchter zijn vanaf middernacht.
- ▲ De verpleegkundige geeft je de medicatie die je nog mag nemen op voorschrift van de arts. Die mag je innemen met een slokje water.
- ▲ Meestal krijg je op de afdeling een infuus voor de toediening van vocht. Dat dient om de nieren te beschermen.
- ▲ De ingreep vindt plaats in de hybride angiosuite in het operatiecomplex. Meestal krijg je de dag voor de ingreep een richtuur. Hou er rekening mee dat dat kan verschuiven als er dringende ingrepen tussenkomen.
- ▲ Na de ingreep brengen we je naar de afdeling Intensieve zorg of naar de ontwaakzaal (Post-anesthesie zorgafdeling of PAZA). Daar worden al je vitale parameters nauwkeurig opgevolgd. De bezoeken en contactgegevens geven we je mee bij opname.

09 NAZORG

De nazorg is sterk afhankelijk van het type ingreep dat je onderging.

Open procedure

Je blijft enkele dagen op de afdeling Intensieve Zorg Heelkunde (ingang 12, route 1262, tel. 09 332 27 86). Daar worden je vitale parameters (bloeddruk, pols, urineproductie, mobiliteit onderste en bovenste ledematen) opgevolgd. We gaan ook na of er geen bloeding optreedt.

De draineerbuisjes in je borstkas en/of liezen worden verwijderd zodra het debiet laag genoeg is en de long mooi ontplooid is. Ook het ruggenmergbuisje verwijderen we na 24 uur tot 5 dagen. Hierna kan je terug naar de kamer.

Op de verpleegafdeling helpen de kinesitherapeut en de verpleegkundige je om opnieuw in beweging te komen. We volgen er ook je verder herstel op. Na ongeveer 7 tot 10 dagen kan je het ziekenhuis verlaten.

Minimaal invasieve procedure

Je blijft minstens 1 dag op de Post-anesthesie zorgafdeling of PAZA (ingang 12, route 1269, tel. 09 332 63 00) of een aantal dagen op Intensieve zorg Heelkunde (ingang 12, route 1262, tel. 09 332 27 86). Daar worden je vitale parameters opgevolgd. We gaan ook na of er geen nabloeding optreedt.

Het ruggenmergbuisje wordt verwijderd. Daarna kan je terug naar de kamer. Op de verpleegafdeling helpen de kinesitherapeut en de verpleegkundige je om opnieuw in beweging te komen. Na ongeveer 3 tot 5 dagen kan je het ziekenhuis verlaten.

10 NAAR HUIS

Bij ontslag naar huis krijg je een reeks documenten:

- ▲ Een voorschrift voor thuisverpleging
- ▲ Een voorschrift voor eventuele kinesithérapie
- ▲ Een afspraak voor een controleraadpleging (een drie- tot viertal weken na de ingreep)
- ▲ Een afspraak voor een controle-CT-angiografie
- ▲ Een brief voor de huisarts
- ▲ Een medicatieschema

Als er nog geen CT-angiografie gebeurde na de ingreep, plannen we die op de dag van de controle-afspraken. Voor dit onderzoek moet je nuchter zijn. De dag voor het onderzoek moet je een extra liter water drinken om je nieren voor te bereiden op de kleurstof die je toegediend zal krijgen.

Soms adviseert de arts om bepaalde geneesmiddelen te stoppen voor het contrastonderzoek. We bespreken dit op voorhand met jou.

11 ADVIEZEN

Medicatie

Patiënten met atherosclerose krijgen de raad om levenslang een plaatjesremmer, zoals een lage dosis aspirine, en een cholesterolverlager te nemen. Je bloeddruk blijft het best lager dan 140/80mmHg. De dienst Thoracale en vasculaire heelkunde en je huisarts volgen dit verder op.

Levensstijl

Het is heel belangrijk om gezond te leven.

- ▲ Je mag absoluut niet roken. Het UZ Gent biedt individuele rookstopbegeleiding aan (poli BAS, ingang 12, route 1325, tel. 09 332 95 00).
- ▲ Zorg voor voldoende lichaamsbeweging.
- ▲ Eet gezond.
- ▲ Vermijd overgewicht.

VOEDINGSDRIEHOEK

VLAAMS INSTITUUT
**GEZOND
LEVEN**

gezondleven.be

© VLAAMS INSTITUUT GEZOND LEVEN 2017



NOTA'S

Thoracale en vasculaire heekunde

T +32 (0)9 332 61 48
tvhk@uzgent.be

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, 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
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
T +32 (0)9 332 21 11 | E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op

