

Verwijding van de buikslagader

Klachten en behandelingsmogelijkheden van een verwijding

Informatie
voor patiënten

Uw behandelend arts heeft u voor onderzoek en behandeling van een verwijding van de buikslagader verwezen naar de poli vaatchirurgie van CWZ. Deze folder geeft u informatie over wat de arts en/of nurse practitioner vaatchirurgie in CWZ met u bespreekt, zodat u zich kunt voorbereiden op het gesprek of na het gesprek alles nog eens rustig kunt nalezen. Ook zijn de gebruikelijke behandelingsmogelijkheden voor u op een rij gezet.

Wat is een aneurysma?

Een aneurysma is een plaatselijke verwijding van een slagader. Deze verwijding ontstaat door een verzwakking van de elasticiteit van de vaatwand. Een aneurysma ontstaat ongemerkt en groeit geleidelijk. Meestal veroorzaakt het geen klachten. Het wordt vaak bij toeval tijdens een onderzoek voor iets anders ontdekt. Een aneurysma kan in elke slagader in het lichaam voorkomen, maar komt het meeste voor in de grote lichaamsslagader (de aorta).

Op de plaats van de verwijding is de vaatwand uitgerekt en dunner geworden. In deze zwakke plek van de vaatwand kan een scheur ontstaan met als gevolg een bloeding. Hoe groter het aneurysma, hoe groter de kans op scheuren.

Daarnaast is in een aneurysma de bloedstroom verstoord, het bloed wervelt in de plaatselijke verwijding. Daardoor vormt zich in het aneurysma een bloedstolsel. Een enkele keer kan een stukje van dit stolsel (embolie) los raken en meegevoerd worden naar een kleiner bloedvat verder stroomafwaarts. Dit kleinere bloedvat kan dan plotseling door dit stolsel worden afgesloten. Hierdoor krijgt het lichaamsdeel of orgaan, dat van dit bloedvat afhankelijk is, geen of onvoldoende bloed. Vaak gaat het hierbij om een verkleuring van de tenen.

Het ontstaan van een aneurysma

Een aneurysma ontstaat door aantasting van de vaatwand zoals door slagaderverkalking (atherosclerose). De kans op het ontstaan van een aneurysma neemt met de leeftijd toe. Mannen krijgen vaker een aneurysma dan vrouwen (circa 2% vrouwen en 7% mannen boven de 65 jaar hebben een verwijding van de aorta >2,5 cm.). Bij een hoge bloeddruk is de kans op een aneurysma groter dan bij een lage bloeddruk. Roken is een belangrijke risicofactor. Ook een hoog cholesterolgehalte in het bloed speelt een rol. 30% van deze patiënten blijkt een erfelijke aanleg te hebben. Vooral broers van patiënten met een aneurysma van de aorta blijken vaak ook een aneurysma te hebben. Aneurysma's komen minder vaak voor dan vaatvernauwingen en -afsluitingen.

Het aneurysma van de aorta abdominalis

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 drie centimeter, dan spreken we van een aneurysma. Een verwijding in de buikslagader is een verraderlijke aandoening, omdat het zeer geleidelijk ontstaat en meestal langzaam groter wordt. De snelheid waarmee een aneurysma groeit is verschillend. Gemiddeld neemt de diameter met 10% per jaar toe.

Daarbij zijn er meestal weinig of geen klachten, zodat de meeste mensen met een aneurysma er geen weet van hebben. 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 meer factoren een rol spelen, zoals bijvoorbeeld een hoge bloeddruk, is gebleken dat de kans op een ruptuur zeer klein is (minder dan 2% per jaar bij een aneurysma kleiner dan vijf centimeter). Wordt het aneurysma van de buikslagader groter dan zes centimeter, dan neemt de kans op scheuren snel toe (afhankelijk van de groeisnelheid van het aneurysma, kan de kans op scheuren toenemen tot 10% per jaar).

Klachten

Een aneurysma van de aorta abdominalis (AAA) geeft in principe geen klachten. Meestal wordt een aneurysma dan ook bij toeval ontdekt, wanneer 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 röntgenonderzoek van de buik. Een enkele keer veroorzaakt het aneurysma van de aorta abdominalis vage rugklachten en pijn in de buik. Dit kan aanleiding zijn voor verder onderzoek.

Een ruptuur van een aneurysma is een dramatische gebeurtenis, die veel patiënten niet overleven. De ruptuur veroorzaakt heftige buik- of rugpijn, een grote kloppende zwelling in de buik en een verbloedingsshock. De helft van de patiënten met een ruptuur van een aneurysma overlijden voor zij het ziekenhuis bereiken. Van de patiënten die wel in het ziekenhuis komen en een spoedoperatie ondergaan, overlijdt de helft. Kortom, slechts één op de vier patiënten overleeft een ruptuur van een aneurysma.

Een aneurysma van de buikslagader wordt wel 'een tijdbom in de buik' genoemd. Dit is een begrijpelijke, maar onjuiste vergelijking. Er is geen tijd aan te geven waarop een aneurysma gaat scheuren. Bovendien hebben veel mensen een aneurysma, zonder dat zij daar ooit problemen mee krijgen.

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 vervolgen. Dit onderzoek is niet belastend, pijnlijk of schadelijk. Wordt een operatie overwogen voor een aneurysma van de aorta abdominalis, dan zal vaak een CT-scan van de buik gemaakt worden. Dit is belangrijk om de ligging van het aneurysma ten opzichte van de zijtakken van de aorta en het verloop van het aneurysma in beeld te brengen.

Met de resultaten van dit onderzoek wordt bepaald voor welk type operatie u in aanmerking komt. De behandeling van een aneurysma van de aorta abdominalis Als er een aneurysma van de aorta abdominalis is vastgesteld dan wordt de groei van het aneurysma regelmatig gecontroleerd door een echo te maken. Wanneer de doorsnede groter dan 5,5 cm wordt, zal een operatie worden overwogen.

Toch is niet alleen de absolute omvang van belang, maar ook de snelheid waarmee het aneurysma groeit. Wanneer het aneurysma sneller groeit dan gebruikelijk kan dat een reden zijn om al bij een kleinere omvang een operatie te overwegen.

Er zijn twee soorten behandeling mogelijk:

- Aortabuis- of broekprothese in de aorta plaatsen via een buikoperatie;
- Via de liesslagader een stent of endoprothese in het aneurysma plaatsen.

Aorta-stent of -endoprothese via de liesslagader

Dit is een relatief nieuwe behandelingsmethode, waarbij via een kleine operatie in de lies een kunststof vaatprothese (=endoprothese) in opgevouwen toestand via de liesslagader wordt opgeschoven tot in de buikslagader. Daar wordt de endoprothese uitgevouwen. Deze endoprothese verstevigt dan de uitgerekte bloedvatwand waardoor de kans op scheuren wordt tegengegaan. Deze methode kan uitsluitend worden toegepast indien het aneurysma aan een aantal voorwaarden voldoet. Zo mag het aneurysma bijvoorbeeld niet te bochtig zijn en moet er genoeg plaats zijn om de endoprothese te kunnen verankeren. Ook mogen de liesslagaders niet te nauw of gekronkeld zijn. Daarom komt niet iedereen in aanmerking voor deze behandeling. Een CT-scan geeft hier uitsluitsel over. Het voordeel van deze nieuwe behandeling is dat het een minder zware operatie is dan de operatie via de buik.

Daardoor is de opnameduur veel korter, er is doorgaans geen verblijf op de intensive care unit nodig en het herstel verloopt sneller. De kans op complicaties of overlijden is kleiner bij deze nieuwe procedure. Het plaatsen van een endoprothese gebeurt onder doorlichting op de operatiekamer door een samenwerking tussen de vaatchirurg en de interventieradioloog. Maar er zijn ook nadelen: het is mogelijk dat tijdens de procedure de endoprothese of stent niet goed komt te liggen, zodat er nog extra ingrepen gedaan moeten worden. Daarnaast kunnen de bij de buikoperatie mogelijke complicaties, zoals hartinfarct, afsluiting van de beenvaten en verlies van nierfunctie, ook bij deze operatieprocedure optreden. Verder is er nog onvoldoende bekend over de resultaten op de langere duur, omdat de techniek nu ruim tien jaar oud is. Voorts kan er sprake zijn van lekkage langs de aansluiting van de endoprothese zodat er toch bloed in het aneurysma stroomt. Deze lekkage verdwijnt soms vanzelf, maar een enkele keer is aanvullende behandeling nodig. Ook blijft er een klein risico bestaan op alsnog scheuren van het aneurysma, ondanks de aanwezigheid van de endoprothese. Daarom is intensieve poliklinische controle en röntgenonderzoek noodzakelijk. In Nederland - en ook elders in de wereld - wordt onderzoek gedaan om te beoordelen welke van de twee behandelmethoden van het aneurysma van de buikslagader de voorkeur verdient.

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.

Na het plaatsen van de aortastent

Na de ingreep verblijft u eerst een tijd op de verkoever- of uitslaapkamer totdat u weer goed wakker bent. Daarna komen de verpleegkundigen van de verpleegafdeling u weer halen. U heeft een infuus om vocht toe te dienen en soms ook een blaaskatheter om de urine af te voeren.

De verpleegkundige controleert regelmatig de warmte en kleur van uw benen. Mogelijk zijn uw benen nog gevoelloos door de spinaal anesthesie.

De anesthesist spreekt de pijnbestrijding af, meer informatie staat in de folder 'Verdoving (anesthesie) bij volwassenen' bij pijnmeting. Als alles goed gaat kunt u in het algemeen één of twee dagen na de operatie het ziekenhuis alweer verlaten. Bij ontslag krijgt u een afspraak mee voor de poliklinische controle. Verder gelden dezelfde adviezen als bij een buikoperatie om verergering van de aderverkalking te voorkomen. Het kan voorkomen dat u gedurende enkele dagen na de operatie wat koorts houdt.

Aortabuis- of broekprothese via een buikoperatie

Hierbij wordt de aangedane slagaderwand vervangen door een kunststof vaatprothese. Dit is een zware operatie met een kans op grote complicaties en soms zelfs overlijden. De operatie kan met bloedverlies gepaard gaan en de belasting voor hart en nieren is tijdens de operatie aanzienlijk. Van alle patiënten overlijdt ongeveer 5% als gevolg van de operatie. Daarom moet afgewogen worden of de kans op een ruptuur opweegt tegen het operatierisico. Is het aneurysma nog klein (onder de 5 cm), dan wegen de voordelen van een operatie niet op tegen de nadelen. Wel zullen de risicofactoren aandacht moeten krijgen (roken stoppen, dieet en behandeling van hoge bloeddruk, diabetes mellitus en een te hoog cholesterol).

Is het aneurysma beperkt tot de buikslagader, dan wordt een 'buisprothese' ingehecht, loopt het aneurysma door tot in de slagaders naar het bekken of de benen dan zal een 'broekprothese' (een buis met 2 poten) gebruikt worden.

Voor deze operatie wordt de gehele buik opengemaakt (van maagkuiltje tot schaambeentjes). In een enkel geval zal gekozen worden voor een benadering vanuit de zijkant/de flank.

Bij een noodzakelijke spoedoperatie wegens een scheur (ruptuur) van een AAA is de operatie procedure hetzelfde.

Vanwege het bloedverlies echter is de kans op complicaties of sterfte als gevolg van de operatie vanzelfsprekend groter.

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 moet vaak opnieuw geopereerd worden. De operatie is een grote belasting voor het hart, zodat de kans op een hartinfarct met eventueel overlijden daaraan groter is dan bij andere operaties.

Ook kan door de operatie de functie van de nieren verstoord raken. Dan is soms dialyse (kunstnierspoeling) na de operatie noodzakelijk. In veel gevallen herstelt de nierfunctie zich soms al na enkele dagen, maar soms duurt dit enige weken. Bij mannen kan het voorkomen dat na de operatie aan de aorta de erectie gestoord is, of dat, ondanks een normale erectie, de zaadlozing wegblijft. Dit kan tijdelijk zijn, maar is meestal blijvend van aard. Uiteraard wordt er naar gestreefd de risico's zo klein mogelijk te houden. Daarom wordt u voor de operatie veelal nog door een internist, cardioloog of longarts onderzocht en worden er vele voorzorgsmaatregelen genomen.

Vorbereiding voor de operatie

Spreekuur anesthesioloog

De operatie vindt onder algehele verdoving (narcose) plaats. Hierover kunt u meer lezen in de CWZ-folder 'Verdoving (anesthesie) bij volwassenen'.

Voor de operatie en de anesthesie zijn enige voorbereidingen noodzakelijk, dit wordt ook wel preoperatief onderzoek of preoperatieve voorbereiding genoemd. Daarom gaat u naar het spreekuur van de anesthesioloog.

De anesthesioloog schat in welke risico's in uw geval aan de operatie en de anesthesie verbonden zijn en hoe deze kunnen worden beperkt.

De anesthesioloog spreekt ook overige voorbereidingen met u af zoals medicijngebruik (bloedverdunners) en nuchter zijn voor de operatie.

Verpleegkundig spreekuur

U heeft meestal ook een gesprek met de verpleegkundige van de afdeling heelkunde. De verpleegkundige stelt u vragen zodat duidelijk wordt welke verpleegkundige zorg u tijdens de opname nodig heeft. Voor deze operatie wordt u vijf tot zeven dagen opgenomen.

De verpleegkundige bespreekt met u:

- Waar en hoe de opname is geregeld;
- De gang van zaken tijdens de opname en de vermoedelijke opnameduur;
- Welke verdere voorbereidingen nodig zijn;
- De nazorg: wat u zelf moet doen voor een goed herstel;
- De vragen die u nog heeft over de behandeling, de voorbereiding en de nazorg;
- Wie u wanneer kunt bellen als u nog vragen heeft over de opname.

Opname

Volgens de afspraken met de anesthesioloog op het anesthesiespreekuur bent u eventueel gestopt met (bloedverdunnende) geneesmiddelen. Zie voor informatie folder 'Verdoving (anesthesie) bij volwassenen'.

Als u op de opnamedag wordt geopereerd blijft u nuchter. U meldt zich op het afgesproken tijdstip op de afgesproken verpleegafdeling.

Voor de operatie krijgt u de voorbereidende medicijnen voor de anesthesie (premedicatie). Het is belangrijk dat u voor de ingreep nog even plast, zodat de blaas leeg is.

Wanneer u een kunstgebit en/of contactlenzen draagt moet u deze uitdoen. Ook mag u tijdens de operatie geen sieraden dragen. Tijdens de operatie draagt u een operatiehemd. Een verpleegkundige rijdt u met uw bed naar de voorbereidingsruimte van de operatieafdeling. Daar krijgt u een infuus.

U gaat daarna naar de operatiekamer en schuift over op de operatietafel. Voordat de anesthesioloog u de narcosemiddelen via het infuus toedient, wordt eerst de bewakingsapparatuur aangesloten.

Na de buikoperatie

De buikoperatie voor een aneurysma van de aorta abdominalis is een zware operatie. Na de operatie wordt u intensief gecontroleerd op de intensive care unit. Vóór de operatie kunt u eventueel met uw familie vast op de Intensive care gaan kijken. Er is ook een aparte folder van deze afdeling beschikbaar.

Direct na de operatie bent u door een aantal slangen verbonden met apparaten. Dat kunnen zijn:

- een of twee infusen voor vochttoediening;
- een slangetje in een slagader voor bloeddrukbeobachting;
- een dun slangetje in uw rug voor pijnbestrijding;
- een sonde door uw neus, die via de slokdarm in de maag ligt en ervoor zorgt dat overtollig maagsap wordt afgezogen;
- een drain in uw buik voor afvoer van eventueel bloed en inwendig wondvocht;
- een blaaskatheter voor afloop van urine.

Afhankelijk van uw herstel na de operatie worden al deze hulpmiddelen verwijderd.

Geleidelijk aan in de loop van de dagen na de operatie gaat het drinken beter en gaat u via vloeibare voeding weer op vaste voeding over. Daar is geen vast schema voor. U krijgt de eerste dagen drinken en eten naarmate uw maagarmstelsel dat kan verdragen.

Het ontslag

Als alles goed gaat kunt u in het algemeen zeven tot tien dagen na de operatie het ziekenhuis verlaten.

Heeft u thuis nog hulp nodig of wil u bijvoorbeeld gebruik maken van tafeltje dekje dan is het verstandig dit tijdig met de verpleegkundige te bespreken. Op de verpleegafdeling of het informatiecentrum zijn hierover ook folders beschikbaar.

Bij ontslag krijgt u een afspraak mee voor de poliklinische controle. Als u weer thuis bent zult u merken dat u nog snel moe bent. Dit duurt vaak lang, soms een half jaar. Wanneer u weer helemaal van de operatie hersteld zal zijn, is moeilijk aan te geven.

Vaak zult u de eerste maanden medicijnen moeten gebruiken om het bloed dunner te houden. Daarnaast moet u er voor zorgen dat de atherosclerose zo min mogelijk toeneemt. Dit doet u door zo gezond mogelijk te leven: niet roken, zorg voor voldoende lichaamsbeweging en voorkom overgewicht. Als u suikerziekte, hoge bloeddruk of een te hoog cholesterolgehalte heeft, dan is behandeling hiervan noodzakelijk.

Tips bij de hervatting van diverse activiteiten thuis?

Gouden regel is dat u geleidelijk aan weer van alles mag gaan doen en uitproberen, zolang dit geen aanhoudende toename van klachten geeft.

Wissel de eerste dagen rust en activiteit steeds af, waarbij u geleidelijk aan steeds actiever wordt en minder hoeft te rusten. In het algemeen kunt u een week na het plaatsen van de aortastent alle activiteiten weer doen die u voor de operatie ook kon. Na een buikoperatie kunt u dat na vier tot zes weken.

Wandelen

Lopen is goed om uw conditie weer wat te verbeteren en u mag dit doen naar kunnen.

Wissel de eerste dagen lopen en rusten goed af. En onthoud: (spier) pijn mag, mits dit na een nachtrust weer verminderd is.

Tillen

Na een stentplaatsing beperkt u de eerste week zowel vaak als zwaar tillen. Bouw dit langzaam op. Na een week kunt u normale huishoudelijke activiteiten meestal weer gewoon doen. Na een buikoperatie mag u vier weken niet zwaar tillen.

Fietsen

Zodra u zich probleemloos kunt bewegen, mag u het fietsen - mits u dat tevoren ook deed - weer gaan uitproberen.

Begin rustig, begeef u niet meteen in het drukke verkeer.

Autorijden

Als u zich probleemloos kunt bewegen, kunt u ook weer gaan autorijden. Begin met kleine stukjes in een rustige omgeving.

Vraag bij uw verzekeraar na of u de eerste tijd na de operatie verzekerd bent. Meestal zult u na een week weer kunnen autorijden.

Sporten

Als u gewend was om te sporten kunt u dat meestal na een stentoperatie een week en na een buikoperatie na vier weken weer langzaam oppakken. Wanneer de dagelijkse dingen en wandelen weer probleemloos gaan kunt u, als u dat gewend was, weer rustig beginnen met joggen. Start op een vlakke, zachte ondergrond en draag goede schokabsorberende sportschoenen. Voer de afstand en het tempo geleidelijk op naar kunnen, waarbij u goed let op de reacties van uw lijf. Zorg steeds dat u volledig hersteld bent voordat u wéér gaat joggen.

Als u gewend was om te zwemmen of te fitnessen en u hebt het gevoel dit weer te kunnen, probeer het dan rustig uit.

Begin met ontspannen bewegen en bouw dit uit naar het niveau van voor de operatie.

Seks

Vrijen hoeft geen probleem te zijn mits u hierbij de gouden regel in acht neemt. Dus dat u geleidelijk aan weer van alles mag gaan doen en uitproberen, zolang dit geen aanhoudende toename van klachten geeft.

Werkhervatting

Vraagt u zich af of uw aandoening of behandeling consequenties heeft voor het uitoefenen van uw werk? Overleg dan met uw specialist. De specialist kan informatie over de ingreep uitwisselen met uw bedrijfsarts. Zo wordt duidelijk of u (tijdelijk) beperkingen heeft en zo ja, welke. Om uw privacy te beschermen, is uw toestemming nodig voor overleg tussen uw specialist en uw bedrijfsarts. De bedrijfsarts begeleidt de terugkeer naar uw werk. Daarom is het belangrijk dat uw bedrijfsarts op de hoogte is van uw aandoening of behandeling. Afspraken over uw werk zullen vaak soepeler verlopen als u de bedrijfsarts al vóór de ingreep informeert of zo spoedig mogelijk na de ingreep op de hoogte brengt. U kunt een gesprek voeren met uw bedrijfsarts op het arbeidsomstandighedensprekuur van de arbodienst van het bedrijf of de organisatie waar u werkt.

Bij de arbodienst kan men u vertellen hoe u dit spreekuur kunt bezoeken. Dit spreekuur kunt u ook bezoeken als u niet verzuimt. Zo komt u te weten of er gevolgen zijn voor uw werk en wat deze zijn.

Wanneer contact opnemen?

Neemt u de eerste week na ontslag uit het ziekenhuis contact op bij:

- hevige pijnklachten die niet verdwijnen als u pijnstillers gebruikt.
- Infectie:
 - wond is gezwollen, rood en warm, gaat open en/of er komt wondvocht uit.
 - temperatuur hoger dan 38,5 graden kort na de operatie.

Tijdens kantooruren belt u de polikliniek heelkunde (024) 365 82 60. Buiten kantooruren belt u CWZ (024) 365 76 57 en vraagt naar de dienstdoende chirurg.

Vragen

Mocht u na het lezen van deze folder nog vragen hebben, stel ze dan gerust aan uw behandelend arts, de nurse practitioner vaatchirurgie of aan de verpleegkundige op de verpleegafdeling. Zij zullen uw vragen graag beantwoorden.

Aanvullende informatie

Voor aanvullende algemene informatie kunt u zich ook wenden tot de Patiëntenvereniging.

Het adres is:

Vereniging van Vaatpatiënten

Postbus 123

3980 CC Bunnik

Tel: (030) 659 46 51

Email: info.vvvp@shhv.nl

Homepage: www.vvvp.nl

Verhinderung

Bent u op de dag van de opname voor buikoperatie of stentplaatsing onverhoopt verhinderd, laat dit dan zo snel mogelijk weten. U belt dan naar de afdeling opname- en patiëntenplanning, tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer (024) 365 88 97. Kunt u een afspraak op de polikliniek of voor een onderzoek niet nakomen, bel dan zo spoedig mogelijk de betreffende afdeling.

Adres en telefoonnummer

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Weg door Jonkerbos 100
6532 SZ Nijmegen

Polikliniek chirurgie-heelkunde (B58)

Melden bij Meldpunt 2B
Telefoon (024) 365 82 60 (bereikbaar van 8.30 tot 17.00 uur)

Verpleegkundig specialist vaatchirurgie

Telefoonnummer: (024) 365 72 88 (van maandag t/m vrijdag).
Bij geen gehoor spreekt u de voicemail in en wordt u teruggebeld

Website: www.chirurgie.cwz.nl