

Aorta bifurcatie greffe

Chirurgische behandeling van een aneurisma van de
aorta-abdominalis of verwijding van de buikslagader



AZ Voorkempen

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Inhoud

1. Voorstelling van de dienst.....	4
2. Ingreep: aorta bifurcatie greffe.....	5
3. Preoperatieve onderzoeken	6
4. Voorbereiding op de operatie.....	6
5. De operatie zelf.....	6
6. Pijnmedicatie.....	7
7. Na de operatie.....	7
8. Mogelijke verwickelingen.....	8
9. Het ontslag.....	9
10. Specifieke richtlijnen.....	10
11. Contactgegevens bij vragen.....	10
12. Persoonlijke notities.....	10

Graag duiden wij jou op het belang van goede informatie voorafgaand aan jouw aorta bifurcatie greffe. Wij raden je dan ook ten eerste aan deze folder grondig door te nemen. Heb jij of heeft jouw familie nog bijkomende vragen, aarzel dan niet om de behandelende arts aan te spreken of neem contact op met de dienst heelkunde 2 (zie contactgegevens verder in deze folder).

Het doel van deze brochure is jou en je familie de nodige informatie te geven. We hopen dat je hierdoor geholpen wordt om je verzorging beter te begrijpen en ze zelfstandig uit te voeren.

Het is belangrijk **jouw thuismedicatie** mee te brengen naar het ziekenhuis. Gelieve ook deze brochure mee te brengen.

1. Voorstelling van de dienst

Je bent momenteel opgenomen op de dienst thorax- en vaatheelkunde. Wij willen je graag de structuur van onze dienst kenbaar maken. Wij zijn een associatie van vier vaatchirurgen:

- dr. Roderik Deleersnijder, diensthoofd
- dr. Carmen Schoonjans
- dr. Benoit Thomas
- dr. Karen Wustenberghs

Alle dossiers worden door de vier artsen bestudeerd en besproken, zodat elk van hen op de hoogte is van jouw aandoening en behandeling. De arts die jou via zijn raadpleging heeft opgenomen of die jou tijdens zijn wachtweek in het ziekenhuis in behandeling heeft genomen, is echter verantwoordelijk voor jouw dossier. Hij zal jou in principe ook opereren en je na de operatie terugzien ter controle.

Er is een georganiseerde wachtdienst, waarbij één van de artsen bereikbaar is tijdens de normale werkuren in het ziekenhuis en buiten de werkuren op "stand-by" thuis.

Deze folder geeft je een globaal overzicht over de ingreep. Het is goed je te realiseren dat voor jou persoonlijk de situatie anders kan zijn dan beschreven.

Gelieve deze brochure mee te brengen naar het ziekenhuis. Je hebt ze nodig om je pijn goed op te volgen.

Wij wensen je een aangenaam verblijf en een spoedig herstel.

2. Ingreep: aorta bifurcatie greffe

Aorta bifurcatie greffe is een ingreep voor de behandeling van een verwijding (aneurysma) van de buikslagader. Een aneurysma is een plaatselijke uitzetting van een slagader. Een aneurysma van de grote buikslagader komt het meest frequent voor en komt meestal voor bij mensen met atherosclerose of slagaderverkalking. Verschillende factoren spelen een rol bij het ontstaan van atherosclerose: roken, hoge bloeddruk, suikerziekte, overgewicht, een te hoog cholesterolgehalte, gebrek aan beweging ...

Ook andere factoren kunnen bijdragen tot het ontstaan van een aneurysma. Dit kan bijvoorbeeld een afname zijn van de hoeveelheid elastisch weefsel en bindweefsel in de vaatwand, een hoge bloeddruk en in zeldzame gevallen ook een bacteriële infectie. In bepaalde families komen aneurysma frequenter voor.

Een aneurysma geeft meestal geen klachten en wordt daarom vaak toevallig ontdekt. Bij een klein aneurysma zal jaarlijks een echografie van de buik worden gedaan om eventuele groei op te sporen. Wanneer de diameter groter wordt dan 5 cm of wanneer het aneurysma snel groeit, zal een ingreep overwogen worden.

De ingreep gebeurt onder algemene narcose. Voor je onder narcose gebracht wordt, zal de anesthesist je eerst een ruggenprik geven, waardoor na de operatie een pijnpomp kan worden aangesloten.

Voor een aneurysma van de grote buikslagader (abdominaal aneurysma) wordt de buik opengemaakt via een insnede op de middenlijn van de bovenbuik tot de onderbuik (laparotomie) ofwel via een incisie. Om een nieuwe bloedvatprothese te kunnen inhechten, wordt de bloedsomloop tijdelijk afgeklemd.

Bij de operatie wordt het slechte gedeelte van de aorta in de lengte opengeknipt en opgevouwen. De kalkplaat en stolsels worden er uitgehaald en een kunstofprothese wordt ter vervanging ingehecht. Is het aneurysma beperkt tot de buikslagader, dan wordt een buisprothese ingehecht. Loopt het aneurysma door tot in de slagaders van het bekken of de benen, dan zal een prothese gebruikt worden met twee benen.

3. Preoperatieve onderzoeken

Geen enkele ingreep is zonder risico. Het is belangrijk om zoveel mogelijke risico's te vermijden. Daarom zijn een aantal voorbereidende onderzoeken noodzakelijk. De arts zal deze met jou bespreken en ze voor de ingreep ambulant laten uitvoeren.

4. Voorbereiding op de operatie

De dag voor de operatie word je gevraagd om een drank te gebruiken die ervoor zorgt dat de darmen leeg zijn voor de operatie. Dit om de ingreep vlotter te laten verlopen en na de ingreep minder last te hebben van darmkrampen.

Bij opname wordt gevraagd om een anamneseblad in te vullen. Het anamneseblad wordt samen met de opnameverpleegkundige overlopen en er wordt informatie gegeven over de ingreep en het verdere verloop. Op de kamer krijg je een operatiehemd aan. De operatiestreek (vanaf tepellijn tot aan de knieën) wordt onthaard.

Alle juwelen moeten uitgedaan worden, evenals eventuele tandprotheses, bril, lenzen en make-up en nagellak. Voor je met het bed naar de operatiekamer vertrekt, probeer je nog te plassen.

5. De operatie zelf

De ingreep gebeurt onder algemene verdoving. De gemiddelde duur van de ingreep bedraagt 2,5 uur. Houd er rekening mee dat je langer op de operatiekamer blijft.

Na de ingreep verblijf je nog minstens 24 uur op de afdeling intensieve zorgen, waar je goed opgevolgd wordt. Zodra het voor jou veilig is, word je terug naar de kamer gebracht.

6. Pijnmedicatie

Pijnmeting

Op de afdeling zal de verpleegkundige naar jouw pijn vragen. Het is belangrijk dat je zelf aangeeft hoeveel pijn je ervaart. Denk hierbij aan: kan ik goed slikken, doorademen, hoesten, bewegen, stappen. Dit zijn activiteiten die van belang zijn voor een spoedig herstel. Om een duidelijk beeld te krijgen van je pijn maakt de verpleegkundige gebruik van een score die gaat van 0 tot 10 (al dan niet gebruik makend van een latje).

- 0 = geen pijn
- 2 = lichte pijn
- 4 = matige pijn
- 6 = ernstige pijn
- 8 = zeer ernstige pijn
- 10 = ergst denkbare pijn

Na toediening van medicatie vraagt de verpleegkundige nog een aantal keren naar jouw pijn. Belangrijk is dat je duidelijk zegt of de pijn meer of minder wordt. Verdere pijnbehandeling wordt mede hierdoor bepaald.

7. Na de operatie

Op de afdeling intensieve zorgen ontwaak je uit de narcose en volgen we bloeddruk, pols, ademhaling en bloedcirculatie goed op. Je blijft minimum 24 uur op deze afdeling.

Direct na de operatie ben je met een aantal slangen verbonden met apparaten:

- Electroden op de borstkas om je hart op te volgen
- Een slangetje in een slagader voor bloeddrukbewaking
- Een slangetje in de rug voor de pijnbestrijding

- Een of twee infusen voor vochttoediening
- Een sonde in de neus tot in de maag voor de afloop van maagvocht
- Een sonde in de blaas voor de afloop van urine
- Eventueel één of twee drains om wondvocht te laten aflopen

Afhankelijk van je herstel worden deze slangen verwijderd in opdracht van de behandelende arts. Het opstarten van voeding heeft geen vast schema, maar is afhankelijk van jouw herstel en wordt langzaam opgebouwd tot je normale voeding kan gebruiken.

De eerste twee dagen is bedrust noodzakelijk. De eerste dagen bij opkomen, mag er beperkt gestapt worden en bij opzitten de benen in hoogstand gelegd worden. Voor de ziekenhuisopname moet je rekening houden dat deze 10 tot 14 dagen kan duren.

Om flebitis en trombose te voorkomen, krijg je dagelijks twee inspuitingen en/of orale bloedverdünnende medicatie. Om de wonde te steunen, zal je tot een maand na de ingreep een buikband moeten dragen. De kinesist komt dagelijks langs om ademhalingsoefeningen aan te leren. Het is belangrijk om deze tijdens de dag te herhalen om verwikkelingen te voorkomen.

Mocht je nog ongemakken ervaren, dan meld je dit best aan de arts of de verpleegkundige.

8. Mogelijke verwikkelingen

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo zijn er ook bij deze operatie complicaties mogelijk, die eigenlijk bij alle operaties kunnen voorkomen, zoals: wondinfectie, longontsteking, trombose of longembolie. Daarnaast zijn er nog enkele voor deze operatie specifieke complicaties mogelijk.

Omdat je aan de bloedvaten wordt geopereerd en bloedverdünnende medicijnen krijgt toegediend, bestaat er een verhoogde kans op een bloeding na de operatie of een bloedsstolsel dat de vaatprothese of een beenslagader afsluit. In dat geval is het soms nodig terug te gaan naar de operatiekamer om de bloeding te stelpen of het stolsel te verwijderen.

De operatie is een grote belasting voor het hart, zodat een kans op een hartinfarct, met eventueel overlijden daaraan, groter is dan bij andere operaties. Indien het noodzakelijk was om tijdens de ingreep de bloedsomloop af te klemmen boven het niveau waar de slagaders naar de nier zich afsplitsen, kan de nierfunctie verstoort raken. Soms is een nierdialyse noodzakelijk. Meestal herstelt het na enkele dagen.

Bij mannen kan het zijn dat na de operatie de erectie of de zaadlozing gestoord is omwille van zenuwbeschadiging. Deze kunnen tijdelijk van aard zijn.

Er wordt uiteraard gestreefd om de risico's zo klein mogelijk te houden. De preoperatieve onderzoeken zijn belangrijk, zodat voorzorgsmaatregelen kunnen worden genomen.

9. Het ontslag

De arts schrijft indien nodig bloedverdünnende medicatie voor. Het is belangrijk om deze trouw in te nemen en dat levenslang.

Door de operatie is de arteriosclerose, die ook in de andere bloedvaten voorkomt, niet gestopt! Het is dan ook verstandig om te zorgen dat de arteriosclerose zo min mogelijk toeneemt. Dit doe je door de risicofactoren hiervoor zo klein mogelijk te maken: stoppen met roken, hoge bloeddruk en diabetes behandelen, cholesterolarm dieet en cholesterolverlagende medicatie en voldoende lichaamsbeweging.

Bij ontslag krijg je een afspraak mee voor een poliklinische controle. De huisarts wordt op de hoogte gebracht met een ontslagbrief, die je meekrijgt of elektronisch wordt verstuurd.

Als je weer thuis bent, zal je merken dat je nog vlug moe bent. Dit duurt vaak lang; soms tot 6 maanden. Je voelt zelf wat je kan, het is belangrijk om hier mee rekening te houden.



