

Bloedvat- overbruggingsoperatie Bypass

Inleiding

Deze folder geeft u een globaal overzicht van de operatieve behandeling bij arterieel vaatlijden aan de benen. Het is goed om u te realiseren dat de situatie voor u persoonlijk anders kan zijn dan hier beschreven.

Arterieel vaatlijden

Een slagadervernauwing veroorzaakt pas verschijnselen van etalageziekte (claudicatio intermittens) als deze 50% of meer van de doorsnede van het bloedvat beslaat. Dan neemt de bloedstroom achter de vernauwing duidelijk af. Voor het vaststellen van klachten en het schatten van de ernst hiervan wordt gebruik gemaakt van doppler en/of duplexonderzoek. Behalve de ernst van de vernauwing is ook de lengte van het vernauwde deel van belang. Vaak komt het voor dat er verschillende vernauwingen na elkaar in een bloedvattraject zijn. Een bekend voorbeeld is de combinatie van een vernauwing in een bekkenlagader met daaronder een vernauwing in de bovenbeenslagader van hetzelfde been.

Behandelingsplan

Wanneer de klachten van een vaatvernauwing of van een vaatafsluiting en de bevindingen van het vaatonderzoek zodanig zijn dat leefregels en gesuperviseerde looptraining (GLT) niet volstaat, bespreekt de specialist de mogelijkheden van een meer ingrijpende behandeling. Er wordt gekeken of het 'dotteren' (oprekken) van een vernauwing mogelijk is, of dat een operatie de enige mogelijkheid is. Om dit te beoordelen is röntgenonderzoek van de bloedvaten noodzakelijk. Voor de behandeling is het van groot belang dat alle afwijkingen duidelijk in kaart worden gebracht. De hoogst gelegen vernauwing wordt doorgaans als eerste behandeld.

Vaak verminderen de klachten hierdoor al voldoende, zodat alleen met een operatie of met het 'dotteren' van deze hoogste vernauwing wordt volstaan.

Operatieve behandeling

Het kan zijn dat voor uw arterieel vaatlijden van de benen een buikoperatie aan de buik- en/of bekkenlagaders nodig is. Dit wordt verderop in deze folder beschreven.

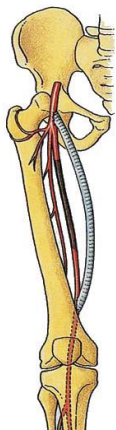
Als de vaatafsluiting zich in de dijbeenslagader bevindt, is een vaatoperatie in het bovenbeen nodig. Dit kan het geval zijn als de klachten zo ernstig zijn dat er sprake is van kritieke ischaemie. Daaronder wordt verstaan dat u met name 's nachts pijn heeft of dat wonden niet willen genezen.

Voor patiënten die niet reageren op looptraining en bij wie een dotterbehandeling niet mogelijk is, kan een bypassoperatie soms zinvol zijn.

Verschillende bloedvatoverbruggingsoperaties

Bypassoperatie been

Bij een bypassoperatie wordt een overbrugging (bypass) aangelegd voor de afgesloten of ernstig vernauwde dijbeenslagader. De bovenste aansluiting van de bypass wordt ter hoogte van de lies op de liesslagader gemaakt. Voor de onderste aansluiting wordt een plaats gezocht in het bloedvat onder de afsluiting. Dit kan boven de knie (supragenuale bypass) of onder de knie (infragenuale bypass) zijn. Om dit te bepalen wordt vooraf een duplexonderzoek of MRI met contrastvloeistof uitgevoerd. De operatie wordt onder algehele verdoving (narcose) of regionale verdoving (ruggenprik) uitgevoerd. Of de bypass op de lange termijn doorgankelijk blijft, hangt af van de lengte (hoe korter, hoe beter), de diameter en de kwaliteit van de bypass. Ook de aanpassing van de levensstijl door de patiënt is van belang. Denk hierbij aan stoppen met roken, lichaamsbeweging en gebruik van medicatie (o.a. bloedverdunners). Meer informatie vindt u in de folder 'Adviezen voor patiënten met vaataandoeningen'.



Verschillende soorten bypasses:

- Een bypass, waarvoor een eigen ader van de patiënt wordt gebruikt, hiervoor moet deze in zijn geheel uit het been worden gehaald, de chirurg maakt dan een snee van uw lies tot voorbij de knie.
- Een bypass van biologisch materiaal (navelstrengvene of dierlijk materiaal).
- Een bypass van kunststof.

Bij deze laatste twee is een snee in de lies en aan de binnenzijde van uw been, boven of onder de knie, voldoende om de operatie uit te voeren.

Voor de doorgankelijkheid op lange termijn van de bypass boven de knie maakt het geen groot verschil of men een eigen ader of biologisch of kunststof materiaal gebruikt.

Bij de bypass onder de knie wordt bij voorkeur een lichaamseigen ader gebruikt, mits deze van goede kwaliteit is. De ader die gebruikt wordt voor de overbrugging ligt ook in het bovenbeen en dient voor het terugvoeren van bloed uit het been naar het hart. Deze ader kunt u missen. Dieper in het been liggen de hoofdadere die verreweg het belangrijkste zijn voor het terugvoeren van bloed. Deze ader wordt bijvoorbeeld ook bij een spataderoperatie verwijderd. Heeft u in het verleden een spataderoperatie ondergaan of is deze ader te dun of verstopt door een vroegere aderontsteking? Dan kan het zijn dat u geen bruikbare ader meer heeft voor een overbruggingsoperatie. Dit kan een reden zijn om een kunststof bypass te gebruiken.

□ **Schoonmaken liesslagader (endarteriëctomie of desobstructie)**

U heeft de vernauwing op een plaats zitten waar dotteren niet een eerste keus van behandeling is gezien de vernauwing in een buigpunt zit.

In dat geval wordt gekozen voor het schoonmaken van deze slagader. Via een snede in de lies wordt de slagader opgezocht. De binnenkant van de slagader wordt "schoongemaakt". De chirurg verwijdert de binnenste laag van de vaatwand. Hierna wordt de slagader weer gesloten. Om te voorkomen dat de slagader ter plaatse van de hechtingen vernauwd raakt, wordt er vaak een verwijdingsplastiek verricht. Hierbij wordt een stukje van een runderhart of kunststof (patch) in de snede gehecht.

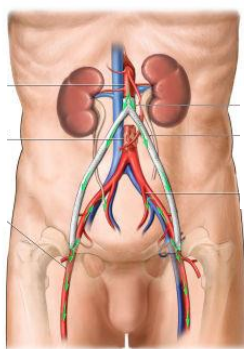
□ **Broekprothese**

In uw situatie is het noodzakelijk om de bloeddorstrooming naar de benen en heupen te verbeteren door een operatie waarbij de chirurg een broekprothese (aorto-bi-furcatie bypass) inhecht.

Bij deze operatie zijn twee mogelijkheden:

- De chirurg hecht de 'pijpen' van de broekprothese in de slagaders in de buik (aorto-bi-iliacale bypass). Hierbij heeft u één litteken in de buik van het maagkuiltje tot het schaambot.
- De chirurg hecht de 'pijpen' van de broekprothese lager in (aorto-bi-femorale bypass). U heeft dan naast het litteken in de buik ook littekens in de liezen.

Een aorto-(bi)-femorale bypass is een zware operatie met een kans op grote complicaties en soms zelfs overlijden. De operatie kan gepaard gaan met veel bloedverlies. Ook worden het hart en de nieren zwaar belast. Van alle patiënten overlijdt ongeveer 2-3 % als gevolg van de operatie. Daarom is er een zorgvuldige afweging van het operatierisico. Na de operatie wordt u eerst op de Intensive Care verpleegd.



Na de operatie

Na de operatie worden een aantal zaken frequent gecontroleerd, zowel op de uitslaapkamer als op de verpleegafdeling:

- Het kloppen van de slagaders op de voet.
- Lekkage van de wond
- De temperatuur van de benen en armen.
- De bloeddruk.

Na de operatie moet u zo snel mogelijk weer gaan lopen. Vroegtijdig opsporen van nieuwe vernauwingen kan afsluitingen van de bypass voorkomen. Controle door het vaatlaboratorium speelt daarbij een rol.

Complicaties

Vanwege de kans op complicaties wordt in de meeste gevallen pas besloten tot een operatieve behandeling als de klachten dermate ernstig zijn. Geen enkele ingreep is vrij van de kans op complicaties. In het geval van een operatie is er kans op een wondinfectie, bloeding, trombose en longembolie, longontsteking, blaasontsteking of hartinfarct.

Bij operaties aan een slagader zijn er ook specifieke complicaties mogelijk zoals:

- Een nabloeding.
- Een afsluiting van de vaatprothese of de gebruikte ader (trombose).
- Bij deze operatie kunnen stolsels losschieten vanuit het geopereerde gebied die de slagaders in de benen kunnen afsluiten. Hiervoor kan het zijn dat een extra operatie nodig is of dat uiteindelijk zelfs een amputatie niet te vermijden is. De kans hierop is echter klein.
- Een infectie van de gebruikte kunststof ader.
- Na de operatie is de kans groot dat uw been tijdelijk verdikt is door vochtophoping onder de huid. Dit is een normale reactie van het lichaam en verdwijnt in veel gevallen binnen enkele weken na de operatie.
- Het is niet te voorkomen, dat bij een operatie gevoelszenuwen in de huid worden doorgesneden. Dit kan een doof gevoel geven rondom het operatielitteken. Meestal is het gevoel na enkele maanden weer normaal.
- In het littekengebied kan er een afgesloten ruimte ontstaan gevuld met vocht. Dit noemen we "seroom". Het vocht is te vergelijken met het vocht dat uit een blaas komt en veroorzaakt een zwelling in de lies. Meestal wordt het vocht vanzelf weer opgenomen door het lichaam. Dat kan echter wel enkele dagen tot weken duren. Ook kan er een harde knobbel achterblijven. Als het vocht niet vanzelf verdwijnt, kan het nodig zijn om de zwelling aan te prikken en het vocht weg te halen.

Bij het optreden van een dergelijke complicatie moet soms opnieuw geopereerd worden. Uiteraard wordt geprobeerd de risico's zo klein mogelijk te houden. Daarom wordt u voor de operatie veelal door de internist, cardioloog of longarts volledig onderzocht en worden vele voorzorgsmaatregelen genomen.

Weer thuis

Na de operatie moet u medicijnen blijven gebruiken om het bloed dunner te houden. Het herstel kan langer duren dan u denkt. In het geval van diabetes (suikerziekte), een te hoge bloeddruk of een te hoog cholesterolgehalte is het belangrijk dat u goed gecontroleerd wordt. Een gezonde levenswijze is belangrijk.

Dit betekent:

- niet roken
- voldoende lichaamsbeweging
- geen overgewicht
- goed gereguleerde bloeddruk, bloedsuiker- en cholesterolgehalte.

Tot slot

Heeft u na het lezen van deze brochure nog vragen, neem dan contact op met de polikliniek Chirurgie, telefoonnummer 0492 – 59 59 61.

Telefoonnummers en adressen

Polikliniek Chirurgie

Locatie Deurne

T: 0493 – 32 89 21

Locatie Helmond

T: 0492 – 59 59 61

Locatie Helmond

Wesselmanlaan 25

5707 HA Helmond

T: 0492 – 59 55 55

Locatie Deurne

Dunantweg 16

5751 CB Deurne

T: 0493 – 32 88 88

Locatie Gemert

Julianastraat 2

5421 DB Gemert

T: 0492 – 59 55 55

