

Vernauwing van halsslagader Carotisstenose

Inleiding

Door slagaderverkalking kan een vernauwing in de halsslagader ontstaan. Dat noemen we een carotisstenose.

Wat is carotisstenose?

Carotisstenose is een vernauwing in de halsslagader. De oorzaak van een carotisstenose is slagaderverkalking. Slagaderverkalking (ook wel atherosclerose genoemd) ontstaat doordat bloedplaatjes, cholesterol en gladde spiercellen zich ophopen in de vaatwand. Deze ophopingen noemen we plaques. Een plaque kan op zeker moment instabiel worden, waardoor bloedplaatjes hierop een stolsel vormen. Als een dergelijk stolsel of plaque-materiaal losschiet, kan dit de bloedtoevoer naar de hersenen in gevaar brengen. Een afwijking in de halsslagader kan worden ontdekt naar aanleiding van onderzoek na het doormaken van een TIA (Transient Ischemic Attacks) of CVA (herseninfectie). Dit onderzoek wordt in eerste instantie vaak verricht met behulp van duplexonderzoek.

Klachten bij carotisstenose

Een vernauwing of zelfs een afsluiting in de halsslagader hoeft geen klachten te geven, aangezien meerdere slagaders verantwoordelijk zijn voor de bloedvoorziening van de hersenen. We noemen de afwijking dan asymptomatisch.

In geval van een symptomatische carotisstenose, bijvoorbeeld door een losgeschoten stukje plaque (embolie), stroomt er minder of geen bloed meer naar een bepaald gebied van de hersenen. Daardoor kunnen deze hersencellen afsterven. Dit kan leiden tot een beroerte (CVA). We noemen de afwijking dan symptomatisch.

Driekwart van alle mensen die een beroerte krijgt, wordt vooraf 'gewaarschuwd'.

Deze waarschuwingen noemen we TIA's en uiten zich in:

- kortdurend krachtverlies of verlamming van een hand, arm en/of been (eenzijdig);
- tintelingen of een doof gevoel in een arm, hand en/of been (eenzijdig);
- een periode van moeilijk kunnen praten;
- afhangende mondhoek;
- een voorbijgaande blindheid aan een oog.

Diagnose van carotisstenose

Een vernauwing van de halsslagader kunnen we vaststellen met verschillende onderzoeken:

Duplexonderzoek

De meest gebruikelijke methode is een duplexonderzoek van de halsvaten. Bij een duplexonderzoek worden bloedvaten in beeld gebracht (net zoals bij echografie) en wordt in het beeld door middel van kleur de stroomrichting en stroomsnelheid weergegeven (Dopplersonderzoek). Door de stroomsnelheden van het bloed te meten, kan een vernauwing worden opgespoord en bepaald worden hoe ernstig deze is. Dit onderzoek is pijnloos en niet schadelijk.

MRI-onderzoek

Een MRI-onderzoek is een onderzoeksmethode waarbij met behulp van magnetische technieken delen van het menselijk lichaam in beeld gebracht worden. Er wordt gebruik gemaakt van een sterk magnetisch veld, waarin kleine bouwsteentjes van het lichaam in trilling worden gebracht. Dit wordt resonantie genoemd. Een computer zet deze trilling om in beeld. Deze techniek heet Magnetic Resonance Imaging (MRI).

MRI-onderzoek met contrastvloeistof (MRA)

Door contrastvloeistof toe te dienen via een infuus, worden de bloedvaten beter zichtbaar. We noemen de MRI dan een MRA (de A van angiografie). Op beelden van de bloedvaten is dan precies te zien waar zich vernauwingen, scheurtjes of andere afwijkingen bevinden. Het onderzoek is pijnloos en het gebruikte contrastmiddel is niet schadelijk.

CT-scan

Eén van de methodes om een vernauwing in bloedvaten te meten is een CT-scan. Bij een CT-scan maakt een computer meerdere opnames van dwarsdoorsneden van de slagaderen. Hiermee kan de vernauwing nauwkeurig in beeld worden gebracht. Een MRA of CT scan zijn eigenlijk alleen nodig indien we op basis van de duplex twijfelen over de ernst en de precieze ligging van de vernauwing.

Behandeling van carotisstenose

Bij een vernauwing in één of meerdere halsslagaders kan een operatie worden overwogen. Of hiertoe wordt besloten, hangt af van de ernst van de vernauwing, de lichamelijke conditie (waarbij de schade van het doorgemaakte CVA wordt meegewogen), de levensverwachting en natuurlijk de wens van de patiënt. Wanneer u een vernauwing heeft in één of meerdere halsslagaders, dan kan een operatie worden overwogen. Deze operatie kan echter grote risico's met zich meebrengen. U wordt hiervoor doorverwezen naar de vaatchirurg. De vaatchirurg bepaalt of u in aanmerking komt voor een operatie. Deze keuze wordt bepaald aan de hand van de ernst van de vernauwing, uw lichamelijke conditie en levensverwachting. Uit studies is gebleken dat bij een vernauwing van 60% of minder de risico's van een operatie groter zijn dan de voordelen. In dit geval wordt u conservatief behandeld.

Conservatieve behandeling

Onder conservatieve behandeling worden alle behandelingen verstaan, die niet operatief zijn. Deze behandeling richt zich dan ook op het verder beperken van de risicofactoren (zoals een hoge bloeddruk, hoog cholesterol) door onder andere medicamenteuze behandeling. Standaard wordt gestart met een bloedverdunner (clopidogrel 75 mg 1dd 1). U kunt zelf een bijdrage leveren door niet te roken en er gezonde voedingsgewoonten op na te houden. Informatie hierover kunt u vinden in brochures van de Nederlandse Hartstichting of de Vereniging van Vaatpatiënten.

Operatieve behandeling

Heeft een duplex of MRA een vernauwing van één of meerdere halsslagaders aangetoond van meer dan 60%, dan komt u in principe in aanmerking voor een operatie. Een voorwaarde is wel dat uw conditie zo'n operatie toelaat. Iedere patiënt die een operatie moet ondergaan, wordt gescreend of de operatie geen extra gezondheidsrisico's oplevert. Op korte termijn nadat de specialist met u heeft besproken dat een operatie nodig is, wordt u doorverwezen naar de polikliniek voor pre-operatieve screening (PPOS). Op de PPOS moet u een vragenlijst over uw medische geschiedenis invullen. Een arts stelt aanvullende vragen over bijvoorbeeld uw gezondheid, medicijngebruik, allergieën, doorgemaakte ziekten en eerdere operaties. Indien nodig wordt er lichamelijk onderzoek van hart en longen gedaan. Dit is afhankelijk van uw leeftijd en opnamegeschiedenis. De operatie vindt plaats onder algehele anesthesie (narcose)

Vorbereiding thuis op de dag van de operatie

Belangrijk

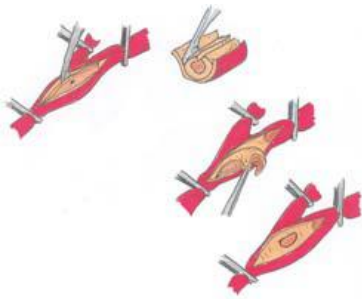
Voor deze ingreep dient u **nuchter** te blijven; dit betekent dat u vanaf **zes uur voor de opname**:

- **niets** meer mag eten.
- **niets** meer mag drinken (u mag tot 2 uur voor de opname alleen nog een beetje water drinken)
- **niet** meer mag roken



De operatie

De verpleegkundige zorgt dat u voor de operatie klaarligt. Eerst worden op de voorbereiding van het operatiecomplex door de afdeling neurofysiologie elektroden op uw hoofd bevestigd die de hersenactiviteit van het brein meten en er wordt een klein echokopje op de slaap bevestigd om de bloeddruk in de slagaders te meten. Zodra de operatiekamer gereed is, wordt u hier door de operatieassistent opgehaald. De anesthesist brengt vervolgens een infuus in, waarna u de narcose krijgt toegediend en de operatie kan plaatsvinden. De operatie vindt plaats onder volledige narcose. Aangezien deze operatie niet zonder risico is, krijgt u gedurende de operatie EEG bewaking (Electro Encephalo Gram) via de elektroden. Tijdens de operatie moeten de drie grote takken van de halsslagader tijdelijk afgesloten worden. Als het EEG slechter wordt, wordt gebruik gemaakt van een shunt. Dit is een slangetje dat tijdelijk als een omleiding functioneert. Hierdoor kan de bloedvoorziening naar de hersenen zich weer herstellen. De halsslagader wordt geopend door in de lengterichting een incisie (snee) te maken. Vervolgens wordt de binnenwand van het bloedvat samen met de plaque verwijderd. Dit gebeurt heel zorgvuldig omdat achtergebleven restjes anders los kunnen raken en in de hersenen een afsluiting kunnen veroorzaken. Als het nodig is om het vat wijder te maken dan het van nature was, wordt tijdens de ingreep een stukje kunststof (patch) in het bloedvat aangebracht. Tot slot wordt het bloedvat met een dun draadje gesloten en wordt de bloedcirculatie weer hersteld.



Verwijderen van de plaque



Inhechten van de Patch



Eindresultaat

Na de operatie

Na de operatie verblijft u meestal één dag op de afdeling Intensieve Care. Daarna keert u terug naar afdeling Algemene Chirurgie voor verder herstel. Direct na de operatie bent u door een aantal slangen verbonden met apparaten. Dat kunnen zijn:

- een infuus voor toediening van vocht en medicijnen;
- een dun slangetje (redondrain) in uw hals voor afvoer van eventueel bloed;
- een blaaskatheter voor afloop van urine.

Zodra het mogelijk is worden deze hulpmiddelen verwijderd. Meestal is dit de eerste of tweede dag na de operatie. De dag na de operatie mag u weer gewoon eten en uit bed om bijvoorbeeld wat rond te lopen. Vanzelfsprekend wordt u goed door de verpleegkundigen en artsen in de gaten gehouden. Er worden regelmatig controles (zoals de bloeddruk) bij u verricht. Na de operatie is het mogelijk dat de bloeddruk tijdelijk verhoogd is, in dat geval krijgt u bloeddrukverlagende medicijnen voorgeschreven. Verder wordt er gecontroleerd of er geen veranderingen optreden in de spraak, symmetrie en zwelling van de hals. Na de operatie kan het voorkomen dat u hoofdpijn krijgt, doordat de slagaders niet meer gewend zijn dat er zoveel bloed doorstroomt. Het is belangrijk om deze en alle andere veranderingen die u mogelijk ervaart, door te geven aan de verpleegkundige en arts, zodat zij hier indien nodig actie op kunnen ondernemen. De wond bevat een operatiepleister die door de verpleegkundige de derde dag na de operatie wordt verwijderd. Als het nodig is wordt de wond één maal daags verbonden met een absorberend verband totdat de wond droog is. De wond wordt onderhuids gehecht. Er worden soms hechtpleisters op de huid geplakt die vijf dagen moeten blijven zitten.

Mogelijke complicaties en risico's

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. Tijdens of direct na de operatie kan er een beroerte optreden. De kans hierop is klein (2 tot 5%). Omdat deze operatie juist wordt uitgevoerd om een beroerte te voorkomen is dit een ernstige complicatie. Omdat u aan de bloedvaten wordt geopereerd en bloedverdunnende medicijnen krijgt toegediend, bestaat er een verhoogde kans op een bloeding na de operatie. In dit geval is het soms nodig terug te gaan naar de operatiekamer om de bloeding te stelpen. Behalve deze tweede operatie heeft dit geen nadelige gevolgen. Mindere ernstige, maar toch vervelende complicaties kunnen optreden wanneer tijdens de operatie beschadiging optreedt van zenuwen die in het operatiegebied lopen. Slikstoornissen of problemen aan de stembed (heesheid) kunnen daarvan het gevolg zijn. Ook is het mogelijk dat u na de operatie last hebt van een doof gevoel of tintelingen van de oorlel, of het gebied van kaak en mondhoek. Meestal betreft het een kneuzing van die zenuw die van tijdelijke aard is en na verloop van tijd zal verdwijnen.

Na de behandeling

Als alles goed gaat kunt u na twee tot vier dagen het ziekenhuis weer verlaten. Bij ontslag krijgt u een afspraak mee voor de poliklinische controle bij de chirurg. Na ongeveer zes weken volgt een Duplexonderzoek om nog eens de doorgankelijkheid van de bloedvaten te meten.

Wanneer contact opnemen

Het is belangrijk dat u contact opneemt bij onderstaande klachten:

- Bij roodheid, zwelling of koorts rondom de wond.
- Bij uitvalsverschijnselen van een arm en/of been aan de niet-geopereerde zijde, een verandering in spraak-, slik- of gezichtsvermogen.

Tijdens kantooruren belt u met de polikliniek Chirurgie, telefoonnummer 0492 – 59 59 61. Buiten de kantooruren neemt u contact op met de Spoedeisende hulp, telefoonnummer 0492 – 59 55 71.

Leefregels

Algemeen

- Bij voorkeur niet roken.
- Vermijd een hoge bloeddruk.
- Geen beperkingen in activiteiten.

Douchen/ baden

- Douchen mag nadat operatiepleister verwijderd is.
- Baden mag na twee weken.
- Niet te warm baden of douchen (minder dan 38°C) om verweking van de wond te voorkomen.

Medicatie

- Indien u antistollingsmiddelen gebruikt, regelt de afdeling de eerste afspraak met de trombosedienst.
- 1x daags bloedverdunner (Clopidogrel 1dd75 mg, soms de eerste zes weken nog Ascal 1x daags 100 mg).
- Medicijnlijst wordt meegegeven met ontslag. Dit is tevens uw recept waarmee u bij de apotheek uw medicijnen kunt halen.
- Zo nodig paracetamol bij pijn (maximaal 4 keer per dag 2 tabletten van 500 mg)

Werken

- U kunt weer werken nadat de wond genezen is.

Wondverzorging

- Bij wondlekkage dient u de wond te verbinden met absorberende gazen.
- De hechtpleisters mogen na vijf dagen door uzelf verwijderd worden.

Tot slot

Heeft u na het lezen van deze folder 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

