

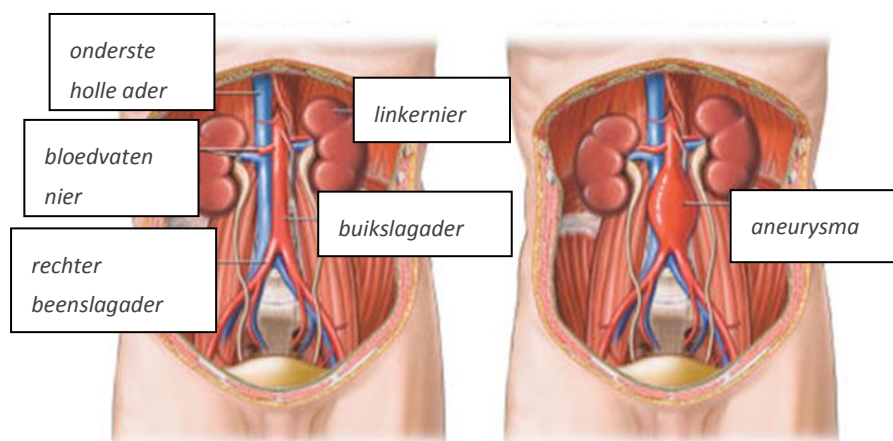
Verwijding van de buikslagader Aneurysma

Inleiding

In deze folder vindt u een overzicht van de klachten en behandelingsmogelijkheden van een verwijding (aneurysma) van de buikslagader (aorta abdominalis). Het is goed om u te realiseren dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan hier staat beschreven.

Aneurysma

Een aneurysma is een plaatselijke verwijding van een slagader. Deze verwijding ontstaat door een zwakke plek in de wand van een bloedvat. Een aneurysma ontstaat ongemerkt en groeit geleidelijk. Een aneurysma kan in elke slagader van het lichaam voorkomen, maar komt het meeste voor in de grote lichaamsslagader (aorta).



normale bloedvaten

aneurysma buikslagader

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. Soms kan een stukje van dit stolsel (embolie) losraken 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.

Het ontstaan van een aneurysma

Een aneurysma ontstaat als gevolg van slagaderverkalking (atherosclerose). Bekende risicofactoren voor slagaderverkalking zijn:

- roken;
- hoge bloeddruk (hypertensie);
- suikerziekte (diabetes mellitus);
- te hoog cholesterolgehalte van het bloed.

Vooral oudere mannen krijgen te maken met een aneurysma, omdat deze factoren bij hen meer voorkomen. Waarschijnlijk zijn ook andere factoren van belang voor het ontstaan van een aneurysma. Erfelijk bepaalde afwijkingen in de opbouw en stevigheid van de vaatwand kunnen bijvoorbeeld leiden tot het ontstaan van aneurysma's op jeugdige leeftijd. Hierbij spelen mogelijk ook bepaalde ontstekingsreacties een rol. Verder is uit onderzoek gebleken dat de broers van mannen met een aneurysma van de buikslagader ook een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen hiervan.

Verwijding van de buikslagader

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 van de buikslagader is een verraderlijke aandoening, omdat het zeer geleidelijk ontstaat en meestal langzaam groter wordt. De snelheid waarmee een aneurysma groeit is verschillend. 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. De kans 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 verwijding van de buikslagader 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 een kloppende zwelling boven de navel gevoeld worden. Maar meestal komt een aneurysma aan het licht bij een echografie of röntgenonderzoek van de buik. Soms veroorzaakt de verwijding van de buikslagader vage rugklachten en pijn in de buik. Dit kan betekenen dat het aneurysma dreigt te scheuren (dreigende ruptuur). Er is geen tijd aan te geven waarop een aneurysma gaat scheuren.

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 overlijdt voordat zij het ziekenhuis bereiken.

Van de patiënten die een spoedoperatie ondergaan, overlijdt de helft. Kortom, slechts een op de vier patiënten overleeft een ruptuur van een aneurysma.

Onderzoek

Een echografie/duplex is een uitstekende onderzoeksmethode om een aneurysma op te sporen, de grootte hiervan te bepalen en ook de groei te volgen. Dit onderzoek is niet belastend, pijnlijk of schadelijk. Wordt een operatie voor een verwijding van de buikslagader overwogen, dan wordt een CT-scan van de buik gemaakt. 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.

Behandeling

Als een aneurysma van de buikslagader is vastgesteld, kan een operatie worden overwogen. Dit is een zware operatie met een kans op grote complicaties en soms zelfs overlijden. De operatie kan met een groot bloedverlies gepaard gaan en de belasting voor hart en nieren is aanzienlijk. Ongeveer 5% van alle patiënten overlijdt als gevolg van de operatie. Daarom moet afgewogen worden of de kans op een ruptuur opweegt tegen het operatierisico.

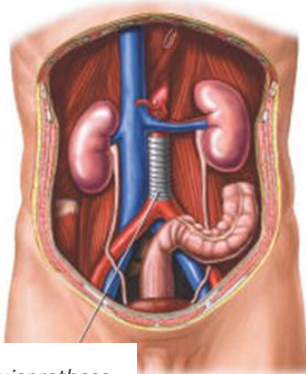
Als het aneurysma kleiner dan 5,5 cm is (bij vrouwen kleiner dan 5 cm), wegen de voordelen van een operatie niet op tegen de nadelen. Wel zullen de risicofactoren aandacht moeten krijgen:

- stoppen met roken;
- dieet volgen;
- behandeling van hoge bloeddruk;
- suikerziekte (diabetes mellitus);
- te hoog cholesterolgehalte.

Met echografie/duplex is de groei van het aneurysma te volgen. Een operatie wordt uitgevoerd als de kans op een scheur in de wand groot is. Meestal is dit bij een aneurysma met een doorsnede van meer dan 5,5 cm. Wanneer het aneurysma sneller groeit dan gebruikelijk, kan ook bij een kleinere omvang een operatie worden overwogen.

Operatie

Buikoperatie ook wel open procedure (buis/broekprothese)



buisprothese

plaatsen vaatprothese

Tijdens de operatie wordt het slechte gedeelte van het bloedvat vervangen door een kunststof bloedvat (vaatprothese). 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 twee poten) gebruikt worden.

Voor deze operatie maakt de chirurg de gehele buik open, van maagkuiltje tot schaambeentjes. Soms zal gekozen worden voor een benadering vanuit de zijkant/de flank.

Een spoedoperatie wegens een scheur (ruptuur) van de aneurysma verloopt volgens dezelfde procedure. Echter, de kans op complicaties of sterfte is dan groter vanwege het bloedverlies.

□ Liesoperatie ook wel endovasculaire procedure (EVAR)

Naast de gebruikelijke buikoperatie bestaat sinds enkele jaren een nieuwe behandelingsmethode. Hierbij wordt via een kleine operatie in de lies een kunststof vaatprothese (endoprothese) in opgevouwen toestand via de liesslagader opgeschoven tot in de buikslagader. Daar wordt de endoprothese uitgevouwen en verstevigt dan de uitgerekte bloedvatwand. Deze methode is uitsluitend toepasbaar wanneer 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.

Niet iedereen komt daarom in aanmerking voor deze behandeling. Middels een CT scan wordt bekeken of iemand voor de open danwel endovasculaire methode in aanmerking komt.

Het voordeel van deze nieuwe behandeling is dat het een minder zware operatie is dan de buikoperatie. Daardoor is de opnameduur korter, verblijf op de Intensive Care niet noodzakelijk en verloopt het herstel sneller. Ook lijkt de kans op complicaties of overlijden kleiner bij deze nieuwe behandelingsmethode.

Het nadeel van deze nieuwe behandeling is dat de endoprothese mogelijk niet goed komt te liggen, zodat alsnog de gebruikelijke buikoperatie moet worden uitgevoerd. Ook kunnen bij de nieuwe operatiemethode complicaties optreden zoals hartinfarct, afsluiting van de beenvaten en verlies van nierfunctie.

De endoprothese kan in de loop van de tijd gaan migreren (verplaatsen), zodat verlenging van de prothese noodzakelijk is. Hierdoor zal jaarlijkse controle nodig blijven.

Mogelijke complicaties van de buikoperatie

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo bestaat bij de buikoperatie kans op complicaties zoals wondinfectie, longontsteking, trombose of longembolie.

Bij operaties aan de buikslagader kunnen zich ook specifieke complicaties voordoen, bijvoorbeeld een nabloeding of een bloedstolsel dat de vaatprothese of een beenslagader afsluit. Als een dergelijke complicatie optreedt, moet meestal opnieuw geopereerd worden.

Aangezien een aneurysma een bindweefselaandoening is, is er ook een groot risico op het ontwikkelen van een buikwandbreuk, waarvoor bij klachten een hersteloperatie nodig kan zijn (soms na enkele jaren).

De buikoperatie is tevens 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 buikoperatie de functie van de nieren verstoord raken en is soms dialyse (kunstnierspoeling) noodzakelijk. Vaak herstelt de nierfunctie zich na enkele dagen.

Bij mannen kan het voorkomen dat na een operatie aan de aorta erectiestoornissen optreden of dat, ondanks een normale erectie, de zaadlozing wegblijft. Dit kan tijdelijk zijn, maar is meestal blijvend van aard.

Uiteraard streven we ernaar om 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 allerlei voorzorgsmaatregelen genomen.

Na de buikoperatie

De behandeling van een verwijding van de buikslagader is een zware operatie. U moet rekening houden met een ziekenhuisopname van 10 tot 14 dagen. Na de operatie wordt u intensief gecontroleerd op de Intensive Care. Direct na de operatie bent u verbonden met allerlei apparaten zoals bijvoorbeeld:

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

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

Na de operatie gaat u geleidelijk aan weer beter drinken en van vloeibare voeding weer over op vaste voeding. Hier is geen vast schema voor. U krijgt de eerste dagen drinken en eten naarmate uw maagarmstelsel dat kan verdragen.

Na de endovasculaire operatie

Aangezien de operatie via een lies (endoprothese) een veel kleinere ingreep betreft, gaat u na de ingreep naar de uitslaapkamer. De blaaskatheter kan snel verwijderd worden en u mag dezelfde dag weer uit bed en eten/drinken. Meestal is de opname bij deze ingreep een of twee dagen.

Zes weken na de ingreep heeft u een controleafspraak op de polikliniek. Voorafgaand wordt een duplex of CT-scan gemaakt.

Controleafspraak

Bij uw ontslag uit het ziekenhuis krijgt u een afspraak mee voor de poliklinische controle.

Weer thuis

Wanneer u thuis bent zult u merken dat u nog snel moe bent. Dit duurt vaak lang, soms wel een half jaar, met name na de buikoperatie. Het is moeilijk om aan te geven wanneer u weer helemaal van de operatie hersteld bent. Vaak moet u levenslang medicijnen gebruiken om uw bloed te verdunnen. Daarnaast moet u ervoor zorgen dat slagaderverkalking (atherosclerose) zo min mogelijk toeneemt. Dit doet u door zo gezond mogelijk te leven: niet roken, voldoende lichaamsbeweging en overgewicht voorkomen. Als u suikerziekte, hoge bloeddruk of een te hoog cholesterolgehalte heeft, dan is behandeling hiervan noodzakelijk.

Tot slot

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, neemt u dan gerust 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

