



ETALAGEBEEN

PERIFEER ARTERIEEL VAATLIJDEN



INHOUD

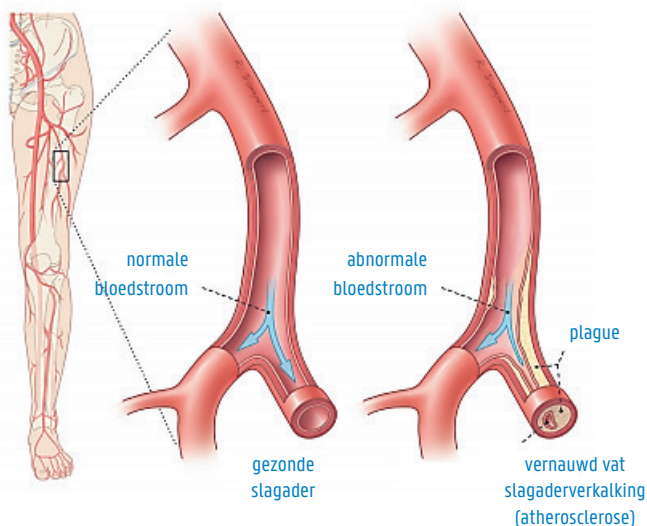
01	Inleiding	4
02	Wat is een slagader?	5
03	Wat zijn etalagebenen?	7
04	Klachten	10
05	Onderzoeken	12
06	Behandelingen	15
07	Mogelijke complicaties	22
08	Verloop van de ingreep	23
09	Na de ingreep	24

01 INLEIDING

Voelt u een stekende, krampachtige pijn in een of beide benen tijdens het wandelen? Of voelen uw benen vermoeid aan als u stapt? Waarschijnlijk veroorzaakt een vernauwing in de slagaders naar of in uw benen deze klachten. We noemen deze aandoening 'etalagebenen'.

Wat zijn etalagebenen? Hoe ontstaat de aandoening? Wat zijn mogelijke behandelingen? De antwoorden op deze vragen leest u in deze brochure.

Hebt u na het lezen nog vragen, contacteer dan de dienst Thoracale en vasculaire heelkunde op 09 332 61 48 of via tvhk@uzgent.be.



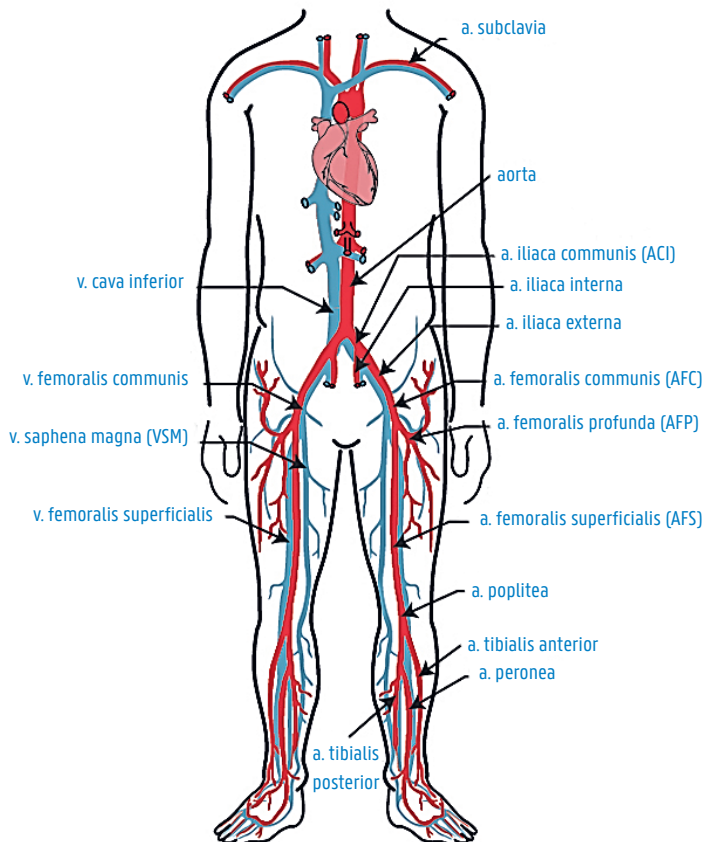
Etalagebenen is een vaataandoening: de slagaderen in het been zijn door slagaderverkalking vernauwd.
www.harteraad.nl

02 WAT IS EEN SLAGADER?

Het hart- en vaatstelsel

Ons lichaam verbruikt zuurstof en voedingsstoffen om te functioneren. Deze stoffen worden getransporteerd in het bloed, dat via de bloedbanen vervoerd wordt.

- ▲ Het hart pompt zuurstofrijk bloed door de slagaders (arteries) richting de spieren en organen. Slagaders lopen door ons hele lichaam.
- ▲ Het bloed voert ook zuurstofarm bloed met afvalstoffen en koolzuurgas af via de aders (venen).



Anatomie van het vaatstelsel. Legende: a. = arterie, v. = vene, rood = arterie, blauw = vene
www.startpuntradiologie.nl

De bloedsomloop

In de longen wordt het bloed met zuurstof verrijkt. Het hart pompt dit zuurstofrijke bloed via de slagaders naar de spieren en organen.

Zuurstof wordt vrijgegeven in fijne bloedvaatjes, de haarvaten, en afvalstoffen worden er opgenomen. Daarna stroomt het bloed via de aders terug naar de longen en het hart. De afvalstoffen komen in de lever en de nieren terecht. Koolzuurgas verlaat het lichaam via de longen.

Zijtakken

Ons lichaam heeft kleine bloedvaten bovenop het gewone bloedvatenstelsel. Die noemen we zijtakken of collateralen. Door deze zijtakken stroomt normaal gesproken maar weinig bloed. Ze lopen parallel aan de gewone slagaders, met name door de spieren. In geval van nood nemen ze de functie van de grotere slagaders gedeeltelijk over, bijvoorbeeld als de slagaders vernauwd zijn.

Door looptraining (zie verder) stimuleert u de functie van de collateralen.

03 WAT ZIJN ETALAGEBENEN?

Etalagebenen worden veroorzaakt door vernauwing van de slagaders die bloed naar het been brengen. De aanvoer van bloed, en dus zuurstof, naar de spieren is belemmerd. Als u stapt, verhoogt de zuurstofnood omdat de spieren belast worden. Hierdoor ontstaat zuurstoftekort, wat een stekende pijn veroorzaakt, een soort kramp of een gevoel van vermoeidheid. Als u stilstaat, verdwijnt de pijn opnieuw.

De naam etalagebeen vindt zijn oorsprong in dat stilstaan. Het lijkt of u stopt om elke etalage te bekijken.

Medische termen

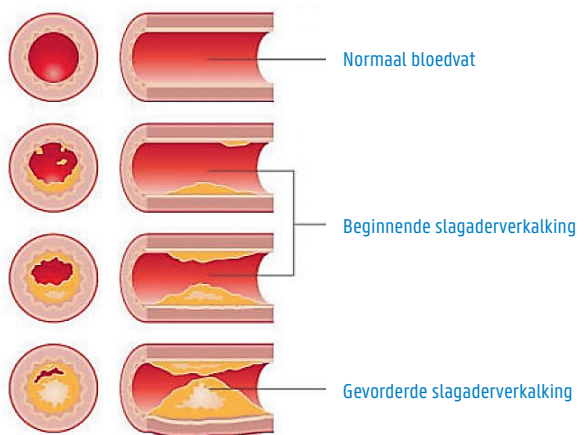
Etalagebeen = claudicatio intermittens

Claudicatio intermittens is een onderdeel van perifere arterieel vaatlijden.

- ▲ **Perifeer** staat voor ledematen (meestal de benen).
- ▲ **Arterieel** duidt op de slagaders.
- ▲ **Vaatlijden** wijst op een probleem in de bloedvaten.

Oorzaak van een etalagebeen: slagaderziekte

Slagaderziekte – de medische term is atherosclerose – is een sluipend proces van vetophoping in de binnenbekleding van slagaders. Op deze ophoping kan zich ook kalk afzetten, waardoor de slagaders niet alleen stijver maar ook nauwer worden.



Slagaders hebben een gladde binnenwand om optimale bloeddoorstroming te voorzien. Als de gladde binnenwand beschadigd is, hechten zich daaraan witte bloedcellen en cholesteroldeeltjes (atheromatose). Bovendien verstijft de binnenwand op zich en verliest elasticiteit (arteriosclerose). Deze fenomenen gecombineerd noemen we atherosclerose.

www.startpuntradiologie.nl

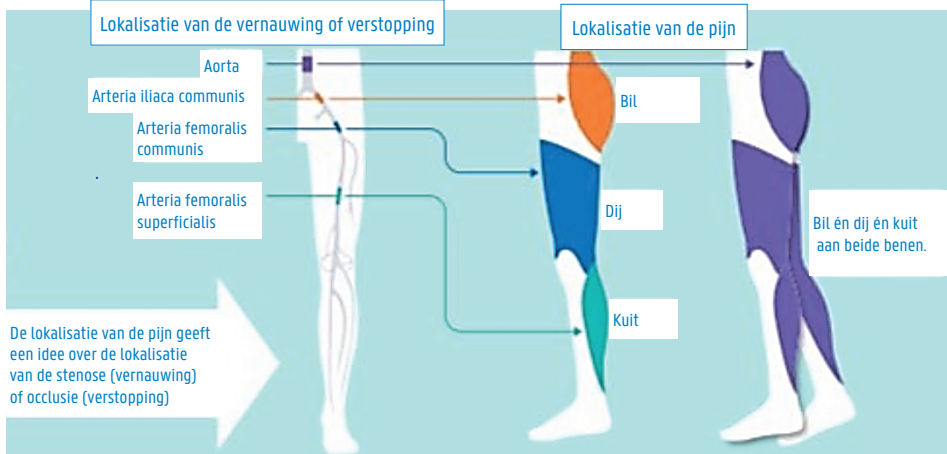
Dit proces vindt niet alleen plaats in de slagaders van de benen maar kan ook in andere slagaders voorkomen. Als u etalagebenen hebt, is de kans dus groot dat de slagadervernauwing ook optreedt ter hoogte van de halsslagaders en de kroonslagaders in het hart. Als we die vernauwingen niet behandelen, kunnen ze een beroerte of hartinfarct veroorzaken.

Oorzaken van slagaderziekte

- ▲ Erfelijkheid
- ▲ Leeftijd
- ▲ Hoge bloeddruk
- ▲ Verhoogd cholesterol
- ▲ (Passief) roken
- ▲ Suikerziekte
- ▲ Gebrek aan lichaamsbeweging
- ▲ Overgewicht

Lokalisatie van slagaderziekte

Hier ziet u het verband tussen de plaats van de stenose (vernaauwing) of occlusie (verstopping) en de plaats waar u pijn voelt (bil, dij, kuit).



04 KLACHTEN

Langdurig (chronisch) ziekteverloop: langer dan 14 dagen

Pijn bij het stappen is de belangrijkste klacht bij etalagebenen. In het begin voelt u enkel pijn bij het klimmen (heuvel, meerdere trappen) of snelwandelen. Later hebt u ook pijn als u langzamer stapt. De pijn gaat na enkele minuten rust over. Hoe ernstiger de vernauwing of verstopping, hoe sneller u pijn krijgt bij het wandelen.

Bij uitgesproken slagaderlijden treedt de pijn niet alleen op bij beweging maar ook in rust (bijvoorbeeld als u in de zetel of in bed ligt). Daar komt het been op gelijke hoogte met uw lichaam te liggen. Door het wegvallen van de zwaartekracht is de bloeddruk dan lager waardoor de doorbloeding van het been/de voet vermindert. De pijn verdwijnt door het been uit het bed te laten hangen om de aanvoer van zuurstof te verbeteren en de pijn te verlichten.

Andere mogelijke klachten:

- ▲ Koude voeten (ook andere oorzaken mogelijk)
- ▲ Verdwijnen van haargroei op voeten en tenen
- ▲ Verdikking van de teennagels
- ▲ Trager groeiende teennagels
- ▲ Een verminderd gevoel in de voeten of zelfs geen gevoel

Plots (acuut) ziekteverloop: korter dan 14 dagen

Een beenslagader kan ook plots verstopen in plaats van langzaam dicht te slibben. Dit leidt tot abrupte klachten:

- ▲ Plotse, hevige pijn in het been
- ▲ Het been heeft een bleke en koude huid
- ▲ Een verdoofd gevoel in het been
- ▲ Krachtverlies in de beenspieren

Dit is een noodsituatie en vereist dringende hulp!

Ernst

De ernst van etalagebenen geven we weer aan de hand van de Fontaine-classificatie.

Stadium 1

Er is een vernauwing, maar die geeft geen klachten dankzij reservetakken (collateralen).

Stadium 2

Er is een vernauwing die klachten veroorzaakt na een eind stappen (2a > 200 meter, 2b < 200 meter).

Stadium 3

De vernauwing is zo uitgesproken dat de u ook in rust of 's nachts klachten hebt. Daardoor moet u opstaan of uw been uit het bed laten hangen.

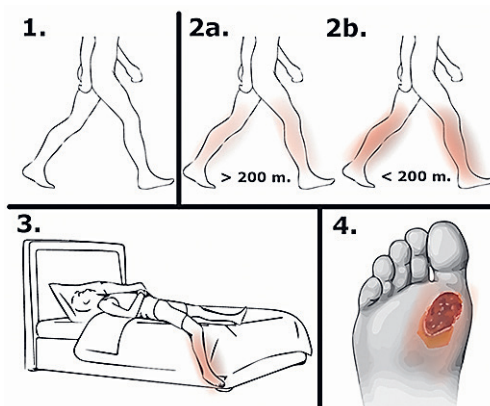
Stadium 4

U hebt wonden, vooral ter hoogte van de voeten en/of tenen. Een ingreep is noodzakelijk om de wonden te laten helen.

Stadium 1 en 2 behandelen we door de levensstijl aan te passen en met wandeltraining te beginnen. Als de klachten u beperken in uw activiteiten, kunnen we ook in deze stadia al een ingreep overwegen.

Vanaf stadium 3 is een operatie onvermijdelijk.

Fontaine-classificatie



Fontaine-classificatie voor vernauwend vaatlijden van de onderste ledematen.

www.startpuntradiologie.nl

05 ONDERZOEKEN

Anamnese

De arts bevraagt uw voorgeschiedenis (ziektes, operaties) en medicatiegebruik. Breng bij voorkeur een lijst van uw thuismedicatie mee. De arts luistert ook aandachtig naar uw klachten.

Klinisch onderzoek

De arts onderzoekt u volledig en gaat na of u wondjes hebt aan de onderste ledematen. De arts onderzoekt ook de pulsaties ter hoogte van andere slagaders en andere orgaansystemen (namelijk hart, longen en halsslagaders).

Technisch onderzoek: niet-invasief

Doppler



Dopplerapparaat

De arts doet tijdens de raadpleging een doppleronderzoek met een dopplerapparaat, een bloeddrukmanchet en gel.

Met een dopplerapparaat worden geluidsgolven opgevangen van bewegende voorwerpen, in dit geval de bloedlichaampjes in een bloedvat. De kracht van dit signaal zegt iets over de mate van doorbloeding, gemeten in snelheid van de bloedstroom.

Bovendien meten we met een bloeddrukmanchet en een dopplerapparaat de druk in de slagaders van de voet. Wanneer deze druk lager is dan de bloeddruk die we aan de arm meten (de zogenaamde enkel-arm-index), wijst dit op een vernauwing in een bloedvat tussen het hart en het onderzochte lichaamsdeel.

Duplex

Tijdens of na de raadpleging gebeurt meestal een duplexonderzoek. Dat is een combinatie van een doppleronderzoek en een echografie. Het signaal is niet enkel hoorbaar maar ook zichtbaar (ligging, diameter en bouw van de bloedvaten). Ook hier werken we met gel en geluidsgolven. De echografie neemt iets meer tijd in beslag dan het doppleronderzoek en maakt een atlas van uw bloedvaten.

In ons centrum voert een verpleegkundig specialist en/of een radioloog dit onderzoek uit.



Duplexonderzoek

CT en MR-angiografie

Bij een CTA-onderzoek (CT-scan van de slagaders) en een MRA-onderzoek (NMR-scan van de slagaders) maken we beelden. U krijgt hiervoor contrastvloei-stof ingespoten. Beide onderzoeken zijn pijnloos.

Een CTA-scan maakt gebruik van röntgenstralen. U moet vanaf vier uur voor dit onderzoek nuchter blijven. Verwittig ons altijd als uw nieren niet optimaal werken of als u allergisch bent voor de kleurstof die wordt ingespoten.

Bij een MRA-onderzoek maken we beelden met behulp van een sterke magneet en radiogolven. Voor dit onderzoek hoeft u niet nuchter te zijn. Een MRA kan vervelend zijn voor patiënten met claustrofobie. U ligt ongeveer een halfuur in een smalle tunnelvormige buis.

U vindt meer informatie in de brochures 'CT-onderzoek' en 'MR-onderzoek'.

Studies

Tijdens de raadpleging of opname krijgt u regelmatig de vraag of u aan een klinische studie wil deelnemen. We leggen u hier uit waarom.

Wanneer nieuwe medicatie of nieuw medisch materiaal (ballon, stent, enz.) op de markt komt, moeten eerst de doeltreffendheid en veiligheid aangetoond worden voor de Belgische ziekteverzekering terugbetaling voorziet. Zo'n studie gebeurt in verschillende fases.

Het UZ Gent is een universitair ziekenhuis dat investeert in wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe en betere behandelingen. Daarom nemen we ook deel aan klinische studies. Uiteraard kiest u zelf of u wil meewerken aan een studie. Weet ook dat deelname geen voor- of nadelen heeft.

U krijgt uitgebreide informatie over de klinische studies op de polikliniek of in het ziekenhuis de dag voor de ingreep.

06 BEHANDELINGEN

Niet-heelkundige aanpak

Gezonde levensstijl

Een gezonde levensstijl kan het proces van slagaderverkalking, en de hart- en vaatziekten die ermee gepaard gaan, vermijden of uitstellen.

Ouder worden, familiale belasting en ons geslacht zijn belangrijke risicofactoren die we niet in de hand hebben. Daartegenover staat dat enkele aanpassingen in levensstijl al een gunstig effect hebben. Voor meer info, zie brochure 'Hartvriendelijke voeding en levensstijl'.

- ▲ Stop met roken. Roken heeft een rechtstreekse invloed op de vernauwing van de slagaders. Zelfs een beetje roken is schadelijk. Voor meer info, zie brochure 'Stoppen met roken'.
- ▲ Beweeg elke dag (en zeker minimaal drie keer per week) minstens een halfuur, bv. fietsen, wandelen of zwemmen.
- ▲ Vermijd verzadigde vetten: ze verhogen het cholesterolgehalte.
- ▲ Wees zuinig met zout. Een hoge zoutinname verhoogt de bloeddruk.
- ▲ Drink max. één glas alcohol per dag.
- ▲ Hou uw bloedsuikerspiegel onder controle als u suikerziekte hebt.
- ▲ Eet gevarieerd. In een gezonde voeding horen veel groenten en fruit en (vette) vis (rijk aan meervoudig onverzadigde vetzuren). Eet niet te veel (rood) vlees.
- ▲ Zorg voor een goed lichaamsgewicht. Overgewicht overbelast het hart en de bloedvaten.
- ▲ Probeer goed om te gaan met stress en spanningen (op het werk of thuis) om hart- en vaatziekten te voorkomen.



Voetverzorging

In een vergevorderd stadium van de aandoening kunnen wonden ontstaan die niet genezen. Als die niet verzorgd worden, kan het soms nodig zijn om een teen, voet of lidmaat te amputeren. Preventieve voetverzorging is dus cruciaal om wonden te voorkomen.

Kijk elke dag na of u geen blaren, kloven, wondjes of verkleuringen aan uw voeten ziet. Vindt u het moeilijk om dit zelf te doen, ga dan regelmatig langs bij een podoloog (= medische pedicure). Ga bij slecht genezende wondjes, druk- of eeltplekken **op tijd** naar de huisarts.

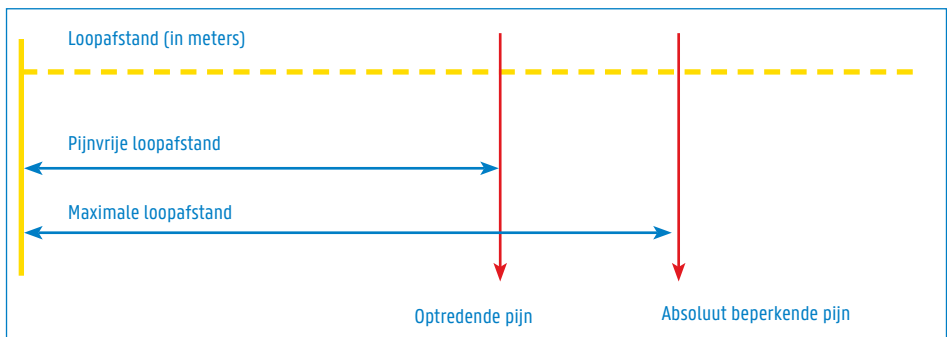
Voethegiëne is nog belangrijker voor patiënten met suikerziekte. Zij hebben niet alleen een hogere kans op vaatproblemen maar krijgen ook sneller wondjes aan de voeten. Doordat diabetes mellitus de gevoelszenuwen aantast, geven deze wondjes geen pijn en evolueren ze sneller tot ernstige infecties en weefschade.

Staptraining

In verschillende stadia van de aandoening is staptraining aan te raden. Stappen vergroot de capaciteit van de kleinere zijtakken, de collateralen (zie hoger).

Een gespecialiseerd kinesitherapeut kan een persoonlijk trainingsschema opstellen en u begeleiden. Op www.claudatiocare.net kunt een kinesitherapeut bij u in de buurt vinden.

De staptraining is bedoeld om de maximale pijnvrije loopafstand te vergroten. Daarnaast verbetert het ook de conditie. Het advies is: blijven stappen! De meeste patiënten zien na drie maanden al een gunstig resultaat. Ook na het volgen van een trainingsschema is het belangrijk dat u dagelijks blijft wandelen.



De af te leggen maximale loopafstand kan als volgt worden weergegeven.

Medische behandeling

Plaatjesremmers

Deze medicatie zorgt ervoor dat uw bloedplaatjes minder snel samenklitten en gaat dus de vorming van bloedstolsels tegen. De meest gebruikte plaatjesremmers zijn aspirine (Asaflow®, Cardioaspirine®) of thiënoprydines zoals (Plavix® of clopidogrel, prasugrel, ticlopidine). Alle patiënten met hart- en vaatziekten krijgen in de regel aspirine, bijvoorbeeld na een hartinfarct, na een beroerte of bij etalagebeen. Soms geven we een korte periode twee plaatjesremmers (bijvoorbeeld na de plaatsing van een stent).

Cholesterolverlagers

Cholesterolverlagende middelen (statines) remmen de aanmaak van LDL-cholesterol of 'slechte' cholesterol. LDL-cholesterol creëert vette afzetting op de binnenwand van de slagaders. Ook wanneer uw cholesterol niet te hoog is, schrijven we toch statines voor. Het middel gaat namelijk slagadervernauwing tegen of stabiliseert ze.

Bloeddrukverlagers

We schrijven enkel bloeddrukverlagers voor bij een te hoge bloeddruk (> 140/80 mmHg). Dit gebeurt meestal in samenspraak met de huisarts of hartspecialist.

Een etalagebeen kan uw bewegingsvrijheid beperken. Het is bovendien een uiting van vaatlijden (hart, nieren, hersenen)

Het vergt een inspanning om uw levensstijl aan te passen, looptraining in te bouwen en uw medicatie nauwgezet in te nemen. Maat weet dat deze inspanningen u een extra aantak vitale jaren kan opleveren

Leefstijlbegeleiding



Beweegtherapie



Medicatie



Heelkundige aanpak

Uw huisarts of specialist stuurt u naar een vaatchirurg wanneer er een vermoeden bestaat van slagadervernauwing in de benen. De vaatchirurg zal neigen tot een heelkundige behandeling bij stadium 3 en 4. Soms overwegen we ook in stadium 2 een ingreep, met name wanneer patiënten bij het stappen te veel pijn hebben voor een goede looptraining.

Er bestaan verschillende heelkundige behandelingen. Stel vragen aan uw vaatchirurg als u iets niet begrijpt. Bespreek ook uw verwachtingen zodat u samen de doelstellingen kunt bepalen.

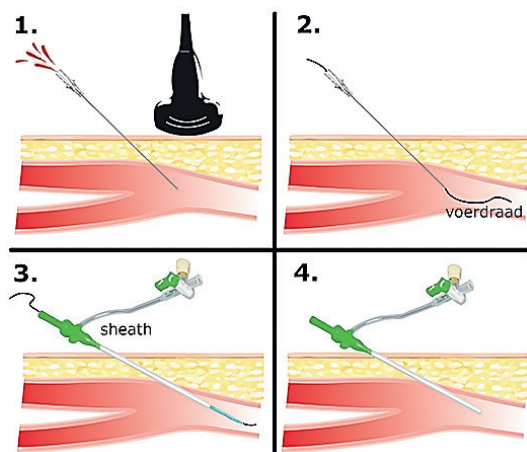
Percutane transluminale angioplastie (PTA)

Bij een PTA prikt de arts de slagader aan ter hoogte van de lies. Dat gebeurt onder plaatselijke of algemene verdoving. De vaatchirurg schuift een sheath (buisje) op in uw slagader. Door contraststof via de katheter toe te dienen, zien we de vaten oplichten op een scherm.

Dit onderzoek is niet pijnlijk. De contrastvloeistof geeft wel een warm, branderig gevoel maar dat trekt na enkele seconden weg.

Bent u allergisch voor contrastvloeistof? Meld dat al bij de eerste consultatie! Met aangepaste medicatie kan de ingreep alsnog plaatsvinden.

Als u nierinsufficiëntie hebt, dienen we voor en na de ingreep een vochtinfuus toe om uw nieren maximaal te beschermen.

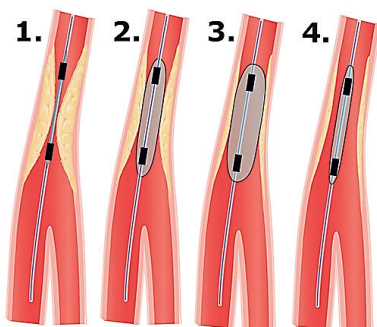


Het bloedvat wordt echogeleid aangeprikt (zwart = echoprobe). In deze illustratie liggen de voeten links en het hoofd rechts. De patiënt ligt op de rug (1) en de voerdraad wordt opgevoerd (2). Vervolgens wordt de holle naald over de draad vervangen door een sheath (3) en wordt een stabiele toegang verkregen (4).

Ballondilatatie

Dilateren betekent het oprekken van de vernauwde slagaders. Zo verwijderen we de vernauwing of verstopping in de elastische slagader en verbeteren we de doorbloeding.

De vaatchirurg brengt een katheter in. De vernauwde zone wordt met contrastvloeistof in beeld gebracht. Daarna gaan we met een ballon naar de plaats van de vernauwing en blazen ze op. Soms blazen we een ballon op die medicatie bevat die langzaam vrijkomt bij het opblazen. Dit zou de duur van het effect verlengen.

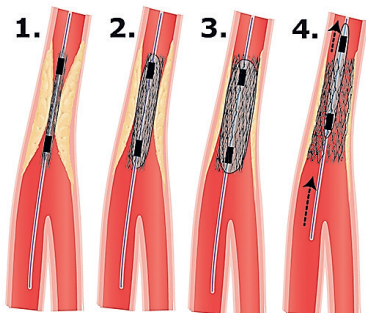


PTA van een vernauwing. De ballon wordt ingebracht ter hoogte van de vernauwing (1), nadien wordt deze rustig opgeblazen (2) tot de slagader ongeveer zijn originele diameter bereikt (3) en vervolgens leeggelaten (4). Het effect wordt onmiddellijk gecontroleerd door opnieuw contraststof toe te dienen.

www.startpuntradiologie.nl

Stent

Vaak is een ballondilatatie voldoende. Maar wanneer we zien dat het bloedvat onvoldoende opent of de neiging heeft om snel weer te krimpen, beslissen we om een stent te plaatsen. Een stent is een veertje gemaakt uit nitinol (type metaal) dat het bloedvat openhoudt.



Stenting van een vernauwing. De stent wordt – gedragen op een ballon – ingebracht ter hoogte van de vernauwing (1), nadien wordt deze opgeblazen (2) tot de slagader ongeveer zijn originele diameter bereikt (3). Vervolgens wordt de ballon leeggelaten en verwijderd, de stent blijft ter plaatse (4).

www.startpuntradiologie.nl

Soms combineren we een klassieke operatie met bijvoorbeeld een ballondilatatie.

Na de percutane transluminele angioplastie

Na een ballondilatatie en/of plaatsing van een stent krijgt u een drukverband en blijft u 24 uur in een ziekenhuisbed liggen voor observatie. Zo kunnen we een eventuele bloeding ter hoogte van de punctieopening vroeg vaststellen en indien nodig behandelen.

Om een bloeding te voorkomen, duwen we na de procedure 12 tot 18 minuten op de punctieplaats. Zo kan zich op natuurlijke wijze een stolsel vormen dat de opening afsluit. Soms gebruiken we een 'vascular closure device'. Dit is een automatisch aangebrachte plug, clip of hechtdraad die het gaatje in de slagader kan dichten zodat lang duwen niet nodig is.

We raden u aan om na het ontslag uit het ziekenhuis twee weken lang geen zware lasten op te heffen en bewegingen te vermijden die veel heupbuiging vragen (zoals trappenlopen en fietsen). Een beetje zwelling of blauwe verkleuring in de lies, in het bovenbeen of ter hoogte van het scrotum of de schaamlip is normaal.

De opnameduur verschilt van patiënt tot patiënt. Bij wonden of de combinatie van een dilatatie/stent met een open ingreep en/of amputatie wordt de opnameduur bepaald door de evolutie van de wondheling.

Open operatie

We kiezen voor een klassieke operatie als de vernauwing zo uitgesproken is dat het bloedvat over een lange afstand verstopt is of als de slagaderziekte zich ter hoogte van de lies bevindt. Uw vaatchirurg informeert u altijd uitgebreid over de voor- en nadelen van de behandelingsopties alvorens een beslissing te nemen.

Liesplastie

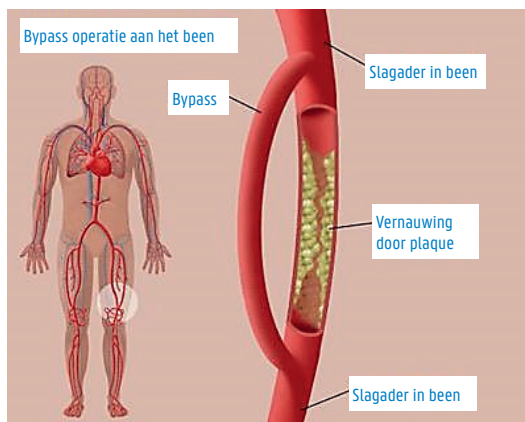
Een liesplastie is een operatie waarbij de vernauwde slagader geopend wordt om de kalkplaque weg te halen. Met een stukje van een ader of met kunststof (patch) wordt het bloedvat opnieuw gehecht. Dit is uiteraard alleen mogelijk op een goed bereikbare plaats, zoals in de lies.



Het bloedvat wordt via een incisie in de lies opgezocht. Er wordt een opening gemaakt in de bloedvatwand, de kalkplaque wordt als het ware uitgepeld en nadien wordt het bloedvat weer gesloten met behulp van een kunststofpatch.

Bypass

Een bypass of overbrugging is een nieuwe weg die het bloed rondom de vernauwde slagader leidt. De vaatchirurg creëert deze omleiding met een oppervlakkige ader uit het been of met een kunststofprothese. De kalkplaque wordt in dit geval niet verwijderd, maar we leggen een nieuwe weg aan om die te overbruggen zodat het bloed opnieuw de lageregelegen weefsels kan bereiken.



Open procedure, de bypass van een vernauwde slagader.

- ▲ Bij gebruik van een kunststofprothese: De kunststofprothese wordt op lengte geknipt en boven en onder de vernauwing ingehecht.
- ▲ Bij gebruik van een eigen ader: De ader in het been wordt gezocht en vrijgemaakt. Het gaat hier over dezelfde oppervlakkig gelegen ader die ook gebruik wordt bij overbruggingen van de kroonslagaders. Wanneer deze ader uit het been weggenomen wordt, wordt de functie probleemloos overgenomen door andere aders. Nadien is de procedure identiek zoals bij een kunststofprothese.

07 MOGELIJKE COMPLICATIES

Lokale complicaties

Bij plaatsing van een PTA/stent kan een nabloeding optreden (zie hoger). Dit is ook na een open ingreep mogelijk. Een ander lokaal probleem na open chirurgie is een lymfelek of infectie. Bedrust, antibiotica of een nieuwe ingreep kunnen nodig zijn om dit probleem aan te pakken.

Complicaties op afstand

Zwelling van het been

Sommige postoperatieve problemen zijn geen complicaties, maar zijn eigen aan de ingreep. Zo kan het been zwellen omdat de weefsels beter doorbloed worden. Dit noemen we revascularisatie-oedeem. We behandelen het door het been in hoogstand in rust te houden. Soms leggen we een zwachtel voor compressie of een compressiekous aan. De zwelling kan enkele weken aanhouden.

Verminderd gevoel in de benen

Sommige patiënten hebben minder gevoel in de benen, met name in de operatiezone. Dit ongemak neemt af in de loop van de tijd, maar kan welke enkele maanden blijven. Een gedeeltelijke blijvende gevoelsstoornis valt niet volledig uit te sluiten.

Knik in de bypass

Na bypasschirurgie moet u goed op uw houding letten om een knik in de bypass te voorkomen. Vermijd langdurig hurken, op de knieën zitten, kleermakerszit en lang met gekruiste benen zitten.

Algemene complicaties

Na de operatie hebt u – zoals bij alle operaties onder volledige verdoving – een verhoogd risico op een longontsteking. Maar weet dat een longontsteking zeer zeldzaam is na dit soort ingrepen. Er kunnen zich ook hartproblemen voordoen, zeker bij vooraf bestaand hartlijden.

08 VERLOOP VAN DE INGREEP

- ▲ De dag van de ingreep moet u nuchter zijn vanaf middernacht.
- ▲ De verpleegkundige geeft u de medicatie die u nog mag innemen op voorschrift van de arts. Die mag u met een slokje water innemen.
- ▲ Een halfuur voor de ingreep brengen we u in uw bed naar het operatiecomplex. In de bedhold (wachtruimte) krijgt u een infuus (als dat nog niet gebeurd is).
- ▲ Dan vindt de ingreep plaats, zoals hoger beschreven.
- ▲ Na de ingreep maken we u onmiddellijk wakker. We brengen u naar de ontwaakzaal (Post-anesthesie zorgafdeling, ingang 12, route 1269) of soms naar de afdeling Intensieve zorg (ingang 12, route 1262) . Daar verblijft u enkele uren. Sommige patiënten blijven op de PAZA overnachten. De verpleegkundige controleert nauwlettend de verband(en) op nabloeding, uw bloeddruk en pols, de doorbloeding van uw voet/been door opvolging van de temperatuur, de kleur van uw voeten en de dopplersignalen.
- ▲ Het bezoeken op de Post-anesthesie zorgafdeling (ingang 12, route 1269) is kort en beperkt (tussen 20 en 20.30 uur).

09 NA DE INGREEP

Open operatie

- ▶ Na de open operatie blijft u enkele dagen in het ziekenhuis. U moet, afhankelijk van de ingreep, minstens 24 tot 48 uur in bed blijven liggen.
- ▶ We controleren dagelijks meerdere keren de doorbloeding via een klinisch onderzoek en met het dopplerapparaat.
- ▶ U hebt nog een tijdje een redondrain om overtollig wondvocht en eventueel bloed af te voeren.
- ▶ Voor het ontslag naar huis voeren we soms een duplexechoografie uit om de doorgankelijkheid van de bypass te beoordelen.
- ▶ De evolutie van de wondheling en uw mobiliteit bepalen wanneer u naar huis mag.

Ballondilatatie

- ▶ Na een ballondilatatie blijft u meestal maar één nacht in het ziekenhuis.
- ▶ U moet 24 uur in bed blijven.
- ▶ We controleren meerdere keren de doorbloeding via een klinisch onderzoek en met het dopplerapparaat.

Documenten

Bij ontslag krijgt u volgende documenten mee:

- ▶ Een ontslagbrief voor de huisarts. Die bevat een beknopt verslag van de opname en enkele instructies (bv. over het verwijderen van de wondhechtingen of de opvolging van de bloeddruk).
- ▶ Een medicatielijst voor de apotheker, de huisarts en uzelf. Niet zelden wordt uw medicatie aangepast (bv. toevoeging van een bloedverdunner).
- ▶ De noodzakelijke medicatievoorschriften.
- ▶ Een voorschrift voor thuisverpleging zodat een thuisverpleegkundige dagelijks de wonde(n) kan reinigen en ontsmetten, eventueel injecties kan toedienen en u kan helpen bij het wassen en aankleden.
- ▶ Kinesithérapie voor gesuperviseerde looptraining starten we in sommige gevallen al bij ontslag.
- ▶ De vervolgspraak voor een poliklinisch nazicht.

NOTA'S

Dienst Thoracale en vasculaire heekkunde

Secretariaat

T +32 (0)9 332 61 48

Verpleegafdeling

Ingang 12, route 1366

T +32 (0)9 332 27 70

Raadpleging

T +32 (0)9 332 91 20

tvhk@uzgent.be

Post-anesthesie zorgafdeling

Ingang 12, route 1269

T +32 (0)9 332 63 00

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent

C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent

T +32 (0)9 332 21 11 | E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op

