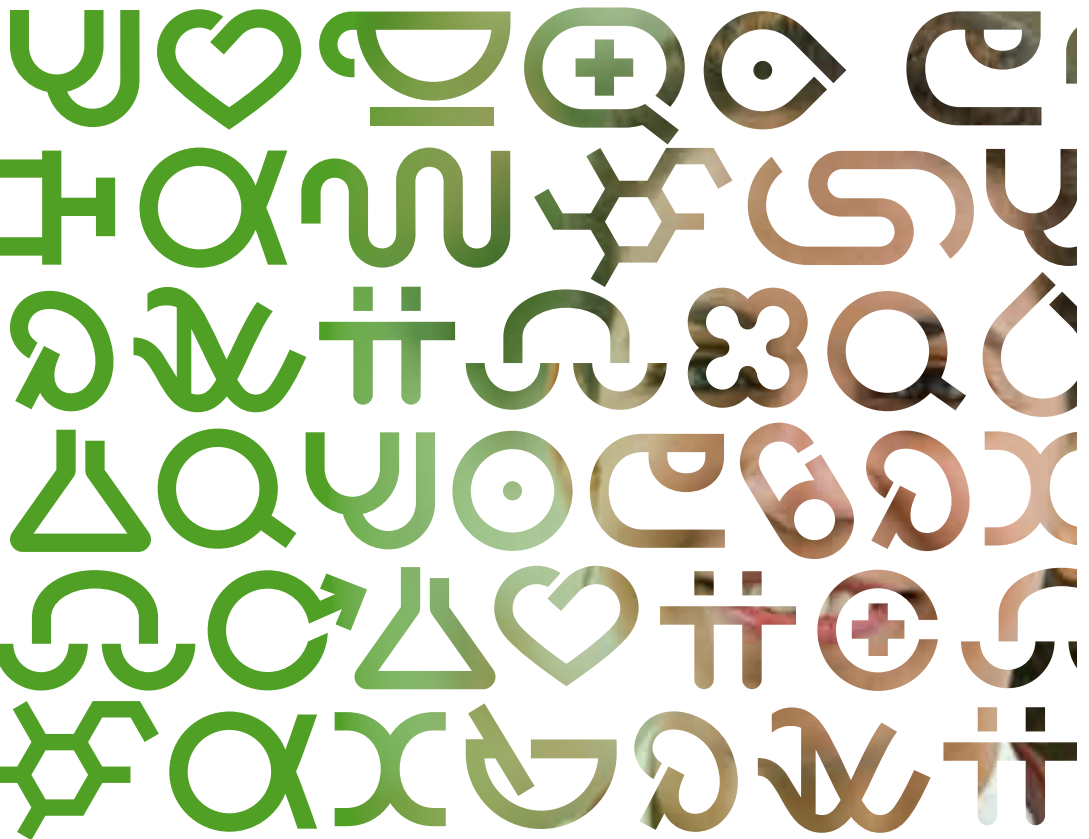


CARDIOLOGIE

Aortadissectie type A

BEHANDELING



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Wat is een aortadissectie?	3
Ligging van de aorta	4
Twee typen aortadissecties	4
Wat zijn de oorzaken van een aortadissectie?	5
Wat zijn de klachten bij een aortadissectie?	5
Diagnostisch onderzoek	5
Behandeling type A aortadissectie	6
Operatie	6
Bedrust	6
Uw familie	6
Na de operatie	7
Complicaties type A aortadissectie	8
Weer terug naar de verpleegafdeling	9
Begeleiding	10
Het ontslag	11
Tot slot	12

Aortadissectie type A

U bent recent opgenomen in verband met een aortadissectie. Dit is een zeer ernstig ziektebeeld dat waarschijnlijk de nodige vragen bij u en uw familie oproept. Mogelijk hebt u deze vragen omdat u wacht op een nog te starten behandeling. Het kan echter ook zo zijn dat u met spoed bent geopereerd en pas na de operatie deze brochure leest. In dat geval krijgt u door de beschrijvingen in deze brochure een beeld van wat er zich heeft afgespeeld. Het is dan heel goed mogelijk dat uw situatie niet helemaal overeenkomt met de beschrijvingen in deze brochure. In deze brochure schetsen wij een algemeen beeld van de gebeurtenissen rondom de operatie. Wij beseffen dat dit boekje veel informatie bevat, teveel om in één keer te bevatten. Mocht u na het lezen nog vragen hebben, dan is uw behandelend arts of een verpleegkundige van uw afdeling altijd bereid hierop in te gaan.

Wat is een aortadissectie?

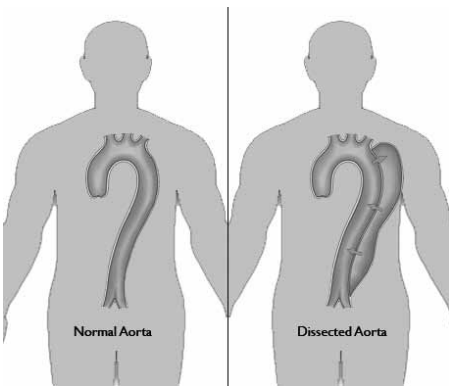
Ons vaatstelsel is opgebouwd uit aders en slagaders. Slagaders lopen van het hart naar de verschillende organen en aders lopen vanaf die organen weer terug naar het hart. Een dissectie kan alleen in een slagader ontstaan en niet in een ader. De wand van een slagader is opgebouwd uit verschillende lagen.



Het woord "dissectie" betekent "splitsing". Bij een dissectie raken de binnen- en de buitenwand van de slagader gescheiden, ze splitsen.

Een dissectie begint met een kleine scheur in de binnenwand. Hierdoor hoopt zich bloed op in de middenlaag, tussen de binnen- en de buitenwand van de slagader. Het bloed dat zich heeft opgehoopt tussen de binnen- en de buitenwand, kan zich over een steeds groter wordend gedeelte van de slagader uitbreiden. Uiteindelijk kan de slagader zelfs volledig scheuren. Dit gebeurt meestal in enkele seconden.

In ons vaatstelsel zijn verschillende slagaders gevoelig voor het ontstaan van een dissectie. Een dissectie ontstaat vooral in de grote lichaamsslagader, de aorta (zie afbeelding). Relatief zeldzaam is een dissectie van de halsslagaders of de nierslagaders. Een aortadissectie kan echter wel tot in deze of andere zijtakken van de aorta doorlopen.



Figuur 1. Aortadissectie afbeelding

Ligging van de aorta

De aorta is de grootste slagader van het menselijk lichaam en loopt vanuit de linker hartkamer omhoog. Dit noemen we de aorta ascendens, ofwel het stijgende deel van de aorta. Iets hogerop maakt deze een bocht naar links. Dit is de aortaboog. Hieruit ontspringen kleinere slagaders die de hersenen en de armen van bloed voorzien. Na de bocht daalt de aorta af in de borstholte en via het middenrif in de buikholte. We noemen dit de aorta descendens, ofwel het dalende deel van de aorta. In de buikholte voorziet de aorta organen zoals de nieren, de lever, de darmen en het ruggenmerg van bloed. Vervolgens vertakt de aorta in de onderbuik in twee slagaders die de benen van bloed voorzien.

Twee typen aortadissecties

Er bestaan twee verschillende typen aortadissecties, namelijk type A en type B.

1. Bij een type A aortadissectie is het stijgende deel van de aorta aangetast. De dissectie kan verder lopen via de aortaboog, over het dalende gedeelte van de aorta tot in de onderbuik.
2. Bij een type B aortadissectie is het stijgende deel van de aorta niet aangetast. De dissectie begint verder weg in de aorta; in het dalende gedeelte en kan tot in de onderbuik lopen.



Bij u is een aortadissectie type A vastgesteld. In dit boekje vindt u verder informatie over de type A.

Wat zijn de oorzaken van een aortadissectie?

Een aortadissectie valt onder de zogenaamde vaatziekten. Er is een aantal oorzaken te noemen die een aandoening aan uw vaten tot gevolg kunnen hebben. Bij een aortadissectie spelen de volgende oorzaken of een combinatie ervan een rol:

- Arteriosclerose (=slagaderverkalking). Dit is een aandoening waarbij op verschillende plekken aan de binnenkant van de vaten verdikkingen ontstaan. Deze verdikkingen worden gevormd door allerlei vetten en kalkdeeltjes. Vaak ontstaan er kleine bloedingen onder deze verdikkingen waardoor de vaatwand op die plek minder stevig wordt. Op deze zwakke plekken in de vaatwand kan de binnenbekleding scheuren en ontstaat vervolgens een dissectie.
- Een chronisch te hoge bloeddruk. Hoe hoger de druk op de vaatwand, hoe kwetsbaarder de wand uiteindelijk wordt. Een te hoge bloeddruk ontwikkelt zich bij ieder mens doordat we ouder worden, maar ook door bijvoorbeeld te zout of te vet eten of roken.

- Een afwijking in de bouwstenen die samen de vaatwand vormen, bijvoorbeeld als gevolg van de ziekte van Marfan. De vaatwand is hierdoor zwakker dan normaal.

Wat zijn de klachten bij een aortadissectie?

De aortadissectie uit zich doorgaans met plotselinge, hevige pijnklachten. Meestal ervaren patiënten dit als scheurende pijn tussen de schouderbladen, soms uitstralend naar de buik en/of borst. In veel gevallen wordt de aortadissectie verward met een hartinfarct.

Diagnostisch onderzoek

Om vast te stellen wat er precies aan de hand is en om een zo goed mogelijk behandelplan op te kunnen stellen, heeft de arts verschillende onderzoeken laten verrichten:

- röntgenfoto van de borst;
- echografie van het hart en de aorta via de slokdarm;
- CT-scan met contrastvloeistof;
- MRI-onderzoek.

Deze onderzoeken zijn met spoed verricht en alleen wanneer uw situatie dat toeliet.

Behandeling type A aortadissectie

Een dissectie in het stijgende gedeelte van de aorta en in de aortaboog is levensbedreigend. Het kan een groot hartinfarct veroorzaken en belemmering van de bloedtoevoer naar het hoofd. Vaak is ook de aortaklep (de hartklep tussen de linkerkamer en de aorta) beschadigd. Direct opereren is absoluut noodzakelijk.

Operatie

Tijdens de operatie wordt een zo groot mogelijk deel van de gespleten aorta vervangen door een kunststof prothese. Als de aortaklep lekt, dan wordt deze hersteld of vervangen (zie afbeelding). Tijdens de ingreep ligt u op uw rug. De chirurg kiest de beste methode om de diverse organen tijdens de operatie zoveel mogelijk te beschermen (bijvoorbeeld door diepe koeling van het lichaam). De operatie duurt vijf tot zeven uur.



Bedrust

Na de operatie moet u gedurende minimaal zes weken bedrust houden. Bedrust zorgt ervoor dat de wand van de aorta steviger kan worden. U mag zich zo min mogelijk inspannen om een hoge bloeddruk en verhoging van de druk in de borstkas te voorkomen. De aorta moet zoveel mogelijk worden ontzien.



De eerste vier weken houdt u strikte bedrust en daarna volgen twee weken waarin u langzaam weer uit bed mag onder begeleiding van de fysiotherapeut en een verpleegkundige. Als alles goed gaat, mag u daarna steeds meer uit bed.

Zit bij u de dissectie alleen in het stijgende deel van de aorta, dan is bedrust na de operatie niet noodzakelijk. De chirurg bespreekt dit met u.

Uw familie

Uw familie wordt gedurende de periode dat u op de Intensive Care (ICU) verblijft, opgevangen door de gastvrouwen en verpleegkundigen van de ICU. De gastvrouw biedt een luisterend oor en geeft de noodzakelijke praktische informatie. Kort na afloop van de operatie heeft uw familie een gesprek (gehad) met de thoraxchirurg of

een assistent. Naaste familie kan, wanneer er voldoende plaats is op de logeerafdeling, de eerste dagen na de operatie gebruik maken van logeerkamers in het ziekenhuis. Daarnaast kunnen zij in een gastgezin in de buurt van het ziekenhuis worden ondergebracht.

Na de operatie

Op de intensive care

Direct na de operatie gaat u naar de ICU voor gemiddeld twee tot vijf dagen. Op de ICU liggen patiënten die nauwlettend in de gaten gehouden worden; er is doorlopend een verpleegkundige op de kamer.



U hebt verschillende infusen voor de toediening van vocht, voeding en medicijnen. Verder bent u met diverse snoeren en slangen verbonden met apparatuur die uw hartritme, bloeddruk, lichaamstemperatuur, enzovoorts registreert. Daarnaast is ondersteuning van uw ademhaling mogelijk met behulp van een beademingsmachine.

Beademing

Na de operatie wordt u beademd. Dat wil zeggen dat een beademingsmachine tijdelijk de ademhaling voor u regelt. Tijdens de

operatie heeft de arts een buisje in uw keel geschoven dat doorloopt tot in de luchtpijp (de zogenaamde tube, spreek uit 'tjoeb'). Deze tube wordt aangesloten op de beademingsmachine. De ademhaling verloopt via de machine.



De aanwezigheid van de tube in uw keel is vervelend. Om dit ongemak zoveel mogelijk tegen te gaan, krijgt u slaapmedicijnen.

Gedurende minstens de eerste 24 uren wordt u in slaap gehouden via medicijnen en ligt u aan de beademing. Daarna worden de slaapmedicijnen zo mogelijk verminderd en kunt u weer zelf gaan ademen, eerst met hulp van de beademingsmachine, later geheel op eigen kracht. Afhankelijk van uw situatie zal de tube de tweede of derde dag na de operatie verwijderd worden. Zolang u aan de beademing ligt, is het niet mogelijk om te praten, aangezien de tube tussen de stembanden doorloopt. Persoonlijk contact met uw familie is dan moeilijk. Ook de communicatie met artsen en verpleegkundigen zal slechts kunnen verlopen met behulp van ja-knikken en nee-schudden en dergelijke. Ook kunt u niet goed zelf slijm ophoesten. Daarom zuigt de verpleegkundige het slijm met een slangetje uit uw longen, meerdere malen per dag. Na verwijdering van de tube komt de fysiotherapeut bij u langs en controleert hij of zij of u voldoende kunt door-

zuchten. Als er sprake is van slijmvorming in de longen helpt hij/zij u met het ophoesten daarvan.



Wanneer u weinig of geen pijn hebt, voelt u zich beter, beweegt u beter, is uw ademhaling beter en blijft uw bloeddruk beter op peil. Zeg het ons dus als u pijn hebt!

Lichaamstemperatuur

Omdat uw lichaam tijdens de operatie is gekoeld, wordt uw temperatuur goed in de gaten gehouden. Met behulp van een warmtedeken wordt u langzaam 'opgewarmd'.

Voeding

De eerste twee dagen na de operatie krijgt u niets te eten of te drinken. U krijgt uw vocht en voedingsstoffen dan via het infuus. Daarna kunt u voorzichtig kleine hoeveelheden water drinken (als u inmiddels van de beademingsmachine af bent). Wanneer uw maag en darmen weer goed op gang komen, mag u heldere dranken gaan drinken en daarna vloeibaar eten.

Pijnstilling

Na de operatie kunt u pijn hebben van de operatiewond. U krijgt dan ook regelmatig pijnstillende middelen toegediend via het infuus. Afdoende pijnstilling is belangrijk voor uw genezing.

Onrust en verwardheid

Op de ICU is het vaak rumoerig. Verder blijven ook 's nachts de lichten (gedimd) aan, zodat een duidelijk dag- en nachtritme ontbreekt. Dit kan bij sommige patiënten enige desoriëntatie of verwardheid veroorzaken. Ook de langdurige narcose kan hierbij een rol spelen. Eenmaal op de verpleegafdeling gekomen, trekt dit gelukkig vaak weer bij.

Bedrust

U houdt de eerste vier weken strikte bedrust. In de twee weken daarna mag u langzaam weer uit bed onder begeleiding van de fysiotherapeut. U mag dan op de rand van het bed met uw benen 'bengelen' en even op de (po)stoel zitten. Hierbij wordt uw bloeddruk in de gaten gehouden. Na deze twee weken wordt het mobiliseren verder uitgebreid.

Complicaties type A aortadissectie

Iedere operatie brengt bepaalde risico's met zich mee. Om deze te verkleinen, wordt u voorafgaand aan de operatie uitvoerig onderzocht en worden voorzorgsmaatregelen getroffen. Complicaties die na operaties kunnen voorkomen zijn: wondinfectie, trombose (het ontstaan van bloedstolsels), longembolie (een bloedstolsel in de longen), bloedingen, beschadigingen van de zenuwen, hartinfarct en overlijden. Een longontsteking komt na een operatie wat vaker voor dan normaal. De kans op dergelijke complicaties is onder andere afhankelijk van uw algehele conditie voor de operatie. Wij zullen er echter alles aan doen om

complicaties zoveel mogelijk te voorkomen. Verder kunnen tijdens de operatie aftakkingen van de aorta afgesloten raken met als mogelijk gevolg een hartinfarct en belemmering van de bloedtoevoer naar het hoofd [waardoor herseninfarcten ontstaan]. Dit kan echter ook een gevolg zijn van de aandoening. Ook bestaat de kans dat de vaatprothese wordt afgestoten. Indien de dissectie zich niet beperkt tot het stijgende gedeelte van de aorta, maar doorloopt tot in de onderbuik bestaat een kleine kans op de volgende ernstige complicaties:

- Een afsluiting van de slagaders naar bijvoorbeeld de nieren, de darmen en de benen. Hiervoor geldt dat dit een gevolg kan zijn van zowel de aandoening als van de operatie.
- Beschadiging van de zenuwbanen ten gevolge van de operatie. Dit kan een dwarslaesie (verlamming van de benen) tot gevolg hebben.

Complicaties van de bedrust zijn:

- Een trombosebeen (aderafsluiting in het been door onvoldoende beweging);
- Decubitus (doorliggen) door onvoldoende beweging;
- Longontsteking als gevolg van te oppervlakkig ademen;
- Obstipatie (verstopping);
- Stijve gewrichten en spierzwakte.

Weer terug naar de verpleegafdeling

Naar de afdeling

Zodra uw toestand dat toelaat, wordt u overgeplaatst naar de verpleegafdeling. Hier begint de periode van aansterken en revalideren. Dit is een proces dat langere tijd duurt gezien de omvang van de ingreep. Over de duur van deze periode kunnen we geen uitspraken doen, omdat dit afhankelijk is van uw situatie. Het is ook mogelijk dat u voor verder herstel wordt overgeplaatst naar een ziekenhuis in de regio waar u woont.

De operatiewond

De wond zal de eerste dagen nog pijnlijk zijn; u krijgt hiertegen regelmatig pijnstilling. De wond is onder de huid gehecht. De hechtingen hoeven niet verwijderd te worden.

Dagelijkse verzorging

De eerste dagen na de operatie wordt u geheel door de verpleegkundigen verzorgd. Na verloop van dagen zult u weer steeds meer zelf gaan doen zoals wassen en aankleden. De verpleegkundigen zullen u hierbij begeleiden en helpen.

Voeding

Voeding is een belangrijk onderdeel van het herstel na de operatie. Het kan voorkomen dat u na de operatie langere tijd een slechte eetlust hebt, waardoor uw gewicht fors kan afnemen. Samen met een diëtist bekijkt u hoe uw voedingstoestand verbeterd kan worden. Daarnaast is een vezelrijk dieet belangrijk voor een goede stoelgang.



Informatie over een gezonde voeding vindt u in het boekje 'Een hart voor goede voeding' dat u na uw operatie krijgt van de voedingsconsulente.

Fysiotherapie

Op de verpleegafdeling zal de fysiotherapeut de controle van de ademhaling voortzetten en aandacht besteden aan het revalideren. Als u bedrust hebt, dan neemt de fysiotherapeut regelmatig de ademhalingsoefeningen met u door. Goed doorzuchten is dan extra belangrijk omdat er een grotere kans bestaat op het krijgen van een longontsteking.

Daarnaast doet u gedurende de eerste vier weken oefeningen in bed om te voorkomen dat uw spieren te slap worden en uw gewrichten te stijf. De beschreven instructies krijgt u van uw fysiotherapeut. Als u geen bedrust (meer) hoeft te houden, start u onder begeleiding van de fysiotherapeut met het mobiliseren.

U wandelt eerst wat op de kamer, later op de gang. Tot slot oefent u het traplopen. De fysiotherapeut let daarbij steeds op uw bloeddruk, polsslag, houding, ademhaling en uithoudingsvermogen.

Begeleiding

Mogelijk is deze ziekenhuisopname voor u en uw familie een periode van veel vragen, onzekerheden en zorgen over de toekomst. Uiteraard kunt u hier met een verpleegkundige of de arts over praten.

Maatschappelijk werk



Een van de maatschappelijk werkers van de afdeling zal een kennismakingsgesprek met u en zo mogelijk ook met uw partner voeren. Samen met u wordt vastgesteld of u naast de medische begeleiding ook begeleiding wenst bij de meer emotionele en psychologische gevolgen van uw opname. Als u dat wilt zal de maatschappelijk werker u verder begeleiden.

Het maatschappelijk werk is van maandag tot en met donderdag bereikbaar.

Pastorale dienst

Wanneer u contact wilt hebben met een medewerker van de pastorale dienst voor een gesprek en ondersteuning, dan kunt u dit regelen via de verpleegkundige van de afdeling. U kunt ook (laten) bellen met het ziekenhuis, en vragen naar de pastorale dienst.

Verpleegkundig consulent Thoracale Chirurgie

Hebt u niet-medische vragen over zaken rondom uw operatie, dan kunt u contact opnemen met de verpleegkundig consulent Thoracale Chirurgie. Vraag de verpleegkundige van de afdeling een gesprek met haar te regelen. Ook als u weer thuis bent en u hebt behoefte om haar te spreken, dan kunt u haar bellen. Zij heeft telefonisch spreekuur op maandag, woensdag en vrijdag van 13.00-14.00 uur.

Het ontslag

Hoe lang u in het ziekenhuis verblijft, is afhankelijk van veel factoren. Als u weer in staat bent voor uzelf te zorgen en u kunt weer traplopen, mag u naar huis. Tijdens uw verblijf op de verpleegafdeling krijgt u de brochure 'Adviezen voor na de aortadissectie-operatie' en wordt u verder voorbereid op uw naderend ontslag.



Voordat u zich weer de oude voelt, bent u vaak een half jaar tot één jaar verder. Ook mentaal zult u zich in het begin nog niet erg sterk voelen, maar dat is geen wonder na zo'n grote operatie.

Voordat u naar huis gaat, hebt u nog een ontslaggesprek met de (assistent-)cardioloog of assistent-thoraxchirurg die u vanaf de operatie gevolgd heeft. Bovendien krijgt

u een aantal papieren mee naar huis, te weten:

- een brief voor uw huisarts plus een kopie voor uzelf;
- een recept voor medicijnen;
- een brief voor de trombosedienst (met een afspraak wanneer u thuis wordt geprikt);
- een afspraak op de polikliniek voor over drie maanden bij de thoraxchirurg die u geopereerd heeft en voor diezelfde dag;
- een afspraak voor een scan van uw aorta. Vóór het maken van de CT-scan moet er bloed bij u worden geprikt. U krijgt daarvoor een formulier mee voor het laboratorium.

Hulpverlenende instanties

Als u na de operatie naar huis gaat, bent u in staat uzelf weer helemaal te verzorgen. U mag echter nog geen huishoudelijk werk verrichten.



De eerste twee weken na uw ontslag moet er zowel overdag als 's nachts iemand bij u zijn.

Verder zult de eerste tijd nog erg snel moe zijn. Dit betekent dat u de eerste periode voor een gedeelte aangewezen bent op de hulp van anderen; wie moet bijvoorbeeld de boodschappen doen? Wie kan er in die twee weken komen logeren? Wij adviseren u dit zo snel mogelijk te (laten) regelen. Als u (tijdelijk) thuiszorg nodig hebt na uw ontslag, dan meldt de verpleegkundige van

de afdeling u aan bij een thuiszorginstelling bij u in de buurt. Vervolgens neemt een thuiszorgmedewerker contact met u op. In bepaalde situaties is het mogelijk om, tegen een geringe vergoeding, te herstellen op de logeerafdeling van een verzorgingshuis.

Patiëntenverenigingen

Nederlandse Hartstichting

Postbus 300, 2501 CH Den Haag
Tel: 0800 - 300 03 00 (informatielijn)
070- 315 55 55 (algemeen)
E-mail: info@hartstichting.nl
Internet: www.hartstichting.nl

Belangenvereniging Hart- en vaatpatiënten

Postbus 239, 6040 AE Roermond
Tel: 0180 - 41 00 27 (secretariaat) of
0495 - 53 63 85

Stichting Hoofd Hart en Vaten

Postbus 123, 3980 CC Bunnik
Tel: 030 - 659 64 01, 030 - 659 64 05
E-mail: info@shhv.nl
Internet: www.shhv.nl

Federatie Hartzorg

p/a Stichting Hoofd Hart en Vaten
Postbus 123, 3980 CC Bunnik
Tel: (030) 659 64 05
E-mail: info.hartzorg@shhv.nl
Internet: www.shhv.nl

Stichting Nederlandse Hartpatiënten

Postbus 1002, 6040 KA Roermond
Tel: 0475 - 31 72 72
0800 - 022 00 55 (informatielijn)

Vereniging van Vaatpatiënten (VVVP)

p/a Stichting Hoofd Hart en Vaten
Postbus 123, 3980 CC Bunnik
Tel: 030 - 659 64 05
E-mail: info.vvvp@shhv.nl
Internet: www.shhv.nl

Contactgroep Marfan Nederland (CMN)

p/a Stichting Hoofd Hart en Vaten
Postbus 123, 3980 CC Bunnik
Tel: 030 - 659 64 05
E-mail: info.marfan@shhv.nl
Internet: www.shhv.nl

Tot slot

Door het lezen van deze folder zijn uw vragen hopelijk beantwoord. Mogelijk heeft deze folder nieuwe vragen opgeroepen. Of misschien bent u geschrokken van de complicaties die dit ziektebeeld met zich mee kan brengen. De verpleegkundigen van de afdeling en uw behandelend arts zijn zeker bereid om de vragen van u en degenen die dicht bij u staan te beantwoorden of onduidelijkheden uit de wereld te helpen. Het is ook altijd mogelijk om een afspraak te maken voor een gesprek met de chirurg die u geopereerd heeft.



St Antonius Ziekenhuis

Telefoon 088 - 320 30 00
voorlichting@antoniusziekenhuis.nl
www.antoniusziekenhuis.nl

Spoedeisende Hulp

088 - 320 33 00

Cardiologie

088 - 320 11 00

Locaties St Antonius Ziekenhuis

Nieuwegein

Koekoekslaan 1

Utrecht Oudenrijn

Van Heuven Goedhartlaan 1

Utrecht Overvecht

Paranadreef 2

Utrecht Veldhuizen (Kaakchirurgie)

Van Lawick van Pabstlaan 12
De Meern

Utrecht Vleuterweide

Utrechtse Heuvelrug 130-132
Vleuten

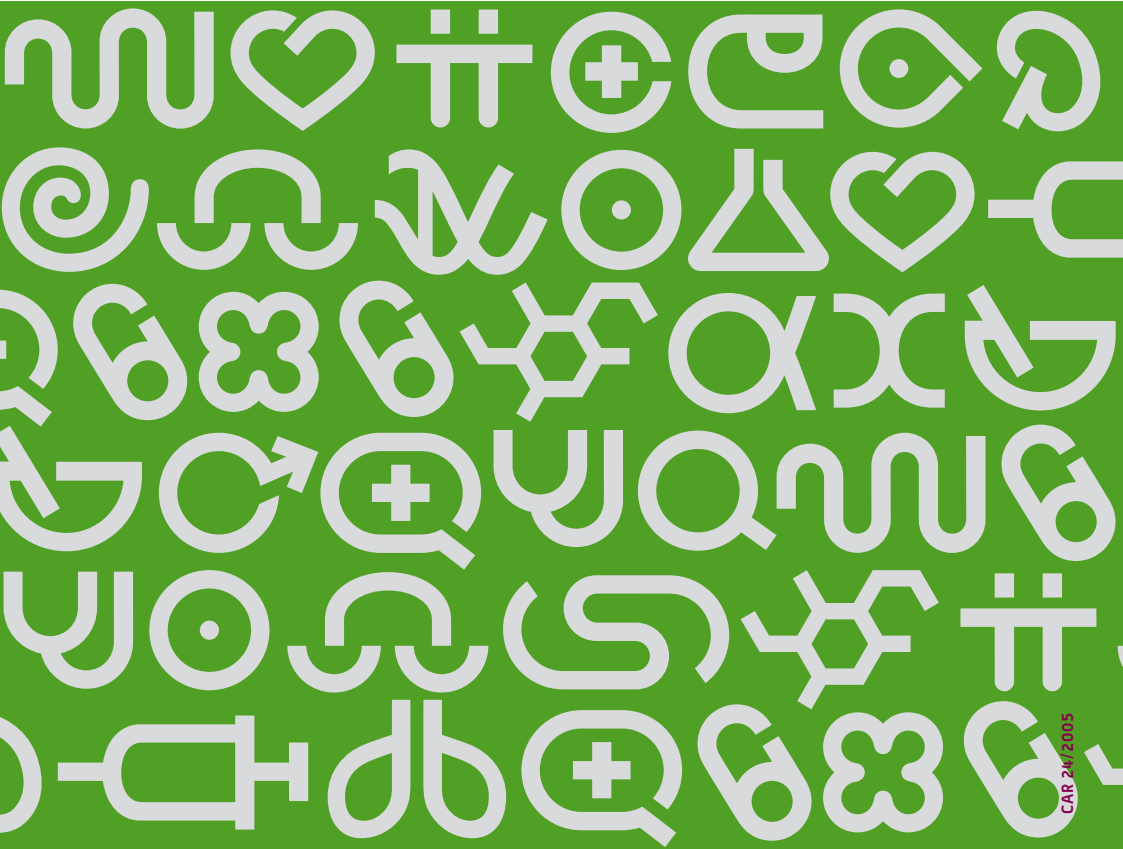
Houten

Hollandsspoor 5

Meer weten?

Ga naar www.antoniusziekenhuis.nl

Dit is een uitgave
van Patiëntenvoorlichting



CAR 24/2005

ZIEKENHUIS
RESEARCH & DEVELOPMENT
ACADEMIE

ST ANTONIUS