

Behandeling bij etalagebenen (bloedvatoverbruggings- of bypassoperatie)

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

Een slagadervernauwing veroorzaakt pas verschijnselen van etalageziekte (claudicatio intermittens) als deze vernauwing 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. (vaatonderzoek d.m.v. echo) Behalve de ernst van de vernauwing is ook de lengte van het vernauwde deel van belang. Vaak komt het voor dat er verscheidene 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.

Indien de klachten van een vaatvernauwing of van een vaatafsluiting en de bevindingen van het vaatonderzoek zodanig zijn dat niet kan worden volstaan met leefregels, dan

zal de specialist de mogelijkheden van een meer ingrijpende behandeling met u bespreken.

In principe wordt nagegaan of het ‘dotteren’ (oprekken) van een vernauwing mogelijk is of dat een operatie de enige keus is. Om hierover een beslissing te kunnen nemen is vaak röntgenonderzoek van de bloedvaten nodig. Voor de behandeling is het van groot belang dat alle afwijkingen duidelijk in kaart worden gebracht. De hoogst gelegen vernauwing dient als regel het eerst te worden behandeld. Vaak zullen de klachten hierdoor al voldoende zijn verminderd, zodat alleen met een operatie of met het ‘dotteren’ van deze hoogste vernauwing (in bovengenoemd voorbeeld de vernauwing van de bekkenslagader) kan worden volstaan.

Operatieve behandeling

Het kan zijn dat voor uw arterieel vaatlijden van de benen een buikoperatie aan de buik- en/of bekkenslagaders moet plaatsvinden. Dit valt echter buiten het bestek van deze voorlichtingsfolder. Indien de vaatafsluiting zich in de dijbeenslagader bevindt, zal een vaatoperatie in het been nodig zijn. 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 met invaliderende claudicatio klachten, die niet reageren op looptraining en bij wie een dotterbehandeling niet mogelijk is, kan een bypassoperatie soms ook zinvol zijn.

Bypassoperatie

Bij een bypassoperatie wordt een overbrugging (=bypass) aangelegd voor de afgesloten of ernstig vernauwde dijbeenslagader. De bovenste aansluiting van de bypass zal ter hoogte van de lies op de liesslagader worden gemaakt. Voor de onderste aansluiting wordt aan de hand van tevoren gedaan duplexonderzoek of angiografie (dit is een contrastfoto van de bloedvaten) een plaats gezocht in het bloedvat onder de afsluiting. Dit kan boven de knie (supragenuale bypass) of onder de knie (infragenuale bypass) zijn. De operatie kan plaatsvinden onder algehele verdoving (narcose) of onder zogenaamde regionale verdoving (via een 'ruggenprik' wordt alleen het onderste gedeelte van het lichaam gevoelloos gemaakt).

Een opname op de IC/CCU (intensive care unit) is na deze operatie meestal niet nodig. Of de bypass op de lange termijn doorgankelijk blijft hangt vooral af van de kwaliteit van de slagaders in het onderbeen; hoe slechter deze zijn hoe minder kans dat de bypass open blijft. Ook hangt het af van de lengte van de bypass (hoe korter, hoe beter) en de diameter en de kwaliteit van de bypass. Er zijn verschillende soorten bypasses:

- een bypass, waarvoor een eigen ader van de patiënt wordt gebruikt of
- een bypass van biologisch materiaal (navelstrengvene) of van kunststof.

Bij de bypass boven de knie maakt het geen groot verschil voor de doorgankelijkheid op lange termijn of men eigen ader materiaal, biologische of kunststof materialen gebruikt.

Bij de infragenuale 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, aangezien dieper in het been de hoofdaders liggen, die verreweg het belangrijkste zijn voor het terugvoeren van bloed. Deze ader wordt bijvoorbeeld ook bij een operatie wegens spataders 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.

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
- uw bloeddruk

Na de operatie moet u het rustig aan doen.

Vroegtijdige opsporen van nieuwe vernauwingen kan afsluitingen van de bypass voorkomen door snel ingrijpen. Controle door het vaatlaboratorium speelt daarbij een rol.

Complicaties

Vanwege de kans op complicaties wordt in de meeste gevallen pas tot een operatieve behandeling besloten als de klachten dermate ernstig zijn dat dit een operatie rechtvaardigt. Geen enkele ingreep is vrij van de kans op complicaties. Zo zijn ook bij deze operaties de normale risico's op complicaties van een operatie aanwezig, zoals wondinfectie, bloeding, trombose en longembolie, longontsteking, blaasontsteking of hartinfarct. Verder kunt u verwachten dat in het gebied van het operatielitteken na de genezing het normale gevoel zal zijn verdwenen.

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

- nabloeding
- afsluiting van de vaatprothese of de gebruikte ader (trombose)

- compartiment syndroom

Spieren of spiergroepen worden omgeven door een kapsel, een fascie. Een spiergroep met een fascie er omheen wordt een spiercompartiment genoemd. Naast het scheenbeen, aan de buitenzijde van het onderbeen bevinden zich spieren, die zorgen voor het heffen van de voet en tenen. Deze spieren zijn omgeven door een stevig kapsel. Dit compartiment wordt ook wel de anticusloge genoemd. Bij sommige mensen kunnen tijdens of na inspanning de spieren in de anticusloge als gevolg van zwelling te strak in hun kapsel komen te zitten. Daardoor kunnen doorbloeding en zenuwvoorziening in de knel komen. In extreme gevallen kan de druk zelfs zo hoog worden dat de bloedtoevoer wordt afgesloten en spieren dreigen af te sterven.

- revascularisatie syndroom

De verschijnselen die optreden nadat een deel van het lichaam weer voorzien wordt van bloed nadat het een tijdlang was afgesloten. Denk dan aan: pijn, hevige tintelingen, roodheid, gevoel van warmte, vocht vasthouden.

Bij het optreden van een dergelijke complicatie moet vaak 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 zult u medicijnen moeten blijven gebruiken om het bloed dunner te houden. Het herstel kan langer duren dan u denkt. Suikerziekte, een te hoge bloeddruk of een te hoog cholesterolgehalte moeten indien aanwezig, goed onder controle zijn. Een gezonde levenswijze is heel belangrijk, dus: absoluut niet roken, veel lichaamsbeweging, geen overgewicht en een goed gereguleerde bloeddruk, bloedsuiker- en cholesterolgehalte.

Tot slot

Heeft u nog vragen, stel ze gerust aan uw behandelend arts of huisarts. Bij dringende vragen of problemen vóór uw behandeling kunt u zich het beste wenden tot de afdeling waar de behandeling plaats moet vinden. Wanneer zich thuis na de operatie problemen voordoen, neem dan contact op met de huisarts of het ziekenhuis, polikliniek chirurgie (tel. 079-3462585) van 8.00-16.30 uur, en buiten deze tijden met de Spoedeisende Hulp (tel. 079-3462539).

Wat vindt u van deze patiënteninformatie?

Wij horen graag uw mening over deze folder. Wilt u na het lezen enkele vragen beantwoorden? U vindt de vragen via deze link: <https://folders.hagaziekenhuis.nl/2228>. Dank u wel.

Spreekt u geen of slecht Nederlands?

De informatie in deze folder is belangrijk voor u. Als u moeite heeft met de Nederlandse taal, zorg dan dat u deze folder samen met iemand leest die de informatie voor u vertaalt of uitlegt.

Do you speak Dutch poorly or not at all?

This brochure contains information that is important for you. If you have difficulty understanding Dutch, please read this brochure with someone who can translate or explain the information to you.

Czy Państwa znajomość języka niderlandzkiego jest żadna lub słaba?

Informacje zawarte w tym folderze są ważne dla Państwa. Jeśli język niderlandzki sprawia Państwu trudność, postarajcie się przeczytać informacje zawarte w tym folderze z kimś, kto może Państwu je przetłumaczyć lub objaśnić.

Hollandaca dilini hiç konuşamıyor musunuz veya kötü mü konuşuyorsunuz?

Bu broşürdeki bilgi sizin için önemlidir. Hollandaca dilinde zorlanıyorsanız, bu broşürü, size tercüme edecek ya da açıklayacak biriyle birlikte okuyun.

إذا كنتم لا تتحدثون اللغة الهولندية أو تتحدثونها بشكل سيء إن المعلومات الموجودة في هذا المنشور مهمة بالنسبة لكم. إذا كانت لديكم صعوبة في اللغة الهولندية، فاحرصوا عندئذ على قراءة هذا المنشور مع شخص يترجم المعلومات أو يشرحها لكم.

519801062023