

**UMC St Radboud Patiënteninformatie**

**Aneurysma van de  
buikslagader**

**Afdeling Heelkunde**

08-07-6221

## **Persoonlijke gegevens**

**Deze patiënteninformatie map is eigendom van:**

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Bij verlies wordt de vinder vriendelijk verzocht contact op te nemen met de eigenaar van deze map.

# Inhoudsopgave

## Voorwoord

1. Belangrijke adressen, telefoon- en routenummers	5
2. Eerste bezoek aan de polikliniek Vaatchirurgie	8
3. Aneurysma van de buikslagader	13
4. Risicofactoren voor vaatlijden	18
5. Behandeling van het aneurysma	22
6. Opname in het ziekenhuis	26
7. Leefregels	32
8. Controles	34
9. Mogelijke complicaties na endovasculaire correctie	36

## **Voorwoord**

U bent door uw huisarts of door een andere specialist verwezen naar naar de polikliniek Vaatchirurgie van het UMC St Radboud in verband met een aneurysma van de buikaorta (verwijding van de lichaams-slagader).

### **Waarom deze Patiënten Informatie Map**

U ontvangt deze Patiënten Informatie Map, kortweg PIM, om u zo goed mogelijk te informeren over de gang van zaken op de polikliniek, de mogelijke behandelingen, de operatie en de tijd erna. Informatie is belangrijk om een ziekte te kunnen begrijpen en ermee te leren om gaan. De ervaring leert dat veel patiënten het prettig vinden om actief betrokken te worden bij de behandeling en zoveel mogelijk mee te denken over de behandeling.

De verschillende onderwerpen in deze PIM kunnen u hierbij helpen. Door middel van deze onderwerpen kunt u zich voorbereiden op gesprekken met de arts en verpleegkundige. Na afloop van de gesprekken kunt u aan de hand van de onderwerpen nog eens nagaan wat u verteld is.

Het PIM is uw persoonlijk eigendom. U kunt hierin ook zelf aantekeningen maken ter voorbereiding of naar aanleiding van gesprekken die zijn gevoerd. Om ervoor te zorgen dat u zoveel mogelijk profijt heeft van deze PIM is het belangrijk dat u het bij elk bezoek aan het UMC St Radboud meebrengt. U kunt de map ook meenemen bij bezoeken aan andere hulpverleners, zoals de huisarts of een andere specialist.

U krijgt veel informatie ineens. U kunt ervoor kiezen om alles in een keer te lezen, maar het is natuurlijk ook mogelijk om de map in delen te lezen.

## **Vragen?**

De ervaring leert dat veel informatie in gespannen situaties verloren gaat. Wanneer u merkt dat bepaalde zaken niet duidelijk zijn of niet voldoende aan de orde zijn geweest, dan kunt u om nadere informatie vragen. Met vragen kunt u terecht bij de verpleegkundige of nurse practitioner van het vaatteam of uw vaatchirurg.

Op de polikliniek zijn meer folders beschikbaar over uw ziektebeeld. Deze folders kunt u verkrijgen via het vaatteam op de polikliniek of via internet: [www.hartstichting.nl](http://www.hartstichting.nl) of [www.vvvp.nl](http://www.vvvp.nl).

# 1. Belangrijke adressen, telefoon- en routenummers

- Naam van uw behandelend arts: .....
- Naam nurse practitioner (gespecialiseerd verpleegkundige):  
.....

## Telefoonnummers

- Call-centre polikliniek Heelkunde 024 - 361 38 08  
(bereikbaar van 8.30 - 12.00 en van 13.00 - 16.00 uur)
- Buiten kantoortijd en in het weekend de spoedeisende hulp  
024 -361 41 87
- Wachtlijst ('s morgens van 8.30 - 9.30 uur) 024 - 361 47 87  
Voor vragen over de wachttijd tot opname of operatie

## Adressen

### *Bezoekadres*

UMC St Radboud:  
Geert Groteplein 10, routenummer 626  
6500 HB Nijmegen

### *Postadres*

UMC St Radboud:  
Mw/Hr.  
Afdeling Heelkunde/626  
Postbus 9101  
6500 HB Nijmegen

## **Routenummers**

- Polikliniek Heelkunde, route 562
- Polikliniek Anesthesie, route 636
- Polikliniek Hartcentrum, route 638
- Longfunctieonderzoek. route 457
- Vaatfunctieonderzoek, route 380
- CT-scan route 780 of 584 (staat vermeld in brief van de röntgen)
- Röntgenfoto buik, route 681
- Verpleegafdeling Heelkunde, route 626

**Noteer uw vragen**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write down their questions. The box occupies most of the page below the instruction.

## **2. Eerste bezoek aan de polikliniek Vaatchirurgie**

### **Afspraak**

De polikliniek Vaatchirurgie wordt gehouden op woensdagavond, donderdag de gehele dag en vrijdagmorgen.

De polikliniek Heelkunde is bereikbaar via de ingang UMC St Radboud Centraal (hoofdingang), route 562. U kunt zich melden bij de receptie.

### **Vaatteam**

Op de polikliniek is een vaatteam aanwezig bestaande uit:

- een vaatchirurg of vaatchirurg in opleiding
- een arts-assistent (chirurg in opleiding)
- een nurse practitioner (gespecialiseerde verpleegkundige)
- een verpleegkundige
- een doktersassistente
- een secretaresse

Voorafgaande aan uw eerste bezoek zijn de beschikbare gegevens (verwijsbrief, andere correspondentie en eventueel eerder onderzoek elders) zoveel mogelijk opgevraagd en beoordeeld door de vaatchirurg. Daarom is het mogelijk dat er al aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld een CT-scan of echo (zie kopje “Verder onderzoek”) wordt afgesproken voordat u de chirurg gezien heeft. Dat voorkomt dat u onnodig meerdere keren moet terugkomen.

Mogelijk wordt bij u gekeken naar risicofactoren voor vaatziekten (zie Hoofdstuk 3). U krijgt dan een extra afspraak bij de nurse practitioner tijdens het eerste polikliniekbezoek. Daarnaast krijgt u via de

computer een extra vragenlijst voorgelegd over roken, voeding en beweging.

Bij uw eerste bezoek noteert de vaatchirurg en/of de nurse practitioner een aantal algemene gegevens (zoals medicijngebruik) en een aantal specifieke gegevens over uw klacht. Daarna volgt een lichamelijk onderzoek. Indien nodig wordt aanvullend onderzoek aangevraagd.

Als er al onderzoek is gedaan, bijvoorbeeld een CT-scan, MR-scan of een echo, dan beoordeelt de vaatchirurg dit onderzoek. Dit onderzoek kan in het UMC St Radboud of in een ander ziekenhuis zijn gedaan. De vaatchirurg bespreekt en bekijkt samen met u de scan en bespreekt vervolgens de behandelmogelijkheden met u. Soms is de kwaliteit van de scan onvoldoende en moet daarom worden overgedaan.

### **Verder onderzoek**

- Bloedonderzoek
- Urineonderzoek
- ECG (hartfilmpje)
- Bloeddruk meten
- Lengte en gewicht, buikomvang
- ECHO
- CT-scan
- MR-scan

## **CT-scan**

Bij een CT-scan wordt gebruik gemaakt van röntgenstraling. In plaats van een plaatje te maken in een plat vlak, zoals een portretfoto, wordt een dwarsdoorsnede van een betreffend lichaamsdeel gemaakt alsof het “in plakjes wordt gesneden”. Meestal wordt gebruik gemaakt van contrastvloeistof die via een infuusnaald wordt ingespoten. Voor informatie over de CT-scan zie folder “CT-scan” van het UMC St Radboud..

## **MR-scan**

Bij een MR-scan wordt gebruik gemaakt van een zeer sterke magneet en radiogolven. Een MR-scan is een alternatief voor de CT-scan. Voor sommige patiënten is een CT beter, voor andere een MRI-scan. Meer informatie over MRI-scan vindt u in de folder “MRI-scan” van het UMC St Radboud.

## **Echografie**

Bij een echografie wordt gebruik gemaakt van geluidsgolven om organen en bloedvaten in beeld te brengen. Hierbij wordt geen röntgenstraling of contrastvloeistof gebruikt. Tijdens het onderzoek krijgt u gel op de buik zodat er een goed contact wordt gemaakt tussen de huid en het apparaat dat de geluidsgolven uitzendt en ontvangt. Vervolgens beweegt de onderzoeker het apparaat over de buik. De opnamen zijn op een beeldscherm te zien. Tijdens de echo kan de onderzoeker ook de stroomsnelheid van het bloed te bepalen. Voor uitgebreide informatie zie folder: “Echo van de buikslagader (aorta)” van het UMC St Radboud.

## **Angiografie**

Door contrastvloeistof direct in te spuiten in de slagaders worden deze zichtbaar gemaakt met röntgenfoto's. Dit onderzoek vindt plaats op de röntgenafdeling (interventie radiologie). Voor dit onderzoek wordt u een dag opgenomen op de afdeling Heelkunde. U krijgt een verdoving in de lies (of in beide liezen). Daarna wordt de slagader in de lies aangeprikt en wordt er via een dun slangetje contrastmiddel ingespoten waarna er foto's gemaakt worden (katheterisatie). Door de contrastvloeistof kunt u het even heel warm krijgen. Na het onderzoek moet u nog vijf uur plat blijven liggen op de verpleegafdeling. Wanneer het onderzoek later in de middag plaats vindt moet u een nachtje opgenomen worden. Als bekend is dat uw nierfunctie afwijkend is wordt u eerder opgenomen en krijgt u extra vocht via een infuus. Voor uitgebreide informatie zie folder: "Röntgenonderzoek van de bloedvaten (angiografie voor diagnostiek)".

Bent u diabeet en gebruikt u metformine of glucophage dan moet u hiermee stoppen twee dagen voor het onderzoek en twee dagen na het onderzoek.

## **Andere specialisten**

Het kan zijn dat u verwezen wordt naar de cardioloog en/of longarts ter voorbereiding op de operatie. Dit is afhankelijk van uw ziektevoorgeschiedenis en uw conditie.

Verder krijgt u een afspraak op de polikliniek Anesthesie. De anesthesist onderzoekt u opnieuw lichamelijk en bespreekt met u de vorm van anesthesie (narcose en/of ruggenprik). Verder wordt u gevraagd een lijst in te vullen over uw ziektegeschiedenis en uw medicijngebruik.

## **Gesprek verpleegkundige polikliniek**

De verpleegkundige zal met u de procedure van de opname doorne-  
men. Verder zal zij enkele gegevens noteren die de verpleegafdeling  
een beeld geven van uw gezondheidstoestand en uw thuissituatie.

Dit noemen we een verpleegkundig anamnese-/opnamegesprek. U  
krijgt een aantal folders uitgereikt en een lijst waarop u uw medicijnen  
noteert. Wij verzoeken u deze lijst, samen met uw medicijnen, mee te  
nemen bij opname.

Voor vragen kunt u terecht bij de verpleegkundige van de polikliniek.  
Het team is aanwezig van dinsdag t/m vrijdag van 8.30 - 16.00 uur en  
te bereiken via het call-centre.

### **3. Aneurysma van de buikslagader**

#### **Wat is een aneurysma van de buikslagader in de buik?**

Het aneurysma van de aorta in de buik ofwel het Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA) is een verwijding van de lichaamsslagader in de buik. Een normale doorsnede van de lichaamsslagader is anderhalf tot twee centimeter. We spreken van een aneurysma van de buikslagader wanneer de doorsnede meer dan drie centimeter is.

Op de plaats van de verwijding is de vaatwand uitgerekt en dunner geworden. Door de verwijding neemt de spanning in de vaatwand toe. Ook de bloedstroom in een aneurysma is verstoord; het bloed wervelt daar rond. Daardoor vormt zich een bloedstolsel in het aneurysma, langs de uitgezette wand. Er kunnen stukjes van het stolsel losraken en worden meegevoerd naar kleinere bloedvaten, waardoor deze verstopt raken. In de uiterste situatie barst het aneurysma en stroomt het bloed uit het bloedvat.

De meeste AAA's worden groter; de snelheid waarmee is echter verschillend. De kans op barsten (ruptuur) van het AAA neemt met het groeien toe. Hoewel meer factoren een rol spelen, zoals een hoge bloeddruk en roken, is gebleken dat de kans op barsten zeer klein is (minder dan 2% per jaar) zolang het AAA kleiner is dan vijf centimeter. Wordt het AAA groter dan zes centimeter dan neemt de kans op barsten toe (zo'n 10% per jaar, afhankelijk van de snelheid waarmee het AAA groeit).

Tot een grootte van 5,5 centimeter wordt er over het algemeen niet ingegrepen omdat de kans op complicaties van de ingreep groter is dan de kans op barsten. Pas als het AAA groter is dan 5,5 centimeter

wordt er gedacht aan ingrijpen. Tot die tijd wordt het AAA in de gaten gehouden door het maken van een echo.

## **Verschijnselen**

Het AAA is meestal asymptomatisch. Dat wil zeggen dat veel patiënten met een AAA geen of nauwelijks klachten hebben en daarom ook vaak geen weet hebben van het aneurysma.

Het AAA wordt vaak bij toeval ontdekt, wanneer bij iemand om een andere redenen een onderzoek plaatsvindt. Zo kan bij lichamelijk onderzoek een uitgezette, kloppende zwelling worden gevoeld in het gedeelte van de buik dat boven de navel ligt. AAA's komen vooral aan het licht bij een echo of röntgenonderzoek van de buik.

Een enkele keer veroorzaakt het AAA vage rugklachten en pijn in de buik. Wanneer deze klachten plotseling ontstaan neemt u dan contact op met uw huisarts of behandelend specialist.

## **Het ontstaan van een aneurysma van de aorta in de buik**

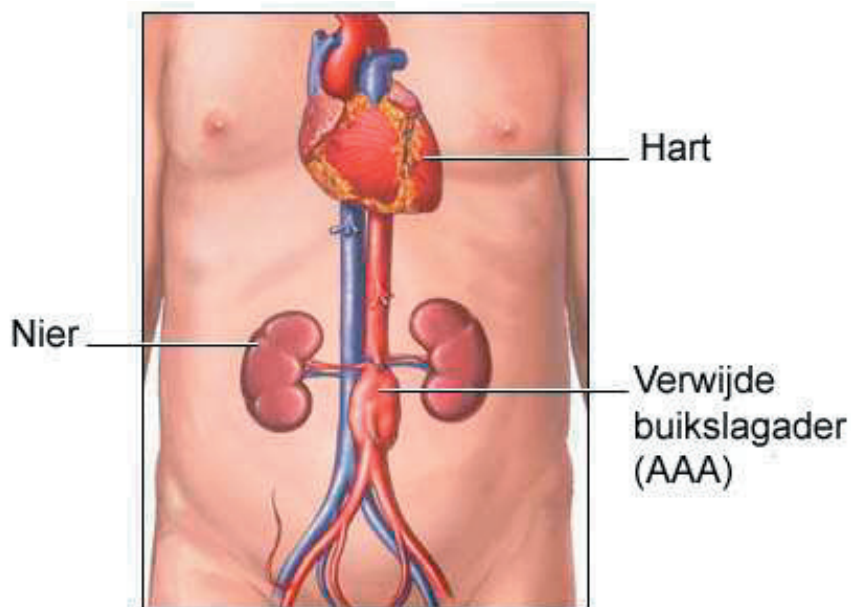
Waarschijnlijk hangt het ontstaan van het AAA samen met slagaderverkalking. Door slagaderverkalking (atherosclerose) ontstaan verdikkingen van de vaatwand, waardoor kleinere slagaderen vernauwen. Slagaderverkalking begint met een plaatselijke ophoping van bloedplaatjes, bloedcellen, cholesterol en ontstekingscellen in de vaatwand. Deze ophopingen worden 'plaques' genoemd en beginnen met een kleine beschadiging van de gladde binnenwand van het bloedvat. Op deze ophoping kan zich later ook kalk afzetten vandaar de naam slagaderverkalking.

Bij de grote vaten ontstaat door de wandverdikking niet snel een vernauwing. Daar ontstaat eerder een verwijding omdat de vaatwand door de slagaderverkalking ook verzwakt raakt. Zo ontstaat een aneurysma.

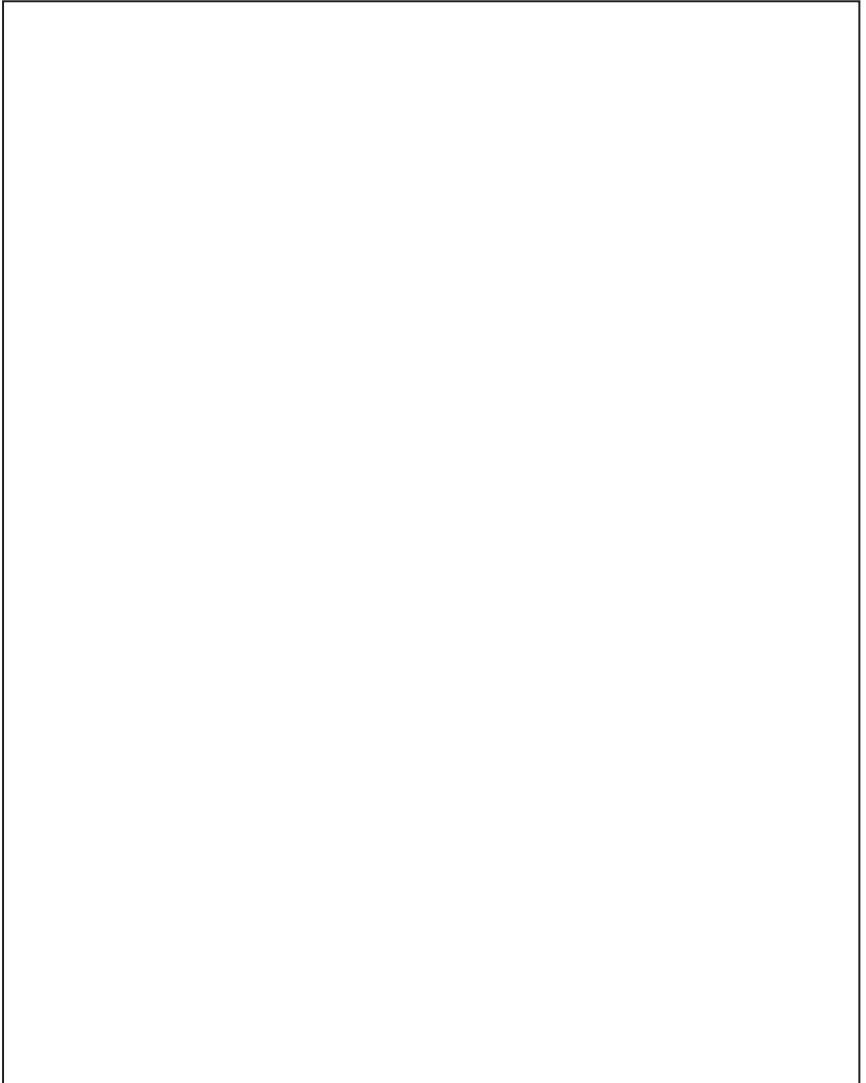
Het proces van slagaderverkalking begint vaak al op twintigjarige leeftijd. De snelheid waarmee de slagaderverkalking zich als ziekte openbaart, hangt af van de natuurlijke veroudering van het lichaam en van de aanwezigheid van risicofactoren. Deze risicofactoren worden in hoofdstuk 4 besproken.

Soms kunnen erfelijke ziekten een rol spelen bij het krijgen van een aneurysma. Erfelijk bepaalde stoornissen in de aanmaak van collageen en elastine, de bouwstenen van de bloedvaten, kunnen leiden tot een tekort of niet sterk genoeg collageen en elastine. Dit kan op een jeugdige leeftijd tot het ontstaan van een aneurysma leiden. Naast de afwijkingen in collageen en elastine spelen afwijkingen aan het bindweefsel en mogelijk ook ontstekingsreacties een rol bij verzwakken van de vaatwand en daarmee bij het ontstaan van een AAA.

Uit onderzoek is gebleken dat broers van AAA-patiënten een verhoogd risico op een AAA hebben. Mogelijk speelt erfelijke aanleg een rol bij het optreden van een aneurysma.



**Noteer uw vragen**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their questions. The box occupies most of the page below the instruction.

## 4. Risicofactoren voor vaatlijden

### Risicofactoren

De kans op een aandoening van de slagaders is groter wanneer bij iemand risicofactoren voor slagaderverkalking aanwezig zijn.

Als risicofactoren gelden onder meer:

- *Roken*

Roken is de belangrijkste risicofactor. Door het roken komen veel schadelijke stoffen in het bloed terecht. Deze stoffen hebben een direct schadelijk effect op de vaatwand, waardoor het bloedvat stugger wordt. De binnenwand van de bloedvaten wordt voortdurend geprikkeld door de nicotine, waardoor de slagaderverkalking zich sneller ontwikkelt.

Uit onderzoek is gebleken dat roken het aneurysma sneller doet groeien en barsten. Wanneer u wilt stoppen met roken kan de poli Vaatchirurgie u hierbij begeleiding aanbieden. Het belangrijkste bij het stoppen met roken is dat u er zelf volkomen achter staat.

- *Een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed*

Een te hoog cholesterolgehalte van het bloed heeft een schadelijke invloed op de vaatwand. Inmiddels is echter bij aneurysma patiënten gebleken dat ook bij een 'normaal' cholesterolgehalte behandeling met een cholesterolremmend geneesmiddel (statine) nodig is. Daarnaast is een gezonde eetgewoonte zeer belangrijk. Verzadigde vetzuren zoals die onder meer voorkomen in harde margarines, roomboter, vlees en kaas zijn niet goed voor het cholesterolgehalte. U kunt deze middelen beter vervangen door onverzadigde vetzuren, zoals die voorkomen in dieetproducten met linolzuur, olijfolie of vis. Als u meer informatie wilt over gezonde voeding vraag dan naar de folders: "Let op

verborgen vet, eetwijzer”, “Verhoogd cholesterol” en “Koken naar hartelust”.

- *Een verhoogde bloeddruk*

Als de druk in de bloedvaten te hoog oploopt komen de bloedvaatwanden onder te hoge spanning te staan. Hierdoor versnelt het proces van slagaderverkalking en –veel belangrijker- verhoogt de kans op het barsten van het aneurysma.

- *Suikerziekte*

Suikerziekte (diabetes mellitus) versnelt het optreden van slagaderverkalking. Als het glucosegehalte van het bloed binnen redelijke grenzen blijft, wordt het risico van slagaderverkalking verkleind.

- *Overgewicht en te weinig bewegen*

Overgewicht en te weinig bewegen kunnen zowel direct als indirect van invloed zijn op het proces van slagaderverkalking. Overgewicht gaat vaak samen met suikerziekte, ook in combinatie met een verhoogde bloeddruk en een afwijkend cholesterolgehalte. Overgewicht kan gepaard gaan met slechte voedingsgewoonten en te weinig bewegen. Dit is een vicieuze cirkel die moeilijk te doorbreken is. Afvallen en lichaambeweging zijn noodzakelijk om de verdere ontwikkeling van slagaderverkalking tegen te gaan.

## **Onderzoek naar risicofactoren**

Er wordt op de polikliniek Vaatchirurgie onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van bovenstaande risicofactoren. Dit is om twee redenen belangrijk. In de eerste plaats is met deze gegevens deels te voorspellen of u een grotere kans heeft op het ontstaan van (nieuwe) hart- en vaatziekten. In de tweede plaats zijn de meeste risicofactoren te behandelen met medicijnen en/of aanpassing van de leefstijl.

In vrijwel alle gevallen dient u voorafgaande aan de operatie bepaalde medicijnen te gebruiken: Ascal (remt de bloedstolling), Beta-blokker (beschermt het hart), Statine (verlaagt het cholesterol gehalte, ook als het cholesterolgehalte 'goed' is). Dit zal worden gecontroleerd en zo nodig aangepast.

Voor het eerste polikliniekbezoek wordt u gevraagd een vragenlijst in te vullen. Deze wordt u toegestuurd samen met de afspraken. De vragenlijst stuurt u in de retourenveloppe terug.

Meer informatie vindt u in de folder "Onderzoek en behandeling van vaatziekten" die u toegestuurd heeft gekregen.

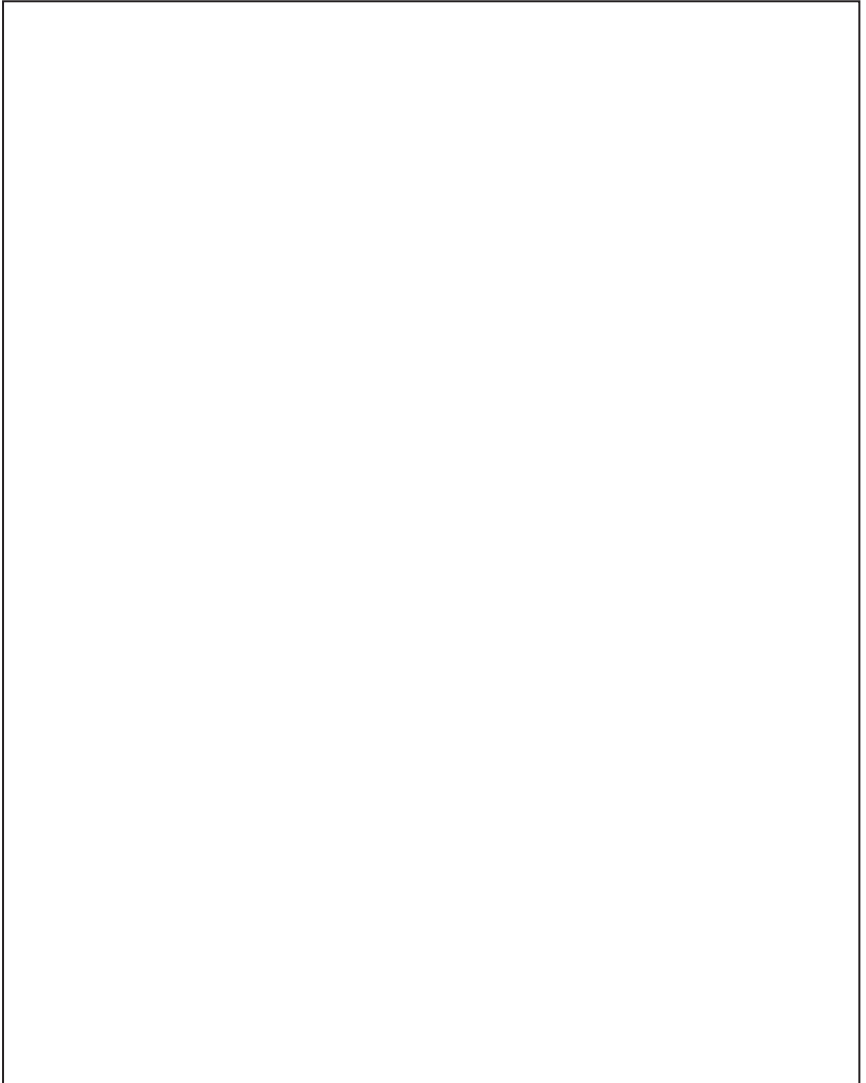
## **Preoperatieve screening**

Als u geopereerd gaat worden, brengt u voor de operatie altijd een bezoek aan de polikliniek Anesthesie en soms aan de polikliniek Cardiologie. Op de polikliniek Cardiologie wordt een echo van uw hart gemaakt, en als de cardioloog het nodig vindt, ook een stressecho. Deze stressecho moet op een andere dag gemaakt worden. Daarom kan het gebeuren dat u tweemaal op de polikliniek Cardiologie moet komen.

Op de polikliniek Anesthesie krijgt u een vragenlijst met een pen erbij, zodat u deze direct kunt invullen. Vervolgens krijgt u een lichamelijk onderzoek; er wordt een hartfilmpje gemaakt, bloeddruk gemeten, bloed afgenomen, en lengte en gewicht gemeten.

Zo nodig laat de vaatchirurg een afspraak maken bij de longarts.

**Noteer uw vragen**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their questions. The box occupies most of the page below the instruction.

## **5. Behandeling van het aneurysma**

### **Hoe kan een AAA worden behandeld?**

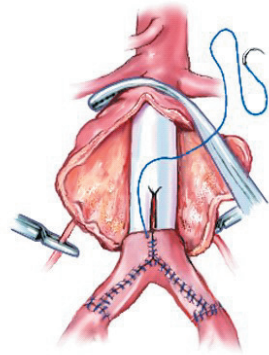
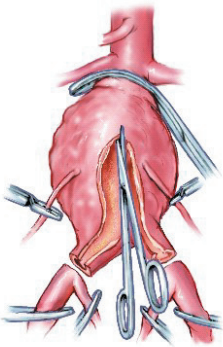
Bij een aneurysma van 5,5 centimeter of groter wordt in de meeste gevallen voor een operatieve behandeling gekozen, indien de lichamelijke conditie dit toelaat. Deze behandeling kan bestaan uit een 'gewone' open buikoperatie of uit een endovasculaire correctie.

#### **1. Open buikoperatie**

De open operatie voor de behandeling van AAA bestaat uit het plaatsen van een vaatprothese. De operatie vindt plaats onder narcose. De buik wordt volledig geopend zodat de aorta aan beide zijden van het aneurysma kan worden afgeklemd. Het aneurysma wordt opengeknipt en het bloedstolsel wordt eruit gehaald. Vervolgens wordt een vaatprothese in het aneurysma gelegd en vervolgens boven en onder het aneurysma in de aorta gehecht. De nog aanwezige vaatwand wordt om de prothese heen gelegd.

Na de operatie verblijft u 24-48 uur op de Intensive Care. Daarna gaat u terug naar de verpleegafdeling. Als er geen complicaties optreden kunt u na acht á tien dagen weer naar huis.

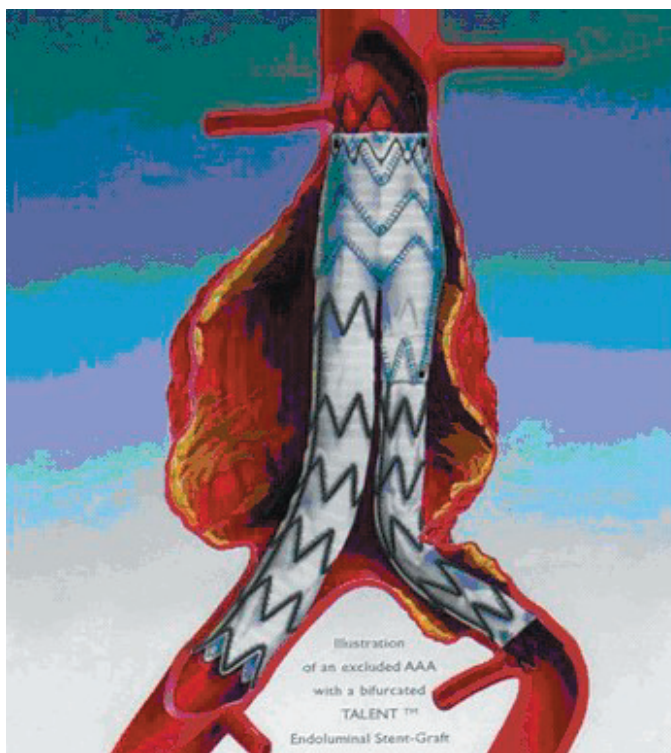
Complicaties die kunnen optreden na deze operatie zijn bijvoorbeeld problemen met het hart (ritmestoornis, infarct), nabloeding, wond- en urineweginfecties en longontsteking.



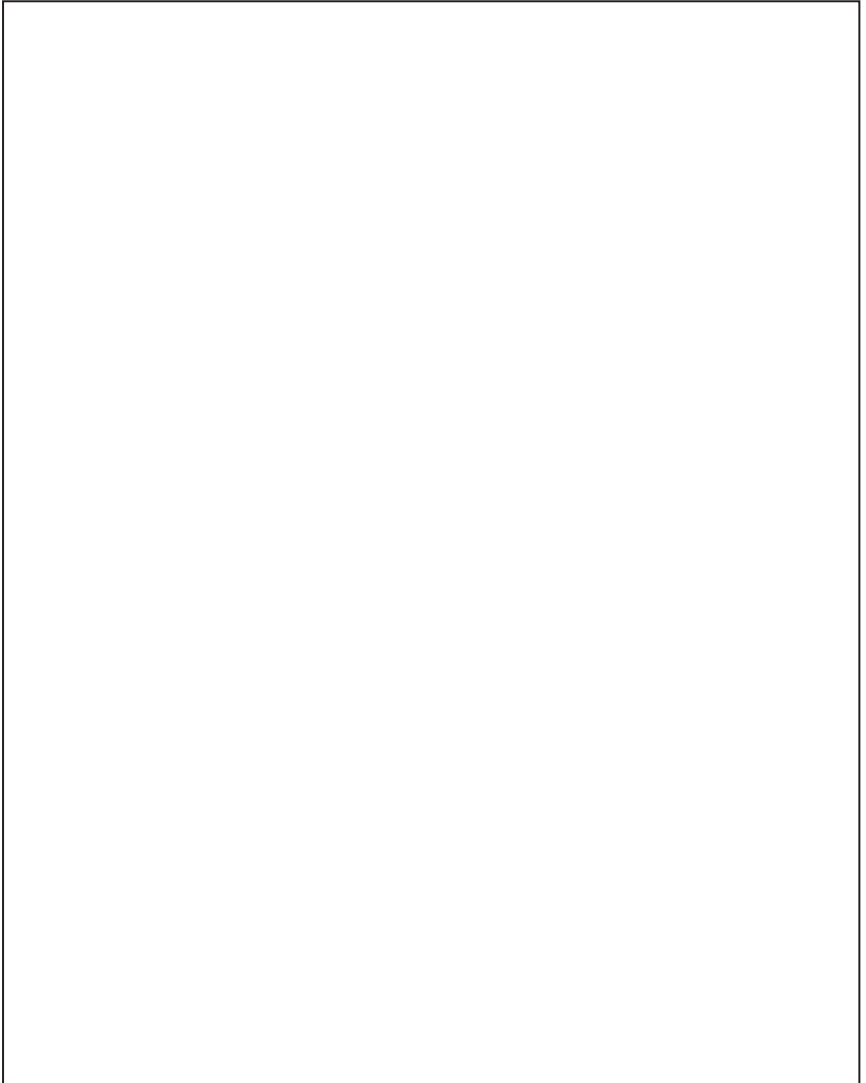
## 2. Endovasculaire correctie

De endovasculaire correctie is een betrekkelijk nieuwe methode. Met behulp van een kleine snede in beide liezen wordt in de beide liesslagaders een opgevouwen vaatprothese opgeschoven tot boven het aneurysma. Deze vaatprothese heet een 'endoprothese', ook wel stentgraft genoemd. Met behulp van röntgenapparatuur wordt de plaats bepaald waar de prothese moet komen. De prothese wordt in de slagader (aorta) boven en onder het AAA van binnen uit vastgezet. De prothese klemt zich zelf vast in de vaatwand met behulp van kleine haakjes. Het voordeel van deze operatie is dat de buik niet geopend hoeft te worden. Hierdoor is een lichtere narcose mogelijk en zijn de opname- en herstelduur korter. Dit zijn allemaal factoren

die maken dat deze nieuwe operatietechniek minder risico's en sterfte tot gevolg heeft. Helaas komen niet alle patiënten voor deze behandeling in aanmerking. De prothese kan alleen worden gebruikt als het aneurysma aan bepaalde voorwaarden voldoet. Zo moet er bijvoorbeeld voldoende ruimte zijn om de prothese te bevestigen. Voordelen van deze behandeling zijn: opnameduur drie tot vijf dagen, geen grote wond, sneller herstel na de operatie. Nadelen zijn de noodzaak tot frequente en langdurige nacontrole.



**Noteer uw vragen**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write down their questions.

## 6. Opname in het ziekenhuis

### Bericht opnamedatum

Wij streven er naar om u zo snel als mogelijk te informeren over een eventueel geplande operatiedatum. Soms is dat al binnen twee weken na het eerste polikliniekbezoek. In ieder geval krijgt u uiterlijk een week voor de opname telefonisch bericht (van het Opnamebureau Heelkunde) over de datum van opname en waar u zich moet melden. Een dag voor de opnamedatum wordt dit bericht nog een keer telefonisch bevestigd. Het kan namelijk zijn dat er een spoedopname tussen is gekomen. De medewerker van het Opnamebureau zal u ook vertellen of en wanneer u moet stoppen met bepaalde medicijnen, bijvoorbeeld met bloedverduuners. Meestal hoeft u niet te stoppen met Ascal (aspirine) omdat het uw hart beschermd.

### Opnamedag

U meldt zich op het afgesproken tijdstip op de verpleegafdeling bij de centrale balie. De secretaresse contoleert uw gegevens en brengt u naar het dagverblijf. De voedingsassistente vraagt u of u een dieet volgt of bepaalde voedingsgewoonten heeft. Ook geeft zij uitleg over de tijden waarop de maaltijden worden geserveerd en welke keuzes u heeft in het menu.

U krijgt een rondleiding over de afdeling. De verpleegkundige neemt nogmaals het verpleegkundig anamneseformulier met u door, aangezien er mogelijk veranderingen zijn opgetreden sinds uw laatste polikliniekbezoek. Verder informeert hij/zij u over wat u kunt verwachten op de opnamedag, zoals bloedprikken, ECG maken, gesprek en lichamelijke onderzoek door afdelingsarts, gebruik van telefoon, televisie en internet. Het kan zijn dat de anesthesist nog bij u langskomt

aan het einde van de middag. De verpleegkundige kan u vertellen hoe laat uw operatie de volgende dag is gepland.

Gaat u na de operatie naar de Intensive Care dan is het mogelijk om een videoband te bekijken of samen met de verpleegkundige een bezoek te brengen aan de afdeling Intensive Care. Er is ook een folder van de afdeling Intensive Care beschikbaar.

Op de avond van de opnamedag start u met een Nadroparine injectie ter voorkoming van trombose. Deze injecties krijgt u gedurende uw verblijf in het ziekenhuis elke avond. Ze worden in de buik gegeven met een klein, dun naaldje. Op voorschrift van de anesthesist krijgt u 's avonds slaapmedicatie.

Na 24.00 uur mag u niet meer eten of drinken, tenzij de verpleegkundige anders aangeeft.

## **Operatiedag**

U wordt op tijd gewekt zodat u zich nog kunt douchen. Daarna krijgt u een blauw operatiejasje aan, met de knoopjes achter. Voordat u naar de operatiekamer wordt gebracht krijgt u nog medicijnen (pre-medicatie), namelijk pijnstillers en slaapmedicatie. De verpleegkundige brengt u naar de operatiekamer. In een daarvoor bestemde ruimte krijgt u van de anesthesist een infuus en wordt u in slaap gebracht.

## **Na de operatie**

### **Operatieve correctie**

Na de operatie wordt u naar de Intensive Care gebracht. Als u daar wakker wordt, heeft u:

- een of twee infusen
- een blaaskatheter
- een maaghevel (slangetje via de neus in de maag)

- eventueel pijnbestrijding via een ruggenprik
- een zuurstofslangetje in de neus
- een klemmetje om een vinger om het zuurstofgehalte in het bloed te meten (wordt verwijderd als u naar de afdeling gaat)
- plakkers op de borst ter controle van het hart (worden verwijderd als u naar de afdeling gaat)

Schrik niet van alle geluiden (piepjes) om u heen; dit is afkomstig van machines die u en andere patiënten controleren.

U verblijft ongeveer 24 uur op de Intensive Care. Familie mag u hier bezoeken. Wanneer alles goed gaat, kunt u de dag na de operatie terug naar de afdeling.

*1<sup>e</sup> dag na de operatie.* Op de afdeling wordt om de twee uur uw bloeddruk, polsslag, wond, kleur van benen en voeten, en urineproductie gecontroleerd. Wanneer uw lichamelijke toestand dit toelaat helpt de verpleegkundige u zo snel mogelijk uit bed. Om duidelijk te krijgen hoe uw pijn verloopt en of de pijnverlichtende handelingen voldoende effect hebben, vraagt de verpleegkundige u regelmatig hoeveel pijn u heeft. U kunt dit aangeven met een cijfer, ofwel een pijnscore; nul (0) wil zeggen dat u geen pijn heeft en tien (10) betekent de ergste pijn die u zich kunt voorstellen. U geeft bij elke pijnscore aan of u de pijn van dat moment acceptabel vindt of niet. Naar aanleiding van de score krijgt u extra pijnstilling.

Het is belangrijk dat u goed kunt doorademen en hoesten om te voorkomen dat slijm in de longen achterblijft. De fysiotherapeut en verpleegkundige geven u instructies over hoe u slijm goed kunt ophoesten met zo min mogelijk pijn.

*2<sup>e</sup> dag na de operatie.* De artsenvisite vindt 's ochtends vroeg plaats. Afhankelijk van uw lichamelijke toestand worden er afspraken gemaakt over het verwijderen van zuurstof, maaghevel etc. De zaalarts zal uw buik beluisteren om te horen of uw darmen al op gang komen. Is dit het geval dan mag u voorzichtig beginnen met drinken. Als dit goed gaat kan dit worden uitgebreid. Na de verzorging helpt de verpleegkundige u uit bed. Elke vier uur controleert de verpleegkundige u, onder andere uw bloeddruk.

*3<sup>e</sup> dag na de operatie.*

Langzaam raakt u alle slangetjes kwijt. Afhankelijk van de werking van uw darmen mag u langzaam aan weer vast voedsel gaan eten. Onder begeleiding gaat u ook weer een stukje lopen. De controles zullen steeds minder plaatsvinden.

*Tussen de 5<sup>e</sup> en 10<sup>e</sup> dag* mag u naar huis indien:

- de pijn onder controle is
- u normaal eet en drinkt
- u zichzelf kunt verzorgen en goed kunt lopen
- de wond er goed uitziet of dat er thuiszorg geregeld is voor de wondverzorging
- indien van toepassing, de trombosedienst is geregeld

De wond is meestal onderhuids gehecht. Mocht dit niet zo zijn dan kunt u de hechtingen na veertien dagen na de operatie laten verwijderen door de huisarts. De meeste patiënten krijgen een bloedverdunner (acetylsalicylzuur) voorgeschreven. Het is noozakelijk dat u deze de rest van uw leven blijft innemen.

## Endovasculaire correctie

Bij deze operatie wordt contrastvloeistof gebruikt. Wanneer u een minder goede nierfunctie heeft, krijgt u de dag van opname een infuus krijgen voor extra vocht. Dit ter voorbereiding op de operatie en ter ondersteuning van uw nieren. U krijgt hiervoor ook nog extra medicijnen.

Na de operatie gaat u naar de uitslaapkamer (verkoeverkamer). Als u daar wakker wordt, heeft u:

- een infuus
- een blaaskatheter
- een zuurstofslangetje in de neus
- een klemmetje om een vinger om het zuurstofgehalte in het bloed te meten (wordt verwijderd als u naar de afdeling gaat)
- plakkers op de borst ter controle van het hart (worden verwijderd als u naar de afdeling gaat)

Wanneer u goed wakker bent en alle controles goed zijn, gaat u weer terug naar de afdeling.

Op de afdeling wordt iedere twee uur uw bloeddruk, polsslag, wondjes in de liezen, kleur van benen en voeten, en urineproductie gecontroleerd. Na vier uur bedrust mag u langzaam weer overeind komen en eventueel uit bed. De verpleegkundige vraagt u om een cijfer te geven aan de pijn. 0 is geen pijn 10 is heel veel pijn. Naar aanleiding van de score krijgt u extra pijnstilling. U kunt weer voorzichtig beginnen met drinken en eten.

*1<sup>e</sup> dag na de operatie.* De artsensite vindt 's ochtends vroeg plaats, afhankelijk van uw lichamelijk toestand worden afspraken gemaakt over het verwijderen van de blaaskatheter en het zuurstofslangetje.

Het infuus blijft nog even in omdat voor ontslag nog een CT-scan wordt gemaakt om te controleren of de endoprothese goed aansluit.. De contrastvloeistof die daarvoor nodig is, wordt via het infuus toegediend. Nadat de CT-scan is gemaakt, wordt het infuus verwijderd. Verder wordt een röntgenfoto van de buik gemaakt om te kijken of de prothese goed zit.

Na een endovasculaire correctie kunt u binnen 24 uur na de operatie eenmalig hoge koorts krijgen. De oorzaak hiervan is niet helemaal duidelijk, maar het gaat vanzelf weer weg. Houdt de koorts langer dan twee dagen aan neemt u dan contact met ons op.

#### *2<sup>e</sup> dag na de operatie.*

Als alle controles goed zijn mag u naar huis. De wondjes in de liezen zijn meestal onderhuids gehecht. Mocht dit niet zo zijn dan kunt u de hechtingen laten verwijderen door de huisarts, tien dagen na de operatie.

U krijgt een recept mee voor een bloedverdunner (acetylsalicylzuur). Het is noozakelijk dat u deze de rest van uw leven blijft innemen.

## 7. Leefregels

### **Na operatieve correctie/open buik operatie**

Na ontslag uit het ziekenhuis voelt u zich waarschijnlijk een tijd lang niet fit. U kunt minder eetlust hebben en sneller vermoeid zijn. In die periode is het goed om rustig aan te doen en lichamelijke activiteiten voorzichtig op te bouwen. De eerste zes weken na de operatie moet u opletten met tillen, hoesten en persen, omdat dit veel kracht uitoefent op het litteken in de buikwand. Na drie tot zes maanden krijgt u uw oude conditie weer terug.

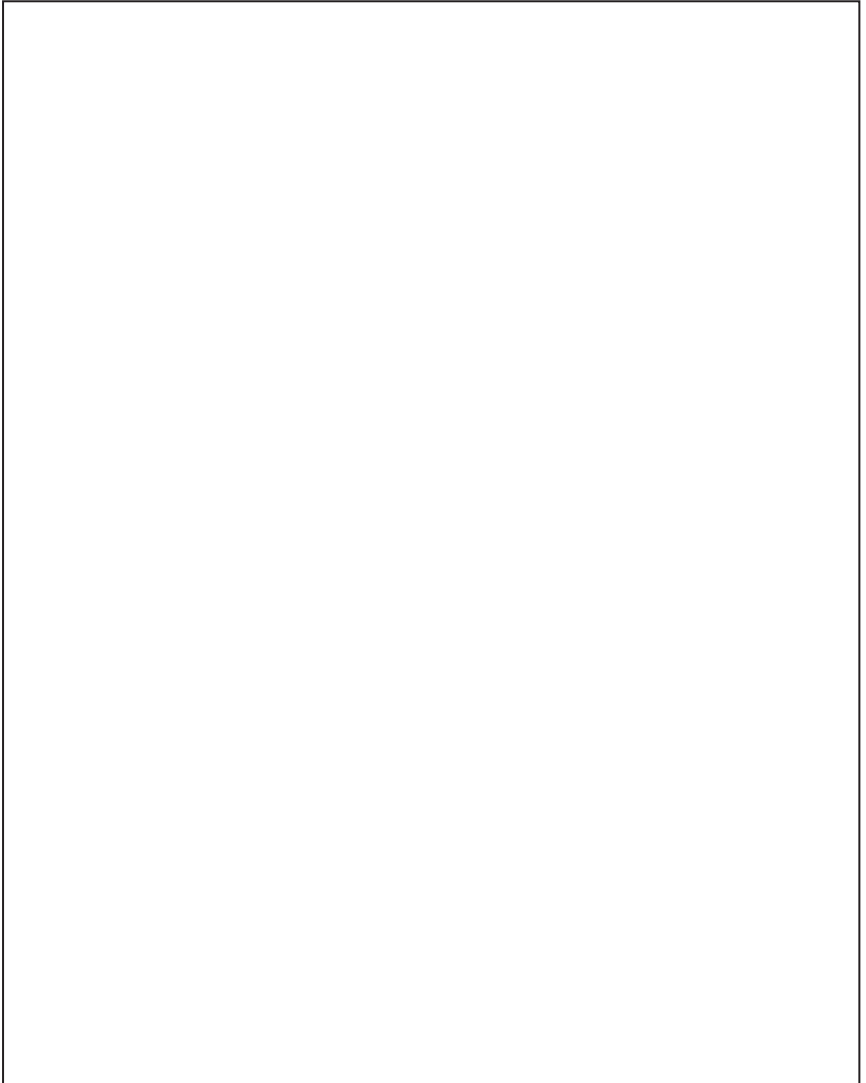
Een vaatprothese gaat meer dan 25 jaar mee; u kunt daarmee alles doen wat u gewend was te doen.

De vaatprothese is gemaakt van kunststof. Het is belangrijk dat u zich beschermt tegen infecties die door bacteriën worden veroorzaakt. Mocht u een ingreep moeten ondergaan vertel dan aan uw arts of tandarts dat u een vaatprothese heeft. U krijgt dan uit voorzorg antibiotica voorgeschreven.

### **Na endovasculaire correctie/open buik operatie**

Na ontslag uit het ziekenhuis zult u snel opknappen en de meeste mensen voelen zich twee weken na de operatie alweer fit. Met een endovasculaire prothese kunt u alles doen wat u gewend was te doen. Het kan zijn dat u bloedingen heeft in de liezen, bovenbenen en scrotum. Dit verdwijnt vanzelf. Wees de eerste twee weken na de operatie voorzichtig met tillen om niet te veel druk te geven op de wondjes in de liezen.

**Noteer uw vragen**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their questions. The box occupies most of the page below the instruction.

## 8. Controles

### **Na operatieve correctie**

Zes weken na ontslag komt u voor controle op de polikliniek Vaatchirurgie. Voor deze controle gaat u nog naar het vaatlaboratorium voor een vaatfunctieonderzoek. Mocht u vragen hebben voor de vaatchirurg schrijf deze dan op en stel ze tijdens de controle. Wanneer alles in orde is komt u nog voor controle na een half jaar en na één jaar. Daarna is controle niet meer nodig.

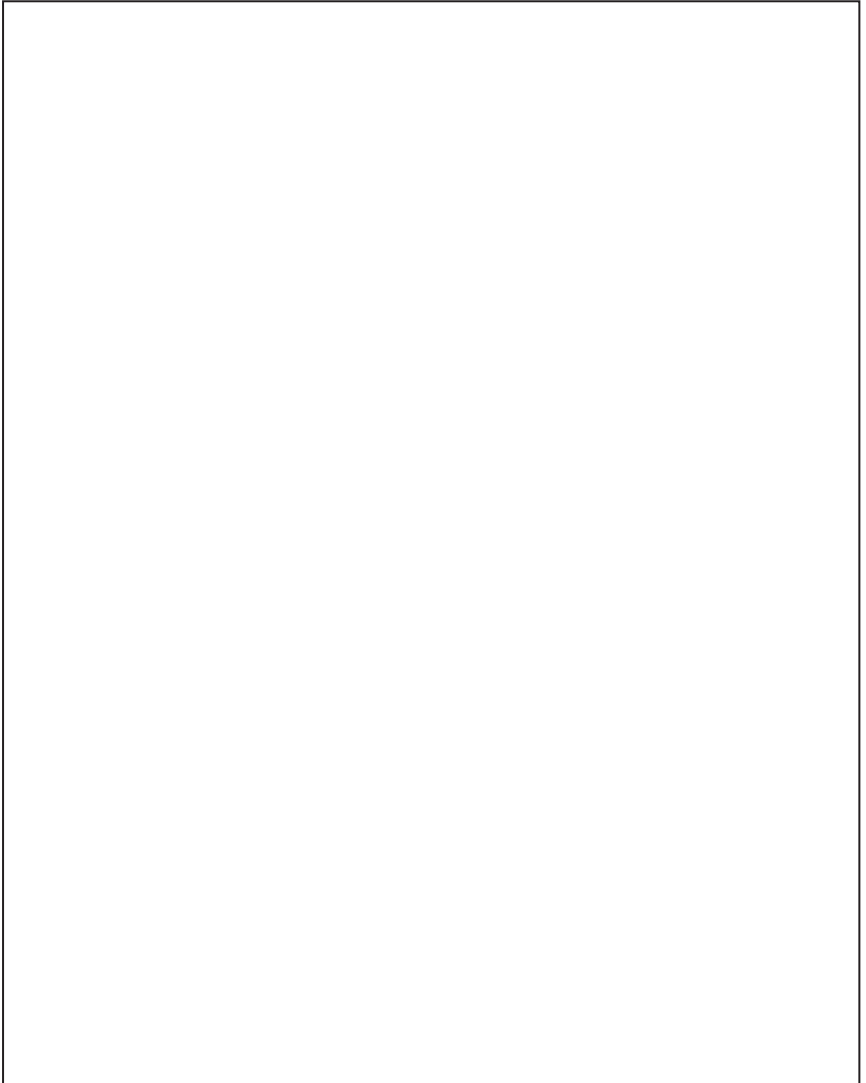
### **Na endovasculaire correctie**

Zes tot twaalf weken na ontslag komt u voor controle op de polikliniek Vaatchirurgie. Voor deze controle gaat u nog naar het vaatlaboratorium voor een vaatfunctieonderzoek. Mocht u vragen hebben voor de vaatchirurg schrijf deze dan op en stel ze tijdens de controle.

Omdat het onderzoek naar de resultaten op lange termijn van de endovasculaire behandeling nog niet is afgerond blijft u na deze behandeling langer onder controle. Daarbij wordt dan een CT-scan en een röntgenfoto van de buik gemaakt. Het eerste jaar na de operatie wordt ook een vaatfunctieonderzoek gedaan.

Het eerste jaar komt u nog na zes en twalf maanden op controle nadat bovenstaand onderzoek is verricht. Wanneer alles in orde is komt u daarna jaarlijks op controle nadat er een CT-scan en röntgenfoto is gemaakt. De afspraken voor deze onderzoeken en controle bij de arts krijgt u thuis gestuurd. U blijft dus onder controle.

**Noteer uw vragen**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their questions. The box occupies most of the page below the instruction.

## **9. Mogelijke complicaties na endovasculaire correctie**

Omdat het onderzoek naar de resultaten op de lange termijn van de endovasculaire behandeling nog niet is afgerond moeten alle patiënten jaarlijks worden gecontroleerd. Voordat u op controle komt bij de vaatchirurg wordt een CT-scan en een röntgenfoto van de buik gemaakt. U krijgt hiervan automatisch bericht.

### **Doel van de controle**

Met behulp van de CT-scan (doorgaans zonder contrast) wordt gekeken naar de doorsnede en de omtrek van het aneurysma. Het liefst wordt gezien dat het aneurysma krimpt. Een toename van de doorsnede of omtrek wijst vaak op onvoldoende “uitschakeling” van het aneurysma door de stentgraft. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat er nog bloed langs de boven- of onderbevestiging van de stentgraft in het aneurysma stroomt. Dit heet een endoleak. Een endoleak kan ook optreden door terugstroom van bloed via zijtakjes van de aorta. Dit type endoleak treedt veelvuldig op, maar stopt in de meeste gevallen spontaan in de eerste paar maanden na de stentgraft plaatsing. Als een endoleak blijft bestaan dan blijft er druk staan op de binnenwand van het aneurysma. En als er nog druk is, kan het aneurysma doorgroeien. En als het AAA doorgroeit kan het barsten. Dan is de behandeling dus niet effectief.

Let wel: u verliest geen bloed want er is geen lekkage van bloed buiten de bloedbaan.

De buikoverzichtsfoto wordt gemaakt om de metalen structuur van de endoprothese te bewaken. Ook kan hiermee goed worden gezien of er een abnormale knik in de prothese zit of (delen van) de endoprothese zich verplaatsen.

### **Behandelmogelijkheden endoleak**

Als er een endoleak wordt gevonden moet er soms aanvullend onderzoek en behandeling plaatsvinden. Niet alle vormen van endoleak behoeven direct behandeld te worden en als dat wel zo is dan kan er meestal met een nieuwe katheterisatie en bijplaatsen van een stentgraft worden volstaan.