Vernauwde halsslagader

ijsselland ziekenhuis

Hier gaat het om u.

www.ysl.nl

Patiënteninformatie

Inhoudsopgave

Inleiding 2

1. Het ontstaan van een vernauwing 3

2. Klachten bij een vernauwing 4

3. Onderzoeken 5

4. Behandelmogelijkheden 6

5. De operatie 7

6. Na de operatie 10

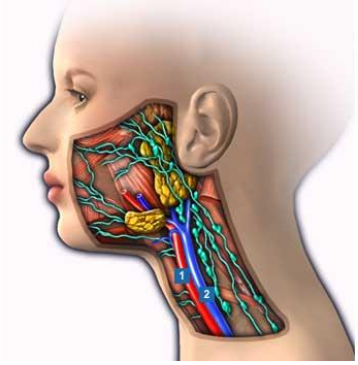
7. Weer thuis: een aantal leefregels

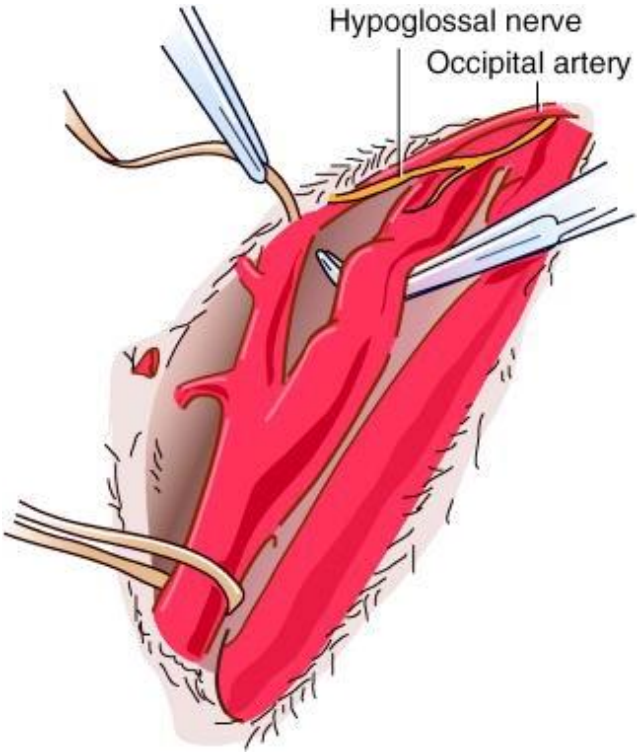
7.1 Algemene leefregels 12

7.2 Wondzorg 13

8. Heeft u nog vragen? 14

Deze folder geeft u inzicht in de klachten en de behandelingsmogelijkheden van een vernauwde halsslagader **(arteria carotis).** Het is goed u te realiseren dat voor u persoonlijk de situatie anders kan zijn dan beschreven.



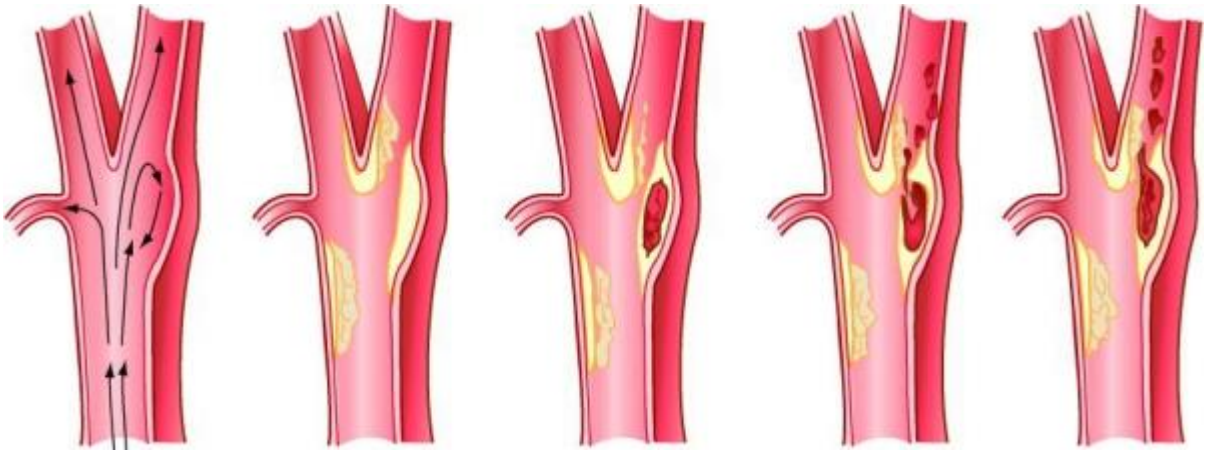


De belangrijkste slagaders in het hoofd zijn de linker- en rechter halsslagader. Ze ontspringen vlak boven het hart uit de grote lichaamsslagader (aorta) en lopen voor in de hals tussen de uitwendig zichtbare schuine halsspier en de luchtpijp in. Vlak onder de kaak splitsen ze zich beide in een tak naar het aangezicht en een tak naar de hersenen. Samen met nog enkele andere slagaders voorzien zij de hersenen van bloed.

1. Het ontstaan van een vernauwing

Een vernauwing in de halsslagader is het gevolg van aderverkalking (*atherosclerose*).
Atherosclerose is een verzamelnaam voor allerlei processen in de slagaderwand waardoor deze wand tenslotte verkalkt en verhardt (=sclerose). Hoewel niet precies bekend is waarom atherosclerose ontstaat, is het wel duidelijk dat roken en een hoge bloeddruk, suikerziekte, overgewicht of een te hoog cholesterolgehalte hierbij een belangrijke rol spelen.

Behalve een vernauwing of een afsluiting van de slagader kan atherosclerose ook een '*embolie'* veroorzaken.
Een embolie ontstaat doordat een propje van de verkalkte plaque in de ader afbreekt, en verder stroomafwaarts in de hersenen een bloedvat geheel afsluit.
Het zijn juist deze propjes die het grootste risico opleveren voor een beroerte.



Figuur 1 Het ontstaan van artherosclerose en een embolie

2. Klachten bij een vernauwing

Een vernauwing in de halsslagader of zelfs een afsluiting hoeft geen klachten te geven. Er is altijd enige reserve omdat het bloed nog via andere slagaders in de hersenen kan komen. Bij de ene mens zijn de reserveverbindingen tussen de slagaders naar de hersenen beter aangelegd dan bij de andere. Bovendien kunnen de andere bloedvaten ook vernauwingen hebben.

Wanneer een vernauwing in de halsslagader of een afsluiting wel klachten geeft, dan kunnen zowel de vernauwing als een propje in een bepaald gebied het afsterven van hersencellen veroorzaken. Dit kan leiden tot een beroerte. Een beroerte wordt ook wel **CVA** (Cerebrovasculair Accident) genoemd. Driekwart van alle mensen die een beroerte krijgen, heeft hieraan voorafgaand kortdurende verschijnselen.
Dit worden **TIA**'s (Transient Ischemic Attacks) genoemd en zijn dus waarschuwingssignalen voor een toekomstige beroerte. Deze verschijnselen worden veroorzaakt door tijdelijk bloedtekort in de hersenen.

De verschijnselen van een CVA of TIA kunnen zijn:

- kortdurende (meestal enkele min) éénzijdig krachts-verlies of verlamming van een hand, arm of been;
- tintelingen of doof gevoel in een arm, hand en/of been;
- een periode van moeilijker kunnen spreken;
- een afhangende mondhoek;
- voorbijgaande blindheid aan één oog (amaurosis fugax).

Wanneer deze verschijnselen op tijd worden herkend en behandeld, kan een groot deel van de beroertes misschien worden voorkomen.

3. Onderzoeken

Via de neuroloog of de chirurg wordt nader onderzoek gedaan om te beoordelen of er werkelijk sprake was van een TIA of een CVA.

- Soms is een **MRI-scan** of **CT-scan** (een röntgenonderzoek van het hoofd) nodig om te zien in hoeverre er al schade van de hersenen is opgetreden.

- Ook zal een uitgebreid **Duplex-onderzoek** van de halsvaten gedaan worden, zie de folder *Duplex-vaatonderzoek (CHI.033)*. Met dit onderzoek kan nauwkeurig worden gemeten hoeveel vernauwing er in de halsslagader is opgetreden. Het vaststellen van de mate van vernauwing is belangrijk:
  - Er is bekend dat het risico van een beroerte toeneemt bij een vernauwing van een halsslagader van meer dan 50%. In het eerste jaar na het optreden van de waarschuwingsverschijnselen, de TIA's, is de kans op een beroerte dan 10 tot 15%.
  - Hoe nauwer de doorgang, hoe groter het risico.

  Wordt de vernauwing bij toeval gevonden en zijn er nog geen verschijnselen opgetreden, dan is de kans op een beroerte aanzienlijk kleiner.

- Een enkele keer zal ook een **Angiografie** van de halsslagaders nodig zijn, zie folder *Angiografie, dotteren, stent plaatsen (RON.001)*.

4. Behandelmogelijkheden

De behandeling van een vernauwde halsslagader kan **met medicijnen** en/of **een operatie** plaatsvinden. Wat voor u de meest zinvolle behandeling is, hangt af van de ernst van de vernauwing, uw conditie en leeftijd.

Wanneer uw klachten op een TIA berusten, krijgt u in ieder geval clopidogrel voorgeschreven. Dit middel wordt een 'bloedverdunner' genoemd. Hierdoor vermindert de kans op zowel een beroerte als een hartinfarct. Er is slechts een kleine hoeveelheid van dit geneesmiddel per dag nodig, zodat er weinig bijwerkingen zijn.

Ook **hoge bloeddruk** en een **te hoog cholesterolgehalte** zijn met medicijnen te behandelen.
Hiernaast is een gezonde levensstijl erg belangrijk:

- niet roken
- voldoende lichaamsbeweging
- gezonde, gevarieerde voeding met weinig verzadigd vet
- alcohol met mate.

Een **operatie** aan de halsslagader is geen ongevaarlijke ingreep. Tijdens de operatie kunnen bloedpropjes of stukjes van de verkalkte vaatwand loslaten. Deze kunnen naar de hersenen meestromen en een herseninfarct (CVA) veroorzaken. En dat terwijl de operatie juist bedoeld was om dit te voorkomen. De kans hierop bedraagt ongeveer 2 tot 5 %. De keuze om wel of niet te opereren moet daarom goed worden overwogen.

Met een operatie kan reeds opgetreden schade niet meer worden hersteld. Het is niet zinvol om een halsslagader die al helemaal dicht zit, opnieuw open te maken.

5. De operatie (in het Erasmus MC)

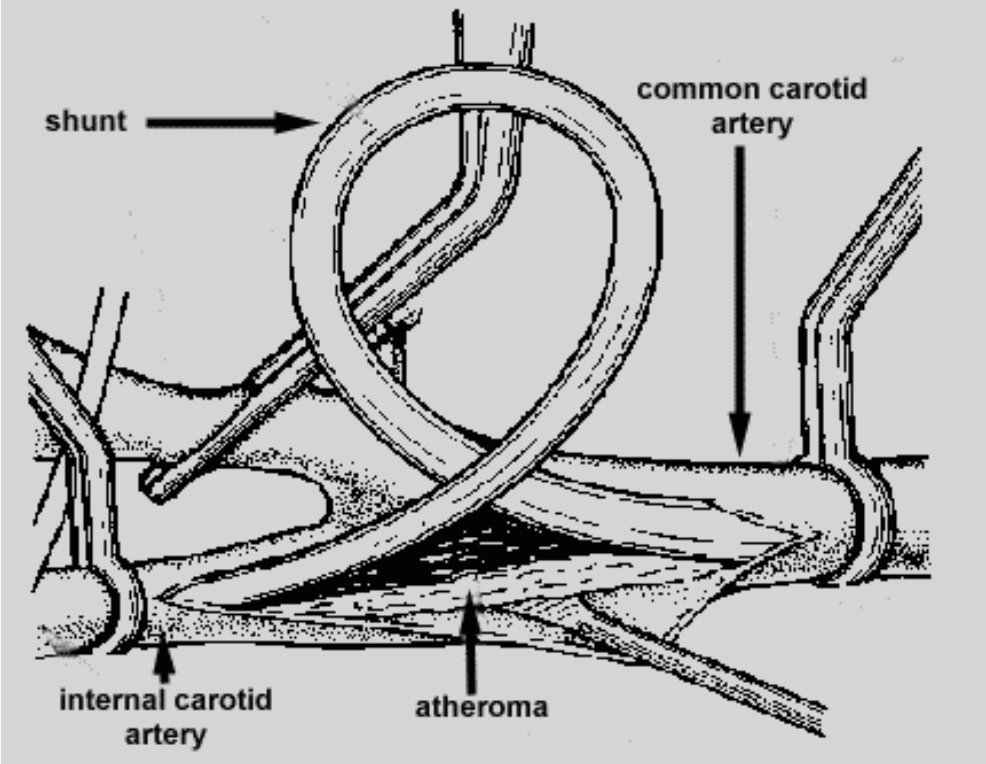
De vaatchirurgen van het IJsselland Ziekenhuis werken samen met de afdeling vaatchirurgie van het Erasmus MC.
De operatie vindt plaats in het Erasmus MC.
Vóór de ingreep heeft u een afspraak in het Erasmus MC bij de vaatchirurg en bij de anesthesioloog.
De anesthesioloog geeft u informatie over de wijze van verdoven, wanneer u nuchter moet zijn, het stoppen of doorgaan met medicijnen enz.
U ontvangt van de anesthesioloog een folder waarin u dit kunt nalezen.

Uw verblijf in het ziekenhuis is 2 tot 4 dagen.

De operatie vindt plaats onder **EEG-bewaking**.
Voor een EEG (Electro EncefaloGram ofwel "hersen-filmpje") worden op uw hoofd vele draadjes aangebracht.
Met behulp van het EEG wordt de activiteit van de hersenen gemeten. Op deze manier wordt de doorbloeding van de hersenen tijdens de operatie gemeten.

- Via een snede aan de zijkant van de hals wordt de slagader opgezocht. Via een infuus krijgt u tegelijkertijd een bloedverdunnend medicijn toegediend om een eventueel bloedstolsel te voorkomen.
- Vervolgens wordt de slagader afgeklemd.
  Een kortdurende onderbreking van de bloedstroom naar de hersenen is niet gevaarlijk.

Echter als het EEG verandert of als uw reactievermogen verandert, krijgen de hersenen te weinig bloed en wordt een kleine plastic buis (een *shunt*) in het bloedvat gebracht. Met klemmetjes wordt de vaatwand strak om de shunt gekneld, waarna het bloed door de shunt weer naar de hersenen stroomt. Meestal is een shunt niet nodig.



Figuur 2 Een shunt

- Bij de operatie wordt de slagader schoongemaakt.
  De chirurg verwijdert de binnenste laag van de vaatwand.
  Hierna wordt de halsslagader weer gesloten.

Om te voorkomen dat de slagader op de plaats van de hechtingen vernauwd raakt, wordt gebruik gemaakt van een patch: een reepje kunststof of een stukje ader dat tijdens de operatie uit uw been wordt verwijderd.

Mogelijke complicaties

Geen enkele operatie is zonder risico's. Zo zijn er ook bij deze operatie complicaties mogelijk zoals: wondinfectie, hartinfarct, longontsteking, trombose of longembolie.

Daarnaast zijn er nog enkele voor deze operatie specifieke complicaties mogelijk.

- Tijdens of vlak na de operatie kan een **beroerte** optreden. Zoals u eerder heeft gelezen, is de kans hierop klein (2 tot 5%), maar aangezien de operatie juist wordt uitgevoerd om een beroerte te voorkómen, is dit een ernstige complicatie.
- Omdat u aan de bloedvaten wordt geopereerd en bloedverdunnende medicijnen krijgt toegediend, bestaat er een verhoogde kans op een **bloeding** na de operatie. In dat geval is het soms nodig terug te gaan naar de operatiekamer om de bloeding te stelpen. Behalve deze tweede operatie heeft dit geen nadelige gevolgen.
- Minder ernstige, maar toch vervelende complicaties kunnen optreden wanneer tijdens de operatie beschadiging optreedt van in het operatiegebied verlopende zenuwen.
  → Slikstoornissen of problemen aan de stemband (heesheid) kunnen daarvan het gevolg zijn.
  → Ook is het mogelijk dat U na de operatie last hebt van een doof gevoel of tintelingen van de oorlel of het gebied van kaak en mondhoek. Meestal betreft het een kneuzing van die zenuw die van tijdelijke aard is en na verloop van tijd zal verdwijnen.

6. Na de operatie

Na de operatie verblijft u ongeveer 6 uur op de uitslaapkamer. Daarna verblijft u 1 dag op de medium care. Tenslotte gaat u naar een gewone verpleegafdeling.

Het herstel is over het algemeen zeer snel.
Meestal kunt u na 2 - 4 dagen het ziekenhuis verlaten.

- Als de verdoving uitgewerkt is, kunt u wat **pijn** van de wond hebben, maar dit kan met pijnstillers goed worden behandeld.
- Soms is het nodig een **drain** (een dun plastic slangetje) in de wond achter te laten om een bloeduitstorting te voorkomen. Deze drain wordt al na één dag verwijderd.
- U krijgt **clopidogrel** om bloedstolselvorming te voorkomen.
- Na de operatie is het mogelijk dat de bloeddruk tijdelijk is verhoogd. In dat geval krijgt u **bloeddrukverlagende medicijnen** voorgeschreven.

De snede in de hals geneest meestal mooi.

Poliklinische controle

Na deze operatie is het niet noodzakelijk om gedurende uw verdere leven onder controle te blijven.
Meestal is één jaar poliklinische controle voldoende.

NAAR HUIS:

ADVIEZEN

INSTRUCTIES

LEEFREGELS

		
	**VERNAUWDE HALS-SLAGADER**	
		

7. Weer thuis: een aantal leefregels

7.1 Algemene leefregels

Na ontslag uit het ziekenhuis kunt u uw dagelijkse activiteiten weer langzaam opbouwen.

- Tijdens de eerste twee weken na de operatie mag u geen zwaar huishoudelijk werk doen.
- In overleg met uw behandelend arts of bedrijfsarts bepaalt u wanneer u weer aan het werk kunt gaan.
- Het kan zijn dat de wond in uw hals bij ontslag nog wat dik is. Dit trekt meestal vanzelf weg. Wordt de wond plotseling dik en/of rood? Neem dan contact op met het ziekenhuis (zie pag. 13).
- Als uw wonden genezen zijn, gelden er geen beperkingen meer. Wel zult u levenslang bloedverdunners moeten gebruiken.
- Door de operatie is de atherosclerose, die ook in de andere bloedvaten voorkomt, niet gestopt !!!
  Het is dan ook verstandig om te zorgen dat dit zo weinig mogelijk toeneemt. Dit doet u door de risicofactoren hiervoor zo klein mogelijk te maken:
  - stoppen met roken,
  - hoge bloeddruk en diabetes behandelen,
  - dieet houden,
  - cholesterol verlagende medicijnen gebruiken.

7.2 Wondzorg

Uw wond wordt (meestal) behandeld met een pleister, omdat de wond nog wondvocht kan lekken.
De hechtingen worden ongeveer 10 dagen na de operatie verwijderd. U krijgt daarvoor een afspraak mee bij ontslag uit het ziekenhuis.

- U mag **douchen.**
  Heeft u nog een pleister op de wond, verwijder deze dan voordat u gaat douchen.
  Er mag gewoon water en zeep op de wond komen.
- Ga **niet in bad** zolang uw wond nog niet volledig genezen is. Dit kan uw wond namelijk ‘week’ maken.

Is de wond droog (komt er geen vocht meer uit)
dan hoeft er niets meer op de wond, ook al zitten
de hechtingen er nog in.

U moet contact opnemen als:

- De omgeving rond de wond rood en/of dik is.
- De wond meer pijn gaat doen.
- Geur en/of wondvocht toeneemt.
- Als u koorts heeft (hoger dan 38.5)
- Als u zich zorgen maakt.

Zie telefoonnummers op de volgende pagina.

8. Heeft u nog vragen?

Dan kunt u deze stellen aan uw behandelend arts of u kunt contact opnemen met de polikliniek chirurgie:

Tijdens kantooruren:

Polikliniek chirurgie: tel. **010 - 258 59 10**

’s Avonds en in het weekend:

Centrale Receptie IJsselland Ziekenhuis: tel. **010 - 258 50 00**
→ vraag naar de arts-assistent chirurgie

Verder nog van belang
Deze folder is samengesteld door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NvvH) en aangepast voor het IJsselland Ziekenhuis. Deze folder ondersteunt de mondelinge informatie die u krijgt. Stel vragen als u meer wilt weten over onderzoek, operatie, gevolgen, risico’s of andere behandelmogelijkheden.
Ontdek Mijn IJsselland De toegang tot uw eigen gegevens, dossier, afspraken en vragenlijsten **mijn-ijsselland** Bekijk onze korte animatie **Bekijk uw gegevens in Mijn IJsselland**
Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) Website/app (gratis) waarop u al uw gezondheidsgegevens kunt bundelen en raadplegen **PGO**
Aanbevolen websites Betrouwbare medische informatie, aanbevolen door onze zorgverleners **aanbevolen-websites**
IJsselland Folders Al onze patiëntenfolders kunt u opzoeken en lezen in onze Folder Web App **folder app**