

Aortadissectie

Deze folder is bedoeld om u informatie te geven over het ziektebeeld aortadissectie en de behandeling hiervan. U krijgt uitleg over wat een aortadissectie is, hoe het kan ontstaan, wat de gevolgen zijn en hoe het behandeld kan worden.

Wat is een aortadissectie?

De wand van de grote lichaamsslagader, de aorta, bestaat uit drie lagen. Wanneer de binnenste laag scheurt, kan het bloed door de wandlagen van de aorta heendringen, zowel stroomopwaarts als stroomafwaarts. Hierdoor worden de lagen van de aorta gespleten of gedissecteerd (vandaar de naam dissectie). De wandlagen worden losgewoeld doordat het bloed tussen de wandlagen gepompt wordt via de opening of scheur in de binnenlaag. De plaats waar de scheur in de binnenwand ontstaat, noemen we de intimascheur. Naast het normale bloedvat ontstaat ook een kanaal in de wand van het bloedvat.

Oorzaken

Een aortadissectie kan ontstaan door: hoge bloeddruk (waardoor slijtage van de slagaderwand), slagaderverkalking, syndroom van Marfan (bindweefsel-aandoening), zwangerschap of trauma (bijvoorbeeld katheterisatie of auto-ongeval).

Er zijn twee soorten dissecties, type A en type B.

Beide aandoeningen kunnen afzonderlijk, maar ook samen voorkomen.

Verder geldt dat een type A dissectie ook een type B dissectie kan zijn: 80% van een type A dissectie heeft ook een type B dissectie.

Type A

Bij een type A dissectie is het opstijgende deel van de aorta uit het hart, achter het borstbeen gedissecteerd. De scheur (dissectie) ontstaat net boven de aortaklep, maar in uitzonderlijke gevallen kan deze zich ook verderop in de aorta bevinden. Door het loswoelen van de aortawand stroomopwaarts (dus richting het hart) kan de aortaklep zijn vorm verliezen, waardoor deze ernstig lekt. Er vloeit dan veel bloed terug naar de linkerkamer van het hart, waardoor deze moeite krijgt om optimaal te blijven werken. Stroomafwaarts kunnen problemen ontstaan met de doorgankelijkheid van belangrijke zijtakken van de aorta, zoals de slagaders naar de hersenen. Hierdoor kunnen herseninfarcten ontstaan. Verder stroomafwaarts, in de buik, kunnen de darmslagaders of de nierslagaders minder bloed krijgen zodat de functie van deze organen in het gedrang komt.

Type B

Bij een type B dissectie is het afdalende deel van de aorta betrokken bij het dissectieproces. Het begin van de scheur bevindt zich meestal net voorbij de afsplitsing van de linker sleutelbeenslagader, hoog in de borstkas. Hierdoor kunnen problemen ontstaan met de doorbloeding van de stroomafwaarts gelegen organen, zoals de darmen en de nieren.

Ook de onderste ledematen kunnen in de problemen komen.

Risico's

Bij een type A dissectie kan het hartzakje vol lopen met bloed. Daardoor kan het hart het bloed niet meer rondpompen, waardoor een levensbedreigende situatie ontstaat. Doordat de gescheurde aortawand verzwakt is, bestaat het risico dat deze doorbreekt. Het slagaderlijk bloed loopt dan rechtstreeks en onder relatief hoge druk het hartzakje of de borstholte in, waardoor de patiënt snel kan overlijden.

Bij beide types dissectie kunnen belangrijke zijtakken van de aorta in het gedrang komen en dus niet meer goed worden doorbloed. Hierdoor kunnen infarcten ontstaan in deze organen. Omdat de aorta 'de hoofdsnelweg' is van het lichaam en alle slagaders daaruit ontspringen, is het begrijpelijk dat elk orgaan in gevaar kan komen.

Zo kunnen ten gevolge van de dissectie ontstaan:

- hartinfarcten
- herseninfarcten
- verlamming van de onderste ledematen
- nierfalen
- darminfarcten
- zuurstofgebrek van de onderste ledematen

Klachten/ symptomen

Vrijwel altijd ervaart de patiënt een plotselinge, zeer hevige, stekende pijn. Deze pijn is typisch 'verscheurend'. De pijn wordt gevoeld achter het borstbeen, soms uitstralend naar de nek (type A), ter hoogte van de rug tussen de schouderbladen, soms uitstralend naar de lendenen (type B). De pijn is zeer hevig en niet te vergelijken met andere pijn. Ook kunnen er symptomen ontstaan door complicaties zoals plotselinge buikpijn (darmslagader afgesloten), pijn in de onderrug (nierslagaders afgesloten), tintelingen of verlammingen van de ledematen (slagaders naar het ruggenmerg afgesloten).

Onderzoeken

In verband met de hevigheid en plaats van de pijn moet allereerst een hartinfarct worden uitgesloten. Dit gaat via een hartfilmpje en bloedonderzoek. Als er geen sprake is van een hartinfarct is verder onderzoek nodig. Zoals een foto van hart en longen, echo en/of een CT-scan. In sommige gevallen zal er ook een hartkatheterisatie of een MRI-scan worden gedaan.

Behandeling

Type A

Bij een type A dissectie is er direct een operatie noodzakelijk. De kans van slagen is sterk afhankelijk van de omstandigheden waarin de patiënt in het ziekenhuis komt.

Is er niet te lang gewacht, werken de nieren nog goed, hoe functioneren de longen of zijn er voor de ingreep al (hersens)beschadigingen ontstaan.

De behandeling van een dissectie is lastig en complex. De operatie kan op verschillende manieren verlopen, afhankelijk van de plaats en de gevolgen van de dissectie. De operatie gebeurt door het openen van de borstkas. Het aangedane deel van de aorta wordt vervangen door een buisprothese, dit betekent dat het aangedane deel dus verwijderd wordt. Afhankelijk van de verdere gevolgen van de dissectie wordt ook de aortaklep vervangen, de kransslagaders en de halsslagaders opnieuw worden ingehecht.

Type B

Bij een type B dissectie is een behandeling nodig met bloeddrukverlagende middelen en is zes weken bedrust in het ziekenhuis noodzakelijk om bloeddrukwisselingen te voorkomen waardoor de binnenwand van de aorta weer kan genezen.

Type A en B

Als u zowel een type A als een type B dissectie heeft, dan krijgt u na de operatie ook zes weken bedrust.

Zorg in het ziekenhuis

De zorg na de operatie (dus bij een type A dissectie) is voornamelijk gericht op het revalideren. U verblijft nog zeven tot tien dagen in het ziekenhuis als er verder geen complicaties optreden.

Bij een type A in combinatie met een type B, of alleen een type B dissectie, neemt het verblijf in het ziekenhuis een lange tijd in beslag (ongeveer zes weken). Dit kan een behoorlijke psychische belasting voor u zijn, de verpleegkundigen weten dit en hebben hier ook oog voor. U krijgt ongeveer zes weken bedrust en daarna kunt u geleidelijk weer gaan bewegen onder begeleiding van de fysiotherapeut. Dit hangt af van de CT-scan die wordt gemaakt, uw lichamelijke conditie en de bloeddruk die regelmatig wordt gemeten.

In verband met de lange bedrustperiode krijgt u een luchtmatras. Deze verdeelt de druk onder uw lichaam beter waardoor het risico op doorliggen wordt verminderd.

Het is belangrijk dat uw bloeddruk laag blijft zodat er minder druk op de wand van de aorta staat. Hiervoor krijgt u waarschijnlijk ook bloeddrukverlagende medicatie. Belangrijk is dat de ontlasting regelmatig komt en zacht is en blijft, zodat u niet hoeft te persen en er geen druk op de vaatwand komt. Verder krijgt u zonodig een natriumbeperkt dieet, dit is om een hoge bloeddruk te voorkomen.

Ook krijgt u, in verband met de lange periode van bedrust, één keer per dag een Fraxiparine spuitje in de buikwand toegediend. Dit is een 'bloedverdunnend' medicijn om trombose te voorkomen.

Ontslag

Als u voldoende bent gerevalideerd komt het ontslag naar huis in zicht. Kijk voor meer informatie in de folder 'richtlijnen na ontslag aortadissectie'. U krijgt bij ontslag een polikliniekafspraak mee voor de cardioloog. Mochten er zich thuis problemen voordoen, dan kunt u contact opnemen met de huisarts.

Vragen

Als u na het lezen van deze folder nog vragen heeft, neemt u dan gerust contact op met de afdeling cardiologie, (0318) 43 55 43.