

Inhoudsopgave	Pagina
Inleiding	3
Bloedsomloop en de gevolgen van vernauwingen in slagaders	4
De klachten bij een vernauwing van de beenslagader	6
Oorzaken	9
De onderzoeken	12
Doppleronderzoek	14
Duplexonderzoek	15
Angiografie (DSA)	15
MRI-scan	15
Leven met etalagebenen: de adviezen	16
Gezonde leefstijl	16
Voetverzorging	17
Behandelingen	18
Looptraining	18
Medicijnen	20
Dotterbehandeling (PTA)	21
Na de dotterbehandeling	22
Opereren	23
Endarteriëctomie	24
Bypass	25
Complicaties bij de operaties	25
Na de operatie	26
Meer informatie	28
Wat kan de Nederlandse Hartstichting voor u doen?	28
Wat kan de Vereniging van Vaatpatiënten voor u doen?	29

Inleiding

“..... een krampende pijn in mijn been. Ik kon gewoon niet meer verder lopen.”

Herkent u dat? Dat u zo'n pijn in uw been hebt dat u alleen nog maar kunt stilstaan en wachten tot het overgaat? Uw klacht heeft te maken met een haperende bloedtoevoer naar uw benen. Als spieren te weinig zuurstof krijgen, gaan ze een stekende, krampende pijn geven.

Dat het bloed niet goed doorstroomt, ligt aan het feit dat de slagaders in uw benen door verkalking te nauw zijn geworden. In deze brochure leggen we deze aandoening in detail uit en gaan we in op wat u en de artsen er aan kunnen doen.

Als u uw leefwijze aanpast - gezond eten, veel bewegen, waaronder veel lopen en niet roken - kunt u de klachten voor een belangrijk deel tegen gaan. Wellicht moeten uw slagaders echter toch in het ziekenhuis behandeld worden. U zult in ieder geval een aantal onderzoeken krijgen.

Deze brochure is bedoeld als ondersteuning. Uw arts zal u mondeling ook alle belangrijke informatie geven. In het midden van de brochure zit een lijstje met aandachtspunten dat u naar het gesprek met de arts kunt meenemen, zodat u zeker weet dat u geen belangrijke punten vergeet.

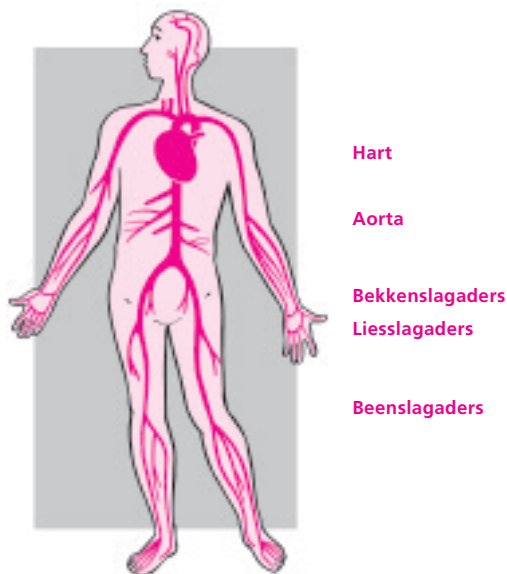
De medische term voor het verschijnsel dat u niet zomaar door kunt lopen is 'claudicatio intermittens', wat letterlijk betekent: 'mank lopen met tussenpozen'. De term 'etalagebenen' slaat op het feit dat u in een winkelstraat steeds kunt doen alsof u de etalages wilt bekijken, terwijl u in feite gewoon pijn hebt.

De artsen gebruiken ook de term ‘perifeer arterieel vaatlijden’. Met ‘perifeer’ bedoelen ze de ledematen (de benen dus); ‘arterieel’ betekent: in de slagaders; en vaatlijden betekent dat de ziekte zich in de bloedvaten bevindt.

Bloedsomloop en de gevolgen van vernauwingen in slagaders

Om uw aandoening goed te kunnen begrijpen, is het belangrijk om te weten hoe onze bloedsomloop werkt.

De bloedsomloop zorgt ervoor dat we overal in ons lichaam steeds verse zuurstof en bouwstoffen krijgen en dat koolzuurgas en afvalstoffen weer worden afgevoerd. Bloed krijgt zuurstof in de longen en gaat via het hart en de slagaders naar alle delen van het lichaam. Het afgeven van de zuurstof en het opnemen van de afvalstoffen gebeurt in heel dunne bloedvaatjes: de haarvaten. Daarna stroomt het bloed via de aders terug naar het hart en de longen. De aanvulling van bouwstoffen gebeurt bij de darmen en de uitscheiding van afvalstoffen via de lever en de nieren, terwijl koolzuurgas via de longen het lichaam verlaat.



Als een slagader vernauwd is, geeft hij minder bloed met zuurstof door dan goed is. Als spieren te weinig zuurstof krijgen, gaan ze verzurende afvalstoffen maken. Deze veroorzaken de hevige pijn, in uw geval in de benen. Dit betekent dat de slagaders naar of in de benen vernauwd zijn. De vernauwing van de slagader zit altijd boven de plaats waar u pijn voelt. Die vernauwingen zitten vooral op plaatsen waar slagaders zich vertakken. Een vernauwing kan hoog zitten, dus onder in de buik waar de grote lichaamsslagader zich vertakt in de beide bekkenlagaders naar de benen. Dan voelt u bij het lopen pijn in de bilstreek en de bovenbenen, en als u doorloopt ook in de onderbenen. Als u pijn voelt in de kuit en als u doorloopt ook in de voet, zit de vernauwing waarschijnlijk in de slagader van het dijbeen. Een vernauwing in het onderbeen leidt tot pijn in het onderbeen en in de voet.

Reserveslagaders (collateralen)

In onze spieren lopen nog kleinere bloedvaten waar in normale omstandigheden heel weinig bloed doorheen stroomt. We noemen die bloedvaten ‘collateralen’, wat betekent dat ze als het ware parallel lopen aan de gewone slagaders. Deze bloedvaten blijken in geval van nood - dus bij afsluiting of vernauwing - de functie van de grotere slagaders gedeeltelijk over te nemen. Ze zijn dus heel belangrijk bij het bestrijden van de gevolgen van vernauwingen in de beenslagader.

Met looptraining kunt u namelijk die kleine bloedvaten in uw benen stimuleren. Hierover leest u meer op pagina 18.

De klachten bij een vernauwing van de beenslagader

Bij een vernauwing van de beenslagader krijgt u pijn nadat u een stuk hebt gelopen. Als die pijn al snel optreedt, vermijdt u het lopen.

Daardoor zou u zich minder energiek kunnen voelen en kunt u prikkelbaarder zijn. Misschien slaapt u slechter. U ziet op tegen allerlei activiteiten, of het nou voor het werk is of thuis, met vrienden, op vakantie, etc.

Behalve pijn, kunt u de volgende verschijnselen hebben:

- koude voeten;
- het verdwijnen van de onderhuidse vetlaag in de benen;
- het verdwijnen van haargroei op uw voeten en tenen;
- verdikking van uw teennagels (kalknagels);
- langzamere groei van de nagels.

U kunt merken dat uw been bleek wordt als u het optilt en rood als u het laat hangen. Als u een wond aan uw voet hebt, kan die gemakkelijk ernstig ontsteken ('voetulcus'). U moet dan snel naar de huisarts om zo'n ontsteking goed en grondig te laten behandelen.

Hoe ernstig is de aandoening bij u?

De aandoening ontwikkelt zich in vier stadia, die de arts herkent aan de hand van uw klachten:

– Stadium I

Er is wel een vernauwing van de slagader naar uw been of van de slagader in uw been, maar u merkt er niets van omdat de collateralen voor de doorstroming van het bloed zorgen.

– Stadium II

De vernauwing is inmiddels zo ernstig dat u niet meer een heel stuk kunt lopen zonder een stekende, krampende pijn in uw been of benen (etalagebenen). De collateralen kunnen het tekort in de aanvoer van zuurstofrijk bloed niet meer goedmaken. In stadium II maakt men nog een onderscheid, namelijk of u meer (II-A) of minder (II-B) dan 100 meter zonder pijn kunt lopen (pijnvrije loopafstand).

– Stadium III

Ook tijdens rust is de doorbloeding onvoldoende en voelt u pijn in uw been. 's Nachts in bed krijgt u pijn in uw voet. Die pijn wordt alleen minder als u het been naar beneden laat hangen of als u uit bed gaat.

– Stadium IV

De doorbloeding van uw been staat bijna helemaal stil. Uw been is nu extreem gevoelig voor het ontstaan van wonden en infecties. Wondjes ontstaan gemakkelijk als u uw nagels knipt of waar uw voet de druk van uw schoen ondervindt. In het ergste geval breiden deze wonden zich uit en kleuren ze donkerblauw of zwart; ze zijn nat (gangreen) of droog (necrose) en ze leiden uiteindelijk tot het afsterven van weefsel. Als dit te ver door zou gaan, moet de chirurg het aangedane deel verwijderen: dat kan betekenen dat een of meer tenen of zelfs de hele voet of onderbeen geamputeerd moet worden. Laat het alstublieft niet zover komen en ga onmiddellijk naar uw arts, zeker als u donkerblauwe of zwarte huidverkleuringen ziet!

Als u in stadium I of II zit, kunt u met twee maatregelen de verschijnselen goed terugdringen: namelijk absoluut niet (meer) roken en véél lopen. Als uw aandoening in stadium III of IV terecht is gekomen, moet u in het ziekenhuis behandeld worden. We komen daar nog op terug.

De meeste patiënten weten door zich te houden aan de adviezen en zelf actief aan de slag te gaan, de aandoening beperkt te houden tot stadium II.

Oorzaken

Vernauwingen van slagaders ontstaan door **slagaderverkalking (atherosclerose)**. Op bepaalde plaatsen in de slagader, vaak waar de gladde binnenwand beschadigd is, gaan witte bloedcellen en vetachtige stoffen (waaronder cholesteroldeeltjes) in en op de vaatwand vastzitten. Dit wordt een **'plaque'** genoemd. Op deze plaque ontstaan bloedstolseltjes die uit bloedplaatjes bestaan.

Doordat de plaque naar binnen aangroeit, neemt deze steeds meer plaats in en vernauwt dus de slagader. Er kan dan minder bloed doorheen.



Wanneer krijgen we slagaderverkalking?

Als we ouder worden, worden de slagaders minder soepel. Of we ook slagaderverkalking krijgen, hangt af van een aantal factoren. We noemen de belangrijkste:

- Als u rookt, krijgt u uit de rook schadelijke stoffen in uw bloed die de wanden van de slagaders voortdurend irriteren en op den duur beschadigen (ruw maken).

- Als u hoge bloeddruk hebt, staan de wanden van de slagaders voortdurend onder een hogere druk dan goed voor ze is; dat maakt dat er gemakkelijker plaques ontstaan.
- Diabetes mellitus (suikerziekte, hierna te noemen diabetes) bevordert ook de vorming van plaques, tenzij u het glucosegehalte in uw bloed laag weet te houden.
- Het cholesterolgehalte in het bloed wordt verhoogd door verzadigde vetzuren in de voeding (margarine uit een pakje, roomboter, vlees en kaas).
- Als u te zwaar bent en als u te weinig beweegt, wordt ook de vorming van plaques bevorderd.
- Door een te hoog homocysteïnegehalte in het bloed neemt het risico op slagaderverkalking toe. Een verhoogd homocysteïnegehalte is het gevolg van een tekort aan één of meer enzymen, waardoor er te weinig homocysteïne wordt omgezet en het gehalte in het bloed te hoog wordt. Dit kan ook al op jeugdige leeftijd tot slagaderverkalking leiden.
- Als u man bent, loopt u op jongere leeftijd kans op slagaderverkalking dan wanneer u vrouw bent; tot de overgang beschermt het vrouwelijk geslachtshormoon tegen slagaderverkalking.
- Als familieleden van u vóór hun 60^{ste} jaar hart- en vaatziekten hebben gekregen, loopt u zelf ook een groter risico op slagaderverkalking.

Sommige factoren komen heel vaak samen voor. Bijvoorbeeld overgewicht, te weinig lichaamsbeweging en diabetes gaan vaak met elkaar samen.

Slagaderverkalking kan ook nog tot andere aandoeningen leiden: angina pectoris (pijn op de borst), hartinfarct, beroerte.

Wat kunt u doen om slagaderverkalking tegen te gaan?

Ook al hebt u dus al last van de gevolgen van slagaderverkalking, u kunt nog steeds zelf maatregelen nemen om verdere verergering tegen te gaan. De belangrijkste leefregels zijn:

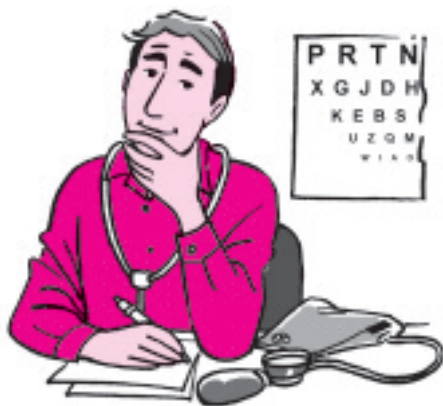
- niet (meer) roken;
- als u diabetes hebt, uw glucosegehalte goed bewaken;
- gezond en gevarieerd eten, met veel vis, groenten en fruit en zo weinig mogelijk verzadigd vet (dit zit in: vlees, roomboter, kaas, margarine uit een pakje, koekjes, gebak enzovoort);
- niet meer dan twee (voor vrouwen) of drie (voor mannen) glazen alcohol op een dag drinken en niet elke dag drinken;
- uw gewicht terugbrengen tot een gezond niveau;
- veel bewegen (hiermee gaat u hoge bloeddruk tegen, het helpt uw cholesterolgehalte te verlagen, uw gewicht te verlagen of op peil te houden en uw glucosegehalte te verbeteren).



Meer informatie over gezond eten, voldoende lichaamsbeweging en overgewicht vindt u in de gratis brochures ‘Eten naar hartenlust’, ‘Bewegen doet wonderen’ en ‘Over Gewicht’ van de Nederlandse Hartstichting. Hoe u deze brochures kunt aanvragen, leest u op pagina 28.

De onderzoeken

U komt met uw pijnklachten eerst bij uw huisarts terecht. Die zal u een aantal dingen vragen. Welke risicofactoren voor slagaderverkalking vertoont u? Wat eet u, hoeveel lichaamsbeweging hebt u, rookt u en zo ja: hoeveel? Hebt u diabetes? Hebt u familieleden die ook slagaderverkalking hebben? Hoe ver kunt u zonder pijn lopen? De huisarts zal uw bloeddruk opmeten en u lichamelijk onderzoeken. Hij of zij zal het kloppen van uw slagaders in de lies en in de voeten bevoelen en met de stethoscoop luisteren naar de doorstroming van het bloed door de slagaders in uw lies.



Op basis van dit onderzoek kan de huisarts vermoeden dat u een vernauwing hebt. Om dit zeker te weten, doet de huisarts - of iemand in het vaatlaboratorium van een ziekenhuis - bij u een **Dopplersonderzoek**. Bij dit onderzoek meet men met een Doppler-flowapparaat het verschil tussen de bloeddruk aan uw arm en uw enkel. Die maat (de 'enkel-arm-index') is een goede graadmeter voor het vaststellen van een vernauwing in een van de slagaders naar of in uw been (of benen). Afhankelijk van deze resultaten en de ernst van uw klachten, verwijst de huisarts u door voor nader onderzoek en specialistische behandeling.



Misschien zijn de resultaten nog niet zo duidelijk. Voor een duidelijker resultaat wil men de enkel-arm-index bij inspanning meten. Daarvoor doet u dan op een loopband een looptest. Men weet dan ook meteen hoe ver u pijnvrij kunt lopen en hoe ver u (mét pijn) maximaal kunt lopen totdat de kramp u dwingt te stoppen.

Met het Doppler-apparaat kan men heel goed de vernauwingen in de verschillende slagaders (in lies, knie, onderbeen) opsporen. Vaak combineert men de Dopplertesten met een echografisch onderzoek; zo'n combinatie noemt men in het vaatlaboratorium een **duplexonderzoek**. Bij een duplexonderzoek kan men meestal goed zien waar de vernauwing precies zit en vooral ook hoe ernstig de vernauwing is.

Daarnaast zijn er nog de **angiografie** en de **MRA-scan**.

Wat gebeurt er precies met u bij deze onderzoeken?

Bij het **Doppleronderzoek** meet men hoe snel het bloed door uw slagaders stroomt. De vaatlaborant smeert een geleidende gel op de huid boven de slagader en houdt daar een soort microfoon (met een Engels woord een 'probe') tegenaan. Die probe zendt geluidsgolven uit op een toonhoogte (frequentie) die u niet kunt horen. In de slagader kaatst het stromende bloed die geluidsgolven weer terug. Aan de verandering van de frequentie kan men zien waar de stroming van het bloed vertraagt en waar dus een vernauwing zit. U voelt niets van dit onderzoek en het is zonder risico; het duurt ongeveer een half uur.

Bij het **duplexonderzoek** combineert men Dopplersonderzoek met echo-beelden. Ook hiervoor werkt men met gel op de huid en met geluidsgolven, maar nu kan men op de monitor ook zien hoe de bloedvaten zelf zijn opgebouwd, hoe ze liggen en hoe groot ze zijn. Men legt deze beelden vaak ook vast op digitale foto's.

Ook bij dit onderzoek voelt u niets, het is zonder risico en het duurt ongeveer een half uur tot een uur.

Bij **angiografie** (voluit “arteriële digitale subtractie-angiografie” en vaak afgekort tot **DSA**), wordt een slangetje (katheter) in uw bloedvaten gebracht. Eerst krijgt u een plaatselijke verdoving, meestal in uw lies. Vervolgens wordt u in de slagader geprikt en wordt de katheter ingebracht. Vervolgens wordt de katheter doorgeschoven tot in de bloedvaten die onderzocht moeten worden en wordt een contrastvloeistof ingespoten. Die contrastvloeistof maakt de toestand van de bloedvaten zichtbaar op de röntgenopnames die gemaakt worden van de bloedvaten.

De contrastvloeistof geeft u een warm en branderig gevoel in uw onderlijf en in uw benen. Let op: als bij een eerder onderzoek is gebleken dat u allergisch bent voor contrastvloeistof, meld dit dan alstublieft aan uw behandelend arts. Deze kiest dan ofwel voor een ander onderzoek of voor een angiografie met andere contrastvloeistoffen.

Het onderzoek zelf duurt ongeveer een uur. Voor een angiografie neemt men u gewoonlijk een etmaal in het ziekenhuis op. Dit is vooral om te kunnen controleren of er op de plaats waar u geprikt bent, geen vervelende blauwe plek ontstaat.

Men kan de slagaders ook via een **MRI-scan** (magnetic resonance imaging) afbeelden en onderzoeken. Dit heet dan ‘magnetic resonance

angiografie', afgekort tot **MRA**. Deze methode werkt met een sterke magneet en radiogolven die weerkaatst worden. Dit kan behoorlijk lawaai maken! Vaak krijgt u hiervoor via uw arm een (andere) contrastvloeistof ingespoten en komt u in een soort tunnel te liggen: dat is het MRI-apparaat. Er zijn mensen die het erg onprettig vinden om zo lang in de kleine ruimte van de MRI-buis te moeten liggen.

De magneet en de radiogolven zijn voor u niet schadelijk en u voelt er niets van. Een MRA-onderzoek gebeurt poliklinisch: u kunt meteen weer naar huis

Leven met etalagebenen: de adviezen

Gezonde leefstijl

Zo lang de aandoening niet heel ernstig is, dus als u in stadium I of II zit, hoeft u niet geopereerd te worden en kunt u er zelf veel aan doen om het proces van slagaderverkalking te remmen en de gevolgen ervan te beperken.

Op pagina 11 beschreven we al de voor de hand liggende maatregelen die u kunt nemen om de risico's te verminderen: niet roken, veel bewegen, gezond en gevarieerd eten met veel vis, groenten en fruit en zo weinig mogelijk verzadigd vet (dat zit in vlees, roomboter, kaas, margarine uit een pakje, koekjes, gebak enzovoort), beperkt alcoholgebruik, bij diabetes uw glucoseniveau in de gaten houden en op een gezond gewicht blijven. Samen met het advies om ontspannen te leven en stress te vermijden, kan dit 'een gezonde leefstijl' genoemd worden.

Voetverzorging

U kunt ook zelf goed in de gaten blijven houden of de gevolgen van de vaatvernauwing niet erger worden. Uw voeten zijn het gevoeligste punt. Dus:

- Kijk elke dag even of u geen blaren, kloven, wondjes of verkleuringen op uw voeten ziet.
- Houd uw voeten altijd goed warm, liefst met lange, wollen sokken, en ook 's nachts. Als u niet tegen wol kunt, draag dan katoenen sokken ónder de wollen sokken.
- Draag 's winters een lange onderbroek.
- Leg uw voeten nooit direct tegen warme voorwerpen (een kruik of de verwarming). Omdat uw voeten minder gevoelig zijn, merkt u niet dat u te lang in contact met hitte bent. Daardoor kunnen brandwonden ontstaan.
- Neem voor u gaat slapen een voetbadje op 37 °C, dat is handwarm. Droog de voeten met een zachte handdoek, wrijf niet hard, en extra voorzichtig tussen de tenen. Houd de huid soepel met een verzachtende crème of olie, maar smeer niet tussen de tenen want die huid is al heel zacht van zichzelf.
- Draag altijd goed passende schoenen. Tip: Als u nieuwe schoenen nodig hebt, ga dan aan het einde van de middag naar de winkel. Uw voeten zijn dan het meest uitgezet door de warmte en het lopen; u zult dan geen schoenen kopen die te nauw zijn. Loop uw nieuwe schoenen voorzichtig in.
- Draag altijd goed passende kousen of sokken zonder gaten en zonder harde naden.
- Voorkom de vorming van eelt. Behandel eelt nooit met scherpe voorwerpen!

- Voorkom wondjes en behandel wondjes nooit met bijtende stoffen (bv. jodium).
- Verzorg uw nagels goed om te voorkomen dat ze wondjes en infecties in de huid veroorzaken: knip ze recht of hol en laat ze niet te kort of te lang zijn. Bezoek een pedicure als u zelf moeite hebt met voetverzorging.
- Loop nooit op blote voeten, óók niet thuis.

Behandelingen

Looptraining

Als u normaal en zonder pijn kunt lopen, betekent dat veel voor u; u bent dan immers in staat om ook verder gewoon te functioneren. We zagen dat er in de spieren kleine bloedvaten zitten die de functie van de slagaders gedeeltelijk over kunnen nemen: de collateralen. Die moeten daartoe gestimuleerd en getraind worden, zodat hun capaciteit om bloed door te geven zo groot mogelijk wordt. Op die manier krijgen uw spieren ondanks de vernauwde slagaders meer zuurstof en kunt u een grotere afstand zonder pijn lopen.

Het devies voor u is: lopen!

Een goed looptrainingsprogramma is daarbij essentieel. De brochure “Looptraining: lopen, lopen, lopen” van de Vereniging van Vaatpatiënten kan u daarbij helpen. Ook is er de bijbehorende cd-rom “Loop

voor je leven”, waarin uitleg wordt gegeven over het opzetten van een looptrainingsprogramma en welke effecten looptraining kan hebben voor het verbeteren van uw pijnvrije loopafstand. De cd-rom is ook te bekijken op www.vaatpatient.nl.

Als u moeite hebt om zelf een goede looptraining te starten en u wilt dat liever onder begeleiding doen, dan kunt u terecht bij een daarvoor gespecialiseerde fysiotherapeut. Vraag aan uw arts wat hij of zij voor u het beste vindt. U moet zelf bij uw ziektekostenverzekering nagaan of u verzekerd bent voor de (eerste negen) behandelingen van de fysiotherapeut. Fysiotherapeuten kunnen verbonden zijn aan een ziekenhuis of een eigen praktijk hebben.

Als u inderdaad een looptraining bij de fysiotherapeut gaat volgen, dan zal deze eerst uw klachten uitgebreid met u bespreken. Om uw maximale loopafstand en uw conditie vast te stellen, doet u een test op de loopband. Vervolgens stelt de fysiotherapeut samen met u een persoonlijk trainingsprogramma op. Tijdens de trainingsperiode doet u regelmatig de looptest opnieuw om uw vorderingen bij te houden.

De training richt zich op het vergroten van uw maximale pijnvrije loopafstand en het verbeteren van uw conditie. Daarnaast zal de fysiotherapeut u begeleiden in het verbeteren van uw looptechniek, zodat u tijdens het lopen minder zuurstof verbruikt en minder pijn zult voelen. De eerste weken zal de fysiotherapeut u intensief begeleiden. Daarna zal de begeleiding langzaam worden afgebouwd en gaat u steeds meer zelfstandig trainen.

Het blijft belangrijk dat u elke dag veel beweegt en meerdere keren per dag loopt zoals u tijdens de training hebt geleerd. Doet u dit niet, dan

vermindert de doorbloeding via de collateralen opnieuw.

Dus: **blijven lopen!**

Voor alle informatie over looptraining verwijzen we u naar de Vereniging van Vaatpatiënten. Het adres van de vereniging vindt u achterin deze brochure.

U kunt bij uw specialist of huisarts informeren naar een fysiotherapeut bij u in de buurt die geschoold is in het geven van looptraining.

Veel lopen is natuurlijk altijd heel gezond: u beweegt, u bent in de buitenlucht, uw gewicht zal afnemen. Daarbij heeft regelmatig bewegen een gunstig effect op het proces van slagaderverkalking.

Alleen als de looptraining niet of onvoldoende effect heeft op de pijnvrije loopafstand of als u ernstige klachten houdt, zal uw arts u doorverwijzen naar de vaatchirurg.

Medicijnen

Vrijwel alle patiënten met vernauwde slagaders in de benen krijgen medicijnen voorgeschreven.

Uw klachten gaan door deze medicijnen niet weg - daarvoor moet u zo gezond mogelijk leven en zoveel mogelijk lopen! - maar de slagaderverkalking wordt er wel door geremd en u loopt minder kans op een herseninfarct of een hartinfarct. Want als u vaatvernauwing in de slagaders van uw benen hebt, is de kans aanwezig dat u die ook op andere plaatsen hebt en dat stolseltjes daar ernstige problemen gaan geven.

Patiënten met vaatlijden in de benen krijgen altijd een plaatjesaggregatiemmer voorgeschreven, zodat de bloedplaatjes minder snel zullen samenklonteren. De bekendste middelen zijn acetylsalicylzuur (Aspirine®) en carbasalaatcalcium (Ascal®).

Tevens is gebleken dat cholesterolverlagers (statines) een gunstig effect hebben op het proces van slagaderverkalking.

Echte antistollingsmiddelen (ook wel “bloedverdunners” genoemd) worden meestal niet voorgeschreven aan mensen met vernauwde slagaders in de benen. Dit gebeurt alleen na bepaalde typen bypassoperaties (omleidingsoperaties) of wanneer u een grote kans hebt op een trombose of bij bepaalde hartafwijkingen. Als u deze antistollingsmiddelen gebruikt, bv. acenocoumarol of fenprocoumon (Marcoumar®), komt u onder controle bij een trombosedienst.

Soms schrijven artsen vaatverwijders voor, bijvoorbeeld als u echt nog maar heel kleine afstanden pijnvrij kunt lopen.

Dotterbehandeling (PTA)

Dotteren (Percutane Transluminale Angioplastiek, afgekort PTA) is één manier om de gevolgen van slagaderverkalking op te heffen.

Dotteren gaat geheel via de slagader in de lies, dus net als bij het angiografie-onderzoek. Ook nu krijgt u contrastvloeistof ingespoten zodat de interventieradioloog die de ingreep doet, op het röntgenapparaat precies kan zien wat hij doet.

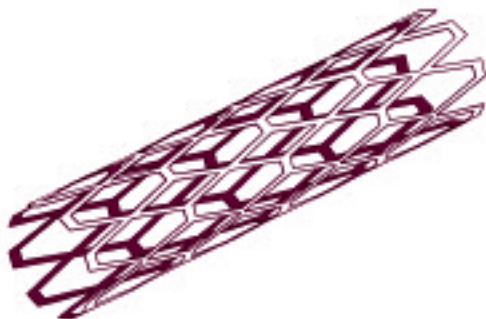


Er wordt via het bloedvat een katheter met ballonnetje in de vernauwing geschoven. Ter plekke van de vernauwing wordt dit ballonnetje opgeblazen, de vaatwand wordt opgerekt en het bloed kan weer gewoon doorstromen.

Soms wordt een stent gebruikt om er voor te zorgen dat de vaatwand in zijn opgerekte positie blijft. Een stent is een soort kokertje van gaas, dat het terugveren van de vaatwand kan tegengaan.

U wordt alleen plaatselijk verdoofd in de lies, waar u geprikt wordt. Dus u kunt alles zelf volgen.

Voor een dotter- of stentbehandeling verblijft u één of twee dagen dagen in het ziekenhuis.



Of een dotter- of stentbehandeling bij u goed zal werken, zullen de artsen op basis van het onderzoek beoordelen. Het dotteren bij de bekkenslagaders is het meest effectief: bij vier van de vijf behandelde patiënten is de vernauwing een jaar later nog steeds weg. Bij vernauwingen in de beenslagader is het succes na een jaar nog maar 50%. Toch krijgen niet alle patiënten bij wie de vernauwing terug is, ook opnieuw de oude klachten.

Na de dotterbehandeling

Bij dotteren of het plaatsen van een stent komen weinig complicaties voor. Het meest komt een blauwe plek (bloeduitstorting) voor in de lies, waar men u geprikt heeft. Als die blauwe plek groot is, zal men u langer

in het ziekenhuis houden. Als dat niet het geval is, mag u na een dag weer naar huis.

Meestal krijgt u een plaatjesaggregatieremmer, zoals carbasalaatcalcium (Ascal®), voorgeschreven. Misschien kreeg u die al voor uw vaatafwijkingen.

Na een paar dagen mag u weer aan het werk. U zult nog een of enkele malen naar het vaatlaboratorium terug moeten komen voor controleonderzoeken.

Na een dotter- of stentbehandeling blijft het belangrijk om een gezonde leefstijl na te streven om de bloedvaten gezond te houden (veel bewegen en gezonde voeding, zie op pagina 11).

Opereren

Wanneer opereren?

U komt voor een operatie in aanmerking als dotteren of een stent bij u niet mogelijk is of niet voldoende zal helpen. Artsen hebben met elkaar afgesproken in welke gevallen een operatie moet worden overwogen. Deze afspraken staan in richtlijnen. Van deze richtlijnen is ook een patiëntenversie gemaakt: “Vaatliden in het Been, een richtlijn voor patiënten”. Deze richtlijn volgt de medische richtlijn, zodat u samen met uw arts kunt nagaan welke behandelingsmogelijkheid voor u de beste is. U kunt deze patiëntenbrochure bestellen bij de Vereniging van Vaatpatiënten. Het adres van de Vereniging van Vaatpatiënten vindt u achterin deze brochure.

Opereren heeft meer risico's dan een dotter- of stentbehandeling. Er zijn twee soorten operaties mogelijk: de endarteriëctomie en de bypass. Bij beide operaties wordt u geheel of gedeeltelijk verdoofd. Ze duren allebei zo'n anderhalf tot tweeëneenhalf uur. Voor beide typen operaties wordt u minstens enkele dagen in het ziekenhuis opgenomen.

Endarteriëctomie

Bij endarteriëctomie snijdt de vaatchirurg de slagader open en verwijdert hij of zij de plaque en de binnenste laag van de vaatwand (die herstelt zich weer snel). Om het bloedvat weer te hechten kan de chirurg een stukje van een ader gebruiken of een kunststof inzetstukje ('patch').

Bypass

Een bypass is een omleiding langs de vernauwing heen. De vaatchirurg kan zo'n omleiding maken van kunststof (vaatprothese) of van een ader uit uw been. Het laatste heeft de voorkeur. U hebt genoeg aders in uw been die de functie van een verwijderde ader overnemen.

Complicaties bij de operaties

Er zijn verschillende complicaties mogelijk die voor vrijwel elke vaatoperatie gelden:

- ontsteking van de wond;
- longontsteking;
- trombosebeen;
- longembolie (stolsel in de bloedvaten in de longen);
- hartproblemen;
- lekkage van de geopereerde slagader met nabloedingen;
- verstopping van de bypass;
- ontsteking van de vaatprothese;
- beschadiging van de zenuwen in en rond de operatieplek.

Men is er in ziekenhuizen altijd heel alert op om deze complicaties te voorkomen.

Uw conditie moet goed genoeg zijn om de operatie te ondergaan.

Na de operatie

Afhankelijk van uw conditie en de situatie bij u thuis, blijft u na de operatie nog ongeveer een week in het ziekenhuis. U krijgt medicijnen die moeten voorkomen dat er stolsels in het geopereerde bloedvat ontstaan. Afhankelijk of er een eigen ader is gebruikt of een kunststof bloedvat, is dat óf een plaatjesaggregatieremmer zoals carbasalaatcalcium (Ascal) óf een antistollingsmiddel zoals acenocoumarol of fenprocoumon (Marcoumar[®]). Bij de antistollingsmiddelen moet u voor controles naar de trombosedienst. De arts stelt in overleg met u de duur van de antistollingsbehandeling vast.

De looptraining (zie pagina 18) is voor u na de operatie erg nuttig.

U zult nog enkele keren voor controle naar het ziekenhuis of naar uw huisarts moeten. Men houdt de genezing van de wond goed in de gaten en zonodig worden de hechtingen na enige tijd verwijderd. Later zal men in het vaatlaboratorium nagaan of de operatie geslaagd is, dus of het bloedvat open blijft en of de bypass goed functioneert.

Uw been kan ongeveer acht weken lang wat dikker zijn dan normaal. Ook hebt u misschien een verminderd gevoel in uw been. Bij klachten neemt u natuurlijk contact op met uw huisarts of vaatchirurg.

Te vermijden houdingen en bewegingen na een bypassoperatie

U moet wat voorzichtig zijn met de bypass; bij sommige houdingen en bewegingen zou er een knik in de bypass kunnen komen. Vermijd dus:

- gehurkt zitten;
- met gekruiste benen zitten;
- langdurig met gebogen knieën zitten (in de auto, de bus of het vliegtuig).

Ga niet met een hete kruik naar bed als het gevoel in uw been verminderd is.

Alternatieve behandelingen

Voor ‘etalagebenen’ of meer in het algemeen voor perifere arterieel vaatlijden, worden verschillende alternatieve behandelingen aangeboden. Wetenschappelijk bewijs dat die behandelingen werken is er niet en er kunnen bijwerkingen optreden.

Meld het alstublieft aan uw arts als u van zo’n behandeling gebruik maakt.

Meer informatie

Met vragen en onzekerheden kunt u altijd terecht bij uw behandelend arts of uw huisarts.

Als u meer wilt weten over de onderzoeken bij u in het ziekenhuis, kunt u informatie vragen aan uw behandelend arts, verpleegkundige of degene die het onderzoek doet. Veel ziekenhuizen hebben eigen informatiemateriaal over de onderzoeksmethoden.

Wat kan de Nederlandse Hartstichting voor u doen?

De **Informatielijn** van de Nederlandse Hartstichting kan u van dienst zijn bij vragen over slagaderverkalking en andere risicofactoren. Ook kunt u hier terecht voor meer informatie over gezond leven.

Het telefoonnummer is: **0900 3000 300** (lokaal tarief, van maandag t/m vrijdag van 10.00 tot 16.00 uur).

De **Nederlandse Hartstichting** geeft *brochures* uit over een gezonde leefstijl, te hoog cholesterol, hoge bloeddruk, overgewicht, diabetes en over diverse hart- en vaatziekten en geneesmiddelen. Deze gratis brochures kunt u aanvragen via de website: www.hartstichting.nl of schriftelijk:

Nederlandse Hartstichting
Afdeling Bestellingen
Postbus 300
2501 CH Den Haag

Wat kan de Vereniging van Vaatpatiënten voor u doen?

De **Vereniging van Vaatpatiënten** is een actieve vereniging, die zich al 25 jaar inzet voor de belangen van vaatpatiënten. Zij houdt zich voornamelijk bezig met ziekten van de slagaders of aders anders dan de kransslagaders van het hart, ook wel perifere vaataandoeningen genoemd. Voorbeelden zijn: vernauwing van de slagaders in de benen (etalagebenen) of de halsslagader. Of een verwijding van het bloedvat, zoals een aneurysma in de borst of in de buik. Verder horen ziekten van de aders zoals trombose en longembolie, spataders en overige vaatziekten zoals het Fenomeen van Raynaud tot het aandachtsgebied.

De Vereniging van Vaatpatiënten

- geeft informatie over vaatziekten en de behandelingsmogelijkheden;
- brengt u regelmatig op de hoogte van medische ontwikkelingen, activiteiten en bijeenkomsten;
- brengt mensen met hetzelfde ziektebeeld in contact met elkaar;
- bevordert de kwaliteit van zorg voor vaatpatiënten.

Wat krijgt u als lid?

- uitnodigingen voor bijeenkomsten;
- contact met lotgenoten;
- tijdschrift Hartzorg (Magazine voor hart- en vaatpatiënten);
- voorlichting en informatie via brochures en website;
- behartiging van uw belangen als vaatpatiënt.

De Vereniging van Vaatpatiënten is aangesloten bij de Stichting Hoofd Hart en Vaten en gevestigd in de Hartenark te Bilthoven. Door uw steun kan de Vereniging van Vaatpatiënten zich inzetten voor de vaatpatiënt.

Voor informatie over lidmaatschap, activiteiten, bijeenkomsten en lotgenotencontact kunt u terecht bij:

Vereniging van Vaatpatiënten

Postbus 132

3720 AC Bilthoven

Tel. 030 - 659 46 51 (van maandag t/m vrijdag van 9.00 tot 16.00 uur)

Fax 030 - 656 36 77

E-mail: info.vvvp@shhv.nl

Website: www.vaatpatient.nl



Vereniging
van Vaatpatiënten

V v V P

Deze brochure en de hierin opgenomen aandachtspuntenlijst is ontwikkeld door Project 2-gesprek (een samenwerkingsverband tussen het Academisch Ziekenhuis Utrecht, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en de Specialistenvereniging AZU) in samenwerking met de Vereniging van Vaatpatiënten, de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie en de Nederlandse Vereniging voor Vasculaire Geneeskunde, in opdracht van de Nederlandse Hartstichting.

De herziene uitgave van oktober 2006 is tot stand gekomen met medewerking van prof. dr. P.J.E.H.M. Kitslaar (vaatchirurg Academisch Ziekenhuis Maastricht), mevrouw drs. T.E. Westra (nurse practitioner vaatchirurgie Universitair Medisch Centrum Utrecht), de heer S. van der Voort (fysiotherapeut Revalidatiecentrum Zonnestraal Hilversum), de heren W. du Chatinier en H.A.J. Giesen (Vereniging van Vaatpatiënten), mevrouw drs. M.A. de Booy (consulent Stichting Hoofd Hart en Vaten), de heer A. Rijken van Olst en mevrouw C. Klomp (patiënten).

Waar in deze brochure wordt vermeld dat de specialist u informeert, wordt bedoeld dat de specialist hier geldt als eindverantwoordelijke. Daadwerkelijk kan de informatie, afhankelijk van deskundigheidsgebied of taaktoedeling, aan u worden verstrekt door andere behandelaars en begeleiders.

De Nederlandse Hartstichting heeft deze informatie met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld, maar kan geen aansprakelijkheid aanvaarden voor de juistheid, volledigheid en actualiteit ervan. Bovendien gaat het om algemene informatie, waar niet zonder meer medische conclusies voor een individueel geval aan kunnen worden verbonden. Voor een juiste beoordeling van uw eigen situatie dient u dus altijd te overleggen met uw arts of andere professionele hulpverlener.

Colofon

Tekst: VandeLaar tekstbewerking, Antwerpen i.s.m. de Nederlandse Hartstichting

Illustraties: Ben Verhagen/Comic House, Oosterbeek

Vormgeving: Studio Bau Winkel, Den Haag

Druk: Bykorf Graphic Services, Landgraaf

Uitgave: oktober 2007 (versie 1.1)

Informatielijn

0900 3000 300 (lokaal tarief)

Postbus 300, 2501 CH Den Haag

www.hartstichting.nl

Giro 300

50710 PZ69 Deze brochure is vervaardigd uit chloor- en zuurvrij papier.



Vernauwing van de slagaders in de benen (etalagebenen)