



Patiënteninformatie

Hartkatheterisatie



Hartkatheterisatie

Achtergrondinformatie

Het hart is een spier die het bloed doorheen het lichaam pompt. Deze spier heeft zuurstof nodig om te kunnen werken. Deze zuurstof wordt aangevoerd in het bloed vanuit de kransslagaders.

Er zijn drie kransslagaders (coronairarteries): deze liggen rondom het hart en vertrekken vanuit de aorta. De aorta is de levensslagader die al het bloed uit het hart naar de weefsels voert.

Hartkramp (angor pectoris) ontstaat wanneer een stuk van de hartspier als gevolg van één of meerdere vernauwingen op de kransslagaders te weinig zuurstof krijgt. Meestal is dit bij inspanning, omdat het hart dan meer zuurstof verbruikt.

Een hartinfarct ontstaat wanneer er zich in een vernauwde kransslagader een bloedklonter vormt, die de bloedtoevoer naar een bepaald gedeelte van het hart volledig onderbreekt. Dit stuk hartspier sterft dan af.

Het onderzoek

De bedoeling van het onderzoek is om de eventuele vernauwingen op die kransslagaders in het licht te stellen.

De meest gedetailleerde wijze om hier een kijk op te krijgen, is door rechtstreekse inspuiting (injectie) van contraststof in de kransslagaders. Met behulp van röntgenstralen wordt hiervan een film gemaakt, die wordt bewaard.

Ook de pompfunctie van de hartspier zelf en bepaalde klepafwijkingen worden door een injectie van een grotere hoeveelheid contraststof – waar u het even helemaal warm van krijgt – rechtstreeks in het licht gesteld. Tevens worden bij een hartkatheterisatie drukmetingen in het hart doorgevoerd.

Indien u overgevoelig bent voor een contraststof, dient u dit tijdig te melden.

Het inspuiten van contraststof gebeurt via dunne, soepele buisjes of katheters, vandaar de naam katheterisatie. Deze worden via de lies of polsslagader ingebracht. Dit laatste gebeurt onder lokale verdoving en in steriele omstandigheden.

Om het vlot wisselen van die katheters mogelijk te maken, wordt eerst een klein buisje ingebracht in de lies of pols. Dit wordt meestal direct na

het onderzoek verwijderd. Om nabloeden te voorkomen, is stevig afdrukken nodig.

Bij liesprocedures moet u klassiek 4 uur het been stilhouden, tenzij gebruik wordt gemaakt van een Angiosealsysteem om het bloedvat te dichten. Ook dan is 2 tot 3 uur bedrust aangewezen. Het diagnostisch onderzoek zelf is veelal in 30 minuten afgelopen.

Met de moderne technieken is het risico van de ingreep erg klein. Zelden treden gevaarlijke ritmestoornissen op en uitzonderlijk is een dringende bypassoperatie noodzakelijk. Het risico op ernstige complicaties ligt duidelijk onder de één op honderd, zelfs indien aansluitend een behandeling wordt doorgevoerd.

Als voornaamste complicaties weerhouden we een hartinfarct, een beroerte, een probleem met het aangeprikte bloedvat, invloed op de nierfunctie en allergische reacties.

In bepaalde gevallen kan het risico wel hoger liggen. Dit wordt dan uiteraard voorafgaandelijk met u besproken.

De arts die u verwezen heeft, is van oordeel dat het doorvoeren van dit onderzoek voor u aangewezen is.

Bij deze brochure vindt u een 'informed consent'- document waarmee u aangeeft dat uw behandelend cardioloog u op de hoogte heeft gebracht van de wenselijkheid en reden enerzijds en anderzijds van de risico's van het onderzoek. U kunt dit ondertekend afgeven op de dienst hartkatheterisatie.

En wat dan?

De gemaakte opnames geven ons zekerheid over de toestand van uw kransslagaders en de pompfunctie van uw hart.

Op basis van deze gegevens wordt dan een behandeling voorgesteld, meestal in overleg met andere artsen. Indien nodig wordt ook overleg gepleegd met de dienst cardiologie of cardiochirurgie van UZ Leuven, campus Gasthuisberg.

De mogelijke bevindingen en hun gevolgen:

1. Alles is normaal.

Dit is uiteraard goed nieuws. Veelal betekent dit dat uw klachten niet van het hart komen. Eerder zelden vermoeden we dat er toch krampen

(spasmen) van de coronairen voorkomen. Dit laatste behandelen we met medicatie.

2. Er zijn vernauwingen.

Drie behandelingen zijn mogelijk:

- ballondilatatie en stenting
- overbruggingsheelkunde (bypassoperatie)
- een medicamenteus beleid wordt voorgesteld

Welke van de drie behandelingen het beste is, hangt af van verschillende technische factoren. Wanneer één kransslagader is aangetast, wordt veelal voor stenting gekozen, bij meerdere en complexe vernauwingen is heelkunde vaak de enige mogelijkheid.

Ballondilatatie en stenting

Deze behandeling kan eventueel in aansluiting met het diagnostische onderzoek gebeuren.

Het principe bestaat erin dat eerst een zeer fijn geleidingsdraadje in de aangetaste kransslagader wordt opgevoerd tot voorbij de vernauwing. Hierover wordt een dun ballonnetje geschoven, dat juist op de plaats van de vernauwing onder hoge druk wordt opgeblazen.

Om u een idee te geven: de diameter van het ballonnetje varieert van 2 tot 4 mm en de lengte van 1,5 tot 4 cm.

Tijdens het opblazen van de ballon wordt de bloedstroom in de kransslagader gedurende 30 seconden tot enkele minuten onderbroken. Dit kan als gevolg hebben dat u pijn op de borst krijgt. Deze gaat over bij het aflaten van de ballon. Het is van belang dat u dit wel aangeeft, zeker als het voor u echt lastig wordt.

Vaak wordt dit enkele malen na elkaar herhaald, dit in functie van het reeds bereikte resultaat.

Tevens wordt meestal aanvullend (of meteen) een stent geplaatst, dit is een dun veertje dat op zo'n ballonnetje gemonteerd is en in de kransslagader tot ontplooiing wordt gebracht. Deze stent blijft dan levenslang op die plaats zitten. Om het probleem van klontervorming op de stent te voorkomen, is het zeer belangrijk dat u de medicatie die de plaatjesklontering tegengaan (Plavix, Efixent, Brilique), exact volgens de instructies inneemt.

Het gehele proces neemt gemiddeld een 30-tal minuten in beslag, toch is dit zeer variabel.

Een nadeel van de ballondilatatie en stenting is dat – als gevolg van overdreven littekenvorming – de vernauwing op dezelfde plaats kan terugkomen. De kans hierop is ongeveer 1 op 5. Dit verloopt steeds geleidelijk en meestal binnen de eerste 6 maanden. Nadien blijft het letsel stabiel.

Om dit te verhelpen, werden stents ontwikkeld met medicatie op, de zogenaamde 'drug-eluting stents' (D.E.S). Deze geven minder littekenvorming, maar de bloedplaatjesremmers mogen gedurende het eerste jaar na stenting absoluut niet onderbroken worden, gezien het risico op klontervorming. De interventiecardioloog beoordeelt welk type stent voor u het meest geschikt is.

Niet alle letsels zijn geschikt om door middel van stenting behandeld te worden. Omwille van hun lokalisatie, graad van verkalking en uitgebreidheid kan soms een bypassoperatie of een medicamenteus beleid meer aangewezen zijn dan stenting.

Bypassoperatie

Bij een bypassoperatie worden omleidingen geconstrueerd die ervoor zorgen dat er voldoende bloed bij de hartspier geraakt, voorbij de vernauwde kransslagaders. Deze ingreep kan niet plaatsvinden in AZ Turnhout. Het risico van deze ingreep is gemiddeld laag. Uw individuele risico bespreekt u best met uw arts.

Deze ingreep wordt veelal rustig gepland enkele weken na de katheterisatie. Vanzelfsprekend kan het medisch nodig blijken om de ingreep vrij spoedig te laten plaatsvinden. In dit laatste geval kan het aangewezen zijn dat u gehospitaliseerd blijft tot de ingreep. Uitzonderlijk wordt u in aansluiting op de katheterisatie geopereerd of stellen we u voor in het ziekenhuis te blijven tot u geholpen bent.

Praktische regelingen

Dankzij de komst van het Kempens Hartcentrum kunnen diagnostische en interventionele katheterisaties voortaan plaatsvinden in de Kempen, meer bepaald in AZ Turnhout campus Sint-Elisabeth (Rubensstraat 166, 2300 Turnhout). Voor cardiochirurgie blijft doorverwijzing noodzakelijk.

De dag van het onderzoek wordt u 's ochtends opgenomen op de dienst cardiologie van uw ziekenhuis (AZ Turnhout, AZ Herentals, Heilig Hartziekenhuis Mol,...). Vervolgens wordt u overgebracht naar de dienst hartkatheterisatie. Na het onderzoek en eventuele behandeling is alleszins nog één nacht hospitalisatie aangewezen. Een lichte lunch wordt u aangeboden op de dienst hartkatheterisatie of op de hospitalisatie-afdeling.

In principe verblijft u de nacht in het ziekenhuis waar u 's ochtends gehospitaliseerd bent. Na interventies kan het ook bij patiënten van verwijzende ziekenhuizen aangewezen zijn om de nacht door te brengen in AZ Turnhout. Dit wordt beslist in samenspraak met u en uw arts.

Wij hopen u met deze brochure voldoende geïnformeerd te hebben en wensen u alleszins een vlot verloop van de procedure en behandeling toe.



AZ Turnhout vzw
Campus Sint-Elisabeth
Rubensstraat 166
2300 Turnhout
014 40 60 11

V.U.: Dr. Herman Van der Stighelen, cathlab-coördinator